Psico-Higiene e Psicologia Institucional

JOSÉ BLEGER

Psico-higiene e Psicologia Institucional, do médico, psicólogo, psicanalista e professor José Bleger, é um marco na literatura psicológica. Sua visão inovadora sobre o funcionamento dos indivíduos e dos papéis que desenvolvem nas instituições e da dinâmica inerente ao funcionamento dos grupos trouxe uma proposta integradora, contextualizada e, conseqüentemente, preventiva de ação no campo da saúde mental.

O autor ressitua o trabalho dos médicos e psicólogos, retirando-os do consultório para colocá-los no âmbito da família, das instituições e da comunidade - podendo, dessa forma, desenvolver um assessoramento realmente útil e qualificado.

ISBN 85-7307-505
9 788573 075056

159.93
B646
e.2

Visite nosso *Web site*:
www.artmed.com.br

Psico-Higiene e Psicologia Institucional

JOSÉ B

JOSÉ BLEGER

Psico-Higiene e Psicologia Institucional

Obra publicada originalmente em espanhol, sob o título
Psicohigiene y Psicología Institucional, Editorial Paidós, Buenos Aires
© da Editora Artes Médicas Sul, Porto Alegre, 1984

Capa:
Ângela B. Fayet e Janice Alves – Programação Visual

Supervisão editorial:
Paulo Flávio Ledur

Composição, arte e revisão:
AGE – Assessoria Gráfica e Editorial Ltda.

Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à
ARTMED EDITORA LTDA.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 — Fone (51) 330-3444 FAX (51) 330-2378
90040-340 Porto Alegre, RS, Brasil

SÃO PAULO
Rua Francisco Leitão, 146 — Pinheiros
Fone (11) 883-6160
05414-020 São Paulo, SP, Brasil

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Prólogo

O professor José Bleger vem desenvolvendo em nosso meio um brilhante e já longo trabalho como médico, psicólogo, psicanalista e professor universitário.

Por isso se torna lógica sua preocupação com a colocação de problemas e aspectos ainda insuficientemente estudados da profissão do psicólogo.

Da mesma forma que no campo da profissão médica, uma perspectiva mais ampla dos problemas da profissão permite entrever uma atividade orientadora para a solução de questões de ordem metadológica e de caráter prático, dirigidas a defender e incrementar a saúde e o bem-estar da população.

Sair dos limites estreitos de uma atividade profissional interessada quase que exclusivamente nos aspectos curativos e individuais da doença, para entrar francamente no campo das ciências do comportamento, interessa igualmente ao médico e ao psicólogo. Voltar-se do individual ao social é conseqüência de um claro reconhecimento de que os problemas de saúde, de doença e de convivência normal excedem o âmbito profissional privado e individual, transformando-se em áreas de trabalho das instituições encarregadas de organizar a atenção da comunidade.

A incorporação definitiva, no sentido técnico e profissional, do psicólogo e do psicoterapeuta à equipe médica e à de saúde pública é conseqüência de um melhor conhecimento do homem sadio e doente e de uma compreensão mais adequada da história natural da saúde e da doença.

Numa medicina da totalidade, o orgânico, o psíquico, o emocional, o individual e o social são inseparáveis do que pertence ao homem e ao ambiente em que ele nasce, cresce, se desenvolve e vive.

O estático se converte em dinâmico: a saúde e a doença aparecem como "processos", onde a hereditariedade e o ambiente atuam como fatores permanentemente relacionados. A saúde e a doença só se tornam compreensíveis num estudo longitudinal, onde o presente constitui um momento de algo que tem história passada e possibilidades de projeção no futuro.

Mas a diversidade de aspectos a contemplar na tarefa de estudar e atender o homem em saúde e doença, em seu ambiente, com critério holístico, leva à formulação de denominações que, como as de medicina curativa, medicina preventiva, medicina social, medicina ecológica e outras, perdem significação à medida que se compreende que não pode haver mais do que uma medicina, a que se apóia na multicausalidade: no biológico, no psicológico e no social ao mesmo tempo.

Novas concepções rompem com o esquema de uma medicina baseada na etiologia específica das doenças e levam a uma atividade profissional interdisciplinar.

O processo científico e a tecnologia acentuam a tendência à especialização e levam à criação de profissões novas ou a novas funções dentro das profissões clássicas. Mas estas devem estar coordenadas e integradas; por isso, se fala do trabalho em equipe interdisciplinar ou multidisciplinar.

A integração e coordenação de funções exigem, por outro lado, uma correta divisão do trabalho.

O complexo só pode funcionar harmoniosamente dentro de um alto grau de organização, onde os objetivos formulados e o planejamento e programas de trabalho se elaboram cientificamente e se repartem as responsabilidades.

A complexidade da vida e das organizações criadas para defender a vida do homem e facilitar o seu bem-estar, como parte inseparável da saúde, levaram à perfeita compreensão de que uma medicina, para ser realmente efetiva no sentido promocional da saúde e do bem-estar, deve adotar uma franca atitude preventiva. Isto rompe com o esquema clássico do que parecia ser, até bem pouco tempo, campos antagônicos: as chamadas "medicina curativa" e "medicina preventiva". Na realidade, não existe tal antagonismo. Não existe mais do que uma medicina: a boa medicina. E esta adquire um alto grau de eficiência e de capacidade de prevenir doenças, de abreviar e erradicar as existentes e de promover a saúde e a eficiência, quando é "compreensiva" e interdisciplinar, quando toma em consideração, ao mesmo tempo, o biológico, o orgânico, o psíquico e o social. Algo semelhante pode se dizer do psicólogo em contato com problemas médicos e sociais.

O médico, por si só, não pode resolver todos os problemas relacionados com a saúde do homem, nem quando se trata de uma atenção eficiente e da prevenção de doença.

Por outro lado, se torna incompreensível para a sociedade contemporânea, científica e tecnologicamente avançada, não dedicar o máximo de atenção ao estudo das necessidades totais do homem e dos grupos humanos, em estado de saúde e de doença, para evitar e prevenir tudo o que possa dificultar e impedir a consecução do alto nível de saúde e de bem-estar desejável para a população.

E, a partir de um ponto de vista metodológico e prático, resultou conveniente formular uma concepção do trabalho médico essencialmente orientado para a prevenção, estabelecendo, como oportunamente o formularam Leavell e Clarck, os cinco níveis hoje aceitos como clássicos: 1 — promoção da saúde ou prevenção inespecífica; 2 — prevenção específica; 3 — diagnóstico antecipado e tratamento adequado; 4 — limitação da incapacidade; e 5 — reabilitação.

Em todos estes níveis há muito que prevenir. Antecipar-se aos males possíveis pelo conhecimento exaustivo da "história natural da saúde e da doença".

Mas isto deve-se fazer com a cooperação de equipes profissionais interdisciplinares. Não existem, realmente, profissões nem técnicas auxiliares. Trata-se de um conjunto de funções que se coordenam e integram.

Muitas profissões e atividades têm, pois, relação direta e indireta com a saúde. São aspectos parciais, mas não interdependentes de uma mesma coisa. O psicólogo é um profissional absolutamente necessário na equipe médica e de saúde pública, como o demonstra o Dr. Bleger em seu livro.

A ausência de saúde, a incapacidade física ou mental, tanto como as dificuldades de comunicação e capacidade de colaboração entre os homens, entre estes e suas instituições e entre as instituições entre si, conspiram contra o exercício da liberdade individual e a dos grupos humanos, a felicidade e o bem-estar da comunidade.

Aqui os psicólogos e os médicos têm um amplo campo comum de trabalho para prevenir e facilitar o progresso e aperfeiçoamento da vida do homem e da comunidade.

Por isso, compreende-se que o psicólogo clínico de hoje deve se achar familiarizado tanto com os fundamentos da sociologia e da antropologia cultural, como com o uso e significado das estatísticas médicas e o

método epidemiológico aplicados ao trabalho médico e à investigação científica de problemas médicos e suas instituições. Mais ainda, deve ter idéia clara do que significam os princípios e técnicas de administração aplicados à atenção da saúde e do bem-estar da comunidade.

Com estas idéias, caras à medicina atual, orientadas para a prevenção e a saúde da comunidade, o doutor Bleger médico se integra com o professor de psicologia Bleger e coloca no livro que prolongamos sua experiência na formação de psicólogos clínicos e seu desejo de converter o psicólogo em um profissional claramente posto ao serviço da comunidade. Introduz o termo "psico-higiene" como parte da higiene mental, por sua vez capítulo importante da medicina preventiva, para delimitar o campo de aplicação racional dos conhecimentos e as técnicas psicológicas mais efetivas em benefício da comunidade. O autor denomina "psico-higiene" a este conjunto de atividades próprias do psicólogo, "não porque se busque a saúde psíquica (o que seria um absurdo) e sim porque se age fundamentalmente sobre o nível psicológico dos fenômenos humanos, com método e técnicas procedentes do campo da psicologia e da psicologia social".

Mas como ao autor interessam também os problemas metodológicos, próprios da atividade científica e profissional, estuda cuidadosamente e com grande objetividade a possibilidade de aplicação dos conhecimentos da psicologia individual e social com o propósito de melhorar a presente realidade social, que mantém o homem doente, angustiado e desajustado de seu grupo familiar ou social, e que perturba e dificulta o progresso necessário das instituições criadas pelo homem e nem sempre a seu serviço.

Falar de relações humanas constitui, como muito bem o assinala o autor, um problema que transcende a ação de um profissional que age na intimidade de um consultório, para se voltar a uma atividade de marcado caráter preventivo no seio mesmo da família, dos grupos humanos e suas instituições.

Tudo isto implica "re-situar" o psicólogo em seu encargo profissional, começando por modificar sua formação nos ambientes universitários e lhe dando acesso à vida profissional liberal como investigador de processos psicológicos no campo individual, institucional e social e como psicoterapeuta, onde a ação do médico não alcance o nível técnico suficiente.

É evidente que a atividade do psicólogo no campo da psicoterapia traz e tem trazido conflitos e mal-entendidos com psiquiatras, psicoterapeutas médicos e psicanalistas, devido à pretendida intromissão daquele profissional no campo aparentemente exclusivo do médico ou do psiquiatra; mas também é certo que a formação universitária do médico não é suficientemente profunda no que se refere à psicologia como para fazer de cada médico um psicoterapeuta cientificamente preparado para a atenção correta do doente e a solução de problemas de inter-relações humanas na comunidade aparentemente sã. Menos ainda para enfrentar as repercussões psicológicas e sociais da doença sobre o grupo familiar e as instituições.

O doutor Bleger aborda estes problemas com sinceridade e objetividade pouco habituais, chegando à conclusão de que o psicólogo deve encontrar sua maior fonte de trabalho e preocupação no terreno ou âmbito da "psico-higiene", para ser útil à comunidade.

Isto o leva diretamente a se ocupar com problemas de prevenção das alterações da vida de comunicação e compreensão entre os homens no seio da família, das instituições e da comunidade.

Adquirir a experiência necessária, por parte do psicólogo, em matéria de investigação operativa constitui uma atividade impreterível, assim como no uso correto do método clínico, para dar base científica a seu encargo.

O psicólogo — recorda insistentemente o autor — deve agir fundamentalmente como assessor ou consultor em instituições públicas ou privadas, que, como o hospital, têm infinitos problemas de desajuste social, emocional e administrativo que travam com freqüência a sua ação e eficiência. O Dr. Bleger põe ênfase especial no estudo detalhado do que corresponde ao psicólogo fazer, a partir dos pontos de vista ético, profissional e técnico, ao atuar nas instituições que solicitam seu assessoramento. A tarefa a realizar não constitui, evidentemente, o estudo exclusivo dos indivíduos doentes ou não e sim, fundamentalmente, o estudo dos papéis e a ação desenvolvidos pelos indivíduos que compõem a instituição em relação com os objetivos desta última, o que se esquece com freqüência.

Já existe um acúmulo suficiente de conhecimentos em psicologia individual, social e institucional que permite ao psicólogo agir como fator de mudança em matéria de pautas de conduta.

Esta ação é muito mais valiosa quando vai dirigida à chamada comunidade normal, para intervir nos processos que gravitam e influem na estrutura da personalidade e, portanto, nas relações entre os seres.

Acentuar a necessidade de conhecer o melhor possível as leis naturais e as tendências que regem os processos psicológicos no contexto cultural particular resulta óbvio para uma sociedade organizada e progressista, já que da ação individual de suas próprias organizações dependem a esta-

bilidade social e a necessidade contínua de crítica e melhoramento; "... os processos psicológicos formam parte da realidade, da mesma maneira que as instituições e os objetos da natureza — diz Bleger — e não é possível conseguir modificação radical senão também com um conhecimento de suas leis peculiares..." Mais adiante, o autor acrescenta: "Toda instituição é o meio pelo qual os seres humanos podem se enriquecer ou empobrecer ou se esvaziar como seres humanos; o que comumente se chama de adaptação é submissão à alienação e à estereotipia institucional".

Muito freqüentemente se reprime a capacidade do homem para se adaptar às variáveis condições físicas, sociais ou institucionais do ambiente, no sentido de ajustamento, conformidade ou submissão, considerando-se isto como normal ou desejável sem se advertir que a "adaptação" no sentido biológico não elimina a tendência natural do homem à independência física e espiritual e à sua sede inextingüível de mudança e progresso.

É também capacidade do homem modificar o ambiente para o adaptar a seus desejos e aspirações superiores, dominando a natureza e aperfeiçoando suas instituições.

A necessidade de situar o psicólogo como profissional especializado em diversas atividades específicas levou o autor a separar âmbitos ou áreas de trabalho demasiado estreitas e delimitadas, o que se torna algo artificial para nós.

Em nosso juízo, a tarefa de cura e de prevenção não é realizada só pelos médicos e especializados em saúde pública. Da mesma forma, torna-se difícil designar campos demasiado restritos ao psicólogo, com o risco de se criar um certo "imperialismo e estreiteza profissional" ao mesmo tempo. A idéia de equipe integrada multidisciplinar, adequada para nosso mundo tecnologicamente avançado, exige compreensão total de problemas e responsabilidades em áreas limitadas, mas não "monopolizadas".

É assim como reclamam, às vezes, para si, o direito de orientar e organizar a comunidade os sociólogos, os assistentes sociais, os economistas e os políticos, e, às vezes, os especialistas em saúde pública e os psicólogos. O trabalho em equipe impede, em boa medida, participar de atividades "como de exclusiva atribuição de uma profissão determinada", aceitando a necessidade de especialização, por antonomásia.

Coincidimos, não obstante, com o Dr. Bleger, na conveniência de assinalar campos de ação específicos relativos para as diferentes profissões dentro do trabalho em equipe e com programas compartilhados.

Adquire significação particular a defesa que faz o autor deste livro da necessidade de dar amplo acesso à aprendizagem das técnicas e conhecimentos próprios da psicanálise a médicos e sociólogos, que não hão de consagrar-se logo a exercer como psicanalistas, dada a indiscutível importância de pôr esta técnica e estes conhecimentos a serviço de múltiplos problemas de saúde mental de caráter social e institucional.

Torna-se sumamente grato para o que subscreve fazer a apresentação deste novo livro do professor Bleger, que o publica com a modéstia do homem de ciência que só espera promover a necessária discussão acerca de problemas que, como o da "psico-higiene" e da "psicologia institucional", necessitam ser classificados e corretamente situados no campo do conhecimento médico e psicológico para que as técnicas e métodos com que se abordam os estudos relacionados com eles alcancem a seriedade e a eficácia requeridas.

Pela cota de elementos de estudo e informação que fornece, pela claridade de pensamento e profundidade das colocações efetuadas, deve se considerar o trabalho como de real significação e transcendência.

Muitos pontos são passíveis de discussão e de futura revisão, mas a humanidade não progrediria se não houvesse homens capazes de afrontar críticas e abrir novos caminhos na ação e no pensamento científicos.

DAVID SEVLEVER

Biblioteca "Prof. Joaq Jorópol"

Sumário

Introdução 15

1 — *O psicólogo clínico e a higiene mental* 19

Higiene mental e psico-higiene. Objetivos da higiene mental. Extremos em higiene mental. Indagação e ação. Saúde pública e higiene mental. Âmbito de atuação. Educação sanitária

2 — *Psicologia institucional* 31

O que é a psicologia institucional. Objetivos da instituição e objetivos do psicólogo. Método do trabalho institucional. Técnicas do enquadramento. Inserção do psicólogo na instituição. "Grau de dinâmica" da instituição. Psicologia das instituições. Os grupos na instituição. O hospital como instituição. A empresa. Psicologia da equipe de psicólogos. Conclusão. Bibliografia.

3 — *O psicólogo na comunidade* 71

Objetivos e níveis da higiene mental. Constelação multifatorial. O psicólogo e a terapia. Pontos focais para o tratamento e a prevenção. Comunidade. Objetivos. Comunidade-tipo.

4 — *Grupo familiar e psico-higiene* 96

5 — *Perspectivas da psicanálise e psico-higiene* 108

Psicanálise clínica. Três formas da psicanálise. Formação do psicanalista. Psicologia e psicólogos. Psicanálise e médicos. Outros problemas relacionados. O psicanalista no hospital.

Apêndices

Estudo-piloto em uma comunidade 126
Programa do curso de higiene mental 131
Bibliografia detalhada sobre higiene mental 133

Introdução

É possível que não se tenha dado nunca em tal magnitude em nosso país o fenômeno tão singular que, para os psicólogos de minha geração, significou o desenvolvimento da psicologia durante os últimos vinte ou vinte e cinco anos. O salto que tivemos que dar foi e segue sendo muito grande. A partir de uma total desorientação e confusão de campos tivemos que nos orientar nos objetivos e métodos da psicologia e, fundamentalmente também, nos preocupar pelo desenvolvimento de uma psicologia que não fosse puramente nacional ou filosófica, chegando agora ao ponto em que nos vemos necessitados e exigidos a elaborar um novo passo, que consiste no fato de que os problemas científicos da psicologia e o desenvolvimento de sua investigação não podem ou não devem estar desvinculados dos requerimentos e exigências da vida real e cotidiana.

Sou dos que crêem que o desenvolvimento da psicologia é uma necessidade impreterível, do qual dependem não só um melhor conhecimento das leis psicológicas que regem a conduta dos seres humanos, como também a possibilidade de poder compreender e orientar a organização e a vida dos seres humanos.

É evidente que aprendemos — como espécie — a manejar os fatos naturais, a manejar a natureza, a construir e manejar instrumentos, técnicas e objetos, mas não aprendemos ainda o suficiente para orientar a vida e as relações dos seres humanos, quer sejam estas de caráter individual, grupal, institucional ou comunitário (nacional e internacional). Creio que a psicologia deixou totalmente de ser um conhecimento "de luxo" e passou a ser uma necessidade *impreterível,* porque conhecemos as leis que regem o movimento de um objeto, mas não conhecemos ainda bem as leis

psicológicas que regem a vida humana. E creio que delas dependem, em certa medida, as situações de enorme tensão que estamos vivendo na atualidade, as situações de insegurança, riscos permanentes, situações caóticas que podem chegar ao auto-extermínio de grande parte da humanidade, de seus sucessos e ainda de todos os seres humanos. Isto não significa de nenhuma maneira que creia que tudo dependa da psicologia, mas, sim, creio que a psicologia pode e deve gradualmente nos oferecer uma cota de bens considerável para salvaguardar e melhorar a vida dos seres humanos.

Enfocada desta maneira, a psiclogia tem que se inserir, penetrar cada vez mais na realidade social e em círculos mais amplos, incluindo o estudo dos grupos, das instituições e da comunidade, tanto como problemas sociais nacionais e internacionais de todo tipo, já que a dimensão psicológica se faz presente em tudo, posto que em tudo o ser humano intervém.

Orientado desta maneira, penso que, se bem que não tenhamos por que nos exigir resultados imediatos, por outro lado devemos trabalhar com uma finalidade de investigação, mas orientada por certos objetivos e finalidades que seguramente a mesma investigação nos fará variar, mostrando-nos roteiros cada vez mais exatos e frutíferos. A função social do psicólogo e a transcendência social da psicologia constituem para mim uma preocupação há muitos anos e me propus ampliar gradualmente o campo de investigação e de aplicação da psicologia. É assim que, desde 1962, se realizaram no departamento de psicologia da Faculdade de Filosofia e Letras de Buenos Aires seminários distintos, a meu cargo, sobre higiene mental e especialmente sobre tudo o que neste capítulo corresponde ao psicólogo e à psicologia; e a criação, em 1965, da cadeira de higiene mental me obrigou definitivamente a um esforço para re-situar a psicologia como ciência e o psicólogo como profissional.

Destes seminários e desta cadeira, da revisão bibliográfica, da discussão dos problemas com os integrantes da cadeira e com os estudantes derivaram alguns estudos que publico agora em forma de livro, sem a pretensão de que constitua um livro de texto, e sim com o propósito de promover inquietação, de problematizar as questões e especialmente de ampliar as perspectivas da psicologia e dos psicólogos.

Dos aspectos positivos e negativos dos capítulos que constituem este livro poderão fazer eco todos aqueles que de uma ou outra maneira tenham tratado de enfocar estes problemas.

Parte-se de um capítulo no qual se abrem as perspectivas do psicólogo clínico frente à higiene mental; seguem-se outros sobre psicologia

institucional, psicologia da comunidade, grupo familiar e um último sobre as perspectivas da psicanálise em relação com a psico-higiene.[1] E dada a carência de suficiente clareza sobre estes problemas e a maneira de encará-los no ensino, julguei conveniente acrescentar no Apêndice o programa do curso de higiene mental proferido no segundo quadrimestre de 1965, com a bibliografia detalhada correspondente e também um breve comentário sobre o trabalho prático realizado, que constituiu uma tentativa de sistematizar o estudo psicológico de uma comunidade, tarefa que foi levada a cabo pelos estudantes, dirigidos pelo excelente corpo de colaboradores com que contei. Com todos eles tenho uma dívida de gratidão, já que ofereceram e utilizaram generosamente seu tempo, sua capacidade e sua inteligência na difícil tarefa de organizar uma cadeira de psico-higiene, tarefa cujas maiores dificuldades não só residiram na estruturação formal da mesma como também fundamentalmente na organização da matéria, seu conteúdo, sua bibliografia, sua orientação, seus objetivos, sua integração teórica e prática, e a revisão de esquemas conceituais e técnicas.

Especialmente quero mencionar a inestimável colaboração que prestou, generosamente, o professor adjunto da cadeira, Dr. Abraam Sonis, como reconhecido especialista nos problemas da saúde pública, interessado sempre no panorama psicológico dos problemas da saúde pública.

Guia-me o propósito fundamental de que os distintos capítulos deste livro possam promover interesse para orientar os psicólogos no campo da psico-higiene e a psicologia em um caminho que supere as antinomias entre teoria e prática, entre ciência e aplicação. Para mim, pessoalmente, este livro, ou estes capítulos, constituem uma baliza a mais no propósito de construir uma psicologia concreta e vejo já com satisfação a existência de um bom número de psicólogos trabalhando de acordo com os delineamentos que aqui se resenham. Estes estarão muito em breve em condições de ratificar, corrigir, ampliar e aprofundar o que aprenderam.

1 — O primeiro capítulo foi publicado em *Acta psiquiátrica y psicológica argentina* em 8/4/1962; o segundo, no departamento de psicologia da Faculdade de Filosofia e Letras de Buenos Aires (1965), o quarto e quinto foram lidos — respectivamente — no simpósio "Doença mental e família", organizado por *Acta psiquiátrica y psicológia argentina* e em uma reunião científica do Instituto de Psicanálise (1965).

1

O psicólogo clínico e a higiene mental

A criação da carreira de psicologia em distintas universidades do país e o fato de contar já com egressos das mesmas, cujo número irá progressivamente aumentando, coloca problemas de distinta índole. Um deles é o do papel do psicólogo na saúde pública e, mais especialmente, na higiene mental.

Da correta colocação, desde o começo, dos psicólogos clínicos como profissionais na sociedade e no momento atual depende, em grande proporção, que não nos vejamos ulteriormente enfrentando problemas sumamente graves. Para esclarecer melhor o que quero significar, vou tomar superficialmente como exemplo o que ocorre atualmente no campo da medicina: sabemos que a melhor medicina seria aquela na qual os profissionais dedicassem seus esforços à saúde pública, quer dizer, dentro de uma organização que centre e dirija os esforços coletivos para proteger, fomentar e reparar a saúde. E, no entanto, o médico profissional é preparado e exerce, em forma individual, uma medicina fundamentalmente assistencial. Com isto, e na prática — entre outros males do sistema — esperamos que a pessoa adoaça para curá-la, em lugar de evitar a doença e promover um melhor nível da saúde. A modificação de tal estado de coisas tornou-se na atualidade um problema sumamente difícil, como ocorre sempre que é necessário introduzir mudanças radicais, com o agravante de que o mesmo médico tem, ainda em grande proporção, uma dicotomia ou dissociação entre saúde pública e medicina assistencial e de que são os médicos os que, em não escassa medida, apresentam uma certa resistência à mudança e à organização mais racional da medicina. Não é menos certo que esta mudança não depende unicamente da vontade dos médicos; mas tampouco contamos com este último para isto, nem com a consciência

cabal do problema e de suas soluções. É necessário levar em conta que são as condições sociais e econômicas as que atualmente tornam mais fácil para o profissional a prática da medicina privada, assistencial e individualista. É muito possível, no entanto, que muito rapidamente isto vá deixando de ser certo em nosso país, ou talvez já não o seja.

São muito variados os campos de atuação do psicólogo clínico; mas se este se acha interessado predominantemente nos problemas psicológicos da saúde, tem que se situar corretamente no, até agora, pouco definido campo da higiene mental e, à medida em que o vá fazendo, o campo irá se configurando mais clara e nitidamente. Quero esclarecer e sublinhar que a minha posição é a de que o psicólogo clínico, suficientemente preparado para isto, deve ser plenamente habilitado para poder desenvolver uma atividade psicoterápica, porque — entre outras razões — é, atualmente, o profissional melhor preparado, técnica e cientificamente, para dita tarefa; mas, ao mesmo tempo, creio que a carreira de psicologia terá que ser considerada como um fracasso, a partir do ponto de vista social, se os psicólogos ficam exclusivamente e em sua grande proporção limitados à terapêutica individual. A função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública e, dentro dela, a higiene mental. O psicólogo deve intervir intensamente em todos os aspectos e problemas que concernem a psico-higiene e não esperar que a pessoa adoeça para recém poder intervir. É a este problema que me referi no começo, e sua correta orientação deve ser encarada muito precocemente. Estas são verdades que não se põem teoricamente em dúvida, mas que não se fazem ainda práticas na dimensão necessária.

Higiene mental e psico-higiene

Uma vez aceita a premissa sustentada mais acima, ficam vários problemas muito básicos por colocar e resolver. Quando se quer ensinar higiene mental, o que habitualmente se faz é, simplesmente, ensinar psicologia e psicopatologia; testemunho disto são os textos mais habituais de higiene mental, que são, em síntese, não outra coisa que tratados abreviados de psicologia evolutiva, psicopatologia e psiquiatria.

O primeiro problema que nos colocamos é, então, o do conteúdo da matéria que temos que tratar neste seminário. Se nos orientamos pelo

que indicam as publicações correntes sobre a matéria, encontramo-nos com o que teríamos que repetir conhecimentos que o psicólogo já adquiriu no curso de sua aprendizagem, proposição que nos deixa logicamente muito insatisfeitos, ainda contando que a repetição não é nunca totalmente tal, mas sim sempre uma aplicação e aprofundamento. Mas conhecer psicologia e psicopatologia não é ainda conhecer higiene mental, ainda que esta última pressuponha o primeiro.

Neste sentido, creio que o que realmente corresponde em um seminário de higiene mental é o estudo da *administração* dos conhecimentos, atividades técnicas e recursos psicológicos que já foram adquiridos, para encarar os aspectos psicológicos da saúde e da doença como fenômenos sociais e coletivos. Temos que adquirir uma dimensão social da profissão do psicólogo e, com isto, consciência do lugar que ela ocupa dentro da saúde pública e da sociedade. Desejo promover uma mudança na atitude atual do estudante, tanto como na do psicólogo como profissional, levando seu interesse fundamental desde o campo da doença e da terapia até o da saúde da comunidade; desejo evitar que os psicólogos tomem como modelo do exercício de sua profissão a atual organização da medicina, na falsa crença de que esta pode ser a organização ótima ou necessária.

A extensa bibliografia existente sobre o tema não esclarece suficientemente esta perspectiva, que cremos ser a única correta. Fazemos totalmente nossa a opinião de Sivadon e Duchene para quem a maior parte das publicações sobre higiene mental são irritantes e decepcionantes.

Objetivos da higiene mental

Um dos primeiros objetivos, com o qual historicamente nasce a higiene mental, figura ou se encontra entre os propósitos do movimento que moveu o livro de C. W. Beers, publicado em 1908: "fazer algo pelo doente mental", no sentido de modificar a assistência psiquiátrica, levando-a a condições mais humanas (melhores hospitais e melhor atenção) e com isto à possibilidade de uma maior proporção de curas.

Um segundo passo histórico de fundamental importância se dá ao colocar como objetivo já não só o propósito anterior e sim também, basicamente, o diagnóstico precoce das doenças mentais, com o que se possibilita não só uma taxa mais elevada de curas como também diminuição de

sofrimentos e do tempo necessário de internação, chegando-se a que esta seja em algumas ocasiões desnecessária. Isto significa que, uma vez preenchidas as necessidades básicas mínimas de leitos, se propenda a uma melhor utilização dos mesmos, com um critério funcional ou dinâmico da internação, mediante o diagnóstico precoce — momentos em que a internação pode ser obviada ou reduzida em sua duração. Isto segue sendo para nós um objetivo fundamental, no nível em que se desenvolve ou realiza a assistência psiquiátrica em nosso país; em geral, o diagnóstico se faz ainda muito tardiamente e se diagnostica a doença mental em momentos ou períodos equivalentes ao do diagnóstico do câncer quando já há caquexia e metástase. Nisto, o psicólogo clínico pode colaborar de maneira muito fundamental, mas a responsabilidade deste problema recai preponderantemente sobre o psiquiatra.

Um terceiro objetivo, que foi se delineando cada vez mais firme e nitidamente, já não se refere somente à possibilidade do diagnóstico precoce, e sim basicamente à profilaxia ou prevenção das doenças mentais, agindo antes que estas façam sua aparição e, em conseqüência, evitando-as.

Enquanto que se têm desenvolvido, em certa medida, os objetivos anteriores, aparece na higiene mental a necessidade de atender à reabilitação, quer seja do paciente que deve se reintegrar à vida plena, quer seja do curado com déficit ou seqüelas, ou quer seja daquele por quem a medicina curativa não pode fazer nada.

O objetivo historicamente mais recente na higiene mental já não se refere tão só à doença ou à sua profilaxia e sim também à promoção de um maior equilíbrio, de um melhor nível de saúde na população. Desta maneira, já não interessa somente a ausência de doença e sim o desenvolvimento pleno dos indivíduos e da comunidade total. A ênfase da higiene mental translada-se, assim, *da doença à saúde* e, com isto, *à atenção da vida cotidiana* dos seres humanos. E isto é, para nós, de vital importância e interesse.

Estes cinco objetivos da higiene mental não se sucedem cronologicamente e em forma rigorosa em sua aplicação nem tampouco se excluem e, inclusive, os limites entre um e outro não são totalmente nítidos; a terapêutica — por exemplo — rende benefícios diretos à profilaxia enquanto que curar um sujeito pode significar que ele não gravite patologicamente sobre seus filhos e, por outra parte, se atuamos no nível da profilaxia, isto é inseparável do melhoramento do nível da saúde da comunidade. Além disso, não deixa de ser certo que, em boa medida, os conhecimentos necessários para atuar na profilaxia, na reabilitação e na promoção da saúde derivam do campo da patologia e da terapêutica. A profilaxia, como possibilidade concreta, chega muito tarde no campo da psiquiatria, pelo fato de que para desenvolvê-la requer-se conhecer as causas da doença, o qual — em forma cientificamente rigorosa — fica ainda como uma perspectiva do futuro. De tal maneira, a profilaxia específica (atacar uma causa para evitar uma dada doença) só se torna atualmente possível em muito poucos casos (paralisia geral progressiva, por exemplo), de tal maneira que nossa arma profilática mais poderosa no presente é de caráter inespecífico: a proteção da saúde e, com isto, a promoção de melhores condições de vida.

A escolha do objetivo a preencher em determinado momento tampouco pode ser um fato mecânico, porque se bem que devemos tender ao último dos enumerados (promoção da saúde), não é menos certo que, em distintas comunidades, os problemas e a urgência dos mesmos podem determinar que o peso da atenção recaia em um dado momento sobre o aspecto assistencial ou sobre o profilático. Devemos confeccionar, senão uma escala, pelo menos critérios de prioridade para decidir sobre a urgência e possibilidades de agir sobre os problemas e suas distintas implicações. E esta decisão não é somente um problema teórico, mas sim eminentemente prático, ainda que auxiliado pela teoria empregada de forma flexível ou plástica, tal como deve ser utilizada toda teoria.

O psicólogo clínico deve ocupar um lugar em toda equipe da saúde pública, em qualquer e em todos os objetivos da higiene mental, nos quais tem funções específicas para cumprir (as da psico-higiene).

Extremos em higiene mental

Devemos estudar e nos prevenir sobre certas atitudes ou preconceitos frente à higiene mental que não só estão presentes no público como também entre os profissionais e, por certo, também entre os psicólogos clínicos.

Um dos primeiros preconceitos que devemos atender refere-se aos dos pólos idealização-menosprezo das possibilidades da higiene mental: ou se espera desta última soluções milagrosas ou se desvalorizam todas as suas possibilidades e realizações. Estas atitudes extremas dificultam ou impossibilitam o necessário sentido de realidade e, como em todas as atitudes extremas, uma vez embarcados em uma delas, com facilidade

gira-se à inversa. Com isso, corre-se paralelamente o risco de flutuar entre a impotência e a onipotência, com todos os prejuízos e danos de ambas. Até pouco tempo e, em certa medida, ainda na atualidade, esperava-se tudo da educação, exagerando visivelmente suas possibilidades reais. Para alguns, deu-se o mesmo fenômeno com a eugenia. Devemos evitar que o mesmo se repita agora com a psicologia, esperando que ela resolva todos os males.

Trabalhar no campo da psico-higiene significa inevitavelmente estar atuando nos problemas sociais e nas condições de vida dos seres humanos; daqui deriva outra possibilidade de extremos, muito relacionados com os recém-descritos e que consiste — por uma parte — em crer que a higiene mental (e a higiene em geral) reduz-se a uma reforma econômico-política da sociedade e — por outra parte — na tendência a transformar a higiene mental em um movimento ideológico em si mesmo. Situando a higiene mental em sua justa medida e possibilidades, não podemos nem devemos nos desentender das condições econômicas e sociais de uma comunidade, entre outras razões porque há situações sob as quais a higiene mental consiste justamente em atender ditos problemas sociais (alimentação, moradia, etc.). O profissional deve agir em sua condição inseparável de ser humano: um não deve absorver nem anular o outro.

Indagação e ação

Quando se fala de investigação, temos ainda, em grande medida, o modelo do investigador experimental das ciências naturais, que configura uma situação artificial de poucas variáveis para poder trabalhar e com isso caímos no preconceito de crer que, fora destas condições, a investigação é impossível. As ciências sociais, especialmente, mostraram até a evidência de que isto não é correto.

O psicólogo clínico deve, no campo da higiene mental, aplicar o princípio de que indagação e ação são inseparáveis e que ambas se enriquecem reciprocamente no processo de uma práxis. Isto não constitui uma manifestação de desejos e sim uma condição fundamental para operar corretamente. A ação deve ser precedida de uma investigação; mas a investigação mesmo é já uma atuação sobre o objeto que se indaga. As modificações obtidas ou resultantes devem, por sua vez, reagir sobre os níveis e passos seguidos na investigação, de tal maneira que outra vez ajam sobre

as modificações já conseguidas e isto num processo de permanente interação. Todos os fatores que compreendem a investigação e a ação devem ser incluídos como variáveis do fenômeno mesmo que se estuda e que se vai modificando enquanto se estuda. Cada passo dado na ação deve, por sua vez, ser investigado em seus efeitos, incluindo nisto o fato de que a própria investigação já é uma atuação. Esta indagação operativa deve ser tida muito em conta tanto pelo psicólogo clínico como por todo trabalhador social e só com ela será frutífera tanto a investigação como seus efeitos e a aplicação de seus resultados. Cada hipótese torna-se investigada no fato de sua aplicação dando isto lugar de imediato a sua ampliação ou retificação. A etapa de aplicação implica necessariamente a investigação do que se está aplicando.

Dentro deste enquadramento geral é que estudaremos a administração de métodos e técnicas psicológicas e sociais que o psicólogo já aprendeu anteriormente no decurso de seus estudos e a isto deve se acrescentar o conhecimento do método epidemiológico no estudo dos transtornos mentais, que se tornou um instrumento fundamental e imprescindível no campo da higiene mental.

Saúde pública e higiene mental

A higiene mental é um ramo da saúde pública e deve ser encarada em concordância com a organização e o nível que esta última tenha alcançado em cada lugar, de tal maneira que não podem se desvincular entre si.[1]

A higiene compreende o conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas para conservar e desenvolver a saúde. O relatório número 31 da Organização Mundial da Saúde, de dezembro de 1952, diz que a higiene mental "consiste nas atividades e técnicas que promovem e mantêm a saúde mental". Dentro da higiene mental pode-se contar com um ramo especial, que interessa particularmente o psicólogo clínico: é o campo da psico-higiene. Assim se o denomina não porque se busque a saúde psíquica (o que seria um absurdo), mas sim porque se age fundamentalmente sobre o nível psicológico dos fenômenos humanos, com métodos e técnicas pro-

1 — Tende-se atualmente a empregar a expressão *saúde mental* para facilitar o conceito de integração das chamadas medicina curativa, preventiva e social.

cedentes do campo da psicologia e da psicologia social. E este é o campo privativo do psicólogo clínico.

O mesmo que para o caso da psico-higiene, seria necessário, a rigor, falar de higiene mental e de saúde mental só para se referir ao campo de ação e não a um setor dos resultados, porque toda atuação na saúde pública tem efeitos sobre os fenômenos mentais e psicológicos (alimentação, avitaminose, infecções, etc.) tanto como as medidas de psico-higiene têm repercussão direta sobre a saúde corporal (exemplo: os estudos de Spitz, M. Ribble e outros sobre a carência de amor e seus efeitos patológicos). De outra maneira, estamos prolongando na terminologia um dualismo que rechaçamos na teoria.

A higiene mental, como já dissemos, é parte integrante da saúde pública, mas cremos que a psico-higiene ultrapassa os limites da medicina, tanto como ultrapassa as possibilidades de ação do médico. Quando alguns situam o psicólogo clínico como auxiliar da medicina é porque não se entendeu a função e extensão da psico-higiene, reduzindo-a à terapia das neuroses e psicoses. Seria semelhante ao fato de querer situar os mestres como auxiliares da medicina em função da intervenção e influência que eles têm como profissionais sobre o equilíbrio emocional e psicológico das crianças. É possível que se tenha que admitir como capítulo mais vasto o da saúde mental e, dentro dele, considerar incluídas tanto a higiene mental como a psico-higiene, como dois capítulos que não se sobrepõem totalmente, ainda que com a grande quantidade de pontos de contato.

O psicólogo clínico opera, na realidade, com esquemas conceituais e com técnicas que correspondem mais ao campo da aprendizagem *(learning)* que ao da clínica.

Tudo o que é relativo à saúde pública tem estreita conexão com a organização estatal e disto deriva, com muita freqüência, uma atitude de expectativa ou dependência, na qual espera-se tudo dos poderes públicos. Certamente que deles dependem, em grande medida, a planificação racional e a possibilidade de levar a cabo os projetos na escala necessária, mas não é menos certo que também nós somos um "poder público" e que muitos projetos e ações devem e têm que partir dos próprios profissionais, no caráter de tais. A psico-higiene, que é a tarefa de gravitação que corresponde especificamente ao psicólogo clínico, tem também, e em grande medida, que confiar e se basear em esforços profissionais não totalmente estatais.

Depois disso, corresponde-nos agora responder também a distintas interrogações que se nos colocam de imediato: com a psico-higiene, onde

intervir? Sobre quem ou quê? Como? Com quê? Estas são perguntas cujas respostas vão nos ocupar extensamente.

O esquema que se estereotipou e definiu é que a ação em higiene mental e em psico-higiene consiste em abrir um consultório, dispensário ou laboratório para atender os doentes mentais ou suspeitos de sê-los que a ele acodem ou lhe são remetidos. Isto é justamente, e em primeiro lugar, o que não se deve fazer, se se pretende uma atividade racional e frutífera.

O psicólogo clínico deve sair em busca de seu "cliente": *a pessoa no curso de seu trabalho cotidiano.* O grande passo em psico-higiene consiste nisto: não esperar que a pessoa doente venha consultar e sim sair a tratar e a intervir nos processos psicológicos que gravitam e afetam a estrutura da personalidade e — portanto — as relações entre os seres humanos, motivando com isto o público para que possa concorrer a solicitar seus serviços em condições que não impliquem em doença. Isto abre uma perspectiva ampla e promissora para a saúde da população e uma fonte de profunda gratificação para o profissional.

Âmbitos de atuação

Nesta passagem do psicólogo clínico da doença à promoção da saúde, ao encontro das pessoas em suas ocupações e tarefas ordinárias e cotidianas, encontramo-nos nos distintos níveis de organização, entre os quais temos que ter em conta, fundamentalmente, as instituições, os grupos, a comunidade, a sociedade.

Uma instituição não é só um lugar onde o psicólogo pode trabalhar; é um nível de sua tarefa. Quando ingressa para trabalhar em uma instituição (escola, hospital, fábrica, clube, etc.), o primeiro que deve fazer *é não abrir um gabinete, nem laboratório, nem consultório* em atenção aos indivíduos doentes que integram a instituição. Sua primeira tarefa é investigar e tratar a própria instituição; este é o seu primeiro "cliente", o mais importante. Não se deve criar outra instituição dentro da primeira, à maneira de uma superestrutura, porque a psico-higiene não é uma superestrutura que tem que ser manejada à parte ou acrescentada à vida e às instituições, mas sim dentro das mesmas. Deve-se examinar a instituição a partir do ponto de vista psicológico: seus objetivos, funções, meios, tarefas, etc.; as lideranças formais e informais, a comunicação entre os *sta-*

tus (vertical) e os *intrastatus* (horizontal), etc. Tendo sempre em conta que esta indagação em si já é uma atuação que modifica a instituição e cria, além disso, distintos tipos de tensões com o próprio psicólogo, que este tem que atender como parte integrante de sua tarefa. O psicólogo é, em uma instituição, um colaborador e de nenhuma maneira deve se converter em centro da mesma; suas funções devem se exercer através dos integrantes regulares da mesma. Nesta ordem de coisas, o psicólogo é um especialista em tensões da relação ou comunicação humana e este é o campo específico sobre o qual deve atuar. A psico-higiene em uma instituição deve funcionar engrenada ou incluída no processo regular ou habitual da mesma e não se transformar em uma superestrutura sobreposta. Os que o consultam e os acontecimentos que deve atender não devem ser encarados em função da problemática individual e sim institucional.

Um segundo nível, muito relacionado com o anterior, é o da atuação sobre os grupos humanos. É muito variada a composição dos grupos e o psicólogo deve tender a atuar sobre os que configuram "unidades naturais", quer dizer, grupos pré-formados, aqueles que já têm dinamicamente configurada a sua função dentro de determinada instituição social: o grupo familiar, o fabril, o educacional, a equipe de trabalho, etc. Outra de suas modalidades é a dos grupos artificiais, que podem ser homogêneos ou heterogêneos, em idade, sexo, problemática, grau de saúde ou de doença, etc. As técnicas grupais a utilizar devem ser escolhidas, segundo o caso, entre as disponíveis: terapêuticas, de discussão, operativas, de tarefa, etc.

O trabalho sobre o nível da comunidade tem que se fazer aproveitando todos os meios de comunicação (rádio, televisão, cartazes, jornais, folhetos, etc.) e os organismos e instituições já existentes (clube, fábrica, escola, hospital, etc.), atuando sobre a problemática, as tarefas e as situações de tensão coletiva. As técnicas são também variadas e devem se adequar aos problemas, objetivos perseguidos e realizações factíveis.

Sem ânimo de apresentar uma classificação exaustiva ou integral, os tipos de situação ou de problemática nos quais o psicólogo deve intervir podem se agrupar da seguinte maneira: 1 — Momentos ou períodos do desenvolvimento ou da evolução normal: gravidez, parto, lactância, infância, puberdade, juventude, maturidade, idade crítica, velhice; 2 — Momentos de mudança ou de crise: imigração ou emigração, casamento, viuvez, serviço militar, etc.; 3 — Situações de tensão normal ou anormal nas relações humanas: família, escolas, fábricas, etc.; 4 — Organização e dinâmica de instituições sociais: escolas, tribunais, clubes, etc.; 5 — Problemas que criam ansiedade em momentos ou períodos mais específicos da vida:

sexualidade, orientação profissional, escolha de trabalho, etc.; 6 — Situações altamente significativas que requerem informação, educação ou direção: educação das crianças, jogos, ócio em todas as idades, adoção de menores, etc. Como é fácil deduzir, o psicólogo intervém absolutamente em tudo o que inclui ou implica seres humanos, para a proteção de tudo o que concerne aos fatores psicológicos da vida, em suas múltiplas manifestações: interessa-se, em toda a sua amplitude, pela assimilação e integração de experiências em uma aprendizagem adequada, com plena satisfação de todas as necessidades psicológicas.

Fora de todos estes aspectos da psico-higiene, mais implicados no objetivo de promoção da saúde, toca também ao psicólogo assumir um papel de importância em todos os enumerados anteriormente: terapêutica, profilaxia, reabilitação, diagnóstico precoce. Detivemo-nos mais especialmente na promoção da saúde porque cremos que é aí onde deve se centrar predominantemente o esforço da higiene mental, ainda que em centros ou dispensários eminentemente terapêuticos ou de reabilitação. Confio que, progressivamente e com esta amplitude, a psico-higiene será o campo específico do psicólogo clínico. Como pode se deduzir do até aqui exposto a psico-higiene não exclui a possibilidade do exercício privado de uma profissão. Aqui o psicólogo encontra-se com uma anomalia muito particular, que, em grande proporção, encontram também bom número de outros profissionais: a de que, com muitíssima freqüência, as atividades profissionais mais racionais e socialmente mais produtivas são as menos ou pior remuneradas. Por outra parte, e em forma quase paralela, possuímos em todos os campos da higiene muito mais conhecimentos do que realmente podemos aplicar, devido a limitações econômicas, sociais e políticas. O problema de incrementar a efetividade dos profissionais é distinto ao do melhoramento de sua competência científica e técnica.

Educação sanitária

Este capítulo da higiene merecerá atenção especial do psicólogo, em virtude da grande importância que tem e pela contribuição especial que pode levar à mesma. Não há programa de higiene que possa se realizar sem a colaboração e participação ativa da comunidade; a educação sanitária tende a produzir mudanças estáveis de determinadas pautas de conduta da comunidade.

Nesta tarefa corresponde ao psicólogo avaliar os preconceitos e as resistências, os medos à mudança, o estudo da mensagem em função dos resultados que deseja obter, selecionar as pessoas a quem deve se dirigir de preferência: a comunidade total, profissionais, pessoas-chaves da comunidade (professores, religiosos, policiais, juízes, presidentes de clubes, etc.). A forma de chegar ao público é também um item que deve ser cuidadosamente considerado: contatos pessoais, imprensa, televisão, etc.

Devem-se ter também em conta as distorções e perigos que pode originar uma educação ou uma propaganda sanitária mal processada; entre eles, promover atitudes paranóides ou hipocondríacas na população.

2

Piscologia institucional

Em continuação de um seminário para graduados sobre higiene mental proferido no ano de 1962 no Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Letras da Universidade de Buenos Aires, realizou-se em 1964 — também sob minha direção — outro sob o mesmo tema, mas que já se centrou totalmente na psicologia institucional; é deste último que aqui se dá um resumo. O nexo entre ambos os temas é muito evidente e reside na perspectiva e nos delineamentos dentro dos quais desejamos ver se desenvolver a psicologia e a profissão do psicólogo. Esta própria publicação continua este propósito fundamental de criar inquietação, especialmente nas novas promoções de psicólogos, atraindo a atenção dos mesmos para enfoques menos limitados — ou mais amplos — que permitam sua melhor situação social, um cumprimento mais eficaz de seu papel profissional ou técnico da psicologia, voltando seu trabalho para atividades sociais de maior envergadura, transcendência e significação.

A posição geral sustentada pode se resumir nas seguintes proposições, já dadas a conhecer anteriormente em outra publicação: a) o psicólogo como profissional deve passar da atividade psicoterápica (doente e cura) à da psico-higiene (população sadia e promoção de saúde); b) para isso, impõe-se uma passagem dos enfoques individuais aos sociais. O enfoque social é duplo: por um lado, compreende os modelos conceituais respectivos e, por outra parte, a ampliação do âmbito em que se trabalha. Para conseguir tudo isto é necessário o desenvolvimento de novos instrumentos de trabalho: conhecimentos e técnicas que possam fazer viável a tarefa e frutíferos os princípios. Mas, por outra parte, estes instrumentos

só podem ser conseguidos enfrentando paulatinamente a tarefa, porque só nesta experiência viva podem ir-se gestando.

Psicologia institucional — tal como a entendo aqui — é um capítulo recente no desenvolvimento da psicologia e ninguém pode, na atualidade, ostentar nem se apoiar em uma vasta experiência. Tampouco posso eu; a minha experiência pessoal direta é até agora limitada e inclui fundamental e quase unicamente organismos hospitalares e educacionais; em outras instituições minha participação foi, com grande freqüência, indireta, através da supervisão do trabalho de psicólogos. A necessidade de promover novas inquietações e de orientar precocemente e adequadamente a situação profissional correta do psicólogo faz com que agora comunique esta experiência e conhecimentos sobre o tema, tal como — em grande parte — foram desenvolvidos e elaborados nos seminários a que fiz referência e nos quais contei com a colaboração inestimável de um grupo de diplomados na carreira de psicologia que, com grande entusiasmo e inteligência, fizeram eco da necessidade de ter consciência clara de seu papel na sociedade e de cumpri-lo o mais eficientemente possível. Entre os antecedentes fundamentais em que nos baseamos encontram-se as contribuições de Enrique Pichon Rivière e Elliot Jaques, para quem devemos deixar certeza de nossa gratidão pela obra realizada neste sentido. O Dr. Enrique J. Pichon Rivière tem sido, também neste campo, um eficaz promotor de inquietações, tal como o tem sido sempre em nosso país na totalidade da psicologia, da psicanálise e da psiquiatria.

Até agora, sublinhei a psicologia institucional em relação com o psicólogo enquanto profissional e isto pode levar ao erro de supor que estamos falando de uma atividade subalterna, de uma "parte prática", de aplicação da psicologia, enquanto que a "verdadeira" ciência psicológica e a investigação psicológica acham-se em outro lado. Tais presunções derivam de uma concepção abstrata e irreal da ciência. A psicologia institucional se insere tanto na história das necessidades sociais como na história da psicologia e, dentro desta última, não se trata só de um campo de aplicação da psicologia, mas, sim, fundamentalmente, de um campo de investigação; não há possibilidade de nenhuma tarefa profissional correta em psicologia se não é, ao mesmo tempo, uma investigação do que está ocorrendo e do que está se fazendo. A prática não é uma derivação subalterna da ciência, mas sim seu núcleo ou centro vital; e a investigação científica não tem lugar acima ou fora da prática, mas sim dentro do curso da mesma. Neste sentido, pesa o exemplo (o mau exemplo) de outras ciências e atividades profissionais, tais como a medicina; nela, a ciência e a

investigação estão nos laboratórios, enquanto que a prática constitui a função dos médicos, que devem *aplicar* as conseqüências de dita investigação. Este é um esquema alienante e de efeitos ou resultados altamente perniciosos; para os médicos, os doentes, a sociedade e a ciência. O experimento e o laboratório devem constituir um momento do processo total da investigação, que é inseparável da própria prática, tanto como esta última transforma-se, sem investigação concomitante, em um empirismo grosseiro.

Com tudo isso quero assinalar claramente que a psicologia institucional não é um ramo da psicologia aplicada[1], mas sim um campo da psicologia, que pode significar em si mesmo um avanço extraordinário tanto na investigação como no desenvolvimento da psicologia como profissão. Para dizê-lo de outra maneira, penso que não se pode ser psicólogo se não se é, ao mesmo tempo, um investigador dos fenômenos que se querem modificar e não se pode ser investigador se não se extraem os problemas da própria prática e da realidade social que se está vivendo em um dado momento, ainda que transitoriamente e por razões metodológicas da investigação isolem-se momentos do processo total.[2]

Pode-se dizer que a psicologia desenvolve-se ganhando terreno da abstração e se afirmando gradual e progressivamente no terreno do concreto; desde uma psicologia inumana do homem até uma psicologia que capte o especificamente humano. Brevemente, podemos expor as seguintes etapas:

a) Estudo de partes abstratas e abstraídas do ser humano (atenção, memória, juízo, etc.);

b) Estudo do ser humano como totalidade, mas abstraído do contexto social (sistemas mecanicistas, energetistas, organicistas, etc.);

c) Estudo do ser humano como totalidade nas situações concretas e em seus vínculos interpessoais (presentes e passados). A partir deste terceiro enfoque conceitual e metodológico, o desenvolvimento cumpriu-se, ampliando os âmbitos em forma progressiva:

a) âmbito psicossocial (indivíduos);

b) âmbito sócio-dinâmico (grupos);

1 — Toda a assim chamada psicologia aplicada tem em si uma alienação como vício.

2 — A distorção aparece enquanto ditos momentos são assumidos por pessoas distintas que se mantêm isoladas entre si e enquanto se perde o *caráter técnico que tem o isolamento* na investigação e se desemboca em uma perda ou carência da visão global e da interação do processo.

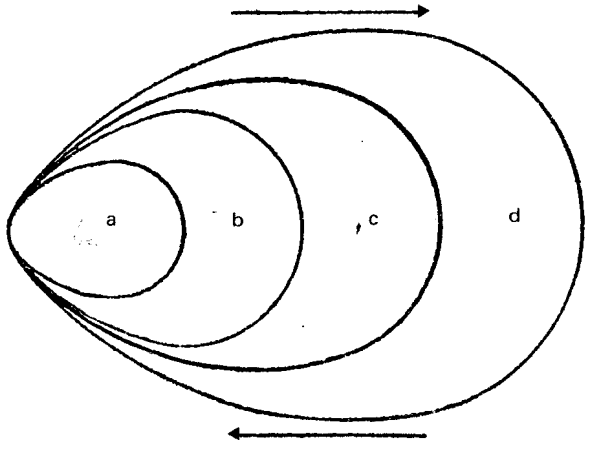


Figura 1
Âmbito da psicologia: a) psicossocial; b) sócio-dinâmico; c) institucional; d) comunitário. As setas são explicadas no texto.

c) âmbito institucional (instituições);

d) âmbito comunitário (comunidades).

Convém esclarecer que não são sinônimos e que, portanto, não coincidem psicologia individual e âmbito psicossocial, tanto como tampouco coincidem psicologia social com âmbito sócio-dinâmico; a diferença entre psicologia individual e social não reside no âmbito particular que abarcam uma e outra, mas sim no modelo conceitual que cada uma delas utiliza; assim pode-se estudar a psicologia do grupo (âmbito sócio-dinâmico) — por exemplo — com um modelo da psicologia individual, tanto como se pode estudar o indivíduo (âmbito psicossocial) com um modelo da psicologia social. Por isso eu dizia anteriormente que se impõe uma passagem dos enfoques individuais aos sociais no duplo sentido de *reforma dos modelos conceituais e ampliação do âmbito de trabalho.* A psicologia institucional requer e implica ambas as coisas.

Enquanto ampliação de âmbitos, o desenvolvimento da psicologia seguiu o curso do sentido A (na figura 1), mas esta direção coincidiu, em certa medida, com uma extensão dos modelos da psicologia individual a todos os outros âmbitos. À medida que vamos abarcando, na prática, novos âmbitos e se estruturam novos modelos conceituais adequados, impõe-se o sentido B (da mesma figura); quer dizer, devemos retomar o estudo das instituições com modelos da psicologia da comunidade, o estudo de grupos com modelos da psicologia institucional e da comunidade, e o estudo de indivíduos com os modelos da psicologia de grupos, comunidades e instituições. Fica, neste sentido, evidentemente, uma grande tarefa por realizar no desenvolvimento da psicologia. A rigor, este desenvolvimento apenas começou e é muito recente.[3]

Quando falo de modelos da psicologia individual, refiro-me ao fato de que os mesmos caracterizam-se fundamentalmente por partir do indivíduo isolado para explicar as agrupações humanas e aplicam a estas últimas as categorias observáveis e conceituais que correspondem ou se utilizaram para o indivíduo isolado (organismo; homeostase; libido, etc.) e, desta maneira, explicam-se os grupos, as instituições e a comunidade, pelas características do indivíduo. Quando me refiro aos modelos da psicologia social tenho em conta o fato de utilizar categorias adequadas ao caráter dos fenômenos das agrupações humanas (comunicação, interação, identificação, etc.) que, em grande parte, têm que ser ainda descobertos e criados.

O estudo das instituições abarca três capítulos fundamentais em estreita relação e interdependência, mas que podem ser caracterizados da seguinte forma:

a) Estudo da estrutura e dinâmica das instituições;

b) Estudo da psicologia das instituições;

c) Estratégia do trabalho em psicologia institucional.

Aqui não estudaremos a instituição em si mesma, quer dizer, sua estrutura e sua dinâmica e sim fundamentalmente a *estratégia geral do psicólogo no trabalho institucional;* ainda que resenhemos brevemente o capítulo da psicologia das instituições, tampouco nos ocuparemos aqui dos instrumentos específicos (as técnicas) para trabalhar em psicologia institucional.

Da análise realizada em nossos seminários, surgiu como o mais fundamental ou urgente neste momento o estudo do que chamamos de a estratégia do trabalho institucional e, neste sentido — dentro da estratégia —, o mais importante é o *enquadramento da tarefa,* quer dizer, a fixação

3 — "... o que a psicologia clássica considera como o ponto de partida da psicologia, quer dizer o conhecimento do indivíduo, não pode se achar senão precisamente ao final..." (POLITZER)

de certas constantes dentro das quais podem-se controlar as variáveis do fenômeno, pelo menos em certa medida. Dentro destas constantes, que devem ser dadas pelo enquadramento, duas delas têm uma importância relevante, a saber:

a) a relação do psicólogo com a instituição na contratação, programação e realização do trabalho profissional;

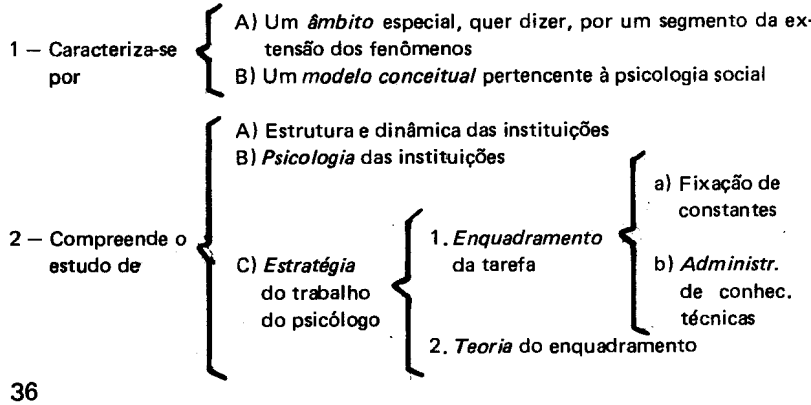
b) os critérios que sustentam dita relação.

O conjunto de todos estes fatores constitui a estratégia do trabalho tanto como sua teoria no campo da psicologia institucional.

Este enfoque é o mais conveniente e o que mais corresponde utilizar ao se tratar de profissionais psicólogos, como no caso dos seminários realizados, dado que eles já possuem os instrumentos ou técnicas para trabalhar tanto no âmbito psicossocial como no sócio-dinâmico, institucional e da comunidade (entrevistas, pesquisas, técnicas grupais, etc.); enquanto que o que faz falta é o limite dentro do qual ditas técnicas vão ser empregadas, quer dizer, *a forma como se devem administrar* os conhecimentos e técnicas. Este esclarecimento se faz necessário em função de que é possível que para outros profissionais que tentam abarcar ou realizar tarefas no âmbito institucional pode ser necessário ou imprescindível outro tipo de aproximação ao problema, distinto do aqui utilizado.

O fundamental do exposto até agora pode ser sintetizado da seguinte maneira:

PSICOLOGIA INSTITUCIONAL



O que é a psicologia institucional

Como já vimos, a psicologia institucional caracteriza-se pelo âmbito (as instituições) e por seus modelos conceituais; dentro de sua estratégia inclui-se, como parte fundamental, o enquadramento da tarefa e a administração dos recursos.

O âmbito, que compreende a extensão ou amplitude particular em que os fenômenos são abarcados para seu estudo ou para a atividade profissional, é, na psicologia institucional — por certo — a instituição. Este último termo tem diversos sentidos que requerem ser, aqui, superficialmente examinados. Em seu *Dicionário de sociologia,* Fairchild inclui duas acepções: 1 — "Configuração de conduta duradoura, completa, integrada e organizada, mediante a qual se exerce o controle social e por meio da qual se satisfazem os desejos e necessidades sociais fundamentais"; 2 — "Organização de caráter público ou semipúblico que supõe um grupo diretório e, comumente, um edifício ou estabelecimento físico de alguma índole, destinada a servir a algum fim socialmente reconhecido e autorizado. A esta categoria correspondem unidades tais como os asilos, universidades, orfanatos, hospitais, etc.". Em nossa definição de psicologia institucional, compreende-se a instituição no segundo dos sentidos dados por Fairchild e, dentro deste, inclui-se o estudo dos fatores caracterizados na primeira das acepções. Psicologia institucional abarca, então, o conjunto de organismos de existência física concreta, que têm um certo grau de permanência em algum campo ou setor específico da atividade ou vida humana, para estudar neles todos os fenômenos humanos que se dão em relação com a estrutura, a dinâmica, funções e objetivos da instituição. Com esta definição, quero sublinhar que à psicologia institucional não correspondem, por exemplo, as leis enquanto instituições e sim os organismos em que concretamente se aplicam ou funcionam (tribunais, prisões, etc.) ditas leis em sua forma específica. Em algumas ocasiões, dão-se certas discrepâncias entre um e outro sentido, como é o caso, por exemplo, da família, que é uma instituição social, mas que, para o psicólogo, é um grupo enquanto organização concreta que enfrenta em sua tarefa profissional. Da mesma forma, a religião é também uma instituição social, mas a religião de um grupo familiar não é uma instituição; para a religião, as instituições que interessam à psicologia institucional são as de seus organismos específicos (igreja, paróquia, etc.).

Burgess (citado por Young) menciona quatro tipos principais de instituições:

a) instituições culturais básicas (família, igreja, escola);

b) instituições comerciais (empresas comerciais e econômicas, uniões de trabalhadores, empresas do Estado);

c) instituições recreativas (clubes atléticos e artísticos, parques, campos de jogos, teatros, cinemas, salões de baile);

d) instituições de controle social formal (agências de serviços sociais e governamentais).

A elas, Young acrescenta:

e) instituições sanitárias (hospitais, clínicas, campos e lugares para convalescentes, que possam incluir-se ou não no grupo de agências de serviço social);

f) instituições de comunicação (agências de transporte, serviço postal, telefones, jornais, revistas, rádios).

Incluo esta classificação a título mais bem ilustrativo da amplitude do trabalho profissional em psicologia institucional, mas, para nosso objetivo presente, não se faz de maneira alguma imprescindível uma classificação exaustiva ou rigorosa das instituições.

Dada uma instituição, o psicólogo centra sua atenção na atividade humana em que ela tem lugar e no efeito da mesma, para aqueles que nela desenvolvem dita atividade. Para isto, impõe-se um mínimo de informação sobre a própria instituição que, por exemplo, inclui:

a) finalidade ou objetivo da instituição;

b) instalações e procedimentos com os quais se satisfaz seu objetivo;

c) situação geográfica e relações com a comunidade;

d) relações com outras instituições;

e) origem e formação;

f) evolução, história, crescimento, mudanças, flutuações; suas tradições;

g) organização e normas que a regem;

h) contingente humano que nela intervém: sua estratificação social e estratificação de tarefas;

i) avaliação dos resultados de seu funcionamento; resultado para a instituição e para seus integrantes. Itens que a própria instituição utiliza para isto.

Circunscrito o âmbito no qual corresponde trabalhar, o que caracteriza especificamente a psicologia institucional é um enquadramento particular da tarefa; dentro do enquadramento devem se contar, em primeiro lugar, dois princípios, estritamente inter-relacionados:

a) toda tarefa deve ser empreendida e compreendida em função da unidade e totalidade da instituição;

b) o psicólogo deve considerar, muito particularmente, a diferença entre psicologia institucional e o trabalho psicológico em uma instituição.

Em psicologia institucional, interessa-nos a instituição como totalidade; podemos nos ocupar de uma parte dela, mas sempre em função da totalidade. Para isto, o psicólogo deduz sua tarefa de seu próprio estudo diagnóstico, diferentemente do psicólogo que trabalha em uma instituição, mas em funções que lhe são fixadas pelos diretores da mesma ou por um corpo profissional, que não deixou lugar para que o psicólogo deduzisse sua tarefa de uma avaliação própria e técnica da instituição. No primeiro caso, o psicólogo é um assessor ou consultor e, no segundo, é um empregado e a tarefa que concerne à psicologia institucional não pode se realizar em situação de empregado,[4] mas sim na de assessor ou consultor; porque há uma distância ótima na *dependência econômica* e na *dependência profissional,* que é básica no manejo técnico das situações. Um psicólogo empregado — por exemplo — para selecionar pessoal ou para aplicar testes aos integrantes ou sócios, não realiza uma tarefa dentro do enquadramento da psicologia institucional, porque a sua tarefa não derivou de seu estudo e diagnóstico da situação, assim como não foi deduzida do que em seu juízo profissional realmente corresponde realizar na instituição. A experiência mostra, além disto, que na instituição que se estuda não se deve ter senão um só papel; por exemplo, não se pode ser o psicólogo institucional em um hospital e ao mesmo tempo realizar, no mesmo lugar, uma tarefa de outra ordem (assistencial ou didática, por exemplo). O cumprir dois papéis diferentes no mesmo lugar implica uma superposição e confusão de enquadramento com situações que se fazem muito difíceis de avaliar e manejar.

Ele ou os assessores podem ser contratados para o estudo de um problema definido proposto pela própria instituição, sem que ele, por si só, invalide a condição de assessor, enquanto que o estudo se realize dentro da totalidade e unidade da instituição, valorizando o peso e o significado do problema, os motivos pelos quais foi proposto e os termos e relações do mesmo.

4 — Empregado refere-se, aqui, ao *status* no qual se realizam tarefas dispostas por um *status* superior, sem haver participado na programação das mesmas; em outros termos só se cumprem ordens.

O realmente importante e impreterível é que a dependência econômica do psicólogo institucional tem que ser fixada em termos tais que não comprometem sua *total independência profissional;* todos os detalhes que concernem à inclusão do psicólogo em uma instituição têm que ser recolhidos por ele como índices das características da instituição e das situações que deverá enfrentar. A condição de ter um salário fixo mensal e uma obrigação no cumprimento de horários não invalida por si próprio e só por este fator a condição de consultor ou assessor, mas esta última deve ser sempre especialmente estipulada e, depois, sempre defendida. A experiência aconselha a fixar um horário global para uma primeira tarefa diagnóstica que tem que ser previamente delimitada em sua duração e, posteriormente, a fixar honorários, assim como as horas diárias ou semanais a dedicar à instituição, ao mesmo tempo que a estabelecer o horário e dias de trabalho, que logo têm que se respeitar rigorosamente. Os horários devem ser fixados em função do número de pessoas que vão intervir na tarefa, tendo em conta o cômputo do tempo que vai se dedicar, fora da própria instituição, ao estudo do material recolhido ou à redação de protocolos e relatórios. Torna-se totalmente inadequada, e contra-indicada, a fixação de horários em função e em proporção das utilidades que vai trazer o trabalho do psicólogo à instituição. Não deve ser deixado sem esclarecimento prévio nenhum detalhe do enquadramento da tarefa; tampouco se deve dar lugar à ambigüidade ou aos subentendidos tácitos, que devem ser sempre explicitados. Não é tampouco útil, a partir do ponto de vista da tarefa, a realização de estudos diagnósticos com o compromisso de não cobrar ou de fixar honorários *a posteriori;* isto induz geralmente a uma desvalorização da função do psicólogo ou o coloca na situação de desvantagem de ter que "vender" seu assessoramento. Quando assinalo que estas situações não são úteis ou são desvantajosas, isto se refere basicamente ao fato de que compromete a independência profissional do psicólogo e com isto seu manejo técnico correto das situações. Se se vai realizar uma tarefa gratuitamente, isto também deve ser explicitado e não deixar a situação indecisa, nem menos ainda a critério da instituição.

Nunca vi como favorável ou positivo o ingresso numa instituição como empregado (no sentido definido na nota de rodapé da página 39), mas com a intenção secreta de "convencer" e se transformar gradualmente em psicólogo institucional da mesma. Esta atitude vicia totalmente o enquadramento da tarefa.

Dentro do enquadramento da tarefa conta-se também o problema dos objetivos do psicólogo e da psicologia institucional, que devem ser considerados cuidadosamente.

Objetivos da instituição e objetivos do psicólogo

Cada instituição tem seus objetivos específicos e a sua própria organização, com a qual tende a satisfazer ditos objetivos. Ambos (fins e meios) têm que ser perfeitamente conhecidos pelo ou pelos psicólogos, como ponto de partida para decidir seu ingresso como profissional na instituição.

Toda instituição tem objetivos explícitos tanto como objetivos implícitos ou, em outros termos, conteúdos manifestos e conteúdos latentes. Estes devem ser valorizados de forma separada dos efeitos laterais que uma instituição pode produzir. A criação de uma indústria, por exemplo, faz-se para produzir — manifestamente — determinada mercadoria ou matéria-prima, mas seu conteúdo latente pode ser o de povoar uma região por razões políticas ou militares; é distinto do caso em que a dita indústria tenha como efeito colateral o enraizamento e aumento da população das zonas vizinhas. Se bem que é certo que o efeito colateral pode se transformar posteriormente num conteúdo latente, até que isto ocorra o seu peso é totalmente distinto. Pode ocorrer que coexistam conteúdos latentes e manifestos que se equilibrem em sua gravitação e até entrem em contradição e pode também acontecer que o conteúdo latente ultrapasse, em sua força, o conteúdo explícito. Assim, por exemplo (e para utilizar um muito simples), numa sala de um hospital uma situação conflituosa deste caráter apareceu atrás do motivo da consulta, que foi formulado como uma desorganização crônica e desatenção da assistência profissional aos doentes; o problema residia, em parte, em que a equipe profissional, formada totalmente por gente muito jovem, tinha primordialmente propósitos ou objetivos de aprendizagem, nos quais se viam totalmente frustrados. O psicólogo deve saber que, sempre, o motivo de uma consulta não é o problema e sim um sintoma do mesmo.

Se bem que é certo que se torna de grande utilidade para o psicólogo conhecer os objetivos explícitos de uma instituição para decidir e realizar sua tarefa profissional, não é menos certo que os latentes ou implícitos às

vezes só aparecem como conseqüência do estudo diagnóstico que realiza o próprio psicólogo.

Além do estudo destes objetivos e de sua dinâmica e conseqüências, devem também ser valorizados as finalidades ou objetivos que a instituição tem para solicitar a colaboração profissional de um psicólogo e aqui contam tanto os objetivos explicitados como aqueles que formam parte das fantasias da instituição, que podem, por outra parte, ser totalmente inconscientes. Um serviço hospitalar solicita o assessoramento de um psicólogo, mas entorpece total e permanentemente sua atividade; o exame da situação descobre o fato de que o interesse da instituição reside basicamente em ostentar uma organização progressiva e científica frente a outros serviços hospitalares competidores, mas a atividade do psicólogo é, na realidade, temida.

Estes fatos não invalidam, não impossibilitam a função do psicólogo, e sim que já são as circunstâncias sobre as quais justamente se tem que agir. Este deve saber que a sua participação numa instituição promove ansiedades de tipos e graus diferentes e que o manejo das resistências, contradições e ambigüidades *forma parte, infalivelmente, de sua tarefa.* E que, além disso, tem que contar com estas resistências ainda na parte ou no setor da instituição que promove ou alenta a sua contratação ou inclusão. Quando o psicólogo se encontra com dois bandos, um que o aceita e outro que o rejeita, deve saber que ambos são partes de uma divisão esquisóide e não deve tomar partido de nenhum. Um clube incorporou um conjunto de psicólogos, aos quais ofereceu todas as possibilidades de trabalho, organizando para eles uma ceia de homenagem na sede social. Os psicólogos são declarados em disponibilidade "casualmente" depois de realizadas as eleições para renovar as autoridades integrantes da comissão diretora: uma auspiciosa recepção foi inconscientemente parte de uma estratégia eleitoral.[5]

Para que uma instituição solicite e aceite o assessoramento de um psicólogo enquanto psicólogo institucional, a instituição tem que haver chegado a um certo grau de maturidade ou *insight* de seus problemas ou de sua situação conflituosa, mas a função do psicólogo conduz também a que se tome maior consciência de sua necessidade.

Os objetivos da instituição que consideramos referem-se, então, a dois aspectos diferentes; um, a seus próprios objetivos (explícitos ou implícitos) e outro, aos objetivos para os quais se solicita ou aceita o trabalho do psicólogo. A isto temos agora que acrescentar a consideração dos objetivos do próprio psicólogo aos *objetivos da psicologia institucional.* Sabemos que a finalidade ou o objetivo que se deseja alcançar orienta a ação, *formando parte do enquadramento da tarefa.* No que concerne ao psicólogo e seus próprios objetivos, esse deve resolver acerca de:

a) demarcação dos objetivos gerais ou mediatos de sua tarefa;

b) sua aceitação ou não dos objetivos da instituição e/ou dos meios que esta utiliza para alcançá-los;

c) diagnóstico dos objetivos particulares, imediatos ou específicos.

A demarcação dos objetivos mediatos ou gerais da tarefa coincide plenamente com os objetivos da psicologia institucional que o psicólogo deve ter perfeitamente esclarecidos e não admitir sobre eles nenhuma classe de equívocos. Em todos os casos, o objetivo do psicólogo no campo institucional *é um objetivo de psico-higiene:* conseguir a melhor organização e as condições que tendem a promover saúde e bem-estar dos integrantes da instituição. O psicólogo institucional pode se definir, neste sentido, como um técnico da relação interpessoal ou como um técnico dos vínculos humanos e — pelo que veremos depois — pode se dizer também que é o técnico da explicitação do implícito. A ajuda a compreender os problemas e todas as variáveis possíveis dos mesmos, mas ele próprio *não decide, não resolve nem executa.* O papel de assessor ou consultor deve ser rigorosamente mantido, deixando a solução e execução em mãos dos organismos próprios da instituição: o psicólogo não deve ser *em nenhum caso* nem um administrador nem um diretor nem um executivo, nem deve sobrepor-se na instituição como um novo organismo.

O psicólogo não é o profissional da alienação nem da exploração, nem da submissão ou coerção, nem da desumanização. O ser humano, sua saúde, sua integração e plenitude constituem o objetivo de seu trabalho profissional, *aos quais não deve renunciar em nenhum caso.* Sua função tampouco deve ser confundida com a educacional, no sentido corrente que tem este último termo.

Um psicólogo foi chamado para trabalhar em uma instituição social (clube) com os aspirantes da mesma (um grupo de menores de doze anos), para conseguir que estes "melhorem seu comportamento"; o exame diagnóstico levou à conclusão de que até este setor derivavam-se situações de conflito no corpo diretor, pelo que o psicólogo levou a esclarecer a queixa como um sintoma e a atender a verdadeira situação conflituosa. De outra maneira, o psicólogo teria agido como agente de coerção, como

5 — Não corresponde desenvolver, mas sim assinalar que foi um erro participar do banquete tanto como aceitá-lo.

instrumento dos adultos e como agente de manutenção de um sintoma; e o psicólogo não deve agir nunca como agente de coerção, nem ainda com meios psicológicos. A educação se vale aqui, fundamentalmente, da aprendizagem *(learning)* que capacita a instituição a enfrentar situações e poder refletir sobre elas como primeiro passo para qualquer solução. O esquema que inicialmente se oferece ao psicólogo como causa de um problema não é, geralmente, outra coisa senão um preconceito.

O segundo ponto, o da aceitação por parte do psicólogo dos objetivos da instituição, coloca problemas profissionais e éticos de primeira magnitude e da maior gravidade. Em primeiro lugar, não se deve aceitar em nenhum caso o trabalho numa instituição com cujos objetivos o psicólogo não esteja de acordo ou entre em conflito; seja com os objetivos ou seja com os meios que a instituição tem para levá-los a cabo. Em psicologia, *a ética coincide com a técnica* ou, melhor dito, *a ética forma parte do enquadramento da tarefa,* já que nenhuma tarefa pode ser levada a cabo corretamente se o psicólogo rejeita a instituição (seja em seus objetivos ou em seus meios ou procedimentos). Se um psicólogo, por exemplo, é chamado para cumprir suas funções numa instituição cooperativa, este não deve aceitar a tarefa se rejeita (por qualquer motivo) o movimento cooperativista. Em segundo lugar, tampouco pode o psicólogo aceitar uma tarefa profissional se está demasiado incluído ou participa na organização ou no movimento ideológico da instituição; uma afinidade ou identidade ideológica não deve, no entanto, ser tomada em si mesma como uma contra-indicação absoluta, e a decisão depende da capacidade do psicólogo para estabelecer uma certa distância operativa e instrumental em seu trabalho profissional, de tal maneira que, dentro deste, possa trabalhar como psicólogo e não como proselitista ou político (em qualquer dos sentidos deste termo). Não está vedada ao psicólogo uma intervenção ativa em qualquer movimento ideológico ou político, mas neste caso não atua profissionalmente neste setor. Deve-se entender claramente que o psicólogo não tem por que se exigir neutralidade nem passividade, mas, sim, tem que se exigir em sua tarefa profissional um enquadramento que lhe permita trabalhar e operar como psicólogo.

Em terceiro lugar, o psicólogo não pode nem deve aceitar trabalho em qualquer instituição a qual rejeita, com o ânimo oculto de torcer seus objetivos ou seus procedimentos.

Em quarto termo — e não menos importante — conta-se o fato de que aceitar o trabalho, aceitando os objetivos de uma instituição, significa somente uma condição para o enquadramento de sua tarefa, mas *os objetivos da instituição não são seus objetivos profissionais.* O psicólogo tem objetivos aos quais não deve renunciar em nenhum caso.

Os objetivos particulares, imediatos ou específicos se referem a aspectos do problema central, mas estudados e manejados em função da unidade e totalidade da instituição. O psicólogo não pode trabalhar com todos os integrantes ou todos os organismos da instituição ao mesmo tempo nem tampouco isto é de desejar; por isso, devem-se examinar os "pontos de urgência" sobre os quais intervir como objetivos imediatos. Este esclarecimento sobre os objetivos diferencia nitidamente, já desde o ponto de partida, o psicólogo trablhando em uma instituição do psicólogo trabalhando no âmbito da psicologia institucional. O primeiro realiza uma tarefa que se lhe encomenda realizar; o segundo diagnostica a situação e se propõe agir sobre os níveis ou fatores que detecta como sendo realmente de necessidade para a instituição. O primeiro serve, com freqüência, de fator tranqüilizante ("há um psicólogo trabalhando"), enquanto que o segundo não aceita dito papel e é, basicamente, um agente de mudança. O primeiro é um empregado; o segundo é um assessor ou consultor com total independência profissional.

Como é fácil entender, os objetivos mediatos tampouco são fixos ou imóveis e sim que podem e devem mudar à medida que se desenvolve a tarefa.

Método do trabalho institucional

É possível que se possam enumerar distintos métodos ou diferentes procedimentos e enquadramentos para o trabalho em psicologia institucional. Aqui desenvolvemos o que cremos mais de acordo com nossos objetivos e descartamos tudo o que possa significar uma obrigação, exigência ou urgência em obter resultados práticos imediatos, no sentido de que não interessa desenvolver um empirismo com certas técnicas ou regras estereotipadas que nos distanciam dos fins que perseguimos: os da psico-higiene. Descartamos igualmente toda contaminação messiânica de instituir o psicólogo e a psicologia como "salvadores" de qualquer espécie.

Por sua vez, vemos como impreterível o fato de que o objetivo ou finalidade que fixamos para a psicologia institucional seja realizado com o caráter de uma investigação científica submetida a um método que de-

vemos conseguir que seja progressivamente mais rigoroso. O objetivo que queremos alcançar e para o qual tendemos formar parte do enquadramento da tarefa e o meio de alcançá-lo é através da investigação. Não se trata, em psicologia institucional, de um campo no qual há que "aplicar" a psicologia, mas sim de um campo no qual há que investigar os fenômenos psicológicos que nele têm lugar. Nenhuma investigação pode ser realizada sem objetivos — explícitos ou implícitos —, mas os objetivos constituem parte do enquadramento, uma espécie de tela de fundo e, a rigor, temos que nos ater estritamente à própria investigação.

O trabalho em psicologia institucional requer ainda uma investigação mais ampla e profunda que a realizada até agora, que nos permita configurar mais claramente as técnicas e critérios a empregar, tanto como o caráter do problema que temos que enfrentar.

Todos os nossos objetivos, o da tarefa e o da investigação (investigação de fatos e técnicas) só podem ser abarcados, em nosso entender, com a utilização do método clínico. Desta maneira, o que vamos desenvolver aqui pode-se resumir, dizendo que se refere fundamentalmente ao emprego do método clínico no âmbito da psicologia institucional e dentro do método clínico guiamo-nos pela sistemática do enquadramento introduzido pela técnica psicanalítica, adaptado às necessidades deste âmbito e aos problemas que aqui temos que enfrentar.

Sem ânimo de explicar aqui o método clínico, recordemos que o mesmo se caracteriza por uma observação detalhada, cuidadosa e completa, realizada em um enquadramento rigoroso; este enquadramento pode-se definir como o conjunto das condições nas quais se realiza a observação e constitui uma fixação de variáveis ou — dito de outra maneira — uma eliminação de parte das variáveis ou uma limitação das mesmas, ou a fixação de um conjunto de constantes, que tanto nos serve como meio de padronização como de sistema de referência do observado. Seria aqui muito interessante e importante poder estabelecer as semelhanças, diferenças e relações do método clínico com os chamados métodos ou procedimentos epidemiológicos.

O modelo do enquadramento psicanalítico se estende à modalidade da observação que se leva a cabo, que não consiste somente num registro cuidadoso, detalhado e completo dos acontecimentos, mas sim numa *indagação operativa,* cujos passos podem se sistematizar assim:

a) observação de acontecimentos e seus detalhes, com a continuidade ou sucessão em que os mesmos se dão;

b) compreensão do significado dos acontecimentos e da forma como eles se relacionam ou integram;

c) incluir os resultados de dita compreensão, no momento oportuno, em forma de interpretação, assinalamento ou reflexão;

d) considerar o passo anterior como uma hipótese que, ao ser emitida, inclui-se como uma nova variável, e o registro de seu efeito — tal como no passo (*a*) — leva a uma verificação, ratificação, correção, enriquecimento da hipótese ou a uma nova; com isto, volta-se a reiniciar o processo no passo (*a*), com uma interação permanente entre observação, compreensão e ação.

O mais importante que ocorre é que não somente podem se esclarecer e corrigir problemas e situações, mas sim que gradualmente tem lugar uma meta-aprendizagem que consiste em que os implicados na tarefa aprendem a observar e refletir sobre os acontecimentos e a encontrar seu sentido, seus efeitos e integrações. Para o próprio psicólogo não se trata de uma "aplicação" da psicologia — que conduz rapidamente a estereotipos —, mas sim a de uma conjunção de sua condição de profissional e investigador. A investigação modifica o investigador e o objeto de estudo, o que, por sua vez, é investigado na nova condição modificada. Com isso, dá-se uma práxis na qual o investigar é, ao mesmo tempo, operar e o agir se torna uma experiência enriquecedora e enriquecida com a reflexão e a compreensão.

Técnicas do enquadramento

Uma vez caracterizado o método a seguir (incluídos os critérios derivados do objetivo da tarefa), que consta fundamentalmente de um enquadramento rigoroso e de uma observação operativa, faz-se agora necessário fixar a técnica do enquadramento, quer dizer, o conjunto de operações e condições que conduzem a estabelecer o enquadramento e que constituem também uma parte do mesmo. Já expostos o critério e a teoria que sustentam o enquadramento que desejamos, podemos expor sua técnica em forma de regras que comentaremos suscintamente.

a) A primeira condição do enquadramento se refere ao próprio psicólogo, que deve cumprir com que chamaremos de atitude clínica, que consiste no manejo de um certo grau de dissociação instrumental que lhe

permita, por um lado, identificar-se com os acontecimentos ou pessoas, mas que, por outro lado, lhe possibilite manter com eles uma certa distância que faça com que não se veja pessoalmente implicado nos acontecimentos que devem ser estudados e que seu papel específico não seja abandonado. A atitude clínica forma parte do papel do psicólogo e o mantê-lo permanentemente em sua tarefa é uma das exigências fundamentais do enquadramento.

b) Estabelecimento de relações explícitas e claras em tudo o que corresponde à função profissional e que abarca o tempo de dedicação à tarefa, honorários, dependência econômica e independência profissional, de tal maneira que há de se constituir num assessor ou consultor e não num empregado.

c) Esclarecimento do caráter da tarefa profissional a se realizar, eludindo totalmente o ver-se comprometido com exigências (explícitas ou implícitas) que não se possam cumprir ou que estão fora da tarefa profissional.

d) Realizar uma tarefa de esclarecimento sobre o caráter da tarefa profissional em todos os grupos, secções ou níveis nos quais se deseje agir, *alcançando a aceitação explícita* do profissional e da tarefa. Dita aceitação deve não só ser explícita como também livre, sem coerção e derivada exclusivamente do esclarecimento correspondente, e não realizar nenhuma tarefa com aqueles grupos, seções ou níveis da instituição que não manifestam a aceitação correspondente. O tempo que isto custa não deve ser considerado como tempo perdido, mas sim um tempo no qual já se está cumprindo parte da tarefa, através do esclarecimento e da informação ampla e detalhada, mas recolhendo elementos de observação sobre as características do grupo, seção ou nível e de suas tensões, conflitos, tipos de comunicação, lideranças, etc.

e) Estabelecer em forma prática, definida e clara o caráter da informação dos resultados, tanto como os grupos e pessoas a quem será dirigida dita informação e as situações em que dita informação será submetida; que não deve ser nunca fora do contexto institucional nem fora da tarefa profissional. Não admitir imposições nem sugestões sobre um parcelamento da informação.

f) Segredo profissional e lealdade estritamente observadas, no sentido de que o que corresponde a cada grupo, seção ou nível não será tratado senão com ele ou eles de forma exclusiva. Tratar em forma aberta e franca tudo aquilo que possa transcender e tudo aquilo sobre o qual a pessoa, o grupo ou os níveis implicados desejem ou acedam que transcenda, respeitando totalmente suas decisões; um relatório psicológico não deve ser apresentado enquanto tudo o que em dito relatório possa constar não tenha sido previamente submetido à elaboração do grupo ou da seção de que se trate. Todo relatório ou interpretação deve respeitar o "ritmo" (*timing*) da elaboração dos dados. De nenhuma maneira a dependência econômica obriga a apresentar dito relatório aos dirigentes de uma instituição se o grupo a que concerne dito relatório se opõe a isto. Se o psicólogo está obrigado ou comprometido a apresentar dito relatório a outros setores da instituição, deve fazê-lo sabendo *antes* de começar a trabalhar com um grupo ou com uma seção.

g) Limitar os contatos extra-profissionais ao mínimo ou, no possível, excluí-los totalmente; no caso de que ditos contatos não possam ser eludidos ou excluídos, eles não devem implicar nenhuma informação nem nenhum comentário sobre a tarefa ou o curso da mesma. *O manejo da informação não é só um problema ético, mas sim, ao mesmo tempo, um instrumento técnico.*

h) Ser abstinente e não tomar partido profissionalmente por nenhum setor nem posição da instituição.

i) Limitar-se ao assessoramento e à atividade profissional, não assumindo nenhuma função diretora, administrativa nem executiva. O psicólogo não dirige, não educa, não decide, não executa decisões; ajuda a compreender os problemas que existem e ajuda a problematizar as situações. *Não transformar uma instituição em uma clínica de conduta.* Não tratar problemas pessoais de forma individual ou grupal. Centrar o trabalho psicológico na *tarefa* ou *função* que se realiza e em como se a realiza.

j) O psicólogo deve compartilhar responsabilidades na parte em que os efeitos de uma medida ou de uma mudança dependam de seu assessoramento e de sua atuação, mas não deve assumir responsabilidades alheias.

k) Não formar superestruturas que desgostem ou se sobreponham com as autoridades ou líderes da organização formal ou informal da instituição. Tomar em conta a parte em que as autoridades de uma instituição sintam-se afetadas ou menosprezadas por ter que recorrer a outro profissional.

l) Não fomentar a dependência psicológica (intra ou intergrupal), mas sim todo o contrário: ajudar a resolvê-la.

m) Estrito controle e limitação da informação, no sentido de que a mesma não ultrapasse o que realmente se conhece ou deduz cientificamente. Neste sentido, um critério fundamental é o do controle dos traços da própria onipotência, em não agir nem admitir a auréola de mago nem de

"pode-tudo". A função é a de um estudo científico dos problemas para transmitir o conhecido num dado momento.

n) Não tomar como índice de avaliação da tarefa profissional o progresso da instituição em seus objetivos e sim o grau de "compreensão" (*insight*), de independência e de melhoramento das relações; quer dizer, o progresso nos objetivos da psicologia institucional.

o) A única forma de operar é através da subministração de informação. A operatividade da mesma não só depende de seu grau de veracidade como também do *timing* (momento em que é dada) e de sua quantificação (graduação da mesma). Em última instância, não se trata de informar e sim de *fazer compreender* os fatores em jogo; em outros termos, da tomada de *insight*.

p) O psicólogo deve contar sempre com a presença de resistência (explícita ou implícita), ainda que da parte daqueles que manifestamente o aceitam. O investigar a resistência forma parte fundamental da tarefa profissional e, ao investigá-la, o psicólogo constitui-se infalivelmente e só por este fato em um agente de mudança, que pode incrementar ou promover resistências.

q) Uma instituição não deve ser considerada sadia ou normal[6] quando nela não existem conflitos, e sim quando a instituição pode estar em condições de explicitar seus conflitos e possuir os meios ou a possibilidade de arbitrar medidas para sua resolução.

r) Não aceitar prazos fixos para tarefas e resultados, e sim somente para o caso de um relatório diagnóstico. Não aceitar tampouco exigências de soluções urgentes (que são evasões do *insight*).

Inserção do psicólogo na instituição

Os contatos e as relações que o profissional toma com a instituição constituem, desde o primeiro momento, o material que o psicólogo deve recolher e avaliar. Isto lhe dará a possibilidade de conhecer, já desde o começo, tanto situações vitais da instituição como os fatores negativos e

6 — Os termos "saúde ou normalidade", são, mais adiante, substituídos pela expressão "grau de dinâmica", que entendemos mais adequada para nos referirmos a estes conceitos, ao tratar de instituições.

positivos que terá que enfrentar, já que a forma como a instituição se relaciona com o psicólogo é um índice do grau de *insight* de seus problemas, das defesas e resistências frente aos mesmos, dos esforços e direções em que se tentou a solução ou encobrimento até este momento.

Convém que o psicólogo tome nota e escreva cuidadosamente todos os detalhes dos primeiros contatos e das primeiras entrevistas, porque o estudo deste protocolo e ainda sua mera redação darão a oportunidade de avaliar melhor e levar em conta detalhes que passam facilmente inadvertidos, mas que são significativos: tudo isto fará com que o psicólogo possa organizar melhor os passos sucessivos que tem que dar. Quanto melhor se maneje o método clínico e seus instrumentos, quanto mais seguro se sinta no estabelecimento do enquadramento, tanto melhor o psicólogo poderá tratar com as distintas alternativas de sua inserção no campo de trabalho, que segue sendo sempre uma etapa difícil e, ao mesmo tempo, uma etapa geralmente decisiva de todo o enquadramento posterior. A partir deste ponto de vista convém, pelo menos nas primeiras etapas da tarefa, solicitar a supervisão de um colega que, pelo mero fato de estar fora ou não estar tão comprometido na situação, poderá sempre resultar de grande utilidade.

Os primeiros contatos que o psicólogo estabelece com a instituição devem levar o propósito definido de estabelecer o enquadramento da tarefa, o conhecimento das ansiedades frente à mudança (intensidade e qualidade, mecanismos de defesa), o grau de aceitação ou rejeição do psicólogo, as dissociações entre grupos que aceitam e outros que rejeitam, as fantasias que se projetam sobre o psicólogo, o grau de realidade e adequação das espectativas, etc. Todos os primeiros contatos já conduzem a uma impressão preliminar de caráter diagnóstico, para o qual se deve conhecer também a história da instituição e — pelo menos — os grandes lineamentos de suas características.

"Grau de dinâmica" da instituição[7]

O melhor "grau de dinâmica" de uma instituição não é dado pela ausência de conflitos, mas sim pela possibilidade de explicitá-los, manejá-

7 — Ver nota de rodapé da página 50.

los e resolvê-los *dentro do limite institucional,* quer dizer, pelo grau em que são realmente assumidos por seus atores e interessados no curso de suas tarefas ou funções. O conflito é um elemento normal e imprescindível no desenvolvimento e em qualquer manifestação humana: a patologia do conflito se relaciona, mais do que com a existência do próprio conflito, com a ausência dos recursos necessários para resolvê-los ou dinamizá-los.

A estereotipia é uma das defesas institucionais frente ao conflito, mas se transforma, assim mesmo, em um problema atrás do qual é necessário encontrar os conflitos que se aludem ou evitam. O "desideratum" do psicólogo não é conseguir uma ausência de conflitos nem de tentar uma conciliação entre os termos dos mesmos; e ainda no caso da estereotipia, sua função é a de mobilizá-los, quer dizer, conseguir que os conflitos se manifestem.

O psicólogo é — seja por sua mera presença — um agente de mudança e um catalizador ou depositário de conflitos e, por isso, as forças operantes na instituição vão agir no sentido de anular ou amortizar suas funções e sua ação; uma das modalidades mais comuns em que isto se tenta ou se consegue é a de enquistar o psicólogo em alguma atividade estereotipada, com o que se consegue um efeito mágico, tranqüilizador ("há um psicólogo") ao mesmo tempo em que se alude sua ação ou se o imobiliza. Por isso, o grau e a forma de aceitação e rejeição do psicólogo são índices do grau de dinâmica da instituição. Em outros casos, se anula sua função profissional, envolvendo e comprometendo pessoalmente o psicólogo em algum dos conflitos ou dos grupos controvertidos ou com uma densa rede de rumores. Em todos os casos, a função do psicólogo é a de reconhecer todos estes mecanismos e não agir em função deles, mas sim agir sobre eles, tratando de modificá-los.

Por tudo isso, convém que o psicólogo ou a equipe institucional não pertença à instituição, senão pelo mero e único ligamento profissional de assessor ou consultor no sentido mais estrito; isso permitirá ou facilitará, em certa medida, que o psicólogo conserve certa distância para não assumir os papéis que se projetam nele. Em psicologia institucional é impossível agir em dois papéis ao mesmo tempo; como assessor e como membro integrante da instituição. Assim, por exemplo, numa escola não convém que se aja como psicólogo institucional ao mesmo tempo que como professor da equipe docente.

O enquadramento rigoroso da tarefa significa converter o maior número possível de variáveis em constantes, de tal maneira que o trabalho se realize dentro de certos limites fixos que dão maior segurança e servem

de esquema referencial. Este enquadramento é o que não pode ser mantido com dois papéis distintos da mesma pessoa. Quanto mais baixo for o grau de dinâmica em que se encontra a instituição, *mais se verá atacado o enquadramento do psicólogo* e mais fatos ocorrerão que tratam de comprometer o psicólogo como pessoa e não como profissional. Um índice ainda mais baixo se encontra no caso em que o enquadramento se vê atacado de maneira latente, totalmente dissociada das expressões manifestas.

Para que uma instituição recorra ao psicólogo institucional requer chegar a ter um certo grau de *insight* de seus conflitos ou de que "algo está acontecendo". Quando isto não existe, o psicólogo deve desistir de todo esforço para se incluir na mesma como consultor ou assessor. Um mínimo de *insight* e colaboração se torna indispensável para uma aceitação ativa do psicólogo (ainda sendo esta aceitação constraditória) e se não há uma aceitação ativa é que não se dão as condições mínimas para que o psicólogo trabalhe nela, pelo menos com os instrumentos, enquadramentos e objetivos com que o fazemos no presente.

O tipo de motivação que se dá para solicitar ou aceitar o psicólogo deve ser um dos primeiros fatos que tem que ser submetido a uma análise rigorosa, porque geralmente só é um sintoma e não o próprio conflito. Desde o começo podem se apresentar conflitos, problemas ou dilemas.

No conflito, se apresentam forças controvertidas em interjogo e, geralmente, o conflito de que se queixa encobre os verdadeiros conflitos ou os problemas que não só se acham deslocados, assim, em seus objetos como também podem estar nos níveis de estratificação da instituição: o conflito de um nível se acusa em outro. No problema, se apresentam variáveis ou disjuntivas de uma situação que requerem ser orientadas e dirigidas em alguma direção; quando grupos distintos assumem as diferentes orientações (as encarnam), o problema se transforma em conflito. No dilema, se colocam opções irreconciliáveis que deixaram de estar dinamicamente em interjogo, como no caso do conflito, e já não existe nenhuma interação e sim somente a possibilidade de eliminação. O dilema é a forma defensiva extrema dos problemas ou conflitos.

No problema deve-se resolver ou confirmar se se trata realmente de um problema ou de um pseudoproblema. Assim, em um hospital se pediu a colaboração de psicólogos para conseguir que os pacientes pudessem descansar melhor e transcorrer o dia de forma mais tranqüila. Tratava-se de uma sala de cirurgia na qual existia um alto índice de complicações pós-operatórias de índole psiquiátrica que não se justificavam pelo tipo e qualidade de assistência médica que ali se prestava. Chegou-se à

conclusão de que este "problema" era só um sintoma – e, portanto, não um problema – e que o problema residia em um mau manejo da relação do corpo médico com os familiares dos pacientes; isto promovia situações de extrema ansiedade nos familiares, que se "canalizavam" nos pacientes.

Os dilemas constituem índices de mau prognóstico ou índice de uma tarefa muito árdua que o psicólogo tem que realizar porque encobre, em última instância, situações de muita confusão e ambigüidade. O fator mais perturbador e mais difícil de manejar não é o conflito e sim a ambigüidade que age como um amortizador ou "des-desenhador" dos conflitos. Para poder trabalhar, se requer transformar a ambigüidade em conflito e os conflitos em problemas.

Igualmente se pode prognosticar uma tarefa muito difícil se os conflitos recaem sobre objetos muito personificados individualmente ou se os tende a referir como estritos conflitos individuais; da mesma forma, quando se tende reiteradamente a resolver um conflito com a segregação ou eliminação de um ou de vários indivíduos. Neste último caso, o psicólogo deve prever que se canalizarão nele os conflitos e que se tentará "resolvê-los" segregando o psicólogo da instituição, quando a segregação se converteu na forma automática de "resolver" conflitos e problemas.

Poder-se-ia levar ainda mais adiante a diferença ou a classificação dos conflitos, em individuais, intergrupais, de níveis ou *status*, de tarefas, ideológicos, de estratégia institucional, etc., mas ainda não temos suficientes conhecimentos nem experiência para isto.

Psicologia das instituições

O problema das relações entre indivíduo e sociedade, indivíduo e instituições, se acha tão impregnado de distorções que se torna imprescindível começar esclarecendo alguns dos pressupostos ou preconceitos que, por estarem difundidos em alto grau, se põem de imediato em jogo enquanto se faz o anúncio do tema.

Por psicologia das instituições não deve se entender a origem psicológica das instituições sociais; nem tampouco se afirma o caráter subjetivo delas ou se nega o caráter objetivo das mesmas, sujeitas a leis da estrutura social e econômica da sociedade. Por psicologia das instituições se entende

o estudo dos fatores psicológicos que se acham em jogo na instituição, pelo mero fato de que nela participam seres humanos e pelo fato da mediação imprescindível do ser humano para que ditas instituições existam.

Toda a vida dos seres humanos transcorre em instituições, mas não nos interessa aqui sublinhar ou estudar o papel das mesmas na estruturação da personalidade do curso do desenvolvimento do indivíduo, tema que se encontrará com facilidade exposto numa copiosa bibliografia; tampouco nos interessa aqui a origem e a estrutura das instituições em relação com os processos básicos de produção, distribuição da riqueza e controle do comportamento dos seres humanos, que corresponde a outra direção que a que aqui queremos apresentar. Interessa-nos agora a dinâmica psicológica que tem lugar quanto ao fato de que cada indivíduo tem sua personalidade comprometida nas instituições sociais e se conduz com respeito às mesmas em qualidade de precipitados de relações humanas e em qualidade de depositárias de partes de sua própria personalidade.

A instituição forma parte da organização "sujeitiva" da personalidade[8], de tal maneira que em certos setores da personalidade, poder-se-ia dizer, o esquema corporal inclui a instituição ou parte dela, ou vice-versa.

O ser humano encontra nas distintas instituições um suporte e um apoio, um elemento de segurança, de identidade e de inserção social ou pertença. A partir do ponto de vista psicológico, a instituição forma parte de sua personalidade e na medida em que isto ocorre, tanto como a forma em que isto se dá, configuram distintos significados e valores da instituição para os distintos indivíduos ou grupos que a ela pertencem. Quanto mais integrada a personalidade, menos depende do suporte que lhe presta uma dada instituição; quanto mais imatura, mais dependente é a relação com a instituição e tanto mais difícil toda mudança da mesma ou toda separação dela. Desta maneira, toda instituição não é só um instrumento de organização, regulação e controle social, mas também, ao mesmo tempo, é um *instrumento de regulação e de equilíbrio da personalidade* e, da mesma maneira que a personalidade tem organizadas dinamicamente suas defesas, parte destas se acham cristalizadas nas instituições; nas mesmas se dão os processos de reparação tanto como os de defesa contra as ansiedades psicóticas (no sentido que M. Klein dá a este termo). Desta maneira, se bem que a instituição tenha uma existência própria externa e independente

8 – Apresentamos a diferença entre subjetivo e "sujeitivo" no *Apêndice* e *Psicologia Concreta*, de Politzer. O "sujeitivo" se refere ao sujeito; o subjetivo, a *uma parte* do sujeito.

dos seres humanos individualmente considerados, seu funcionamento se acha regulado não só pelas leis objetivas de sua própria realidade social, como também pelo que os seres humanos projetam nela (pelas leis da dinâmica da personalidade).

Um dos primeiros problemas que aparecem neste sentido é que a instituição pode se ver enormemente limitada em sua capacidade de oferecer segurança, gratificação, possibilidade de reparação e desenvolvimento eficiente da personalidade. Inclusive, esta limitação pode se tornar, em um dado momento, ou em algumas instituições, em uma verdadeira fonte de empobrecimento e estereotipia do ser humano. Este último se deve — a partir do ponto de vista psicológico — ao fato de que estão atuando na instituição as ansiedades psicóticas dos seres humanos ou a que a instituição se converteu, predominantemente, em *um sistema externo de controle destas mesmas ansiedades.* O que os psicólogos temos que obter é que a tarefa que se realiza em uma instituição sirva de meio de enriquecimento e desenvolvimento da personalidade: está aqui — em última instância — o objetivo básico da psicologia institucional.

Aqui corresponde um novo esclarecimento que salve as possibilidades de compreender o exposto no sentido que pode oferecer o psicologismo. Uma fonte de infelicidade e distorsão psicológica dos seres humanos na instituição se baseia na estrutura alienada das instituições, relacionada com a mesma estrutura alienada de todo o sistema de produção e distribuição da riqueza. Sobre esta mesma base se dão as características da alienação dos seres humanos. O que queremos investigar e desenvolver é esta ação recíproca dos seres humanos sobre as instituições porque este esclarecimento é parte da passagem de uma falsa consciência a uma maior consciência da realidade. Uma mudança institucional radical deixa, todavia, grande liberdade para que nela se jogue de todas as maneiras o que os homens projetam nas instituições. O que interessa é a discriminação entre o funcionamento e os objetivos reais de uma instituição e as satisfações e compensações (normais e neuróticas) que os seres humanos obtêm nelas. Temos provas de que os seres humanos não mudam mecânica e imediatamente sua estrutura psicológica pelo fato de uma mudança institucional radical e que — inclusive — levam a estas últimas suas características psicológicas anteriores, comprometendo ou retardando a mudança total das instituições. Os processos psicológicos formam parte da realidade, da mesma maneira que as instituições e os objetos da natureza e não é possível conseguir uma modificação radical, senão também com um conhecimento de suas leis peculiares. Pela interdependência dos fenômenos, uma mudança parcial se acompanha sempre de uma mudança da totalidade, mas o impedimento em uma de suas subestruturas significa também um impedimento no sistema total. Uma sociedade alienada o é por sua estrutura total, mas, dentro desta última, se deve contar também como parte a organização psicológica dos seres humanos. Não temos nenhum contato — por outra parte — com todas as posições que tentam uma modificação psicológica com o único objetivo de pretender uma persistência e manutenção de um mundo humano alienado, com manutenção das prerrogativas das classes poderosas nem tampouco com a intenção mistificadora com que se emprega a psicologia nas assim chamadas *human relations.*

Uma mudança institucional não pode conseguir um "salto" da estrutura psicológica dos seres humanos e, por outra parte, uma mudança institucional radical só pode se dar com uma certa consciência prévia, quer dizer, com uma certa mudança prévia da estrutura psicológica. O que nos interessa é tudo o que os seres humanos se esforçam por não mudar as instituições, embora, por outro lado e ao mesmo tempo, se esforcem por mudálas, por considerá-las inadequadas ou insatisfatórias. E nos interessa também muito na medida em que indivíduos alienados, submetidos a instituições alienadas, se reforçam em um círculo de resistência à mudança. As coisas têm força porque nelas estão alienadas forças dos seres humanos. As instituições se tornam depositárias e sistemas de defesas ou controle frente às ansiedades psicóticas e não só cumprem dita função as instituições e sim também, em igual medida, a cumpre a imagem que o homem tem de si mesmo e de suas instituições.

Toda instituição é o meio pelo qual os seres humanos podem se enriquecer ou se empobrecer e se esvaziar como seres humanos; o que comumente se chama de adaptação é a submissão à alienação e a submissão à estereotipia institucional. Adaptação não é o mesmo que integração; na primeira se exige do indivíduo sua homogeneização máxima, na segunda o indivíduo se insere com um papel em um meio heterogêneo que funciona de maneira unitária. Evidentemente, se confunde com muita facilidade a integração com a aglutinação de grupos e instituições homogeneizadas com indivíduos despersonalizados.

Todas as instituições tendem a reter e formalizar seus membros a uma estereotipia espontânea e facilmente contagiosa. Esta homogeneidade se cumpre de acordo com as estratificações de mando, de tal maneira que ao *status* superior se veja facilitada a tarefa de mando. Esta é a razão pela qual os conflitos dos estratos superiores se canalizam e agem nos níveis inferiores; como sempre, o fio se corta pelo mais fino e o mais fino é aqui

o estrato mais homogeneizado e ambíguo; em outros termos, o mais dependente (o mais desumanizado ou esvaziado). "O homem pertence à instituição". Está aqui a ordem que deve ser mudada pela de "a instituição pertence ao homem". *E isto não pode ser conseguido unicamente com a psicologia. Mas tampouco pode ser conseguido sem ela.*

As organizações institucionais tendem a ser depositárias das partes mais imaturas da personalidade, juntamente no enquadramento do funcionamento das mesmas, quer dizer, nas funções ou formas mais estereotipadas. Por isso, estas últimas são as que oferecem a máxima resistência à mudança porque esta significa, ao mesmo tempo que uma mudança na instituição, uma mudança na personalidade (em sua parte mais imatura, imobilizada justamente na rotina dos hábitos e automatismo).

Quanto mais regressão existe numa instituição, quer dizer, quanto mais ela é depositária das partes imaturas da personalidade de seus integrantes, mais intensa encontraremos nela a estereotipia e mais predomínio haverá da participação sobre a interação[9], quer dizer, de papéis não discriminados e de uma estrutura semelhante à dos grupos primários.

Os grupos na instituição

Pode-se definir a tarefa do psicólogo na instituição dizendo também que *o enquadramento de seu trabalho é institucional, mas sua técnica é fundamentalmente grupal (intra e intergrupal).*

Neste sentido, podem-se considerar esquematicamente três tipos de instituição: as que se manejam como grupos primários e as que o fazem como grupos formalizados ou estereotipados. Um terceiro tipo, com um melhor grau de dinâmica, é aquela que opera como um grupo secundário sem cair na estereotipia. No primeiro caso, a direção da tarefa consiste em transformar os grupos primários em secundários; no segundo caso, a

9 — Não podemos desenvolver aqui esta diferença que foi estudada em outras publicações anteriores ao investigar o fenômeno da simbiose. Só diremos que participação coincide com sincretismo.
Para evitar, aqui também, termos que procedem da medicina e da psicopatologia, chamaremos daqui em diante de *personalidade sincrética* ao que até aqui designamos como a parte imatura da personalidade (indiferenciada, ambígua, sincrética), que promove ansiedade psicótica.

tarefa consiste em elaborar e ultrapassar a rigidez que encobre na realidade uma estrutura de grupo primário fortemente reprimida, formalizada reativamente.

No grupo primário existe uma forte ambigüidade de papéis e *status* dentro da instituição; no grupo estereotipado esta ambigüidade tende a ser "resoluta" ou compensada com uma forte formalização (como formação reativa), a qual leva implicitamente a intensas segmentações e incomunicações. O grupo primário é um grupo no qual predominam as identificações projetivas maciças (participação), um déficit na diferenciação e identidade de seus membros; seu molde é o do grupo familiar, que se continua na instituição como um *grupo de pertença forte, mas como um grupo de tarefa muito débil,* que se vê constantemente comprometido por situações conflituosas fortemente emocionais.

Devemos ter muito em conta que distintas estruturas coexistentes da personalidade requerem instituições e grupos de características diferentes, nos quais cada uma delas pode ser gratificada, compensada ou controlada e, neste sentido, o ser humano necessita tanto de grupos primários como de grupos secundários. O grupo que constitui o protótipo do grupo primário, em nossa cultura, é a família e nela há uma forte depositação e gratificação da personalidade sincrética. Por outra parte, e fortemente clivada da anterior, o nível mais maduro da personalidade requer instituições e grupos onde o mesmo se pode pôr em jogo, se consolidar e se enriquecer. O grau de dissociação e contradição entre estas duas estruturas da personalidade costuma ser muito notável e marca o grau de normalidade e de plasticidade de cada indivíduo. Por isso, e dado que nem todas as instituições respondem ao mesmo padrão de organização, requerem ser estudadas as funções que devem nela se desenvolver ou se controlar a partir do ponto de vista da estrutura da personalidade.

Por outro lado, o déficit de informação e de relações interpessoais favorece a regressão a grupos de estrutura primária e, portanto, também regressão à personalidade sincrética.

Neste sentido, pode se compreender o problema pelo qual consultou uma empresa que dispõe de importantes instalações recreativas para seus empregados e trabalhadores que estão facultados para ir com suas famílias e que se deparava com o fato de que, apesar de todas as facilidades promovidas, seu pessoal não concorria a desfrutar das instalações recreativas. O problema residia no fato de que o empregado tinha na empresa e seu trabalho toda a parte mais madura de sua personalidade que requeria a formalização dos grupos secundários e que não desejava se ver ab-

sorvido totalmente pela empresa, mas sim manter à margem dela sua vida em relação com o grupo primário. A dissociação empresa-família coincide totalmente com a dissociação da própria personalidade que requeria tipos distintos de grupos que, por sua vez, estivessem totalmente separados entre si. Deve-se tomar muito em conta que há *dissociações instrumentais* que devem ser respeitadas.

Não cabe aqui desenvolver a dinâmica dos grupos e a das relações intergrupais, que se acha fora de nosso propósito presente. Os grupos dentro de uma mesma instituição servem, por sua vez, para distribuir e controlar ansiedades e com isto culpas e perseguições, mas nem sempre se cumpre o postulado de que um perigo externo leva a uma maior coesão intragrupal, já que quando se ultrapassa determinado umbral e o perigo externo se torna ingovernável, o grupo ou a instituição em sua totalidade reproduzem dentro de sua própria estrutura a situação de perigo, como uma tentativa de controlá-lo ou governá-lo ficticiamente em condições mais controladas.

Momentos de tensão produzem regressão ao grupo primário; a estereotipia grupal não permite tais regressões que, se são dinâmicas, *são positivas.* O grupo psicologicamente atendido em uma instituição pelo psicólogo tende a ser carregado com tensões de outros que não o são.

Por outra parte, deve se contar com a possibilidade de existência, ao mesmo tempo, na mesma instituição, de grupos e relações primárias, secundárias e estereotipadas que devem ser avaliadas com cautela.

O hospital como instituição

É na instituição hospitalar onde a psicologia institucional provou até agora ser um dos campos onde se torna muito proveitosa sua utilização, mas isto pode se dever somente ao fato de que é a instituição mais diretamente ligada, na atualidade, à parte da atividade do psicólogo e ao fato de ser-lhe um dos organismos mais acessíveis (ainda que não facilmente acessível). Os objetivos da psicologia institucional se tornam também mais claros no hospital já que também se dá o fato de que esta instituição é menos conflituosa para o próprio psicólogo em tudo o que se refere a sua ideologia e seus objetivos. O fato é que a psicologia institucional aplicada aos hospitais se torna, a rigor, uma arma terapêutica muito eficaz, no sentido

de que todo o hospital (sua estrutura) se transforma em si mesmo em um agente psicoterápico de grande eficiência, em profundidade e amplitude. E neste sentido se alcança organizar a *psicoterapia a nível institucional* e não ao da psicoterapia individual ou grupal.

Uma tarefa altamente ansiogênica como o é o contato diário com os problemas da doença e da morte, cria necessariamente na equipe médica e auxiliares comportamentes defensivos de distinto tipo, entre os quais nos interessam particularmente aqueles que o psicólogo deve atender em sua tarefa de psicologia institucional. Um deles consiste no fato de que muitas tensões na equipe médica, que não são explicitadas e resolvidas neste nível, são deslocadas ao pessoal auxiliar ou às relações entre os pacientes entre si e com o pessoal auxiliar. O médico tende - como conduta defensiva — a adotar uma atitude onipotente que em muitos casos se aproxima de uma tentação de "jogar" de mago. Esta atitude cria e fomenta uma incomunicação entre os próprios médicos e entre estes com o pessoal auxiliar e os doentes; isto se combina, além disso, com uma exigência implícita de dependência dos pacientes, que se vê facilitada pela regressão a que conduz a própria doença. Mas, na medida em que se fomentar a dependência, se incrementam também as exigências e as conseqüentes frustrações e ingratidões ou situações persecutórias que se deslocam aos pacientes entre si e com o pessoal auxiliar. O "se portar bem" é uma das exigências implícitas que se faz ao paciente, entendendo por isto sua dependência.

Toda esta situação, altamente ansiogênica, se combina às vezes com um emprego alienante e abusivo de distintos medicamentos, especialmente sedativos e hipnóticos, com os quais só se encobrem as situações de conflito, com frustrações para todos.

Outro problema institucional, como o do ritmo de altas e aproveitamento de leitos, se vê relacionado com uma necessidade inconsciente, por parte do médico, de reter seu paciente e, por parte deste e em função de sua dependência, com sua necessidade de ser retido. Estrutura-se uma verdadeira simbiose hospitalar, dado que a alta de cada paciente obriga o médico a reintrojetar tudo o que nele tinha projetado ou depositado[10], com a conseqüente mobilização de ansiedades; e o mesmo ocorre com o paciente que, em suas condições de regressão, se vê mobilizado em suas ansiedades ao ter que se re-situar na vida extra-hospitalar e assumir obrigações e conflitos dos quais se havia separado temporariamente por sua

10 — O médico mantém projetadas em seus pacientes suas próprias ansiedades hipocondríacas e estes as aceitam em troca da segurança da dependência.

internação. O intervir aqui sobre os pacientes e em sua relação com a família e os médicos torna-se de vital importância para cortar este círculo de realimentação.

Por responder às mesmas estruturas sociais, *as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que têm que enfrentar.* Assim, no hospital geral, a dissociação corpo-mente que rege os pacientes rege a própria instituição e isto se recorda aqui, já que nisto reside uma das fontes da resistência ao psicólogo e à sua tarefa, cujo trabalho significa, neste contexto, não outra coisa que um retorno do reprimido, com a mobilização conseqüente de ansiedade.

Nas instituições que atendem doentes mentais estes problemas se tornam ainda mais agudos. Um dos que se apresentam é sempre (até agora) o de uma forte dissociação entre os objetivos explícitos e implícitos da instituição: entre os primeiros se acha, evidentemente, o propósito de curar doentes mentais, mas em contradição com isto o instituto psiquiátrico tende a defender a sociedade do alienado, segregando-o e, neste sentido, a instituição tende, em sua organização total, à alienação e à segregação do doente mental. Como em nenhum outro caso, se faz aqui muito evidente o fato de que a instituição tende a adquirir a mesma estrutura e o mesmo sentido que o problema que se propõe a resolver. *O asilo tem em sua organização a mesma alienação que seus pacientes:* os doentes tendem a ser tratados como coisas, a identidade se perde totalmente, os contatos sociais se empobrecem, se chega a uma monotonia com uma forte desprivação sensorial, que reforça e mantém a alienação dos pacientes.

Os loucos, as prostitutas e delinqüentes são os sintomas de uma sociedade perturbada e as instituições tendem a reprimir e segregar tanto como a própria sociedade, já que as instituições são os instrumentos desta última. O adotar uma atitude distinta significa tomar consciência ou *insight* dos problemas e conflitos que, por sua mera presença ou existência, denunciam a sociedade que cria os alienados, as prostitutas e os delinqüentes. Além disso, se compreende melhor este fato se se toma em conta uma das funções fundamentais das instituições sociais: a de servir de projeção ou depositária da personalidade sincrética. Mobilizar a organização de uma instituição significa, então, mobilizar as ansiedades psicóticas que nela se acham condensadas e controladas. O próprio paciente oferece uma notável resistência, dado que num limite circunscrito e rígido ele pode distribuir e controlar melhor sua personalidade sincrética que no mundo mais mutante e dinâmico da realidade.

O fenômeno da desprivação sensorial não é, por outra parte, exclusivo das instituições psiquiátricas; será encontrado com maior ou menor intensidade e com distintas formações ou aparências em todas as instituições. Nelas se tende sempre à estabilização e à estereotipia, à monotonia, que se bem por um lado cumpre com uma das funções psicológicas da instituição, leva, por outro lado, a um contínuo e reiterado empobrecimento das relações interpessoais. O hospitalismo se acha assim — em diferentes formas ou expressões — em todas as instituições. A burocratização responde às mesmas causas e à mesma dinâmica social e psicológica. É o fenômeno que, em seus termos gerais, pode se designar, tal como o fazem Bettelheim e Sylvester, como "institucionalismo psicológico", do qual o hospitalismo e a burocratização são só dois aspectos. Todos eles significam, em última instância, a alienação ou manutenção da alienação do ser humano, seu empobrecimento e sua desprivação de vínculos humanos e o esvaziamento de sua condição humana.

A empresa

A empresa é a instituição que coloca os problemas mais agudos quanto à elucidação de objetivos e à aceitação da tarefa profissional.

Toda empresa tem como objetivo fundamental, de uma ou outra maneira, um incremento de sua produtividade — melhor dito, de suas utilidades — e do psicólogo se espera, explícita ou implicitamente, uma condução das relações humanas que leve a esta finalidade. Em nenhum caso o psicólogo deve se situar como agente ou promotor da produtividade, porque não é esta a sua função profissional; seu objetivo é a saúde e o bem-estar dos seres humanos, o estabelecimento ou criação de vínculos saudáveis e dignificantes. Seus objetivos podem levar tanto a um aumento da produtividade — ou dos benefícios — como a uma diminuição da mesma, de maneira passageira, transitória ou estável, mas *em nenhum caso é isto o que mede a eficácia de sua tarefa.* Infelizmente, isto pode ser um obstáculo insolúvel para seu trabalho profissional, em cujo caso deve ser sacrificado este último e não seus objetivos profissionais.

No entanto, a empresa não se acha sempre interessada em um incremento da produtividade; isto depende — em última instância — de que coincida ou não com um incremento de seus benefícios e, neste sentido,

há épocas ou ciclos econômicos nos quais interessa à empresa diminuir a produtividade e acode ao psicólogo para selecionar empregados para a dispensa ou para uma mudança parcial de suas atividades e nos quais se espera que o psicólogo não só selecione como também "convença". Em todos os casos, o psicólogo deve agir exclusivamente segundo seus objetivos (os da psicohigiene) e rejeitar a tarefa se a vê incompatível com seus propósitos.

Em uma ocasião, foi solicitada a ajuda de um psicólogo para ilustrar um grupo de dirigentes de empresas sobre técnicas psicológicas. O objetivo explícito era o de melhorar as relações humanas da empresa respectiva; a finalidade implícita era a de poder "manejar" melhor os empregados e operários. O psicólogo aceitou sua tarefa, mas a levou a cabo segundo seus próprios objetivos: trabalhou com o grupo no sentido do esclarecimento destas finalidades encobertas e na dos próprios conflitos que tinham estes dirigentes de empresa com suas próprias funções, que derivavam basicamente de estar submetidos a uma dupla pressão, que provinha, por uma parte, das exigências de maior utilidade da empresa e, por outra parte, de sua identificação parcial com os interesses e problemas de seus empregados e operários (provinham todos de classe média).

Em outra ocasião, um psicólogo foi chamado para intervir numa situação caótica que havia desembocado em uma greve operária, sem que se vissem com clareza quais eram os motivos e os propósitos desta última, já que a empresa, inclusive, pagava com remunerações superiores às dos convênios. Trabalhou em primeiro lugar e unicamente com o corpo diretivo e desta reunião derivou a análise da estrutura paternalista da direção, que atuava com grande sedução sobre os dirigentes operários, amortizando desta maneira a eficácia dos mesmos; mas isto levava a uma situação de grande insatisfação e mal-estar pela falta de identidade em que se encontravam os operários, que se achavam assim totalmente sujeitos e dependentes. A mudança se fez somente sobre esta estrutura paternalista, a qual levou indiretamente a uma organização sindical autônoma, que dava um *status* definido aos operários.

Uma estratégia fundamental em toda esta tarefa é a de *considerar o que consulta não só como cliente, mas também como o sujeito sobre o qual há que agir,* de tal maneira que ele mesmo esclareça suas motivações, objetivos, suas contradições e conflitos, tanto como sua própria maneira de agir e as conseqüências que se derivam da mesma. Não tocar este aspecto e se ocupar de outro grupo ausente compromete o psicólogo em uma aliança implícita utilitária e perde no caminho seus objetivos como técnico da psicologia.

É inegável que o psicólogo se encontra, especialmente neste campo, com problemas éticos muito sérios, que não deve evitar, mas não é menos certo que existem fortes resistências e preconceitos que há que desfazer, assim como também é certo que existe a possibilidade de uma tarefa que não desvirtue a dignidade humana nem profissional. Não é totalmente certo que, de fato e de maneira insolúvel, todo trabalho em empresas industriais ou comerciais seja diretamente uma atividade contra os operários; mas não é menos certo que pode sê-lo com grande facilidade e com muita freqüência realmente o é. O núcleo de *human relations* reside em se ocupar dos seres humanos para a empresa. Para nós, o fator humano é atendido *na* empresa *para* os seres humanos que a integram[11].

Cada avanço da psicologia ou cada avanço sobre um novo campo de sua aplicação tem sido e é visto com grande desconfiança. E agora, especialmente este. Convém preterir, em todo caso, o trabalho neste campo até quando o psicólogo haja acumulado experiência em outros menos conflituosos e possa se sentir mais seguro no enquadramento da situação e no manejo das técnicas respectivas. É particularmente interessante considerar que os inimigos do avanço das ciências naturais foram as forças sociais conservadoras, para quem um avanço no conhecimento científico da natureza significava mudanças que lhes resultavam desfavoráveis; mas atualmente, são as forças da esquerda política as que desconfiam do avanço da investigação psicológica e de sua aplicação. Não é menos certo que as forças sociais que agora mais alentam o desenvolvimento e aplicação da psicologia o fazem também em um sentido político que tampouco nos interessa, porque não resulta progressista nem humano. Mas toda esta situação não é insolúvel nem tampouco insuperável.

Psicologia da equipe de psicólogos

A psicologia institucional deve começar sempre por ser aplicada ao próprio grupo que tem a seu cargo a tarefa numa instituição e isto é assim

11 — Parece-nos útil recomendar a leitura das publicações de Crozier, Friedman, Frasser. A respeito nos parece importante a atitude ética e técnica de E. Jaques de contar com a aceitação das organizações operárias para ingressar a trabalhar com psicologia institucional em uma empresa ou fábrica. Esta aceitação — livre e não obtida por coerção — não obriga — por outra parte — os operários a serem objeto de estudo; para isto faz falta uma segunda aceitação explícita e indefectível.

não só por interesse ou conveniência, mas também por uma exigência técnica do trabalho a se realizar. Como em toda instituição, as tensões que promove a tarefa *afetarão as relações pessoais e profissionais* entre os integrantes da equipe e as mesmas, por sua vez, repercutirão infalivelmente sobre a própria tarefa, em um currículo vicioso que se potencia permanentemente nestes dois extremos.

Convém que se achem bem delimitadas as funções, *status,* papéis, tanto como as vias de comunicação e a qualidade e freqüência das mesmas; para tudo isso é imprescindível (até quando se constitua de maneira estável e haja provado sua eficiência na auto-regulação) que a equipe em sua totalidade trabalhe como grupo operativo sob a supervisão de um colega que esteja totalmente fora da tarefa. Esta tarefa de auto-regulação que se aprende no grupo operativo pode chegar a seu termo quando a equipe haja incorporado as pautas do grupo operativo e interacione espontaneamente de forma positiva, sem a necessidade ou requerimento de um diretor do grupo. Desta maneira, o trabalho de saneamento de tensões não deve terminar nunca e sim ser sempre uma das tarefas fundamentais da própria equipe.

Isto se faz imprescindível porque as tensões do trabalho institucional são muito grandes e aquelas tensões da instituição das quais a equipe não tomou *insight se atuam no grupo de psicólogos,* de tal maneira que os conflitos que se apresentam na equipe de psicólogos têm a mesma estrutura que os conflitos da instituição dos quais não se tomou suficiente *insight.* Por seu próprio enquadramento, os psicólogos não podem agir projetando seus próprios conflitos e tampouco podem estruturar uma situação persecutória com a instituição que têm que atender e é por isso que o conflito da instituição se reproduz facilmente dentro da própria equipe que age necessariamente como absorvente de tensões. Esta é uma das causas mais freqüentes que temos encontrado de esterilização e ainda de dissolução da equipe de psicólogos, com o fracasso conseqüente na tarefa empreendida ou proposta.

Outro fato que se vê com freqüência na equipe é o das tensões intragrupais que tendem a produzir uma forte compulsão para agir na instituição, saltando as etapas da organização intragrupal e da discussão acabada da hipótese de trabalho, do enquadramento da tarefa e das tendências a empregar. A urgência pela prática, assim como a urgência por produzir resultados visíveis na tarefa deve ser vista como índice de uma situação de tensão intragrupal não explicitada. Recordar que *não é o mesmo ação que atuação psicopática;* a primeira é parte ou momento de uma práxis, que

falta na segunda. Outra forma que toma o conflito intragrupal é o de uma proliferação de problemas que se tendem a investigar e resolver, o que faz com que o grupo caia numa desorientação em sua tarefa profissional.

Tudo o que ocorre na equipe deve ser analisado em dois níveis em interação: um, no da equipe em função da tarefa e outro, no da tarefa que se realiza.

A lealdade dos integrantes da equipe entre si e a reserva absoluta com relação aos dados da investigação, tanto como a lealdade às ordens da equipe, são premissas fundamentais e toda falha nas mesmas deve ser examinada, não a partir do ponto de vista pessoal de quem incorreu nesta falha e sim em função da totalidade (da tarefa e da equipe). A inclusão de novos membros na equipe é um problema da totalidade grupal, que deve encará-lo abertamente como parte da própria tarefa. Toda resistência ao ingresso de novos membros deve ser cuidadosamente analisada, tanto como a tendência à segregação ou a de incorporar freqüentemente e com facilidade novos membros: elas costumam ser as formas como uma equipe tende a tentar resolver magicamente seus problemas internos. Todo novo membro deve ser, por sua vez, protegido de não se constituir em um foco de cristalização e projeção das tensões intragrupais, tanto como a própria equipe deve se cuidar de não se constituir, ela mesma, em um foco de projeção dos conflitos institucionais.

Todas as fantasias mágicas e messiânicas da equipe devem ser cuidadosamente analisadas e resolvidas para conseguir um trabalho eficiente, ética e cientificamente correto ou rigoroso.

A interrupção ou cessar de uma tarefa é outro dos problemas que deve ser cuidadosamente avaliado e colocada a estratégia do mesmo, já que é necessário evitar toda possibilidade de defesas neuróticas, tais como a fuga frente a ansiedades claustrofóbicas ou as racionalizações frente à imperícia técnica e evitar também o ir-se como desligados ou expulsos da instituição, promovendo inconscientemente tal saída, já que é — nestas condições - mais fácil tolerar e racionalizar situações persecutórias (de ingratidão, de imaturidade, etc.) que admitir a depressão pela perda e admitir o *insight* dos fatores reais do fracasso ou da perda. As perdas, mudanças ou fracassos podem levar a uma dissolução do grupo ou a uma aglutinação dos membros do mesmo (regressão).

Se existem algumas instruções que têm que ser indefectivelmente respeitadas e cumpridas pela equipe e que podem servir de guia básico para sua própria psico-higiene como equipe, elas poderiam ser enunciadas assim: Não deixar implícita nenhuma situação de tensão ou de rumor, já

que toda dissociação é sempre um foco ativo e desconhecido de novas tensões; em segundo lugar, não deixar tampouco problemas e situações conhecidas permanentemente pendentes sem que sejam — pelo menos — efetiva e realmente encaradas. Em último termo, toda explicitação e esclarecimento não deve ser feito em qualquer momento nem em qualquer lugar e sim dentro do limite que para ele deve ter institucionalizado a equipe, de tal maneira que devem ser rigorosamente respeitados os limites dos distintos tipos de tarefa que o grupo se tenha designado: e toda tarefa levada a cabo fora do contexto e de seu limite definitivo tem que ser vista e considerada como uma atuação que tem que ser examinada em si mesma, por sua vez, como outro sintoma de conflitos.

Neste sentido, o rumor deve ser considerado como um sintoma de grande importância já que — a nível do grupo de psicólogos ou da própria instituição — significa um índice fiel de déficit na comunicação. Este último se produz por uma dispersão esquizóide provocada, por sua vez, pela ansiedade da tarefa.

Conclusão

Todo o exposto pode ser resumido em dois propósitos básicos que se inter-relacionam estreitamente: devemos configurar *uma psicologia da práxis e uma práxis na psicologia.* A psicologia institucional é um passo mais neste caminho.

Neste sentido, não devemos sobrepor nem confundir tarefa prática com práxis; a primeira — por si só — é alienante; a segunda enriquece o ser humano e a humanidade.

Bibliografia

BARNES, H. E.: *Social Institutions.* New York. Prentice-Hall, 1946.

BENNETT, A. E.; HARGROVE, E. A. y ENGLE, B.: *Psychiatry in General Hospital.* Univ. of California Press, 1956.

BETHEL, L.; ATWATER, F. S.; SMITH, G. H. E. y STACKMAN, H. A.: *Organización y dirección industrial.* México, F. C. E., 1961.

BETTELHEIM, B. y SYLVESTER, E.: *A Therapeutic Milieu.* En: Reed, C. F.; Alexander, Y. E. y Tomkins, S. S.: *Psychopathology.* Havard University Press, 1958.

BRIËRLEY, M.: "Theory, practice and public relations." *Int. J. Psa,* 24. 119. 1943.

BROWN, F. A. C.: *La psicología social en la industria.* México, F.C.E., 1958.

CANDILL, W.: *The Psychiatric Hospital as a small Society.* Cambridge. Mass. Harvard Univ. Press., 1958.

CONFERENCE DE ROME: *Les relations humaines dans l'industrie.* 1956.

CROZIER, M.: *La fabricación de hombres.* Buenos Aires, Deucalión, 1954.

FREUD, S.: *Psicología de las masas y análisis del yo.* Obras Compl. Tomo IX.

FRIEDMANN, G.: *Problemas humanos del maquinismo industrial.* Buenos Aires, Sudamericana, 1956.

FRIEDMANN, G. y NAVILLE, P.: *Traité de sociologie du travail.* París, A. Colin, 1961.

CILLON, J. J. y PLANQUES, L.: *L'hygiene mentale dans l'entrerprise.* París, Toulouse, 1955.

GRANICK, D.: *Management of the Industrial Firm in the U.R.S.S.* New York, Columbia Univ. Press, 1954.

GREENBLATT, M.; LEVINSON, D.J. y WILLIAMS, R.H.: *The patient and the Mental Hospital.* Illinois, Glençoe, The Free Press, 1957.

GUERREIRO RAMOS, A.: *Relaciones humanas del trabajo.* Universidad Nacional, México.

GURVITCH, G.: *Traité de Sociologie,* París, P.U.F., 1960.

HALLIDAY, J.L.: *Medicina psicosocial.* B. Aires, Eudeba, 1961.

HARTMANN, H.: "La aplicación de los conceptos psicoanalíticos a las ciencias sociales." *Psychoanal. Quant.* 19, 1950.

HERTZLER, J.O.: *Social institutions.* New York, McGraw Hill C., 1929.

JAQUES, E.: "Social systems as defence against persecutory and depressive anxiety." En: Klein, M.: *New Cirections in Psychoanalysis.* Londres, Tavistock, 1955. — "Psychoanalysis and the Current Economic Crisis." En: *Psychoanalysis and Contempory thought.* Londres, Hogarth Press Ltd., 1958. "Disturbances in the capacity to work." *Int. J. Psa.* 4. 357, 1960.

JONES, M.: *Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities.* Londres, Tavistock Publications, 1952. — "The Concept of a Therapeutic Community." En: *Psychopatology,* editado por Reed, C.F.; Alexander, V.E. y Romkins, S. Harvard Univ. Press, 1958. *The Therapeutic Community.* New York, Basic Books, 1953.

KARN, H.W. y VON HALLER GILMER, B.: *Readings in Industrial and Business Psychology.* New York. McGraw-Hill Book Co. Inc., 1952.

LANTOS, B.: "Work and the instincts." *Int. J. Psa.* 24. 114, 1943. — "Metapsychological considerations on the concept of Work." *Int. Psa.* 33. 4, 1952.

LIKERT, R. y HAYES, S.P.: *Some applications of Behavioural Research.* Unesco, 1957.

MACIVER, R. M. y PAGE, C.H.: *Sociología.* Madrid, Tecnos.

MAYO, D.: *Problemas humanos de una civilización industrial.* Buenos Aires, Galatea, 1959.
MC. GUIRE, J. W.: *La conducta empresaria.* Buenos Aires, Hobbs Sudamericana, 1965.
MEADOWS, P.: *La tecnología y el orden social.* Universidad Nacional México.
MENZIES, I.: "A case study in the functioning of Social systems as a defence against anxiety." *Human relations.* 13. 2, 1960.
NADEL, S.F.: *Fundamentos de entropología social.* México, F.C.E., 1955.
NOVEY, S.: "la utilización de las instituciones sociales como una técnica de defensa en las neurosis." *Rev. Urug. Psa.* 3. 2-3, 1960.
PFIFFNER, J.M. y SHERWOOD, F.P.: *Organización administrativa.* México, Herrero Hnos. S.A.
SIMÓN, H.A.: *El comportamiento administrativo.* Madrid. Aguilar, 1962.
SIVADON, P.: "Psychopathologie du travail." *L'evolution Psych.,* 1952.
STANTON, A.H.; SCHWARTZ, M.S.: *The Mental Hospital.* New York, Basic Books, 1954.
TREGOLD, R.F.: "Les relations humaines dens l'industrie." *Rev. Int. Sc. Sociales.* XI, 1. 1959.
YOUNG, P.: *Métodos científicos de investigación social.* Univ. Nac. México, 1953.
ZNANIECKI, F.: "Organisation sociale et institutions." En Gurvitch, G.: *La sociologie au XXe, Siecle,* París, P.U.F., 1947.

3

O psicólogo na comunidade

A higiene mental se acha, desde suas origens, ou desde o começo de sua história, ligada à doença mental; e o mesmo aconteceu com a psicoprofilaxia e a psico-higiene. Não se insistiu suficientemente sobre o papel que podem jogar os psicólogos e a psicologia no problema da saúde e da doença e tampouco se diferenciou nitidamente higiene mental de psicoprofilaxia e de psico-higiene.

Os relatórios da Organização Mundial da Saúde não esclarecem tampouco estes aspectos e o psicólogo e a psicologia aparecem citados ocasional e brevemente; assim, por exemplo, o relatório 223 do ano de 1961, entitulado "Preparação de programas de higiene mental", diz: "Entre os membros do pessoal dos grandes serviços de higiene mental figura normalmente o psicólogo clínico. Este especialista tem de conhecer a fundo a teoria e a prática das provas de exploração psicológica e dos métodos especiais de educação. Em alguns lugares se tende a que o psicólogo aborde os mais difíceis problemas de psicoterapia e o comitê considera que nestes casos convirá exigir a ditos especialistas uma formação complementar".

A meu entender, a psico-higiene excede amplamente os problemas da doença mental e da higiene mental, mas também tem objetivos que estão legitimamente fora do campo da própria saúde pública. E disto é que quero me ocupar mais especificamente, comentando as funções do psicólogo na comunidade.

Insistiu-se reiteradamente que tanto os psiquiatras como os psicólogos devem deslocar a ênfase de sua atividade profissional: deve-se tratar de superar a organização de uma assistência individual e privada, dedicada fundamentalmente à cura, fazendo com que a ênfase ou o maior peso da

da atividade profissional dos mesmos recaia sobre a população (a comunidade) e não sobre indivíduos; promover bem-estar e não somente curar; não atender única, específica e predominantemente fatores patógenos a nível individual e sim situações mais gerais da comunidade; em lugar da doença há que se dirigir às condições correntes de vida; em lugar de criar mais instituições onde se atende exclusivamente gente doente, sair à comunidade e atender as situações cotidianas, as tarefas e atividades diárias e ordinárias que a população desenvolve. Tudo isto pode se resumir dizendo que devemos atender mais a administração e a planificação dos conhecimentos e técnicas para atender a relação interpessoal, que é um fator patógeno básico de nossa civilização, controlando e ajudando o desenvolvimento da personalidade através das pautas de interação e através da ajuda técnica a pessoas chaves ou organismos importantes da comunidade.

Tudo isto exige uma atividade muito complexa e um desenvolvimento de conhecimentos e técnicas que ainda não possuímos em escala suficiente, pelo que não estamos senão em condições de resenhar os problemas tanto como as perspectivas destes enfoques. Necessitamos conhecer muito mais a psicologia das situações e da vida cotidiana, tanto como necessitamos teorias psicológicas que não partam especificamente da patologia.

À par de revisão de teorias e conhecimentos necessitamos ampliação e comprovação de nossos recursos técnicos: técnicas de acesso à comunidade, técnicas de investigação, técnicas de operatividade, técnicas para administrar os recursos no limite da comunidade. E junto com isto, teremos seguramente, a curto prazo, que considerar as pautas de atuação de profissionais da arte de curar, mas também criar novas pautas para eles e para os psicólogos.

Neste sentido, à diferença do psiquiatra, que é um profissional da arte de curar e um especialista nas doenças mentais, o psicólogo não se deve situar dentro do campo da doença, seja da cura ou da profilaxia, seja da doença mental ou não. Dentro da higiene mental e dentro da saúde pública, o psicólogo tem múltiplas tarefas e funções, mas as tem também — e não menos importantes — fora dos dois. A este último é que especificamente aplicamos o termo "psico-higiene".

Objetivos e níveis da higiene mental

Os objetivos da higiene mental vêm se modificando no curso de suas distintas etapas históricas. Sem ânimo de fazer aqui uma resenha detalhada, podemos considerar que a primeira etapa inclui o que se formulou como instrução: "fazer algo pelo doente mental", que se referia basicamente ao plano assistencial; a partir dos passos iniciais para conseguir um trato mais humano para o doente mental, se adiantou muito no melhoramento das instituições assistenciais, tanto a partir do ponto de vista administrativo como a partir do ponto de vista da obtenção de terapêuticas mais efetivas e um incremento não só da quantidade como também da variedade de instituições assistenciais.

A instrução de criar mais hospitais não se pode deixar ainda de lado em muitos países, mas é evidente também a necessidade de um aproveitamento maior ou mais racional dos já existentes, o qual inclui internações mais precoces e mais breves, com tratamentos mais ativos, a habilitação do *day-hospital* e a necessidade de incorporar serviços psiquiátricos nos hospitais gerais. O ponto culminante deste desenvolvimento da assistência psiquiátrica está dado pelo que na atualidade se denomina comunidade terapêutica, que consiste fundamentalmente em modificar a estrutura institucional artificial e alienada, com suas próprias pautas, para converter a organização e as relações que nelas se dão em agentes positivos para os seres humanos que a integram.

Para a planificação da assistência existe ainda, na atualidade, escassa informação correta sobre morbilidade psiquiátrica. Mas diz o Relatório número 73 do ano de 1963 da O.M.S.: "Não há dúvida de que na Europa ocidental e nos Estados Unidos os transtornos psiquiátricos enchem 40% ou mais do total de leitos de hospital, constituindo um problema de grande envergadura". Embora deva se reconhecer e conseguir um mínimo de leitos para doentes psiquiátricos, com freqüência o problema de prover mais leitos tem sido sublinhado em detrimento de outros serviços que reduzem a necessidade de internação e o tempo da mesma[1].

1 — L. J. Saúl, em *Bases de la conducta humana* (B. Aires, 1958), diz, referindo-se aos Estados Unidos, que há ao redor de um milhão de psicóticos, dos quais a metade, ou seja, quinhentos mil, está alojada em instituições. Há ao redor de quinhentos mil leitos para todas as outras doenças, incluindo sanatórios privados como hospitais para tuberculosos e semelhantes. "Em outras palavras, neste país existe aproximadamente o mesmo número de leitos para psicóticos que para todas as demais doenças juntas." Embora seja difícil calcular o número de neuróticos, um cálculo aproximado dá uns cinco milhões, dado que provém dos exames realizados pelas autoridades militares com o fim de mobilizações. "Uma criança em cada vinte que nascem passará algum tempo em uma instituição para doentes mentais. Um de cada dez estará incapacitado por algum período devido a sintomas mentais e emocionais."

A segunda etapa do desenvolvimento histórico da higiene mental foi a do diagnóstico precoce, tanto em adultos como em crianças; quer dizer o detectar precocemente as doenças mentais pode, por sua vez, dar lugar a um aproveitamento maior dos serviços hospitalares, tanto como um resultado mais frutífero ou exitoso dos procedimentos terapêuticos.

Como é fácil deduzir, estes dois objetivos se acham muito inter-relacionados e exigem do psiquiatra experiência, conhecimento e atuação "extramuros", tal como o aconselha – entre outros – o Relatório número 73 da O.M.S., quando diz que o psiquiatra não deve ter um contato exclusivo ou experiência única na psiquiatria de "intramuros" e sim que deve ampliar seu conhecimento e experiência com distintos problemas da psiquiatria.

Estes dois objetivos da higiene mental requerem uma ampla participação do psicólogo, não só quanto ao psicodiagnóstico e à psicoterapia como também na difusão adequada de conhecimentos que alertem a comunidade para solicitar ajuda médica ou psicológica, combater os preconceitos da doença mental, tanto como atenção de todos os fatores psicológicos que intervêm no funcionamento das instituições assistenciais, dos grupos que a integram e das relações e tensões que entre eles se estabelecem e atenção dos fatores psicológicos implicados nas tarefas profissionais que se realizam. Quanto à tarefa frente ao doente e ao possível doente, o psicólogo é um profissional que desempenha dentro do campo da higiene mental como integrante de uma equipe ou como assessor ou consultor;

O mesmo autor traz uma citação de Bullis e O'Malley, que dizem que "de cada cem crianças em idade escolar nos Estados Unidos, as vidas de treze deles estarão de alguma forma alterada devido à sua incapacidade para alcançar a maturidade emocional; quatro terminarão em hospitais mentais; um se converterá em delinqüente; oito serão destroçados por transtornos emocionais". No entanto, estes cinco milhões representam só uma pequena parte do problema; a ele há que acrescentar o alcoolismo, a delinqüência, a criminalidade, os suicídios, o divórcio e os transtornos psicossomáticos, com o qual o quadro se faz enormemente grave. Assim, "de um e um quarto a um milhão e meio de crianças passam anualmente pelos juizados de menores; estima-se que há uma incidência anual de delinqüência de quase dois e meio milhões de crianças entre as idades de dez e dezesseis anos; calcula-se que três milhões de crianças necessitam ajuda psiquiátrica. Cerca de sete milhões de cidadãos têm prontuário criminal; cometem-se mais de 1.650.000 crimes anualmente. Os divórcios chegam a uma média de aproximadamente meio milhão por ano, com relação a um milhão e meio de casamentos por ano; quer dizer que um casamento em cada três termina em divórcio". No que se refere a nosso país, ver o livro de G. Bermann: *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina*. Buenos Aires, Paidós, 1965.

mas frente aos organismos que enfrentam o problema da doença mental, sua tarefa pertence mais ao campo da psico-higiene, da mesma forma que nos casos em que intervém em instituições ou organismos não assistenciais ou não médicos. Este é um aspecto que desejamos que possa se fazer cada vez mais claro e explícito à medida que avancemos na exposição deste tema.

Uma terceira etapa ou objetivo da higiene mental se refere à profilaxia ou à prevenção da doença. Ao psicólogo correspondem os aspectos psicológicos desta tarefa e a isto é ao que se deve denominar – em sentido estrito – "psicoprofilaxia", a qual se acha incluída totalmente dentro da higiene mental (no caso das doenças mentais), à diferença da psico-higiene, que a ultrapassa, já que deixa de girar ao redor do eixo da doença mental (como é o caso da higiene mental). Devemos esclarecer, ainda mais, o fato de que "psicoprofilaxia" não significa prevenção ou profilaxia das doenças psíquicas (o que é um absurdo) e sim que se deve definir como o emprego dos recursos psicológicos para prevenir as doenças. Como veremos também mais adiante, a psicoprofilaxia, definida desta maneira, é uma parte da saúde pública e da higiene em geral e não só da higiene mental.

Dentro da prevenção ou da profilaxia da doença mental temos que reconhecer a diferença entre prevenção específica e inespecífica: na primeira se trata de combater determinada causa ou elo da série causal, enquanto que na segunda não podemos agir sobre causas específicas, seja porque não existem ou seja porque não as conhecemos e temos que atender múltiplas situações médicas ou não médicas. As situações médicas não são tampouco, neste caso, de exclusiva responsabilidade do psiquiatra e sim de todos os médicos (obstetras, especialistas em doenças infecciosas, etc.). As situações não médicas correspondem ao psicólogo, quer seja por sua ação direta ou por seu assessoramento a outros profissionais (educadores, advogados, juízes, etc.) em tudo o que significa atender os fatores psicológicos perturbados na vida corrente em suas múltiplas manifestações e fenômenos humanos.

A quarta etapa histórica da higiene mental é a reabilitação, que consiste na ajuda psicológica ao sujeito curado ou curado com certo déficit, para que possa se re-situar na comunidade e se reintegrar na sua família, reduzindo o impacto dos fatores que desencadearam ou condicionaram sua doença ou que possam voltar a torná-lo doente. A intervenção do psicólogo na reabilitação tampouco se restringe à higiene mental e sim, como se compreende facilmente, a toda a higiene, em sua totalidade.

A quinta etapa está dada pela promoção da saúde e aqui é onde se sobrepõe em certa medida com a prevenção inespecífica, sem que possa-

mos em muitos casos (e sem que na realidade tampouco por agora o necessitemos) assinalar nitidamente os limites entre uma e outra. A promoção da saúde se inclui na denominação de prevenção positiva, denominação que não cremos adequada porque implica fazer girar a saúde e todos os fenômenos humanos ao redor da medicina e da doença.

Em grande parte das situações se impõe claramente a diferença entre prevenção inespecífica e promoção da saúde, já que a primeira gira em redor da doença enquanto que a segunda se independiza totalmente dela e constitui o campo específico da psico-higiene. A intervenção de um psicólogo nas tensões de uma fábrica ou na correta criação das crianças ou na preparação dos jovens para a vida sexual ou afetiva pertence à psico-higiene e não à psicoprofilaxia ou à higiene mental. Com a psico-higiene, o psicólogo está situado fora da higiene mental e fora da saúde pública, a partir do ponto de vista organizacional ou institucional da mesma e nela o psicólogo é um profissional autônomo e independente da medicina assistencial e da saúde pública, ainda com todos os pontos de contato que a tarefa do psicólogo na psico-higiene tem ou pode ter com a doença, que são tantos como os que podem ter outros profissionais ou outras profissões que não estão incluídas na medicina, na higiene ou na saúde pública (como é o caso de professores, arquitetos, advogados, etc.). A doença e a medicina não podem ser os eixos ao redor dos quais se centre toda a vida dos seres humanos e as diferenças que tratamos de estabelecer se voltam com freqüência embaraçosas e difíceis justamente porque conhecemos mais a doença e o doente que a vida corrente e cotidiana e o ser humano em sua vida real; é possível que dentro de pouco tempo possamos proceder em sentido inverso. E o mesmo cabe dizer da psicologia que gira ainda, em grande parte, seja ao redor da clínica e dos doentes ou do laboratório e dos animais; em ambos os casos, fora do homem concreto e da vida em sua realidade cotidiana.

Em cada momento e em cada comunidade, a planificação tem que contemplar qual é o ponto de urgência de cada um destes objetivos de atuação e elaborar certos critérios de prioridade que dependem, é claro, não só do tipo de problemas que há que enfrentar com mais urgência como também dos recursos humanos, econômicos e técnicos: mas a planificação tem que contemplar não só a urgência imediata como também objetivos de mais largo alcance. Estes critérios não se acham ainda bem estabelecidos e seguramente sua formulação geral não poderá nunca deixar de ser relativa. Molina e Adriasola incluem os seguintes índices para avaliar a prioridade na planificação: gravidade do dano, possibilidade de evitar o dano, custo *versus* dano, rendimentos, atitude da comunidade.

Caplan[2] aceita uma classificação que difere em certa medida da que damos, mas que tem também pontos de contato com ela. Dito autor fala de uma prevenção primária, secundária e terciária. A primeira delas se refere a uma redução do risco da doença mental; a segunda, a uma redução da duração da doença tanto como ao diagnóstico precoce e ao tratamento efetivo; a prevenção terciária se refere a prevenir seqüelas e déficit tanto como ao retorno ou re-adequação do sujeito curado (parcial ou totalmente) à comunidade.

Na realidade, a prevenção secundária se sobrepõe com o primeiro e segundo objetivo da classificação anterior; a prevenção primária se corresponde com o terceiro e quinto, enquanto que a prevenção terciária coincide totalmente com a reabilitação. Possivelmente este esquema de Caplan corresponde mais à realidade e é mais útil a partir do ponto de vista de contar com uma classificação mais simples e prática.

Outro autor, G. S. Stevenson[3], classifica a prevenção em três rótulos, alguns deles com subdivisões:

1 — *Prevenção presuntiva:* baseada na modificação de uma condição associada ou prévia à doença que se presume etiologicamente relacionada, como, por exemplo, intervir sobre a introversão por nosso conhecimento de sua relação com a esquizofrenia: sem que, inclusive, suponhamos uma relação causal entre ambas, podemos supor a introversão como uma situação intermédia que pode ou não levar a quadros mais graves.

2 — *Prevenção relativa:* a denomina assim porque aqui o transtorno já apareceu (em sua forma ou expressão mínima), e a rigor não se deveria falar de prevenção para estes casos. Aqui inclui três modalidades: terapêutica, substitutiva e radical. Na primeira se leva a cabo o tratamento de estados ou situações menos sérias para prevenir outras mais graves; assim, a atuação sobre fracassos escolares pode impedir ulteriores comportamentos delituosos ou sociopáticos. A substitutiva consiste na possibilidade de substituir um problema ou uma sintomatologia dada por outra menos séria ou

2 — CAPLAN, G.: *Principles of preventive psychiatry.* New York, Basic Books, 1964 (Versão castelhana: *Principios de psicología preventiva,* Buenos Aires, Paidós, 1966.

3 — STEVENSON, G.S.: "The prevention of personality disorders", Cap. 35 de *Personality and Behavior Disorders,* editado por Mc. V. Hunt, New York, Ronald Press, 1944.

Biblioteca "Prof. José Storópoli"

menos daninha para o sujeito ou para a comunidade, como seria o exemplo de substituir uma fobia ao trabalho por um ritual que o sujeito pode realizar em sua vida privada, e na clínica observamos com freqüência estas substituições em ambos os sentidos, no favorável e no desfavorável. A prevenção preventiva radical tende à modificação das condições gerais que, sem ter uma relação específica como determinante de uma doença, permitem que esta última possa ocorrer ou haja ocorrido; inclui medidas como mudança de lugar, de lar, isolamento, etc. Quer dizer, trata-se de uma mudança nas condições gerais de vida para evadir ou eludir fatores de perturbação que se consideram preponderantemente externos.

3 — *Prevenção absoluta:* refere-se à anulação das causas e à aplicação de medidas científicas e inclui duas modalidades: racional e empírica. A primeira se baseia na eliminação de causas cientificamente provadas, enquanto que a segunda se baseia em conhecimentos cuja exatidão não se provou cientificamente, mas que a experiência liga de alguma maneira com um tipo de benefício.

Seja qual for a discussão ou comentário que possa suscitar este último enfoque, não é menos certo que pode ser um esquema útil para enfrentar problemas de tal magnitude e extensão e, por outra parte, muito do que assinala Stevenson não faz senão recolher grande parte do que realmente se faz na prática diária.

Constelação multifatorial

A promoção de saúde (dentro do campo da saúde pública e da higiene mental), tanto como a psicoprofilaxia e a psico-higiene, têm sua esfera de atuação no seio da própria comunidade, sobre todos os aspectos das condições de vida e do tipo de vida que se desenvolve na comunidade. Trata-se de intervir sobre uma estrutura tão complexa que constitui uma verdadeira constelação multifatorial integrada por todas as atividades, institucionais, normas e interações que se dão numa comunidade.

Esta constelação multifatorial inclui problemas de ordem econômica, social e cultural, tais como os de moradia, trabalho, desocupação, alimentação, etc., e o satisfazer estas necessidades, tanto como atender as condições sanitárias, é tarefa que incumbe à saúde pública e à psico-higiene; a esta última, especificamente, corresponde atender a todos os fatores psi-

cológicos que estão implicados na não-satisfação destas necessidades ou na promoção necessária para atendê-las na escala que se requer.

Se se trata do problema da alimentação, por exemplo, à saúde pública corresponde regular o tipo de alimentação e sua provisão, tanto como a qualidade ou carência da mesma e outros problemas relacionados com estes temas; mas ao psicólogo corresponde atender o problema de hábitos alimentares, preconceitos, mudanças dos mesmos, atitudes frente à negação ou ignorância dos problemas, tanto como sua atuação nos organismos específicos relacionados com a alimentação.

Como se compreende, este é um capítulo muito vasto que só a experiência poderá ir esclarecendo e definindo melhor seus termos e técnicas necessárias. Por agora, em tudo isto, no que respeita à psico-higiene, estamos nos começos.

Fora do campo da saúde pública e da higiene mental, o psicólogo tem também um vasto campo de trabalho que requer um conhecimento da comunidade, de suas características gerais e específicas; e, em certa medida, podemos expor uma estratégia mínima nesta atividade, que cobre diferentes itens:

1 — Trabalho do psicólogo na comunidade tomada como totalidade, assessorando os poderes públicos, organismos diretivos, pessoas-chaves, etc.

2 — Trabalho em distintas instituições da comunidade: família, fábricas, escolas, clubes, prisões, etc.

3 — Intervenção do psicólogo em distintas etapas do desenvolvimento da personalidade: infância, adolescência, juventude, maturidade, velhice.

4 — Períodos de mudança no desenvolvimento da personalidade: nascimento, desmama, puberdade, etc.

5 — Estudo e atenção de acontecimentos humanos significativos enquanto são experiências de mudança: casamento, gravidez, divórcio, adoção, reforma, luto, escolha de profissão.

6 — Períodos críticos da vida como enfrentamento de uma problemática peculiar: mudanças, imigração, doença, desastres econômicos, acidentes, etc.

Ainda com a superposição destes distintos temas desta divisão, ela pode resultar útil como ponto de partida para orientar o psicólogo nas múltiplas facetas de sua tarefa na psico-higiene na comunidade.

Um mínimo de experiência neste sentido nos assinala a conveniência de separar a psico-higiene da saúde pública e da higiene mental, porque, tal como já o disse, a psico-higiene não gira ao redor da doença e

sim das condições habituais e cotidianas da vida nas situações reais em que elas se dão, tomando seus problemas e alternativas em si mesmas e em função dos seres humanos que intervêm em cada uma delas. Se na teoria isto pode parecer supérfluo, a diferença é de importância quanto às técnicas, ao enquadramento, à atitude e aos objetivos. A atenção, por parte do psicólogo, dos fatores psicológicos implicados nos organismos e nas técnicas da saúde pública corresponde também ao campo da psico-higiene porque neste caso o psicólogo não atende o objetivo da saúde pública (a doença) e sim os organismos e sua estrutura e a tarefa que se realiza em ditas instituições ou em setores das mesmas.

Assim como tratamos de esclarecer a diferença existente entre o trabalho do psicólogo dentro da saúde pública e fora da mesma (na psico-higiene), também devemos insistir em que o psicólogo não só intervém dentro da higiene mental como também dentro da higiene em sua totalidade, quer dizer, fora do problema das doenças mentais.

Em nenhuma de suas atividades o psicólogo pode ser situado como auxiliar da medicina. Ainda em tudo o que se trate da doença (mental ou não) nas quais a responsabilidade e a direção é médica, o psicólogo age como um profissional integrante de uma equipe ou como um assessor ou consultor em problemas psicológicos, ou como um profissional independente em alguma de suas tarefas específicas dentro das quais ele tem sua própria responsabilidade profissional (grupos de reabilitação, grupos familiares, terapia psicológica, etc.).

Em síntese, a psico-higiene ultrapassa o campo da higiene; esta última se centra em tudo o que é relativo à doença (mental ou não) e a responsabilidade e direção fundamental recai sobre o médico, com quem o psicólogo pode colaborar em condição de profissional que assume sua própria responsabilidade no que faz, em como o faz ou no que deixa de fazer. Enquanto que a psico-higiene se refere à administração de recursos psicológicos para enfrentar os problemas relativos às condições e situações em que se desenvolve a vida da comunidade tomada em si mesma e não tende como referente à doença.

Um esforço de interesse foi levado a cabo por um grupo de psicólogos mexicanos integrados por G. Cohen De Govia, P. Rivadeneyra Neyra, J. Fonseca, R. Avendaño, L. Carrizosa e J. Ballesteros Mourroy, que, na revista *Higiene*, da Sociedade Mexicana de Higiene, publicaram um conjunto de estudos introduzindo a denominação de *psicologia sanitária* para a "ação encaminhada à aplicação da psicologia social como teoria, método e prática para o enfoque dos problemas de saúde pública na realidade psicológica". Em outro parágrafo dizem: "o limite teórico com que opera a psicologia sanitária permite explicar que o enfoque multidimensional dos modos de vida humana que se manifestam no grupo pequeno, dentro do qual se operam relações específicas conhecíveis por método psicossocial, o que permite uma ação integral e unitária para favorecer a socialização de pessoas e grupos".

A tarefa e o enfoque empreendidos nos parecem meritórios e importantes, mas não coincidimos com o termo de "psicologia sanitária" que, em todo o caso, só seria justo aplicar ao trabalho do psicólogo dentro da saúde pública: preferimos insistir na diferença terminológica que estabelecemos entre higiene mental, psicoprofilaxia e psico-higiene. Por outra parte, os autores restringem a definição para a ação dentro dos pequenos grupos, enquanto que em psico-higiene devemos, além disso, acrescentar — como aspectos não menos importantes — as instituições e a comunidade. As diferenças que agora assinalo com estes autores não são insolúveis, porque seus trabalhos estão impregnados do mesmo sentido no qual desenvolvemos aqui nossa posição.

O psicólogo e a terapia

Fora da controvérsia que existe e pode seguir existindo acerca do problema do exercício da psicoterapia por parte do psicólogo, sua intervenção nos problemas terapêuticos sobre um campo mais amplo que este.

Quanto ao primeiro dos problemas, referimo-nos reiteradamente no sentido de que o psicólogo que adquira a preparação suficiente deve ser legalmente autorizado para o exercício da psicoterapia, nas condições em que ela possa oportunamente se regulamentar (e urge fazê-lo), tendo seguramente que contar sempre com o resguardo de que não se deve iniciar nenhum tratamento psicoterápico sem contar com o prévio exame médico e a indicação escrita. Ainda que este problema seja urgente, o que a experiência assinala na atualidade como mais urgente ainda é a necessidade de que todo diagnóstico médico e toda intervenção terapêutica (cirúrgica ou não) não deveriam se realizar sem contar com o assessoramento psicológico, enquanto o médico não esteja capacitado para fazê-lo por si mesmo. E é evidente que o ensino da medicina em muitos de nossos institutos universitários não contempla esta necessidade nem para os futuros médicos.

Fora da psicoterapia, entendida em seus termos tradicionais, o psicólogo pode intervir em distintos problemas da prática médica, tais como — entre os mais urgentes — a preparação emocional dos pacientes que têm que sofrer intervenção cirúrgica, especialmente em intervenções mutilantes; nos casos de acidente, para detectar e retificar tendências suicidas ou automutilantes; em grupos de epiléticos, diabéticos, obesos, hipertensos, etc., nos que, ainda que o tratamento seja eminentemente médico, o psicólogo pode ajudar na retificação de pautas de comportamento que têm muita relação com a doença ou com sua terapia, tais como a inibição social do epilético, as transgressões de regime nos diabéticos e obesos, hábitos de vida no hipertenso: e tudo isto quer seja diretamente com os pacientes ou com os que convivem com eles.

Pontos focais para o tratamento e a prevenção

Ainda que não resulte totalmente coincidente com o aqui exposto, reproduzimos o gráfico de Blain[4], que mostra uma classificação da população e das unidades institucionais em relação com a planificação no campo da saúde mental. Segundo este autor, os esforços de prevenção primária se aplicam nas zonas I, II e III, enquanto que a secundária se aplica na zona IV.

Zona I — (*pré-natal e nascimento*) Inclui toda a população pré-natal, quer dizer, todas as crianças em gestação, incluindo o nascimento, com seu legado genético, desenvolvimento fetal e reações ao parto. Também a todos os que nasceram, a maioria deles sadios, mas ligeiramente afetados geneticamente ou traumatizados ao nascer.

Zona II — (*vida normal*) Inclui todos aqueles da Zona I que crescem e funcionam normalmente no meio social como bebês, crianças, adolescentes, adultos, de idade média (maturidade) e anciões. Eles agem e são influenciados pelo meio — alimentos, família, clima, escola, igreja e trabalho. O curso de seu desenvolvimento é relativamente satisfatório e, em sua maioria, manejam os altos e baixos da vida sem ajuda exterior. Permanecem na zona II, exceto quanto necessitam buscar ajuda para satisfazer necessidades especiais.

4 — BLAIN, D.: The organization of psyquiatry in the United States", Cap. 100 do *American Handbook of Psychiatry,* editado por S. Arieti, New York, Basic Books, 1959.

Zona III — (*área de problemas*). Agrupa as pessoas em uma situação especial, que recorre às entidades públicas criadas pela sociedade para sua proteção e adaptação. Assim encontramos as agências de saúde, educação e bem-estar; médicos familiares, hospitais, agências de assistência pública, organizações especiais para crianças inválidas, orfanatos, casas para anciões, enfermeiras domiciliares, professoras diferenciais, polícias, cortes de justiça, etc. Nesta zona encontramos gente que passou por um *stress* com os conseqüentes problemas emocionais, que podem ser de ordem secundária se suas necessidades especiais podem ser localizadas. Tendo eliminado o *stress*, podem retornar à zona II.

Zona IV — (*doença mental*) Inclui todos os doentes mentais e aqueles com defeitos de origem desconhecida e os que desenvolveram respostas emocionais de tal magnitude a situações de *stress* que não podem ser atendidos nem na zona II nem na III. Necessitam serviços clínicos (consultas, diagnósticos e tratamentos).

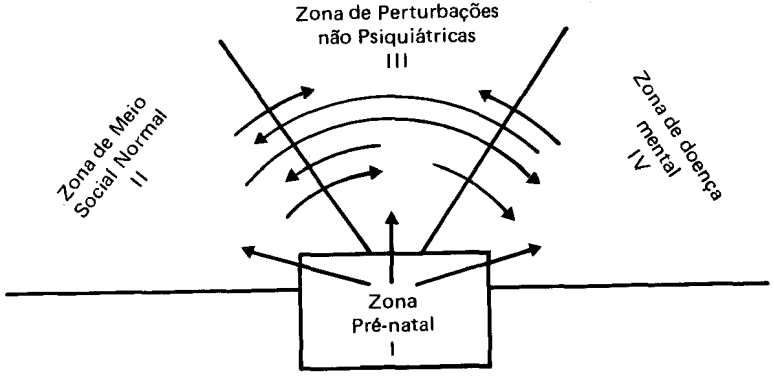
Comunidade

Uma comunidade se define como um conjunto de pessoas que vivem juntas, no mesmo lugar e entre as quais há estabelecidos certos nexos, certas funções em comum ou certa organização. Quer dizer que no conceito de comunidade intervêm duas características fundamentais: a geográfica e a funcional. A primeira se refere a um certo espaço no qual transcorre a vida dos seres humanos; a segunda se refere aos aspectos que lhe dão certo grau de coesão, de inter-relação, de unidade.

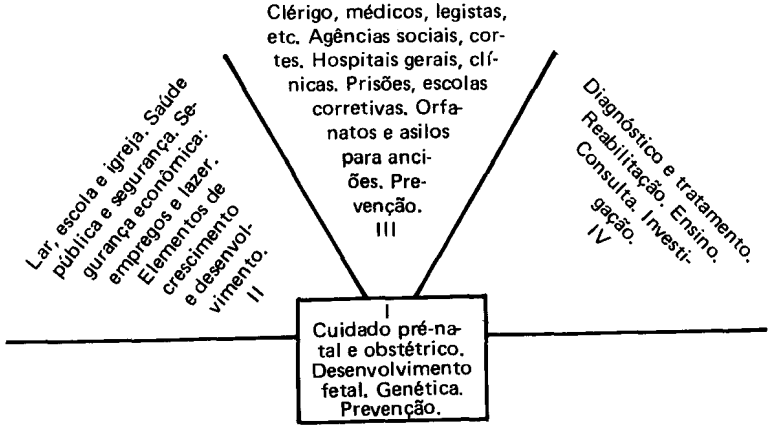
Uma comunidade se diferencia de uma instituição pelo fato de que nesta última, se bem que se dá também a característica de limitação de um espaço geográfico, os seres humanos não desenvolvem sua vida e sim só uma função dentro de sua vida; na instituição, os seres humanos exercem funções, tarefas que os unem, estabelecendo normas e nexos de todo tipo. Por outra parte, a instituição tem, além disso, objetivos definidos explícitos e por sua vez uma certa planificação, pelo menos em alguma medida. Na comunidade, se desenvolve a vida como vida mesmo, quer dizer, sem objetivos explicitamente definidos que tenham que ser alcançados, como sucede na instituição: tampouco se acha presente, no geral, a planificação: tampouco há uma tarefa comum que os una.

DIAGRAMA DE D. BLAIN

CLASSIFICAÇÃO ZONAL: POPULAÇÃO



CLASSIFICAÇÃO ZONAL: SERVIÇOS



Para MacIver e Page[5], "onde quer que os membros de um grupo pequeno ou grande vivam juntos de tal forma que todos eles participam... das condições básicas da vida em comum", aí existe uma comunidade. Então, "o que caracteriza uma comunidade é precisamente o fato de que a vida de qualquer de seus componentes pode ser inteiramente vivida dentro dela". "O critério básico de distinção da comunidade reside no fato de que, dentro dela, pode se manter toda a relação social de uma pessoa".

Desta maneira, para MacIver e Page, a comunidade é um espaço de vida social caracterizado pela existência de um certo grau de coesão social. A situação geográfica ou o espaço vital, em si mesmos, não criam a comunidade; o grau de coesão, o sentimento de comunidade, podem faltar também numa comunidade e MacIver estuda os fatores que inclui no conceito de sentimento de comunidade e os signos deste último.

Possivelmente a definição mais ampla e mais exata seja a que oferece Pozas Arciniegas[6], quando diz que a comunidade é uma unidade social com certas características especiais que lhe dão uma organização dentro de uma área limitada e que se caracteriza, além disso, por uma convivência próxima e duradoura de determinado número de indivíduos em constante interação. Esse último autor acrescenta outros fatores: a compreensão mútua, a coordenação de atividades e a configuração de estruturas sociais para satisfazer necessidades; características que não cremos que sejam imprescindíveis e que seguramente dependem do tipo de comunidade que se estude.

Deve-se ter em conta que a delimitação de uma comunidade é também sempre uma questão relativa e depende de muitos fatores, dado que a amplitude da área territorial e da população à qual se aplica o conceito de comunidade, e que se toma como unidade, pode ser muito variável, dado que podemos falar de uma comunidade incluindo nesta denominação uma parte de uma cidade ou distintas partes da mesma que têm um nexo comum entre si, a toda uma cidade, toda uma região ou uma comunidade internacional; ainda com toda esta relatividade, o conceito resulta muito útil, porque permite trabalhar com unidades tecnicamente mais acessíveis a partir do ponto de vista psicológico. Não devemos esquecer que uma comunidade é só uma parte de uma sociedade global, mas não possuímos ainda os recursos técnicos suficientes para estudar de maneira relativamente

5 – MACIVER, R.M. e PAGE, C.H.: *Sociología.* Madrid, Teeros (ilegível), 1960.
6 – POZAS ARCINIEGAS, R.: *El desarrollo de la comunidad.* Univ. Nac. de México, 1964.

rigorosa a psicologia de uma sociedade global, enquanto que, sim, podemos tentá-lo no caso de uma comunidade.

Objetivos

Se bem que nossos objetivos são os da psico-higiene, estamos numa etapa na qual ainda necessitamos muito da investigação e esta última é o objetivo fundamental que necessitamos cumprir na atualidade, dado que nossos conhecimentos psicológicos acerca da comunidade são totalmente insuficientes; o mesmo poderíamos dizer de nossos instrumentos de trabalho, mas de qualquer maneira é uma tarefa que devemos empreender, com todos os riscos de erros e confusões que estão implícitos em toda investigação; com isso queremos especialmente sublinhar que desejaríamos nos ver totalmente livres de propósitos tais como o de conseguir uma mudança, o desenvolvimento ou o progresso de uma comunidade. A rigor, o movimento espontâneo de uma comunidade tem mais "sabedoria" que todos os conhecimentos que possuímos na atualidade para tentar estes últimos objetivos enfocados a partir da psicologia.

Creio que, por agora, o acesso do psicólogo a uma comunidade tem que ter como objetivo o estudo de sua estrutura, de sua organização, de seus problemas, da forma como se vive, das normas que a regem, suas necessidades e a maneira da satisfazê-las.

Este objetivo fundamental da investigação, quer dizer, o estudo de uma comunidade com mira ou com fins mais distanciados de psico-higiene, faz com que nossas instruções para o estudo de uma comunidade tenham que ser absolutamente claras, dado que estas instruções constituem o enquadramento de nossa tarefa, quer dizer, as constantes com as quais temos que trabalhar.

De qualquer maneira, já sabemos que nunca poderemos realizar uma investigação livre de suposições, livre de finalidades ou de objetivos, mas o importante também desta colocação reside em que, à medida que estudamos a comunidade, vamos tomando consciência de objetivos ou finalidades implícitas que de todas as maneiras existem, mas em forma inconsciente ou não totalmente consciente.

Queremos nos ver livres da urgência de conseguir benefícios imediatos ou de obter melhoras ou mudanças na comunidade, porque esta urgência por resultados práticos nos distancia da possibilidade de satisfazer nossa necessidade de conhecimentos científicos, pelo menos no momento atual, dado o grau de nossa ignorância presente.

De qualquer maneira, nosso estudo tampouco é uma recepção passiva de dados e sim que — tal como o colocamos para o problema da psicologia institucional — também aqui trabalhamos com o método clínico e, de acordo com ele, na medida em que empreendemos determinados níveis ou situações da comunidade, tratamos de que a mesma tome consciência ou conhecimento de seus problemas, assim como de esclarecer as fugas ou negações dos problemas reais. O que nos interessa é ajudar a esclarecer os problemas e objetivos que a mesma comunidade tem já funcionando em seu seio e — sobretudo — ajudar para que os integrantes de uma comunidade tomem consciência de suas atitudes e de suas possibilidades como seres humanos.

Se examinamos alguns dos livros correntes ou mais comuns que se publicaram sobre trabalho em comunidade nos encontraremos com freqüência com certas correntes messiânicas ou "salvadoras" que, no fundo, não significam em muitos casos senão o quebrar a organização e a dinâmica de uma comunidade, introduzindo nela pautas ou interesses que legitimamente não lhe correspondem, com o fim de satisfazer certas necessidades que não são de direto interesse da própria comunidade ou que não respeitam o desenvolvimento que lhe é peculiar.

É importante assinalar a relação entre o trabalho do psicólogo na comunidade e o serviço social ou assistência social e também como que se denomina serviços de comunidade; neste sentido, as diferenças com o que expomos ficam facilmente visíveis se transcrevemos alguns dos conceitos básicos relativos a essas disciplinas. S.V. Sierra, em *Introducción a la Asistencia Social*[7], diz: "De acordo com a colocação terminológica que acabamos de fazer, corresponde definir a assistência social como a disciplina ou ciência normativa que se ocupa de estabelecer os princípios, normas e procedimentos para ajudar os indivíduos, grupos e comunidades na solução de seus problemas ou dificuldades. A assistência social é sobretudo *investigação* e *reflexão* sobre os fatos, mas não com a finalidade de um puro "conhecimento" (ciência pura) e sim com a fundamental intenção de "fazer", *aplicando* ditos conhecimentos às situações reais que são seu princípio e seu fim (ciência normativa)". Esta autora reproduz uma definição do padre Swithum Bowers, diretor da escola de Bem-Estar Social da Uni-

7 — Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1963.

versidade de Otawa, que define a assistência social como a "disciplina profissional que aplica clinicamente o conhecimento das inter-relações humanas por meio de uma habilidade aperfeiçoada em matéria de relações com as pessoas, indivíduos ou em grupo, com o fim de conseguir uma adaptação social mais satisfatória". A comissão de especialistas nas Nações Unidas define o serviço social como "atividade organizada cujo objetivo é contribuir para uma adaptação mútua entre o indivíduo e seu meio social" e "este objetivo se consegue mediante o emprego de técnicas e métodos destinados a que os indivíduos, grupos e comunidades possam satisfazer suas necessidades e resolver seus problemas de adaptação a um tipo de sociedade que se acha em processo de evolução, assim como por meio de uma ação cooperativa para melhorar as condições econômicas e sociais".

M.H. de Bousquet reproduz em *Le Service Social*[8] a definição dada por Mary Richmond, criadora da primeira escola de serviço social nos Estados Unidos, que diz que o serviço social é "a arte de fazer diferentes coisas para diferentes pessoas, com o concurso das mesmas, cooperando com elas, para conseguir, ao mesmo tempo, melhorar a sua situação e a da sociedade... O serviço social deseja servir aos homens em sua plenitude de seres humanos e para isto investiga os métodos que desenvolvem a responsabilidade, reajustando consciente e individualmente entre si os homens e seu meio social". A autora do livro assinala que, nas definições da assistência social, se encontram duas noções básicas: a de equilíbrio e desenvolvimento do indivíduo e a de ajustamento, quer dizer, a de adaptação: duas noções intimamente ligadas.

Neste sentido, o serviço social e o trabalho do psicólogo na comunidade se diferenciam fundamentalmente pelo fato de que este último se propõe basicamente a investigar a dinâmica psicológica de uma comunidade nas situações concretas e reais em que se desenvolve a vida e sua intervenção se reduz a esclarecer os problemas, atuando como assessor ou consultor, fazendo tomar *insight* das situações e agindo exclusivamente através de procedimentos e técnicas psicológicas.

Os serviços de comunidade são organismos muito mais heterogêneos; munidos muito mais de um proselitismo que de uma sistematização científica, seja da investigação ou da tarefa. Uma das definições de "serviço para a comunidade" diz que ele é "um trabalho planejado, aprovado pelos membros e organizado em forma de servir a comunidade em uma

8 — Paris, Presses Universitaires de France, 1965.

atividade sanitária, recreativa, educacional ou cultural. A organização pressupõe certa responsabilidade administrativa, financeira e geralmente voluntária" (A.I.H. Trecker)[9]. Este livro dá também exemplos de distintas organizações e seus objetivos e a transcrição de alguns deles define por si só as diferenças com o trabalho do psicólogo na comunidade. Assim, um ex-presidente do ramo nacional de atividades de serviço para a comunidade da Legião Americana Auxiliar diz: "A palavra 'serviço' tem múltiplos significados. Pode ser uma conduta que contribua para o bem dos demais (a realização de um trabalho para benefício de outros), qualquer resultado de uma tarefa que possa produzir ou não um bem tangível ou, espiritualmente, pode implicar um serviço assemelhável ao das obras de bondade e amor... A Legião Americana Auxiliar não poderia propor-se melhor finalidade que a de prestar um serviço ilimitado a todos e a cada um".

Outra organização, o Clube de Otimistas, expressa: "A Irmandade de Otimistas se acha intimamente identificada com a idéia de servir às comunidades; as Irmãs Otimistas estão reconhecidas como mulheres dispostas a se sacrificarem para satisfazer as necessidades das comunidades. Como resulta evidente, o serviço é o laço que une mais estreitamente as Irmãs Otimistas de todas as partes."

Outro organismo, a Câmara Jovem de Comércio, que é a maior organização mundial de homens jovens e conta com mais de duzentos mil afiliados, oferece guia em questões cívicas a mais de três mil e setecentas comunidades do país. Citaremos suas próprias palavras: "Os interessados e entusiastas membros da Câmara Jovem são chamados com freqüência 'velas de auto'. Nos aperfeiçoamentos de comunidades, são eles os homens que conseguem com que o povo e os recursos colaborem com mira ao objetivo do melhoramento da comunidade. Com sua fé e vontade de trabalhar, acendem a chispa que provoca a ação necessária para que as coisas marchem... Em última análise, o real melhoramento de uma comunidade deve ser obra de cidadãos conhecedores, interessados e ativos."

No livro de Trecker se encontra a enumeração dos tipos de projetos a cargo dos serviços de comunidade; eles consistem em organizações que podem reunir dinheiro para entregá-lo a indivíduos ou agências facultadas para distribuí-lo e utilizá-lo com fins específicos ou gerais; os membros das organizações podem prestar serviços voluntários a agências e institui-

9 — TRECKER, A.I.M.: *Manual de proyectos de servicio de comunidad.* Buenos Aires, Omeba, 1964.

ções; os meios, equipamentos, provisões ou demais bens podem ser subministrados aos indivíduos ou grupos para ajudá-los a começar ou continuar seu trabalho; e as *combinações* destes esforços podem desenvolver-se de forma que se adapte às condições e circunstâncias variáveis.

D. González, em *Proceso del servicio social de comunidad*[10], diz que ao Serviço Social nas comunidades se o conhece atualmente sob o nome de "organização e desenvolvimento da comunidade". Em um relatório das Nações Unidas a respeito, diz-se: "A expressão *desenvolvimento da comunidade* se incorpora ao uso internacional para designar aqueles processos em virtude dos quais os esforços de uma população se somam aos de seu governo para melhorar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades, integrar estas na vida do país e permitir-lhes contribuir plenamente para o progresso nacional. Neste complexo de processo intervêm, portanto, dois elementos essenciais: a participação da própria população nos esforços para melhorar seu nível de vida, dependendo todo o possível de sua própria iniciativa e a subministração de serviços técnicos e de outro caráter na forma que estimula a iniciativa, o esforço próprio e a ajuda mútua e aumentem sua eficácia. O desenvolvimento da comunidade encontra sua expressão em programas encaminhados para conseguir uma grande variedade de melhoras concretas."

Neste sentido, no livro de C.F. Ware, *Organización de la comunidad para el bienestar social* (Unión Panamericana, Washington) se sobrepõe muito mais "serviço social" com "organização da comunidade", já que esta autora diz que "os princípios de toda classe de serviço social estão baseados em um conceito fundamental da dignidade do ser humano, em qualquer circunstância e em sua capacidade para se fazer responsável por suas próprias decisões e conduta. Estão baseados também no conceito cristão e democrático do respeito ao indivíduo e de fazer possível o desenvolvimento da personalidade e os talentos de cada um. Presume-se que é mediante uma vida responsável que o indivíduo alcança seu desenvolvimento potencial."

Esta autora é muito mais clara ainda nas implicações políticas de tais atitudes e de tais objetivos, quando, na página 5 do mesmo livro, diz: "Além disso, os membros da profissão de serviço social e outros líderes sabem que se o povo não recebe ajuda profissional para solucionar seus problemas de uma maneira construtiva existirá o grande perigo de que in-

10 — Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1963.

divíduos ambiciosos utilizem a inquietude popular para seus fins pessoais, ou que um povo frustrado se converta num povo desordenado."

Sem que a assistência social e a organização da comunidade estejam sempre tão claramente sobrepostas, de todas maneiras, o que nos interessa sublinhar são as diferenças que fazem mediação entre estas atividades e profissões e a atividade e as funções do psicólogo trablhando na comunidade.[11]

Para que fique ainda melhor esclarecido este ponto, faremos um breve resumo das instruções que adotamos para um trabalho de psico-higiene em uma comunidade, organizado como trabalho prático para os estudantes na cadeira de Higiene Mental.

Estas instruções foram discutidas, comentadas e assimiladas por todos os integrantes da cadeira, tanto como pelos alunos e constituem uma parte importante da tarefa (seu enquadramento), de tal maneira que toda transgressão na qual não se as respeitou rigorosamente era analisada como um efeito técnico, tratando de caracterizar, além disso, as conseqüências que isto tinha. Citaremos algumas das instruções que cremos de suma importância.

Em primeiro lugar, necessitamos autorização das autoridades da comunidade e de nenhuma maneira tratar de encobrir nossos objetivos ou nos comprometer com realizações que não possamos levar a cabo. Este requerimento de autorização é já uma tarefa fundamental, em cuja tramitação vamos recolhendo dados de suma importância e, por sua vez, vamos esclarecendo, não só nossos objetivos, como também a função destas autoridades, assim como significa uma aprendizagem por parte destas últimas da possibilidade de agir ativamente como seres humanos. Esta autorização deve, além disso, ser colocada e solicitada como uma autorização precária, no sentido de que fica em mãos das autoridades a possibilidade de revogá-la ou limitá-la.

Um segundo aspecto que consideramos de suma importância é o da lealdade e o compromisso de manter e respeitar a privacidade, no sentido de não levar dados de um grupo a outro e de não tratar senão as situações presentes que se jogam em um dado momento. Em terceiro lugar, e embora esteja implícito no anterior, a veracidade é outra das condições fundamentais e com isso queremos significar que não devemos incorrer em

11 — Neste sentido, é de utilidade o livro de T.R. Batten, *Las comunidades y su desarrollo,* México, F.C.E., 1964.

nenhuma simulação ou mentira e em não ir mais além do que realmente desejamos ou nos propomos.

Outro aspecto muito importante — e que não foi fácil cumprir — foi o de não fomentar a dependência ou, em outros termos, o de não constituir uma sociedade de beneficência, no sentido de que não nos corresponde fazer coisas pela comunidade que estejam fora de nossa função de psicólogos, de nossos métodos e de nossas técnicas. O não fomentar a dependência leva implícita a instrução de incrementar a independência da comunidade e de seus membros, agindo nós unicamente como assessores e ficando em mãos da comunidade o direito de seguir ou não nossos esclarecimentos ou nossas interpretações.

Conjuntamente com o anterior, outra das instruções foi a de que a equipe de psicólogos, em nenhum caso, deve agir por conta própria, quer dizer, os psicólogos não se devem constituir num organismo autônomo, que age com independência, ainda que em benefício da comunidade. Nós só devemos dar nosso assessoramento e a comunidade é a que há de assimilá-lo ou não.

Outra das instruções foi a de nos comprometer a não publicar nenhum relatório que não tenha sido previamente conhecido, discutido e consentido pelos implicados em dito estudo ou, pelo menos, pelas autoridades da comunidade.

Com estas instruções, se cumpre também o objetivo de não realizar proselitismo de nenhuma índole, em qualquer das acepções que possa ter este termo.

Nossa metodologia e nossas técnicas se propuseram também a não "psicologizar" a comunidade, no sentido de que aprendam e se manejam com termos psicológicos e sim todo o contrário, o de que o contato da comunidade com os psicólogos possa ser uma experiência de aprendizagem e de certo *insight*.

Devemos nos cuidar em toda forma de não introduzir pautas que correspondam a nossas modalidades de vida e sim tentar compreender as pautas alheias, neste caso da comunidade.

Nossa experiência foi a de que os membros da comunidade se dispõem a escutar aulas de psicologia como se se tratara de uma difusão de conhecimentos e é necessário evitar e não cair nesta tentação; tentação que está abonada por constituir uma simplificação da tarefa (mas também uma tergiversação).

O estabelecimento dos primeiros contatos com a comunidade levou implícita a necessidade de reformar e modificar uma quantidade muito

grande de preconceitos, tais como o de supor que nos interessam especial ou especificamente as pessoas doentes, ou o de que escolhemos uma comunidade determinada pelo fato de que constitui uma comunidade doente ou mais doente que outras, ou porque tem mais problemas de delinqüência, de prostituição, ou de qualquer outro "vício".

Comunidade-tipo

A tipologia mais freqüente ou os termos que mais comumente se vêem aplicados para definir ou para precisar uma comunidade são os de integração e desintegração, e na bibliografia o que freqüentemente se encontra é a relação entre o desenvolvimento econômico-social e tecnológico e a ruptura de velhas ou de antigas pautas e normas, com a qual a comunidade passa de uma condição de integrada à de desintegrada.

Outra classificação, desenvolvida por Redfield, baseada na diferença que Tonnies introduziu entre comunidade e sociedade, consiste em reconhecer uma sociedade *folk* e uma sociedade urbana.

A comunidade *folk* é aquela que tem característica de organização muito primitiva: pequena, isolada, analfabeta, homogênea, com um profundo sentido de solidariedade grupal, com uma produção de características primitivas, dedicada fundamentalmente ao autoconsumo. Nela, os indivíduos são muito semelhantes e a mobilidade é pequena ou nula, as normas ou valores estão bem estabelecidos e têm um forte sentimento de pertença.

É o tipo de comunidade primitiva que deu lugar, no curso do desenvolvimento, a nossa atual sociedade urbana, sobre cujas características insistiram muitos autores, pondo a ênfase sobre a desagregação, a desconexão, o individualismo, forte mobilidade, desaparecimento do sentimento de pertença, novas formas de organização e formação de subgrupos. Todo este processo está ligado ao desenvolvimento econômico, ao desenvolvimento da tecnologia e, no livro de Scott e Lynton[12], publicado pela Unesco, poder-se-á encontrar um bom resumo deste tema, que está evidentemente ligado ao conceito de anomia de Durkheim ou ao de alienação de Marx.

12 — SCOTT, J. e LYNTON, R.P.: *Le progrès technique e l'integration sociale.* Unesco, 1953.

Sem que nos proponhamos separar o tipo de comunidade da organização de seus meios de produção e do desenvolvimento da tecnologia estas classificações nos parecem satisfatórias quanto ao ponto de partida, mas totalmente insuficientes para responder à categorização das complexas condições que observamos em toda comunidade e especialmente na que estudamos. Estas deficiências dos sistemas classificatórios são muito evidentes para todos, até para os próprios autores que os propuseram, mas, de qualquer maneira, são pontos de partida que ulteriormente teremos que ir aperfeiçoando.

Por outra parte, não só existe um contínuo entre estes distintos tipos de organização da comunidade como também podem existir na mesma comunidade como estruturas sobrepostas.

Nós preferimos, por considerá-lo mais conveniente e mais correto, supor três tipos de estruturas coexistentes na mesma comunidade e caracterizar esta última não somente pelo grau de predomínio de alguma das três e sim pela inter-relação dinâmica que estas três estruturas adotaram ou têm em uma única comunidade. Para isto nos baseamos em nossa própria experiência sobre estudos de comunidade, mas, além disso, no que já sabíamos por nossos próprios estudos sobre grupos e instituições.

Não creio que neste caso se trate de uma transposição de um âmbito a outro, quer dizer, de sobrepor ou tratar de compreender, neste caso, a estrutura da comunidade com categorias que correspondem aos grupos ou os indivíduos ou as instituições. Tudo pelo contrário; creio que não se trata de uma transposição e sim que os quatro âmbitos que resenhamos constituem um só fenômeno e as relações entre os quatro âmbitos não são relações de interação ou relações causais e sim que os quatro âmbitos têm ou possuem uma unidade estrutural e as mesmas organizações e as mesmas estruturas as poderemos encontrar nos quatro âmbitos, dado que não são quatro fenômenos distintos e sim uma só estrutura que nós parcelamos ou fragmentamos, não só em nossas categorias científicas e sim em nossa própria maneira ou modalidade de viver[13].

Creio que corresponde trabalhar com três cetegorias de análise e que freqüentemente a comunidade *folk* se sobrepõe erroneamente com o conceito de comunidade integrada. Nós propomos diferenciar entre coesão, dissociação e integração. A partir do ponto de vista histórico, nossa sociedade alienada ou desintegrada procede de uma comunidade de coesão; esta última corresponde à sociedade *folk* de Redfield, enquanto que a segunda corresponde a nossas atuais comunidades industrializadas. A diferença fundamental entre uma e outra radica em que na primeira a identidade é grupal ou comunitária, enquanto que na segunda se desenvolveu a individualidade. Na comunidade integrada é onde recém se alcança a personificação, que ainda consiste, em grande parte, em uma aspiração e não em uma obtenção já efetiva.

Se bem que estas três categorias de análise podem ser aplicadas ao desenvolvimento histórico das comunidades e servem para caracterizar cada comunidade em sua totalidade, não é menos certo que constitui uma tipologia, em certa medida forçada, porque não há nenhuma comunidade que pertença totalmente a um destes três tipos. Melhor, o que ocorre e o que encontramos é que estas três organizações coexistem, tanto na comunidade como nas instituições, nos grupos e no próprio indivíduo, e o que nos interessa numa dada comunidade é poder identificar que níveis da comunidade, que organizações ou subgrupos ou classes sociais funcionam com características, quer seja de coesão, de desintegração ou de integração. E o outro aspecto interessante ou importante na análise de uma comunidade é poder situar e compreender as inter-relações entre estes tipos distintos de sub-estruturas. Não podemos seguir desenvolvendo aqui esta teoria que propomos para a análise da comunidade, porque já transcende ou vai mais além da própria comunidade e abarca tanto o processo de alheamento, de alienação, como a unidade estrutural dos quatro âmbitos e não só a estrutura da comunidade. Este é o tema que nos propomos para a nova publicação anunciada, na qual trataremos de desenvolver e detalhar de maneira mais estrita estes conceitos.

Coesão, desintegração e integração são três tipos de estruturas que encontramos tanto na organização da personalidade como na dos grupos, das instituições e da comunidade, e seguramente necessitamos das três para manter um certo desenvolvimento relativamente equilibrado ou, pelo menos, não totalmente caótico. Um aspecto importante e que queremos já deixar manifesto é o de que as estruturas relativamente integradas e as desintegradas (nos quatro âmbitos) se encontram fortemente clivadas ou separadas das estruturas de coesão, fato que nos permitiu estudar a compreender melhor, psicologicamente, a comunidade.[14]

13 — De todo este problema penso me ocupar em separado, num livro que tratará sobre as relações entre alienação, psicologia e psicopatologia, baseado em um curso com o mesmo título, proferido na Escola Privada de Psiquiatria Social, no segundo semestre do ano de 1965.

14 — Sobre a comunidade estudada e suas conclusões se publicará ulteriormente um relatório.

4

Grupo familiar e psico-higiene

Em toda planificação de higiene mental e psico-higiene, a família ocupa um lugar chave, quer como instituição familiar, quer como grupo. Quero incluir agora — dentro deste tema tão vasto — algumas considerações relativas à estrutura e à dinâmica do grupo familiar.

Uma tese fundamental implícita da qual parto nesta exposição se refere a que a motivação e a etiologia não podem ser consideradas em função de fatores, no sentido elementarista, tal qual se procede nas ciências naturais e, em grande parte, ainda dentro da psicologia; os transtornos mentais são momentos exagerados, isolados e estereotipados na dinâmica familiar, do movimento, do curso, do desenvolvimento e transformação do grupo como totalidade e o que sempre se considerou como um estudo de motivações ou da etiologia, em termos de fatores, significa não outra coisa que uma caracterização e isolamento de momentos mais significativos da totalidade da dinâmica familiar.

Aceito também como totalmente correta, para seu objetivo, a divisão que Cooley estabeleceu entre grupos primários e grupos secundários, postulando, além disso, que a diferença entre um e outro se assenta nos mecanismos de projeção em jogo e nos resultados desta projeção. Nos grupos secundários, a projeção é uma projeção discriminada de objetos internos ou de partes do ego, enquanto que o grupo familiar (grupo primário) se caracteriza (além de tudo o estabelecido pelo próprio Cooley) pelo fato de que os mecanismos de projeção se fazem com características *massivas* e que a identificação que resulta dessas projeções massivas faz com que este grupo primário, a família neste caso, funcione num nível de organização que os psicólogos, entre eles Walton, caracterizaram como um *sincre-*

tismo primitivo. A característica fundamental desta identificação massiva, cruzada e múltipla entre os membros do grupo familiar configura o que chamamos de um *grupo de participação.* Tomei este último conceito da antropologia, tal como o estabelece fundamentalmente Lévy-Bruhl, entendendo que a participação implica que a identidade não seja senão uma identidade grupal e que no grupo familiar a identidade não é de cada um dos indivíduos integrantes do grupo familiar. Em outros termos, e de acordo com investigações realizadas com o método da psicanálise clínica, dizemos que a família se caracteriza fundamentalmente pelo estabelecimento de *uma simbiose* e que nela intervém, se concentra, *a parte psicótica da personalidade* de todos os seus integrantes.

Entendemos por parte psicótica da personalidade aquela parte da personalidade que ficou nos níveis mais imaturos e regressivos, que se caracterizam fundamentalmente por uma *falta de discriminação* entre eu e não eu, entre objeto interno e depositário; de tal maneira, a simbiose é o fenômeno clínico característico do grupo familiar; o sincretismo é um de seus atributos, enquanto que a participação é o fenômeno dinâmico fundamental ou "mecanismo" pelo qual se estabelece ou se mantém o sincretismo da simbiose familiar.

A dinâmica do grupo familiar se caracteriza por ser a família o reservatório ou o depositário da parte menos diferenciada ou menos discriminada da personalidade e o traço cultural contemporâneo reside tanto neste fato como em uma profunda dissociação concomitante entre o intra e extragrupo familiar, de tal maneira que neste último (e graças ao primeiro fenômeno já assinalado) resulta possível que um sujeito atue na parte mais adaptada, mais discriminada, mais evoluída de sua personalidade.

Em síntese, podemos dizer que no grupo secundário há *interação* (projeção-introjeção) e se age em função de recíprocas internalizações discriminadas; trata-se de pessoas que formam um grupo. No grupo primário, trata-se de um grupo que — no melhor dos casos — formará pessoas. Nele não há interação e sim *participação:* a identificação projetiva é massiva e todo o grupo é um sistema único; não há projeção-introjeção e sim só identificação projetiva, na qual cada membro é só parte de um todo e por si mesmo não constitui um todo nem uma unidade psicológica. Como veremos, a instalação da introjeção-projeção significa um progresso na individualização. Um grupo familiar sadio é aquele no qual se dá este último processo (de discriminação, diferenciação e personificação). Devemos ter em conta que ambos os sistemas (interação e participação) coexistem,

podendo alternar em distintos momentos, e que nossa exposição é esquemática para simplificar.

As perturbações (normais e anormais) não só dependem da dinâmica do intragrupo familiar como também, além disso, da dinâmica no extragrupo e das relações entre ambos. Existem transtornos ou perturbações da família que aparecem como conseqüência da dinâmica intrínseca ou intragrupo, como pode ser o caso de mudança por causas diferentes, entre elas a morte de um de seus membros, afastamento, casamento, nascimento de novos membros, etc. Mas também temos que contar com que uma variação no extragrupo, uma mudança que se produza na parte mais discriminada e no setor mais maduro da atividade da personalidade pode fazer com que a perturbação não apareça ali, onde inicialmente se origina, e sim dentro do grupo familiar.

Quero também me deter, antes de prosseguir, em outras características fundamentais que tem o grupo simbiótico (grupo familiar). Além das características descritas por Cooley: relação face a face, relação profundamente emocional, etc., a simbiose do grupo familiar é uma estrutura que resiste grandemente às mudanças intra e extragrupais: nela se produzem *polarizações extremas,* que substituem a verdadeira divisão esquizóide, tal qual foi estudada pela escola de Melanie Klein e seus discípulos Bion e Rosenfeld. O tipo mais primitivo de relação simbiótica no grupo familiar se dá no que chamamos de o *tipo de grupo aglutinado.* Nisto concordamos com algumas antigas investigações de Mme. Minkovsky sobre o grupo familiar de pacientes epiléticos, cujas conclusões podemos corroborar em nossa própria experiência clínica. Este grupo aglutinado funciona como uma totalidade, na qual os papéis (não as pessoas) se acham em um interjogo de relações e compensações dependentes; a identidade é grupal e há um déficit da identidade individual ou, melhor dito, não há nenhum índice de individuação, pelo qual os indivíduos possam agir como seres independentes, que possam reconhecer os demais integrantes da família como indivíduos distintos dele mesmo. Trata-se, para utilizar uma terminologia mais psicanalítica, de uma verdadeira *organização narcisística,* no sentido de um predomínio de uma estrutura não discriminada (falta discriminação mundo interno e mundo externo, eu e não eu). Mas na simbiose este predomínio da organização indiscriminada não se dá unicamente dentro da esfera individual de cada sujeito e sim que o mundo interno se projetou sobre o mundo externo, de tal maneira que não há uma discriminação entre objeto interno e depositário; cada um dos membros do grupo é parte do mundo interno, que não está dentro de cada sujeito e sim no meio

externo ou num meio indiviso. Para desenvolver estas idéias me baseio fundamentalmente, como já o disse, em investigações clínicas sobre o fenômeno da simbiose e no reconhecimento que fiz de que inicialmente, desde o momento do nascimento, cada indivíduo não é uma unidade fechada, que tem que se abrir gradualmente, e sim que existe, desde o primeiro momento do nascimento, e ainda antes, um sincretismo, uma falta de discriminação de eu e não eu, quer dizer, o mundo não é ainda nem mundo interno nem externo e sim uma totalidade indiscriminada (indivisa), da qual gradualmente terá que se reconhecer, que se diferenciar, mundo externo ou interno e é só então que se estabelece um mundo interno dentro do sujeito, diferenciado do mundo externo. No começo, não há, então, nem projeção. Estas últimas só podem operar quando já se estabeleceu certa discriminação na organização ou estrutura sincrética indiferenciada. Quer dizer que o processo que se cumpre na dinâmica familiar não é o de uma conexão progressiva entre os membros da família e sim um processo de gradual desprendimento e individuação entre os membros da família. No grupo aglutinado, esta diferenciação e discriminação, individuação e personificação, não se alcançou ou persiste em seus umbrais mais primitivos.

Para mostrar a repercussão deste fato, que esta inversão dos termos do desenvolvimento genético acarreta, quero referir-me sumariamente ao conflito edípico e à relação incestuosa. Classicamente, o conflito de Édipo se estabelece como uma relação do menino com seu pai e sua mãe, mas, de acordo com este enfoque que colocamos, temos que valorizar especialmente tudo o que se passou a chamar de níveis pré-genitais do conflito edípico. Na realidade, neste sincretismo primitivo predomina a relação do menino com sua mãe, mas nele não se diferencia ainda o menino de sua mãe; tampouco diferencia a sua mãe da totalidade, do resto do mundo externo. O primeiro passo se dá quando o menino faz uma pequena discriminação entre ele mesmo e sua mãe, também entre sua mãe e outra parte que é não mãe; neste momento, é quando se estabelece o conflito edípico como uma relação triangular. O conflito edípico é assim uma das vicissitudes da fusão-discriminação do nível de organização sincrética. O que se chama de cena primária não é outra coisa que esta fusão primitiva, que, desta maneira, não se produz então por uma união da mãe com o pai e o abandono conseqüente do menino e sim por uma persistência ou retorno ou regressão a este nível tão primitivo, onde existe uma fusão entre mãe e não mãe ou, melhor dito, onde ainda não há discriminação entre mãe e não mãe e sim um pequeno esboço entre ele mesmo e sua mãe. Neste grupo aglutinado, a agressão joga um grande papel, porque é o instrumento pelo qual cada

um dos membros tende a se afirmar reativamente e não se ver totalmente fusionado num grupo indiscriminado e sincrético. O mesmo ocorre com o problema do incesto. O incesto traz um perigo de fusão, de perda dos limites certamente já conseguidos de um indivíduo com o resto do grupo, de tal maneira que o horror ao incesto e hostilidade ou agressão se unificam como dois instrumentos fundamentais, com os quais se estabelece uma distância e se mantêm os pequenos esboços de discriminação. A dinâmica fundamental se estabelece ao redor de duas linhas diretrizes: por uma parte, a luta contra a fusão; mas, por outro lado, o sujeito necessita manter seu vínculo neste nível com seu grupo familiar, porque nele se acha fundamentalmente controlada a parte psicótica de sua personalidade, que, de outra maneira, sofrerá perigo de dissolução, de dispersão, de desorganização psicótica (esquizofrênica). Toda a dinâmica neste núcleo aglutinado pode ser entendida também como uma alternância entre claustrofobia e agorafobia.

O outro tipo extremo do grupo familiar é o que podemos chamar de esquizóide ou disperso e nele cada um dos integrantes, ou parte dos integrantes, incorporam o grupo indiscriminado como objeto interno e estabelecem a simbiose com o grupo dentro de si mesmo e, por uma formação reativa, na qual se utiliza o horror ao incesto e a hostilidade ou a agressão, o grupo se dispersa ou se bloqueiam as relações emocionais, que passam a ser frias e distantes. É, em todo o caso, uma forma de defesa frente à fusão e à perda de identidade. Um mínimo de identidade (individuação) fica aqui conservado através desta dispersão ou dissociação esquizóide; a independência é aqui um isolamento reativo e não uma boa resolução da dependência simbiótica. O indivíduo pertence ao grupo, já não de maneira física direta e sim porque age em função do grupo, quer seja seguindo suas pautas ou recorrendo a formações reativas contra o mesmo.

Se relacionamos isto com o comportamento dos membros do grupo no extragrupo familiar, podemos também ver uma diferença, no sentido de que um integrante de um grupo familiar aglutinado realiza todas as suas funções em estreito ligamento com o grupo familiar e suas conexões ou relações mais maduras ou mais integradas são bastante reduzidas com o extragrupo, porque o máximo de identidade é grupal e o máximo de proteção o encontra desenvolvendo suas atividades e funções emocionais e não emocionais dentro ou em estreita relação com os demais integrantes do grupo familiar que, com grande freqüência, não se reduz à família-tipo e sim que inclui uma grande quantidade de outros membros da família ligados entre si por diferentes graus de parentesco e não somente o de esposos ou de pais a filhos, como no caso da família-tipo. No grupo esquizóide ou disperso, em troca, ocorre o contrário, quer dizer que as atividades fundamentais que o sujeito desenvolve se fazem no extragrupo, com grande freqüência com um alto nível de adaptação ou de maturidade, às vezes só de adaptação racional ou intelectual, mas, de qualquer maneira, o predomínio das relações é extragrupal ou extrafamiliar e não intrafamiliar, como no caso anterior.

Pelo que havemos dito, a função institucional da família é a de servir de reservatório, controle e segurança para a satisfação da parte mais imatura ou primitiva, narcisística, da personalidade, mas, ao mesmo tempo, pelo estabelecimento de uma boa relação simbiótica dentro do grupo familiar (relação simbiótica normal e necessária), o grupo familiar, dentro de sua dinâmica normal, permite o desenvolvimento das partes mais adaptadas ou mais maduras da personalidade no extragrupo. Poderíamos esquematicamente dizer, em relação com a dinâmica do grupo familiar, que a patologia deriva fundamentalmente dos seguintes fatos: 1 — que a simbiose não funcione como situação de segurança dentro do grupo familiar e se transforme numa simbiose patológica, caracterizada por um reforço da participação e uma absorção do indivíduo de tal maneira que não permite o estabelecimento de uma clivagem entre intra e extragrupo e — portanto — não dá lugar ao desenvolvimento de relações extragrupais e ao suficiente desenvolvimento da identidade pessoal; 2 — em outro caso, a simbiose também é patológica, mas se introjeta, de tal maneira que o sujeito pode conseguir um certo grau de desenvolvimento da identidade, da personalidade e de suas relações extragrupais, mas ao custo de uma forte dissociação com toda a sua vida emocional e afetiva, que se acha, então, num grave déficit. Destes dois fatos, se podem inferir as manifestações ou transtornos mentais em sua relação com a dinâmica do grupo familiar:

1 — *Simbiose normal:* reservatório familiar da parte mais psicótica. Clivagem intra-extragrupo, mas interação entre ambos, que permite o desenvolvimento e individuação no intra e extragrupo. Uma simbiose grupal não é *sempre* normal. Passa por estágios como o 2 e o 3 (reversíveis).

2 — *Simbiose patológica:* absorção massiva do indivíduo no intragrupo. Relação mais normal no extragrupo, mas de caráter fundamentalmente intelectual ou racional. a) Forte clivagem intra-extragrupo, sem interação entre ambos. O desenvolvimento só se faz na parte da personalidade ligada ao extragrupo. b) Falta clivagem intra-extragrupo: déficit global do desenvolvimento da personalidade.

3 — *Autismo:* introjeção do grupo familiar como núcleo; forte dependência dele. Bloqueio no intra e extragrupo, ou desenvolvimento neste

último de relações esquizóides, distantes, frias, racionais. Pode-se compensar o contato com atividade maníaca, contrafóbica ou psicopática.

Em síntese: a simbiose e o autismo são etapas da dinâmica familiar, quer seja como estágios transitórios ou como estereotipias patológicas. Deixamos de lado o estudo mais detalhado das vicissitudes dinâmicas normais e patológicas de cada uma destas organizações.

Entre estes dois tipos de estrutura grupal familiar — aglutinado e disperso — se acham outros tipos de grupos que estão caracterizados por recorrer a outros mecanismos relacionados com estes dois, mas que estão situados de maneira intermediária; referimo-nos, fundamentalmente, às relações ou manifestações tanto *psicopáticas* como *hipocondríacas.* Na psicopatia, trata-se de uma fuga da fusão claustrofóbica de um grupo patologicamente aglutinado. Isto poder-se-ia estudar a caracterizar especialmente no estudo do desenvolvimento dos adolescentes, nos quais são muito freqüentes as manifestações psicopáticas, que aparecem como uma reação contra a fusão e contra a dependência do grupo aglutinado, quer dizer, contra uma simbiose extrema e patológica. A reação hipocondríaca, as manifestações hipocondríacas, tanto como as doenças psicossomáticas têm o mesmo valor que as manifestações psicopáticas. No entanto, torna-se também de radical importância que não possamos fazer uma demarcação muito estrita entre normalidade e patologia, no que se refere à dinâmica do grupo familiar; momentos normais e momentos patológicos estão em interação dialética e só podemos falar de normalidade ou patologia frente a uma relativa estabilidade ou perdurabilidade ou estereotipia de determinados mecanismos ou de determinada estrutura ou organização da *Gestalt* familiar. Com isto, queremos significar que *normalmente* se produzem estas manifestações, tanto psicopáticas como hipocondríacas ou psicossomáticas, em qualquer grupo familiar, em distintos momentos em que tem que enfrentar mudanças em sua estrutura, quer seja por mudanças intra ou extrafamiliares, de tal maneira que tanto as próprias manifestações psicopáticas como a reação hipocondríaca e a doença psicossomática podem ser *momentos de passagem,* em direção a uma maior discriminação entre eu e não eu, entre mundo interno e externo, entre o sujeito ou indivíduo e seus semelhantes dentro e fora do grupo familiar.

A patologia mais importante do grupo familiar, no entanto, não se dá nos casos que temos estado resenhando; pelo menos, não são os mais importantes como causas da consulta ao psiquiatra ou ao psicanalista. O que o grupo percebe fundamentalmente como uma situação patológica é o desajuste ou desacordo entre as necessidades de uma parte do grupo, que

já tem estabilizados seus distintos segmentos da personalidade, e outra parte do grupo que tende a evoluir, a estabilizar, a discriminar, a desenvolver talvez uma maior identidade individual; nestes casos, então, produz-se um desajuste, que é o desajuste acusado pelo grupo familiar, pela parte mais estabilizada (estereotipada) do grupo familiar. De tal maneira que quando o grupo familiar consulta, o faz acusando o agente de mudança, com a fantasia de que curar implica que este agente de mudança se restitua à estereotipia anterior para que deixe de "perturbar". Da compreensão destes fatores, derivam-se diretivas fundamentais para a investigação e, sobretudo, para a assistência do grupo familiar (terapêutica e psicoprofilática). Há que ter em conta que, assim como o grupo familiar é o depositário da parte mais imatura ou simbiótica da personalidade, da mesma maneira é o grupo que mais tende à estereotipia, porque necessita ter muito bem controlada a parte psicótica da personalidade, para que, em certa medida, se possa desenvolver uma parte mais discriminada e adaptada da personalidade no extragrupo. A estereotipia maior se encontra naqueles casos de grupo familiar que chamamos de "o círculo de ferro", que consiste num reforço de toda a dependência ou participação simbiótica, um reforço da identidade grupal e uma quase inexistência de vida extrafamiliar; não há interjogo de papéis e sim estereotipia de papéis muito fixos. Neste caso, os papéis são muito rígidos e muito severamente mantidos; a patologia, nestes casos, costuma ser mais severa (suicídio, psicose, etc.), mas também pode dar-se como circunstâncias -fenômenos ou acontecimentos que o grupo familiar não pode detectar diretamente como fenômenos patológicos: referimo-nos à freqüência de acidentes, à compulsão a intervenções cirúrgicas, à persistência de lutos não elaborados que pesam enormemente sobre todo o grupo familiar. Mas também costumam ocorrer fenômenos mais claramente patológicos e notórios, como a crise epilética ou a desorganização psicótica, os episódios de mania ou melancolia.

Quando o suporte narcisístico endogrupal (a simbiose familiar) falha, pode ocorrer uma desorganização psicótica, que pode se estabilizar ou se estereotipar como uma psicose, que pode se resolver pelo restabelecimento de uma relação simbiótica endogrupal, com o mesmo ou outro grupo, mas que pode também ser a *ocasião de aprendizagem,* de uma discriminação. Estes são os casos que French e Kassanin estudaram e, posteriormente, também o fizemos nós, que a desorganização psicótica serve como uma verdadeira aprendizagem, já que a desorganização psicótica *rompe o sincretismo primitivo* e permite uma discriminação ou, pelo menos, pode

permiti-la se se age terapeuticamente de forma eficaz ou bem se as condições se dão espontaneamente de maneira favorável.

Quero me referir agora a outro nível no qual pode funcionar o grupo familiar, pelo desenvolvimento ou a introdução no intragrupo de pautas mais discriminadas, aprendidas ou incorporadas em inter-relação com o extragrupo. Nestes casos, a clivagem entre o intra e o extragrupo é menos taxativa e permite uma certa inter-relação ou bem porque a simbiose do grupo familiar é muito mais normal e permite, então, o desenvolvimento ou a personificação, em certa medida, de seus integrantes. Nestes casos, o que aparece fenomenologicamente, em primeiro lugar, não é a aglutinação ou a dispersão dos casos anteriores e sim mecanismos neuróticos: obsessivos, fóbicos, paranóides ou histéricos. No entanto, detrás de todos estes mecanismos de organização neurótica do comportamento e da relação intragrupal, poder-se-ão encontrar com certa maior ou menor facilidade os níveis psicóticos que subjazem e que tentam ser elaborados através destes mecanismos neuróticos. Já aqui nos encontramos com uma estrutura grupal mais evoluída, onde a *discriminação* permite a atuação de *defesas neuróticas* e, portanto, a *interação* (em lugar da participação).

Quero assinalar, além disso, que o problema da *mudança* como uma situação normal conflituosa ou perturbadora, ou etiológica, não se refere a causas extragrupais e sim que a mudança corresponde à própria natureza (à dinâmica) do fenômeno psicológico, corresponde ou pertence à natureza íntima ou intrínseca da dinâmica do grupo familiar, de tal maneira que o que isolamos como fatores etiológicos ou causais são só momentos das múltiplas relações que se estabelecem ou que se hajam estabelecido na dinâmica do grupo familiar.

As situações de mudança podem provocar *três tipos de ansiedades: confusional, paranóide e depressiva;* mas a ansiedade característica do grupo primário (simbiótico) é a ansiedade confusional. É só com a introdução da discriminação, a interação (projetiva-introjetiva), que poderão aparecer não só a ansiedade paranóide e a depressiva, como também o *conflito,* que requer uma prévia discriminação para que haja contradição. Nos níveis simbióticos só existe a *ambigüidade* e, em todo o caso, o conflito se dá entre esta ambigüidade e o nível mais integrado, mais maduro.

Quero me referir sumariamente ao método e à técnica que utilizamos na investigação do grupo familiar. Encontramos que o método clínico, quer dizer, a observação rigorosa, metódica, prolongada, intensiva e

profunda da dinâmica familiar[1] é o procedimento insuperável. Mas quero sublinhar particularmente que o método clínico não consiste somente nisto e sim num *enquadramento rigoroso* da observação; isto significa que devemos estabelecer uma quantidade de constantes que devem ser irremovíveis, entre as quais se encontram lugar, tempo, duração das entrevistas, tanto como o papel do observador, fatores constantes que em nenhum caso devem entrar na ambigüidade, sob pena de que a observação se faça ou se transforme em uma observação caótica da qual não seja possível extrair conclusões válidas. O outro fator que queremos assinalar dentro do método clínico, tal como o empregamos, é que a observação não se faz unicamente como observação pura e simples e sim como uma *indagação operativa,* quer dizer que devemos introduzir, ou que introduzimos, assinalações e interpretações da dinâmica familiar no aqui-e-agora, e cada uma destas interpretações ou assinalações configuram *hipóteses* que são postas a prova e ratificadas ou corrigidas de acordo com as respostas que se obtenham pela introdução de cada uma destas hipóteses em forma de uma nova variável. Cremos de fundamental importância, e o cuidamos muito especialmente, que todo assinalamento e interpretação não recaia na esfera ou na área individual dos integrantes da família e sim, fundamentalmente, sobre a interação, sobre o interjogo de papéis que tem lugar no aqui-e-agora entre os integrantes da família e com o terapeuta, que age como *observador participante,* de tal maneira que possa jogar os papéis sem assumi-los; para isto, deve trabalhar com uma divisão esquizóide instrumental, que lhe permite, em parte, estar vivendo empaticamente os fenômenos que ocorrem no aqui-e-agora, mas ao mesmo tempo ter e manter uma parte do ego como observadora e fora do vaivém da dinâmica da inter-relação que se estabelece entre os membros do grupo familiar e entre estes e o observador participante ou terapeuta.

Como é fácil deduzir, toda esta sistemática do método clínico se acha fundamentalmente derivada da sistemática que seguimos para o estabelecimento da observação, da investigação, e da terapia dentro do enquadramento do método clínico, tal como se utiliza na psicanálise clínica.

Damos especial importância, na tarefa de observação e de investigação, aos níveis pré-verbais de comunicação, quer dizer, não somente ao significado do conteúdo explícito verbal de inter-relação, como também ao

1 — Não descarto, de nenhuma maneira, outros métodos ou técnicas, mas creio — sim — que as técnicas experimentais devem trabalhar em estreita colaboração com o método clínico.

significado do conteúdo implícito ou pré-verbal. E sublinhamos isto, porque nossa diretiva fundamental se refere à observação e investigação dos níveis psicóticos, e como já o assinalamos em trabalhos anteriores sobre psicanálise clínica, a simbiose é fundamentalmente uma *relação muda,* quer dizer que tem que ser intencionalmente detectada e posta a manifesto, porque se dá como implícita; em outros termos, serve de enquadramento, de conjunto de constantes à mesma dinâmica do grupo familiar, mas se não intervimos sobre a própria simbiose, não vemos os fatores mais importantes da relação e da dinâmica familiar e tampouco podemos intervir efetivamente com resultados válidos. Em resumo, poderíamos dizer que na técnica seguida nos guiamos pelos seguintes objetivos: 1 — transformar a participação em interação, o que é equivalente a 2 — introduzir a divisão esquizóide em lugar da fusão e da ambigüidade e 3 — transformar as confusões em conflitos.

Quero assinalar também, embora não me seja possível desenvolvê-lo aqui, que a caracterização da dinâmica do grupo familiar, em termos de *estrutura de comportamento* é um dos instrumentos mais válidos e mais frutíferos que achamos até o presente; a concepção de estruturas de comportamento se relaciona com a teoria das relações objetais e também com a teoria da comunicação. As bases de tudo isto foram desenvolvidas em outros trabalhos e não podemos nos deter agora em explicitá-las mais detalhadamente.

Conclusões

Quero voltar a sublinhar que encontrei como particularmente perturbador e paralisante da investigação o emprego dos esquemas causalistas, monocausalistas e unidirecionais, aos quais nos acostumou tanto o mecanismo, com o qual se estruturam as ciências naturais. Além disso, um fato fundamental que nos permitiu ver com maior clareza uma grande quantidade de problemas do grupo familiar se refere à mudança radical no enfoque, que já foi assinalado no começo: o fato de que o indivíduo não nasce como um ente isolado, que se conecta gradualmente e sim que nasce imerso numa inter-relação massiva global, numa organização sincrética; dito de outra maneira, os indivíduos não formam os grupos e sim que, inversamente, os grupos formam indivíduos e — às vezes — pessoas. O conceito de

simbiose e o de simbiose patológica (com a compreensão dos fenômenos de participação, sincretismo, identificação projetiva massiva) resultam ser instrumentos conceituais e categorias que caracterizam fatos clínicos que têm uma gravitação fundamental para compreender a dinâmica do grupo familiar, tanto em seus fenômenos normais como em suas manifestações patológicas.

5

Perspectivas da psicanálise e psico-higiene

Achamo-nos, na atualidade, ante o que poder-se-ia denominar — sem exagero — uma verdadeira *situação de emergência* no que concerne ao problema da saúde e da doença mental e frente à necessidade de elaborar e aplicar planos de vasto alcance social (em extensão e em profundidade) no terreno da higiene mental e da saúde pública; a quantidade e variedade de acontecimentos e fenômenos que teríamos que enfrentar e resolver são de uma magnitude incalculável, já que devemos tomar em conta não só os doentes mentais (no sentido rigoroso desta denominação) como também as condutas anti-sociais e as perturbações conflituosas de todo tipo e isto tampouco somente a partir do ponto de vista da terapia e sim, fundamentalmente, a partir do enfoque da profilaxia. Samariamente, os fatos são, na atualidade, os seguintes:

1 — Necessidade de melhorar e difundir a assistência aos doentes mentais.

2 — Atender os requerimentos do diagnóstico precoce e da reabilitação.

3 — Necessidade de agir em situações que — sem ter doenças mentais — se beneficiariam com a ajuda profissional do psicanalista, psicólogo ou psiquiatra.

4 — Grande limitação social de muitos procedimentos que são, em primeiro lugar, de índole terapêutica e não preventivos.

5 — Grande limitação de muitos procedimentos, por ser, além disso, de índole individual (no máximo, grupal), mas com os quais só podemos atender a uma pequena proporção de indivíduos.

6 — Pela índole das afecções mentais, a grande maioria delas requer, na profilaxia, atender ou evitar não causas específicas e sim uma complexa constelação multifatorial de índole social (educação, relação mãe-filho, trabalho, alimentação, moradia, etc.), com o qual o problema a enfrentar se faz sumamente complexo.

7 — Em síntese: o problema é social e nossos instrumentos são individuais (ou grupais — quanto mais —); enfocamos, em primeiro lugar, a doença e o que se requer é a profilaxia e a promoção de bem-estar e saúde.

A tarefa é esmagadora; e frente a ela se estendeu uma certa urgência ou exigência que, em forma de instrução, é simples: *formar mais psiquiatras e mais psicoterapeutas;* e este apuro nos contagiou implicitamente, em certa medida, como uma urgência por formar mais psicanalistas. Em síntese: a filosofia que subjaz a esta colocação, ou o pressuposto fundamental do mesmo, reside em querer enfrentar o incremento das doenças mentais com um incremento da quantidade de psiquiatras e psicoterapeutas[1].

Tais são os pontos ao redor dos quais quero efetuar alguns comentários nesta oportunidade, já que o problema me vem ocupando há algum tempo e dele tratei em diferentes ocasiões, especialmente em dois seminários realizados com formados em psicologia na Faculdade de Filosofia e Letras de Buenos Aires e na recente criação da cadeira de Higiene Mental, da qual fui designado professor. Entre os psicanalistas, não nos ocupamos sistematicamente do tema, mas, de uma outra forma, certos pressupostos poderiam agir sobre nós — creio eu, em alguma medida — como verdadeiros preconceitos. Um deles poderia ser o de um certo proselitismo para formar mais psicanalistas e transformar em psicanalista todo médico jovem que começa sua análise por razões terapêuticas. Não é menos certo — por outra parte — que são os psicanalistas também os que melhor encararam este problema (Caplan, Lindemann, Dawler, Erikson, etc.).

Mesmo que se possa pôr em dúvida se realmente as doenças mentais aumentaram, isto de nenhum modo invalida todas as nossas considerações, posto que de qualquer maneira é evidente que temos colocado a exigência de uma imensa tarefa por realizar, a partir de nosso ponto de vista de pro-

1 — O primeiro relatório do comitê de especialistas reunidos pela O.M.S. (9/1953) diz que "os problemas da higiene mental do mundo jamais poderão ser adequadamente resolvidos por métodos terapêuticos".

fissionais da psicologia e da psicanálise, quer seja pelo aumento real das doenças mentais, quer seja pelo fato de que não nos interessam, única e especificamente, as doenças mentais e sim as condições psicológicas de promoção de saúde e bem-estar; ou quer seja porque nossos conhecimentos sobre a influência dos fatores psicológicos e emocionais são hoje muito superiores aos que tínhamos até pouco tempo atrás. Em outros termos, o problema pode se enunciar suscintamente assim:

1 — temos conhecimentos psicológicos, deduzidos especialmente da investigação psicanalítica, que sabemos podem ser muito benéficos para melhorar a vida dos seres humanos, mas,

2 — como aplicá-los de maneira que beneficiem a toda ou a grande parte da comunidade?

Como se vê, o problema já não é, especialmente, o da doença mental e sim o da *promoção da saúde:* a psicoprofilaxia em seu mais alto nível. O problema reside na construção de uma estratégia adequada, que nos permita aplicar e aproveitar nossos conhecimentos em mais vasta escala.

Deixo agora de lado uma quantidade de problemas e definições prévias, que já esclareci na ocasião de uma publicação anterior[2], tais como o que é que se deve entender por saúde mental e por psico-higiene, a relação de ambos com a saúde pública e outras questões semelhantes muito básicas. Desejo fazer girar aqui minhas considerações ao redor do pressuposto a que fiz referência mais acima e que se esgrime ou se segue de maneira implícita: podemos estabelecer uma corrida com as doenças mentais e tratar de aumentar na mesma proporção o número de psiquiatras, psicoterapeutas e psicanalistas? É esta a solução do problema da doença e da saúde mental?

Psicanálise clínica

A psicanálise se define por constituir ao mesmo tempo uma terapia, uma teoria e uma investigação; três aspectos que são estreitamente solidários e inseparáveis: só podemos curar cientificamente com uma técnica adequada e com uma teoria, tanto da técnica como da doença e dos processos psicológicos e só podemos curar — além disso — unicamente na medida em que investigamos o que sucede em nossos pacientes. Alguns autores disseram que, em psicanálise, a cura é um *by-product* da investigação.

No entanto, devemos reconhecer que o valor social da psicanálise enquanto terapia é bastante limitado, ainda contando com as mudanças que cada paciente pode promover sobre outras pessoas com quem mantém relações de distinto tipo. Quando afirmo a limitação social da psicanálise enquanto terapia me refiro, exclusivamente, ao fato de que é utópico pretender formar tantos psicanalistas a fim de que toda a população seja submetida a tratamento psicanalítico[3]. A psicanálise é a terapia psicológica mais racional, profunda e exitosa, mas — pelo tempo que toma — não podemos pretender que possa constituir um procedimento eficaz para resolver os problemas da doença e da saúde mental na escala e extensão social em que isto é agora necessário.

Sustento — em complementação do dito — que a transcendência social da psicanálise reside fundamentalmente em sua capacidade de ser *um método de investigação* dos fenômenos psicológicos que, como tal, contribui com conhecimentos valiosos sobre as leis psicológicas que regem a dinâmica tanto da saúde como da doença e nos permite também compreender e valorizar os efeitos de determinados acontecimentos sobre a formação e evolução da personalidade. Se bem que, como já o disse, a investigação é inseparável da terapia e da teoria, ao dizer que a transcendência social da psicanálise reside fundamentalmente em sua capacidade de contribuir com conhecimentos que derivam da investigação, não quero dizer que se possa proceder a uma investigação sem o objetivo terapêutico, mas quero dizer, sim, que os resultados de dita investigação são os de maior transcendência social, em muita maior proporção que a quantidade de pessoas que podem curar cada um ou todos os psicanalistas. *A psicanálise clínica não pode, de nenhuma maneira, resolver por si mesma o problema da saúde mental,* na amplitude e extensão em que isto se faz necessário no presente; portanto, a instrução de formar urgentemente mais psicanalistas para enfrentar o problema da doença e da saúde mental é totalmente insustentável, falsa e inconsistente[4].

2 — BLEGER, J.: "El psicólogo clínico y la higiene mental". Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina. 8-4-1962.

3 — Em: "El análisis profano" (*Obras completas,* tomo XII), Freud adiantou a possibilidade da preparação analítica de pedagogos e de "um exército auxiliar" de *social workers.*

4 — O mesmo pode-se dizer dos psiquiatras e dos psicoterapeutas.

Mas a *investigação* da psicanálise clínica contribui com resultados e conhecimentos de grande valor, que são os que se podem e devem se empregar em vasta escala e com grande proveito nos programas de higiene mental.

A psicanálise clínica é, em meu entender, um método de laboratório, cuja enorme eficácia como procedimento de investigação reside na existência de uma rigorosa sistematização da técnica, baseada fundamentalmente — esta última — na fixação de um enquadramento, que consiste numa limitação das variáveis (fixação de constantes) e um certo controle das variáveis em jogo em cada momento. Não tem objeto, neste momento, estudar sua relação e diferenças com o método experimental, mas somente assinalarei que, deste último, a psicanálise clínica tem a condição fundamental de uma redução de variáveis, que se obtém por meio da construção de uma situação artificial, na qual — por uma certa esquematização dos fenômenos — conseguimos uma observação rigorosa de uma situação simplificada. A psicanálise clínica pertence, no entanto e a rigor, a uma variante do método clínico; ou melhor dito, com a técnica psicanalítica se aperfeiçoa o método clínico numa medida nunca alcançada, até agora, por outras técnicas. A rigor, enquanto a investigação psicanalítica se mantém como investigação no campo da transferência, tanto mais participa de características do método experimental.

Embora o dito sobre a psicanálise enquanto técnica de investigação pudesse ser beneficamente ampliado, para maior clareza, o que nos interessa aqui é nos limitarmos aos fatos que abonam o critério que sustentamos: a nenhuma técnica de investigação (do método clínico ou do método experimental), em nenhuma disciplina científica, se lhe exige que resolva um problema sobre o plano social. O único que se espera é que contribua com conhecimentos sobre os quais possa se basear uma planificação científica de alcance e extensão social. Reconhecer as limitações sociais de um procedimento de laboratório não é nenhum demérito para nenhuma técnica, porque, justamente, seria questionar as condições básicas nas quais resulta factível levar a cabo uma investigação de laboratório. Da mesma maneira ajustando-nos ao que realmente ocorre, devemos afirmar que à psicanálise clínica não se pode exigir de nenhuma maneira que resolva o problema da doença ou da saúde mental. *Seu valor e sua transcendência social residem no fato de que contribui com conhecimentos relativos à matéria que investiga, nas condições em que o faz.*

De maneira que são os conhecimentos que ocasiona uma técnica os que podem ser empregados numa escala social significativa. O mesmo ocorre com a psicanálise clínica. Suas contribuições podem ser utilizadas em duas estratégias da saúde pública: na ordem administrativa e na da relação interpessoal[5]. O primeiro se refere ao fato de intervir por intermédio de uma ação governamental ou outra ação administrativa, influindo leis, *status,* regulamentos, costumes, com o intuito de ajudar a resolver ou impedir tensões de diferentes tipos, através de mudanças culturais. Neste sentido, o psicanalista, agindo como especialista, pode assessorar os corpos administrativos, governamentais ou não, em tudo o que corresponde à saúde e que, em certa medida, depende da atuação de fatores psicológicos, quer seja no sentido de melhorar ou quer no de prevenir ou precaver prejuízos ou danos. Assim — por exemplo — podem se utilizar os conhecimentos sobre a relação mãe-filho e os efeitos nocivos de longas separações no caso da organização de um serviço hospitalar ou uma instituição educacional. Caplan cita, a respeito, diferentes experiências (em Israel, Grã-Bretanha, Boston); uma delas é a de Bowlby, que pôde influir sobre a política do Ministério de Saúde da Grã-Bretanha, que distribuiu, em 1952, diretivas a todos os hospitais para que se permitissem, e inclusive se estimulassem, as visitas diárias dos pais das crianças internadas. Em 1960, de 80 a 90% das instituições haviam adotado estas diretivas e, nos últimos oito anos, a incidência da separação mãe-filho se viu drasticamente reduzida na Inglaterra.

A ação administrativa intervém com o objetivo de reduzir a incidência de situações traumáticas ou com o de produzir um incremento de satisfação de necessidades psicológicas.

No nível da relação interpessoal, os conhecimentos da investigação psicanalítica podem ser empregados com muito proveito de maneira diversa: em técnicas psicoterápicas mais breves (hipnoanálise, narcoanálise, etc.), ou em técnicas grupais (em todas as variantes das mesmas) e especialmente numa nova possibilidade, sumamente promissora e em pleno desenvolvimento, através do que se denomina a psicologia institucional, psicologia da comunidade e psicologia dos períodos de crise[6].

5 — CAPLAN, G.: *An approach to community mental health.* Tavistock Publications, 1961.

6 — LINDEMANN, E. e DAWEA, L.G.: "The use of Psychoanalytic constructs in preventive psychiatry" — *The Psychoanalytic Study of the Child.* Vol. III. New York, Int. Univ. Press Inc., 1952.
LINDEMANN, E.: "The nature of mental health work as a professional pursuit". Em: Strother, C.R.: *Psychology and Mental Health,* American Psychological Assoc., 1956.
ERIKSON, E.: "Growth and crises of the health personality". Cap. XII de: Kluckon, C. e Murray, H.E.: *Personality in nature, society and culture.* New York, A. Knopf, 1956.

Não podemos nos estender mais aqui sobre estes pontos e o leitor pode recorrer à bibliografia específica sobre estes temas, porque nos interessa nesta oportunidade só a exposição e o comentário geral das perspectivas sociais da utilização dos conhecimentos derivados da investigação psicanalítica[7].

Três formas de psicanálise

Até aqui nos referimos exclusivamente à psicanálise clínica (a seu valor e transcendência nos problemas da saúde e da higiene mental) mas devemos também fazer menção da psicanálise aplicada, cuja origem e desenvolvimento remonta ao próprio Freud.

A denominação "psicanálise aplicada" não é totalmente correta, já que não se trata unicamente da aplicação da psicanálise e sim de um *verdadeiro procedimento de investigação* e, para corroborar o dito, basta recordar os estudos de Freud sobre a Gradiva de Jensen, Miguel Ângelo, Moisés, o caso Schreber, o pintor Christoph Haizmann, Dostoievski, etc., e, em outro sentido, também estudos como *Totem e tabu.* A psicanálise aplicada reduz também a complexidade dos fenômenos, como também o faz a psicanálise clínica, mas numa direção muito definida: na amortização do impacto direto da relação transferencial-contratransferencial, que faz com que alguns problemas (como os da psicose) possam ter sido primeiro investigados mais profundamente com o procedimento da psicanálise aplicada.

O estudo de obras literárias ou artísticas não é o único campo em que resulta possível utilizar a psicanálise aplicada, já que o mesmo pode ser benéfico igualmente no caso de distintas manifestações culturais e de distintos comportamentos ou atividades (o espectador, o artista, o inventor, etc.) e também no estudo de pautas culturais e no da interação indivíduo-sociedade (Kardiner, Erikson, etc.). Seria de desejar que a psicanálise aplicada encontrasse também o autor que possa tanto sistematizar sua metodologia como também fundamentá-la teoricamente, categorizando os

7 — CAPLAN, G.: O livro citado e, além disso: *Principles of preventive psychiatry,* New York, Basic Books, 1964.
Prevention of mental disorders in children. Travistock Publications, 1961. "Research and development in community mental health". Harvard School of Public Health. — "Working Papers in Community mental health". Harvard Medical School.

observáveis. Neste sentido, fica ainda um longo caminho para percorrer, de indubitáveis e enormes benefícios. De qualquer maneira, a psicanálise aplicada não é independente, de nenhuma maneira, da psicanálise clínica e é de desejar que a interação e o enriquecimento recíproco, que se deu até o presente, siga sem se quebrar.

Os resultados da psicanálise aplicada têm os mesmos benefícios e as mesmas limitações sociais que os resultados da psicanálise clínica: não podemos basear diretamente neles um benefício imediato e direto sobre a saúde mental de uma comunidade inteira, mas sua contribuição pode ser veiculada, da mesma maneira como o assinalamos para o caso da psicanálise clínica.

Até agora, considerei somente as duas variantes fundamentais e tradicionais da psicanálise: a clínica e a aplicada. Uma terceira forma de psicanálise é a que quero assinalar nesta oportunidade (em relação com o tema básico que neste capítulo me interessa desenvolver) e que pode ser considerada como uma variante da psicanálise aplicada. Denominamo-la de psicanálise operativa.

Esta última se caracteriza por ser uma psicanálise aplicada, quer dizer se realiza *fora do contexto* no qual se realiza a psicanálise clínica, mas tem algumas características especiais que a diferenciam da psicanálise aplicada e que quero agora assinalar:

a) Utiliza-se em situações humanas da vida corrente, em qualquer atividade ou trabalho ou em toda instituição na qual intervêm seres humanos, quer dizer, na realidade e na situação viva e concreta (educação, trabalho, jogo, ócio, etc.) e em situações de *crises normais,* pelas quais necessariamente passa o ser humano (mudanças de lugar, de estado civil, de emprego, paternidade ou maternidade, morte de familiares, etc.), além das crises normais do desenvolvimento[8].

b) Indaga-se — da mesma forma que na psicanálise aplicada — os dinamismos e as motivações psicológicas inconscientes, mas *se utiliza dita indagação* para conseguir modificações através da compreensão do que está ocorrendo, como e por quê.

c) Esta intervenção (operação) se realiza através de múltiplos procedimentos, seja interpretando as relações, a tarefa, os procedimentos, a organização, a instituição, a comunicação, etc., para conseguir uma modificação das situações, da organização ou das relações interpessoais, em fun-

8 — Os trabalhos de Lindemann — já citados — recolheram este tema das crises na estratégia da higiene mental e receberam também contribuições de Caplan e de sua escola.

ção da indagação realizada e das conclusões obtidas. Ao introduzir a modificação ou a interpretação, isto se faz a título de hipótese, de tal maneira que a mesma se ratifica ou corrige com a continuidade da observação. Como se vê, não consiste numa operação única e sim numa reiteração enriquecedora do mesmo circuito formado pela *observação-intervenção-observação.* O *desideratum* é o de uma proto-aprendizagem, quer dizer, conseguir que os seres humanos possam reconhecer e refletir sobre o que ocorre num dado momento, reconhecer as motivações, agir de acordo com este conhecimento, sem sucumbir de imediato à ansiedade e recorrer a mecanismos de defesa perturbadores.

d) Tratamos de sistematizar o enquadramento (a estratégia e a técnica) da psicanálise operativa num trabalho recente sobre psicologia institucional[9], baseado nas experiências realizadas fundamentalmente a partir das contribuições de E. Pichon Rivière[10], pelo que não encontraremos agora nos detalhes do mesmo, que nos afastaria muitíssimo de nosso tema central presente; assinalaremos também aqui — a respeito — os trabalhos fundamentais de E. Jaques[11]. De igual maneira, toda a psicologia e psicoterapia grupal de inspiração psicanalítica deve ser incluída como variante da psicanálise operativa. Um próximo passo, ainda necessário na psicologia grupal, é o de sua utilização fora do consultório, quer dizer, nas situações e instituições da vida real e diária.

A psicanálise operativa abre perspectivas sumamente importantes no campo da higiene mental e no da psicoprofilaxia, no fato de possibilitar uma utilização da psicanálise numa escala de verdadeira transcendência social. A psicanálise operativa não é uma psicanálise nova e distinta; é uma estratégia para utilizar os conhecimentos psicanalíticos.

9 — BLEGER, J.: "Psicología institucional". Buenos Aires, departamento de psicología, Fac. Filosofía y Letras, 1965.

10 — PICHON RIVIÈRE, E. e col.: "Técnica de los grupos operativos". Acta Neuropsip. Arg., 1960.

11 — JAQUES, E.: "Social systems as a defence against persecutory and depressive anxiety". Em Klein, M: *New Directions in psychoanalysis.* Londres, Tavistock Publications, 1955. (Há versão castelhana: *Nuevas direcciones en psicoanálisis.* Buenos Aires, Paidós, 1965.) — *The changing culture of a factory.* Londres, Tavistock Publications, 1951.

JONE, M.: *The therapeutic community.* New York, Basic Books, 1953.

RODRIGUÉS, E.: *Biografía de una comunidad terapéutica.* B. Aires, Eudeba, 1965.

Formação do psicanalista

Pelo que foi exposto, penso que, nos planos de formação de psicanalistas, devemos desembaraçar-nos totalmente de qualquer contaminação que nos aderiu das posturas que criticamos, especialmente a partir do ângulo da saúde pública e da higiene mental. Com isto, queremos concretamente assinalar:

a) Não admitir nenhuma urgência (exterior nem interior) por formar mais e mais psicanalistas, com o pressuposto de que necessitamos urgentemente deles para resolver o problema social da saúde e da doença mental, nem tampouco recorrer a nada que signifique um proselitismo neste sentido. Devemos seguir formando os psicanalistas na quantidade que nossa organização permita, sem diminuir nenhuma das condições e exigências que postulamos para isto e que são as que garantem uma boa formação do psicanalista.

b) Devemos revisar nossos programas de estudo, de tal maneira que não estejamos orientados a formar profissionais da psicanálise e sim investigadores da psicanálise; isto significa o incremento do ensino da metodologia, filosofia da ciência, procedimentos de verificação, modelos conceituais, etc. Significa, também, extremar os critérios de seleção de candidatos à psicanálise e orientar os critérios de seleção para este objetivo de formar investigadores.

c) Devemos frisar que o único organismo encarregado e habilitado para formar psicanalistas é o Instituto de Psicanálise e ser, portanto, inflexíveis em tudo o que desvirtue este propósito e em tudo o que possa tender, de maneira explícita ou implícita, a formar psicanalistas silvestres.

Os psicanalistas formados no Instituto de Psicanálise devem adquirir clara consciência de sua função de investigadores especializados no método da psicanálise clínica e, na medida em que lhes interesse, devem aplicar também seus esforços no desenvolvimento e na investigação da psicanálise aplicada e da psicanálise operativa e/ou cumprindo também funções de assessores ou consultores nos problemas da higiene mental e da saúde pública.

O eixo fundamental é a formação do psicanalista clínico enquanto cientista e técnico de um método de investigação. A isto devemos acrescentar o conhecimento da valorização e transcendência social de sua tarefa, tanto como as vias factíveis de contato e enriquecimento na ação da saúde pública e da higiene mental; o esclarecimento de sua relação com outros

profissionais e, entre estes, especialmente e pelas características de nosso meio, com os médicos e os psicólogos. A isto queremos nos referir no que segue, detendo-nos mais na psicologia e nos psicólogos que na medicina e nos médicos.

Psicologia e psicólogos

Em nosso país, como já se sabe, os psicólogos não podem ingressar no Instituto de Psicanálise e, portanto, não podem ser psicanalistas. De nenhuma maneira se soluciona o problema criando organismos encarregados de formar (direta ou indiretamente) psicanalistas silvestres. Há uma só classe de psicanalistas: os formados no Instituto de Psicanálise, e nós devemos ser os primeiros a não criar estruturas informais ou marginais.

Diz-se, com certa freqüência, que já existe um "mercado negro" da psicanálise; isto é um fato que não podemos negar e que — em todo o caso — o melhor seria — diz-se — institucionalizar a formação dos psicanalistas silvestres, dando com isto as melhores garantias possíveis para sua formação. Minha opinião é terminante no sentido de que isto não deve ser feito, inclusive que deve ser combatido. Temos perspectivas sociais (criadas e por criar) para o trabalho profissional dos psicólogos, que não têm nada que ver com a existência de um "mercado negro" e, sim, têm que ver com as perspectivas racionais da higiene mental e da saúde pública.

No momento em que os psicólogos possam (por razões legais ou por decisão dos organismos da Associação Psicanalítica) ingressar na formação psicanalítica que dá o Instituto de Psicanálise, poderão, então, ser psicanalistas a par dos demais; no momento, não deve haver possibilidade de ser psicanalista "a meias" nem psicanalista "de mercado negro".

A essência do problema reside em que se tome consciência cabal de que o problema da saúde e da doença mental não se pode resolver formando mais psicanalistas, nem tampouco improvisando de alguma maneira psicoterapeutas semipsicanalistas; e tampouco se vê com clareza que a função dos psicólogos não é a terapia e sim a psico-higiene: administração dos recursos psicológicos, por meio da intervenção profissional nas condições habituais e concretas da vida diária ou nos momentos críticos normais do desenvolvimento ou em momentos de crise de situações vitais, trabalhando na comunidade e em distintas *instituições não-médicas.*

Na atualidade, a psicologia e os instrumentos ou técnicas da mesma recebem uma contribuição valiosa da psicanálise, que permite que os psicólogos possam enfrentar, com grandes benefícios para a população, os problemas que lhes conrresponde atender profissionalmente. O problema é, então, o de achar os meios para que os psicólogos recebam a contribuição da psicanálise, sem deixar de ser psicólogos e *sem que se transformem em psicanalistas* silvestres ou em terapeutas.

A psicologia se divide, tradicionalmente, em experimental e clínica e estes dois aspectos se apresentam com muita freqüência como contraditórios e excludentes. É minha opinião que a psicologia experimental e a psicologia clínica constituem uma só psicologia e que o trabalho com o método clínico é uma parte fundamental da psicologia, dentro do qual o método experimental constitui um momento da totalidade da investigação com o método clínico. Neste sentido, a psicanálise está na metade do caminho entre o método clínico e o método experimental e quanto mais rigoroso seja o enquadramento com o qual trabalhamos dentro do método psicanalítico, tanto mais se acerca o método clínico, tal como é desenvolvido no método psicanalítico, a um método de condições quase experimental. Quero esclarecer também que a divisão que se realiza entre psicologia pura e psicologia aplicada é também inoportuna e, além disso, errônea, porque a psicologia chamada aplicada é a psicologia, é uma práxis com dois momentos, um teórico e outro prático, mas que são inseparáveis entre si.

Os psicólogos se orientam, em geral, tomando para suas condições de trabalho profissional o modelo de trabalho profissional da atividade médica. E a isto é que devemos nos opor de forma decidida, já que, justamente, a partir de todos os pontos de vista, a organização da medicina como tarefa profissional de *caráter individual* e fundamentalmente orientada para a *cura* (assistencial) e não para a prevenção ou para a higiene é o ponto crítico que deve ser reformado na medicina atual, pelo menos em nosso país e seguramente em muitos outros. *O psicólogo não deve ser alentado a ser terapeuta* e penso que se as carreiras de psicologia se dão, como missão fundamental, à formação de psicoterapeutas, neste caso e a partir do ponto de vista social, as carreiras de psicologia constituem um fracasso; os psicólogos têm que ser orientados profissionalmente ao campo da psicohigiene, se lhes deve munir dos conhecimentos e instrumentos necessários para agir *antes que as pessoas adoeçam,* dentro de atividades grupais, institucionais e de trabalho na comunidade.

Quero esclarecer este ponto ainda mais. Os psicólogos devem ser — em minha opinião — legalmente autorizados para exercer a psicoterapia,

mediando sua correta formação, mas não devem ser alentados a isto, já que a partir do ponto de vista social não é o ótimo preparar profissionais que se dediquem, em sua maior proporção, à atividade *assistencial e individual,* porque o que necessitamos é a atenção da saúde pública no *plano da promoção de saúde e em escala social.* O campo específico do psicólogo é o da psico-higiene, não o da doença mental. Psico-higiene quer dizer utilização de recursos (conhecimentos e técnicas) psicológicos para melhorar e promover a saúde da população (e não só evitar doenças), tanto como quer dizer administração adequada destes recursos a nível da organização da comunidade.

A preparação dos psicólogos como auxiliares da medicina é totalmente errônea por sua limitação. O campo fecundo da atividade profissional do psicólogo está principalmente *fora da medicina e fora da doença*[12].

O que vimos expondo não significa, de nenhuma maneira, que não se deve ensinar psicanálise aos psicólogos. Bem pelo contrário. O que, sim, significa é que não devemos transformar os psicólogos em psicanalistas silvestres; quer dizer, não devemos lhes ensinar a manejar a psicanálise clínica, ainda que, sim, devam ter informação correta e completa da mesma. O que se faz necessário é que ensinemos a psicanálise de tal meneira que incorporem o pensamento psicanalítico, quer dizer, um pensamento dinâmico que lhes permita compreender o comportamento dos seres humanos na vida cotidiana, tanto no âmbito individual como no grupal, institucional e comunitário: compreender as motivações inconscientes, reconhecer os conflitos, os mecanismos de defesa e as ansiedades, e que possam operar segundo esta compreensão com técnicas e procedimentos psicológicos. Em uma palavra, devem incorporar o manejo da psicanálise aplicada da maneira e no conceito que designamos mais acima como psicanálise operativa. A tudo isto deve se acrescentar uma informação correta e profunda dos conhecimentos que traz a psicanálise clínica acerca de tudo o que se refere ao comportamento humano, para que possam utilizá-lo em seu trabalho profissional específico, que é o da psico-higiene, com seus instrumentos próprios no campo onde lhes corresponde atuar.

Neste sentido, com toda segurança, devemos contemplar a necessidade de que a Associação Psicanalítica possa organizar um instituto onde se comunique este ensino aos psicólogos; ensino fundamentalmente centrado na teoria psicanalítica e *na aquisição de um pensamento dinâmico.* Para

12 — Um organismo de atuação do psicólogo no campo da psico-higiene é já uma realidade no Departamento de Orientação Vocacional da Universidade de Buenos Aires.

isto, é importante que o psicólogo passe por uma experiência pessoal de psicanálise terapêutica. Depois de uma seleção, para a qual haverá que fixar as pautas correspondentes e adequadas, o psicólogo poderá se incorporar a este instituto na qualidade de estudante durante um período de prova, no qual se verá a sua possibilidade de adquirir um pensamento dinâmico e o instituto poderá, em determinados casos, cancelar a inscrição do candidato psicólogo, quando este tenha deficiência na aquisição do pensamento dinâmico.

Psicanálise e médicos

No mesmo sentido em que desenvolvemos a relação da psicanálise com a psicologia e os psicólogos, creio que se deve entender também o problema que coloca a medicina e os médicos. A Associação Psicanalítica deve criar também — no possível — um instituto que se encarregue de transmitir aos médicos a informação necessária e a formação requerida para incorporar um pensamento psicanalítico, mas de tal maneira que *eles não abandonem seu campo específico de trabalho* (seja a pediatria, a dermatologia, gastroenterologia, etc.) e sim que incorporem o manejo dos fatores psicológicos dentro de seu próprio campo de trabalho e dentro de suas próprias técnicas. Isto quer dizer que não devemos fomentar (e inclusive devemos impedir no possível) que todo médico que se acerque da psicanálise abandone seu campo específico para se transformar em psicanalista (e menos ainda, em psicanalista silvestre).

Vê-se, com muita freqüência, que o médico que inicia um tratamento psicanalítico se vê, tarde ou cedo, frente à alternativa ou ao conflito de seguir com sua especialidade ou mudá-la pela de psicanalista. Não sei em que medida isto pode ser resultado de um certo proselitismo implícito do próprio psicanalista, mas sim, devemos ter cuidado em que a mudança, se se realiza, seja realmente genuína; mas que o ótimo seria — em grande proporção de casos — que o médico continue com sua própria especialidade, mas incorporando na mesma a dimensão psicológica em todo o seu trabalho, na relação médico-paciente, em sua atitude, na indagação e manejo das situações conflituosas, sem que isto signifique que se transforme em psicoterapeuta e abandone a sua especialidade. A cura psicanalítica de um médico — é óbvio esclarecê-lo — não reside em que se transforme em psica-

nalista, nem em que "cure" ao adquirir um suporte externo de identidade grupal da instituição que o faça sentir-se melhor ou bem, mas sim que realmente se haja alcançado uma cura por uma modificação da estrutura de sua personalidade. Não sei em que medida isto é um problema real, mas vale a pena mencioná-lo ainda a título profissional. A respeito, Alvarez de Toledo, L. Grinberg e M. Langer falaram num trabalho do "caráter psicanalítico"[13].

Um ensaio prévio nesta direção que assinalo e que propugno pode se levar a cabo formando pequenos grupos de estudo com médicos de igual ou distintas especialidades (endocrinologistas, psiquiatras, pediatras, cardiologistas, etc.), os quais — seleção prévia — poderão se formar num grupo de estudo dirigido por um psicanalista, no qual se estudem os problemas psicológicos de seus pacientes e os de seus procedimentos diagnósticos e terapêuticos, analisando os problemas práticos de seu trabalho profissional, ajuntando, quando seja necessário, a informação teórica correspondente.

É através da revisão de suas tarefas práticas e de seus modelos conceituais que o psicanalista poderá ensinar e mostrar os aspectos dinâmicos, psicológicos, que estão implicados na tarefa e a maneira de enfrentá-los e resolvê-los sem sair do campo próprio de trabalho e das técnicas e do enquadramento próprio que tenha cada campo específico destes especialistas, quer dizer, sem se transformar em psicanalistas. Com isto, evitaremos o que acontece com freqüência na atualidade; o psiquiatra, o pediatra, o endocrinologista, o cardiologista, o gastroenterologista, etc. têm como única possibilidade de uma informação profunda do que é a psicanálise a inscrição no Instituto de Psicanálise e a conseqüência que deriva disto é que o especialista se vê, num dado momento, frente ao conflito de ter que optar: converter-se em psicanalista ou seguir com sua própria especialidade; geralmente o que ocorre — ao que parece — é que se converte em psicanalista. Este processo, no qual o médico abandona a sua especialidade primitiva e se volta para a psicanálise como tarefa profissional, creio-o nocivo, porque, fora dos casos particulares onde isto está totalmente justificado, penso que para os especialistas dos distintos ramos da medicina devemos criar a possibilidade de que eles tenham uma formação psicanalítica séria nos

13 — ALVAREZ DE TOLEDO, L.G.; GRINBERG, L. e LANGER, M.: "Terminación del análisis". México, 1964. Relato oficial ao Primeiro Congresso Pan-Americano de Psicanálise.
Num comentário sobre a formação de psicanalistas, a Dra. E.R. Zetzel expressou que o tratamento psicanalítico (de um candidato) não é laborterapia.

aspectos que lhes são necessários, mas para que possam seguir desempenhando muito melhor *dentro de suas tarefas específicas e dentro de seu próprio campo de trabalho.*

Vejo a criação de escolas ou de institutos privados onde se possa ensinar psicanálise como um fator muito positivo, sempre que estas escolas não se constituam em escolas de psicanalistas silvestres, quer dizer, sempre que se atenham a ensinar a teoria psicanalítica, a teoria da técnica e conseguir a aquisição de um pensamento dinâmico, de um pensamento psicanalítico, integrado no trabalho de cada especialista da medicina.

Outros problemas relacionados

No que foi exposto, creio, responde-se a algumas das questões fundamentais que coloca a necessidade de atender numa escala social ampla e extensa os problemas da saúde e da doença mental, embora observamos que — por certo — não abundamos em detalhes específicos, que esclareceriam ainda mais esta perspectiva, mas que poder-se-ão achar na bibliografia que se acompanha. O que interessa, nesta contribuição, é o assinalamento da *direção geral* (a estratégia) que devemos imprimir à psicanálise na relação com o problema social da saúde e da doença mental.

É certo, além disso, que, em breve, sejamos requisitados por outros profissionais que sentem também a necessidade de conhecer e operar com os fatores psicológicos em seu próprio campo de trabalho e teremos que ampliar os grupos de ensino a educadores, arquitetos, sanitaristas, contadores, empresários, dirigentes sindicais, etc. No entanto, creio prudente, pelo menos num período de prova, ater-nos a uma experiência somente com psicólogos e médicos, sejam ou não psiquiatras.

Mais adiante, devemos contar com a possibilidade não só de estender os grupos de ensino a outros profissionais ou líderes em distintas atividades, senão de criar também um *centro de consulta,* no qual os psicanalistas possamos intervir, assessorando sobre os problemas psicológicos distintas instituições ou o que se denomina pessoas "chaves" da comunidade[14].

14 — Creio que um passo importante já foi dado com a criação do Centro de Investigação e Orientação Enrique Racker.

Quanto à técnica a seguir nos grupos de ensino da psicanálise a médicos e psicólogos, haverá que sistematizar distintos instrumentos didáticos, mas já temos entre nós psicanalistas com experiência em grupos de ensino com técnicas operativas, com *roll playing* e outros procedimentos. Na literatura existente, contamos com experiência já comunicada — especialmente por Balint[15] — e que garante que este ensino em grupos com os objetivos expostos é muito promissor e exitoso, tanto como a experiência que se realiza há vários anos na Escola Privada de Psiquiatria, que é dirigida pelo Dr. Enrique Pichon Rivière e cuja técnica empregamos com os drs. Liberman e Rolla também em outros organismos de ensino universitário[16].

A tudo isto devemos acrescentar a consideração do problema dos controles ou da supervisão do trabalho de psicólogos, psiquiatras e médicos de outras especialidades. Neste sentido, penso que os candidatos que se acham cursando os seminários do Instituto de Psicanálise não devem tomar a seu encargo nenhuma tarefa deste caráter e que só devem fazê-lo a partir da condição de egressos do Instituto de Psicanálise. Mas, de qualquer maneira, não me refiro a que se deva fomentar a prática de controles de tratamentos psicanalíticos silvestres a cargo de psicólogos ou médicos não psicanalistas. O controle deve se centrar sobre a compreensão psicanalítica da tarefa, da situação, do paciente e do próprio terapeuta, tratando de que se mantenha o caráter do tratamento instituído pelo próprio psicólogo ou médico e, sobretudo, o ótimo seria a ajuda que possa prestar o psicanalista à compreensão e atuação em situações *que não estejam configuradas como situações terapêuticas dentro da técnica da psicanálise clínica.* Em síntese, o que deveria ensinar-se no controle ou supervisão é a psicanálise operativa e não a psicanálise clínica; com os psicólogos, alentando a que se ocupem e intervenham mais sobre a psicoprofilaxia que sobre a terapia, e mais de grupos, instituições e da comunidade que de indivíduos; no caso dos médicos, a que compreendam e manejem as situações terapêuticas e a relação médico-paciente com a assimilação de conhecimentos psicanalíticos, mas dentro das técnicas que eles utilizam em cada caso.

15 — BALINT, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad.* B. Aires, Libros Básicos, 1961.

16 — BLEGER, J.: "Enseñanza de la psicología". *Rev. de Psic. y Psicoter. de Grupo,* 1961.

BLEGER, J.: Aula inaugural da cadeira de Psicanálise. *Acta Neuropsiquiátrica Arg.* 8.1.1962.

Os grupos operativos os utiliza também F. Ulloa na Fac. de Filosofia de Buenos Aires, tendo realizado uma importante experiência neste sentido.

Arminda Aberastury comunicou-me pessoalmente experiências exitosas, trabalhando com grupos de odontologistas. Outros colegas psicanalistas têm também experiências semelhantes, que desejaria conhecer mais detalhadamente; desde já me desculpo por não incluir seus nomes.

O psicanalista no hospital

Este é um tema que, por diferentes motivos, requer também uma certa atenção, já que a experiência nos mostra que quando o psicanalista vai trabalhar no hospital, *o que não deveria fazer* é tomar pacientes do hospital em tratamento psicanalítico dentro do hospital. Quando isto ocorre, o psicanalista se vê imediatamente esmagado de trabalho e então "ensina", por sua vez, a técnica psicanalítica aos outros colegas da sala ou do hospital, de tal maneira que em pouco tempo toda a sala está constituída ou se acha baseada na terapia psicanalítica, feita desta maneira um pouco improvisada. A conseqüência é que o psicanalista e os médicos que estão trabalhando em dita sala se desmoralizam, porque se vêem esmagados por uma enorme quantidade de trabalho, com a conseqüência de que se desorganiza o trabalho hospitalar e o psicanalista e os colegas deixam em pouco tempo de trabalhar no hospital. Penso que quando o psicanalista concorre a um hospital deve fazer o que estivemos resenhando antes: ensinar os colegas a pensar psicanaliticamente, a utilizar os conhecimentos dinâmicos, de tal maneira que eles os possam utilizar dentro de outras técnicas terapêuticas ou bem dentro de suas próprias relações grupais, ou dentro de toda a própria organização institucional, da sala ou do hospital, tanto como na compreensão do trabalho da comunidade e em outras esferas da atividade do médico, psiquiatra, psicólogo, enfermeiras, assistentes sociais. A prática — embora muito limitada ainda — demonstra que o psicanalista é muito mais útil no hospital quando forma grupos operativos ou de ensino (com colegas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais) do que quando se dispõe a uma tarefa assistencial com a psicanálise individual ou ainda com terapia grupal com doentes ou familiares dos mesmos.

Estudo-piloto numa comunidade

Relatório preliminar

Na cadeira de Higiene Mental, de recente criação, no Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Letras de Buenos Aires, realizamos um trabalho prático que consistiu no estudo-piloto de uma comunidade, escolhida especialmente para isto.

Baseados nas diretivas que enunciamos num capítulo anterior, tratamos de definir claramente nossa estratégia e nossas técnicas, tanto como as ordens a utilizar na tarefa prática. Não se trata de uma investigação completa de uma comunidade, e sim de um trabalho prático ou um estudo-piloto, quer dizer, de um primeiro contato que nos permitisse o acesso a uma nova perspectiva no trabalho do psicólogo.

Limitou-se, por agora, na medida do possível, à quantidade de estudantes que se inscreveram na cadeira, para que não resultasse numa invasão à comunidade, e tivemos primeiro que trabalhar fundamentalmente sobre certos *a priori* ou preconceitos da equipe, tais como o de supor que teríamos que conseguir o desenvolvimento ou a mudança da comunidade, ou que nosso estudo implicaria um proselitismo de mudança, ou que nos propúnhamos a educar ou dirigir a comunidade. Pusemos muita ênfase em que o psicólogo, em *todos* os seus contatos com a comunidade, mantivesse sempre seu papel profissional e que no curso de sua tarefa não deva haver, ou não haja encontros nem conversações que se suponham informais ou fora da tarefa e que esta última deve se fazer diretamente sobre o campo, quer dizer, no próprio lugar em que a comunidade desenvolve a sua

vida e não fora da mesma (na faculdade ou nos domicílios privados de alguns dos psicólogos).

Tivemos que pôr também especial ênfase na necessidade de analisar certas idealizações ou certas atitudes de onipotência e limitar os alcances de nossa intervenção profissional ao objetivo de um estudo, no qual todos os contatos com a comunidade estivessem totalmente regulados ou seguindo certas normas e não liberados ao acaso, limitando também o tempo do estudo da comunidade ao período de duração dos trabalhos práticos, de tal maneira para não nos ver, explícita ou implicitamente, comprometidos numa relação sem término e sem limites. Sublinhamos também que o psicólogo, no seu papel profissional, não deve assumir lideranças de nenhuma índole e sim se ater exclusivamente a seu papel profissional.

O estudo da comunidade se distribuiu em seis temas e de cada um deles se fez cargo uma das comissões de trabalhos práticos, dirigida por um ajudante de trabalhos práticos e um auxiliar, que se reuniam semanalmente com a comissão de alunos a seu cargo para analisar os dados e, previamente, para incorporar as instruções e trabalhar sobre a organização da própria equipe de trabalho e analisar os problemas que surgiram em todo o período de re-coleção de dados. Semanalmente, além disso, os ajudantes e auxiliares se reuniam com os professores e o chefe de trabalhos práticos para analisar os problemas e as situações que iam surgindo, tratando tanto de resolvê-las e de agir com instruções uniformes como de planejar os próximos passos do estudo.

Os seis temas nos quais se dividiu o estudo da comunidade são os seguintes: tensões da comunidade, adolescência e juventude, trabalho, infância, ócio ou tempo livre, família. Os problemas mais importantes não surgiram na própria comunidade e sim na organização da própria equipe de trabalho, especialmente na de vencer resistências, temores, inexperiência, insegurança, preconceitos, objetivos errôneos; mas em tudo isto contamos com o entusiasmo, tanto dos colaboradores da cadeira como dos próprios estudantes, com uma dedicação de tempo que ultrapassava em muito as exigências regulamentares e vigentes na organização de uma cadeira. O outro fato importante foi o de que toda a equipe agiu com consciência da necessidade de ampliar o campo de aplicação da psicologia, de abrir novos caminhos e de revisar amplamente todos os nossos conhecimentos psicológicos e nossas técnicas.

O primeiro passo consistiu na colocação geral e no trabalho de organização da própria equipe, tanto como em analisar os primeiros contatos que estiveram a cargo dos dois professores e do chefe de trabalhos práticos.

Uma visita informal, exclusivamente de observação, caminhando pelos distintos lugares, constituiu a primeira tarefa, que foi realizada primeiro pelos professores e o chefe de trabalhos práticos, em segundo lugar pelo chefe com seus ajudantes, e, em terceiro lugar, cada ajudante de trabalhos práticos com seu auxiliar e os estudantes.

Terminada a visita à comunidade, cada membro da equipe redigiu um relatório com suas impressões sobre o observado e que constava de três partes: 1 — detalhes do observado; 2 — inferências ou hipóteses que pode fazer sobre o observado e os aspectos que mais lhe chamaram a atenção; 3 — os dados que desejaria saber, os aspectos que desejaria investigar ou a informação que desejaria possuir.

Estes relatórios eram estudados em cada uma das comissões e, através deles, tínhamos uma imagem da comunidade (lugar, moradia, clima geral da comunidade, aspecto dos indivíduos, relações entre eles, instituições e organizações existentes, forma de vestir, lugares de divertimento, jogos, aspectos das crianças, jovens e adultos, características da forma de vida, etc.).

As técnicas a utilizar se distribuíram entre os distintos integrantes de cada grupo e sobre cada tema se fizeram entrevistas pessoais, reuniões grupais, encontros informais. Cada uma destas técnicas custou também um tempo dedicado à planificação da mesma, tratando de elaborar algumas instruções fundamentais, tais como a de que não se realize nenhum encôntro ou entrevista nas quais se incitasse ou se aceitasse a explicação de situações totalmente pessoais, e sim a de que cada indivíduo ou grupo pudesse nos dar informação sobre a comunidade, sobre os demais. Outro fato importante foi que todo encontro fosse precedido ou começasse por uma apresentação do ajudante ou do estudante, dando seu nome e sua pertença a uma instituição ou a uma cadeira, explicando o propósito da entrevista individual ou grupal, fixando desde o começo o tempo de que se dispõe, de comum acordo com o entrevistado e se atendo estritamente a ele. Ficaram excluídas toda técnica de "encerrar" o entrevistado, ameaçando-o ou forçando-o a respostas, ou de confundi-lo, assinalando-lhe contradições ou fazendo perguntas difíceis ou indiscretas, insinuações ou indiretas; assim, se trabalhou sobre a atitude do entrevistador: que fosse franco, escutasse com interesse, aceitasse a negativa de uma pessoa ou grupo a ser entrevistado, que aceitasse todos os mecanismos de defesa do indivíduo ou do grupo e não os interpretasse, terminando toda entrevista individual ou grupal com a pergunta de que mais desejaria contar ou comentar.

É evidente que com estas técnicas não esgotamos nem podemos esgotar o estudo da comunidade, mas nos interessava um estudo piloto, que se dirigisse não somente ao estudo da comunidade como também ao desenvolvimento de uma nova possibilidade da psicologia tanto como dos psicólogos. Carecemos de dados prévios, que nos teriam sido muito úteis, tais como conhecimento exato da população quanto a seu número, condições econômicas, estratificação, trabalho, ingressos, etc.

Um aspecto que tivemos que enfrentar reiteradamente foi o fato de nos ver com muita freqüência urgidos pela comunidade ou por seus distintos integrantes ou grupos, a agir segundo os objetivos ou os interesses ou as necessidades que eles sentiam, tratando de alcançar ou de conseguir nossa colaboração em distintos sentidos, tanto como a urgência ou a exigência de devolver rapidamente resultados positivos que pudessem lhes ser úteis. Este aspecto estava totalmente ligado ao de fomento ou aceitação da dependência e tivemos que trabalhar reiteradamente sobre este ponto dentro da equipe, para não nos vermos envolvidos nestas exigências e ceder à tentação de um papel diretivo ou de qualquer outro papel que não pertencesse estritamente a nosso papel de profissionais e psicólogos.

Esta atitude de dependência e de busca de dependência por parte de alguns setores da comunidade se corresponde com estruturas de coesão, nas quais, tal como o colocamos para os grupos, o fenômeno psicológico predominante é a participação, a identificação projetivo-introjetiva e não a interação.

Tratamos, reiterada e permanentemente, de que toda dificuldade e toda situação se transformasse num problema que havia de investigar e num índice ou um dado do que estava ocorrendo na comunidade.

Depois da re-coleção de dados e o estudo dos mesmos, cada comissão redigiu um relatório que foi lido e discutido em uma reunião total da cadeira e da qual se obteve um esquema global e uma compreensão global da estrutura total da comunidade. O objetivo seguinte foi o de planificar o passo posterior, quer dizer, que é o que temos que fazer no sucessivo se continuamos o trabalho ou o estudo da mesma comunidade.

Um momento ulterior, seguramente mais tardio, é o da avaliação da atividade dos psicólogos numa comunidade. Chegamos somente à possibilidade de avaliar nosso estudo-piloto ou nossa tarefa, no sentido de considerar se a maneira como havíamos encarado o estudo da comunidade, através das instruções e das técnicas seguidas, havia nos permitido chegar a conhecer problemas fundamentais e modalidades características da comunidade, assim como se havia nos permitido chegar a um esquema

global da estrutura da comunidade. Neste sentido, outra de nossas regras de trabalho é a de que nenhuma conclusão é definitiva, dado que tem que ser afinada, ajustada, corrigida ou ratificada à medida que o estudo prossiga.

Pomos ênfase especialmente sobre o *estudo* da comunidade, já que o psicólogo não pode agir sobre a comunidade profissionalmente e de maneira eficiente se não estuda permanentemente o que está ocorrendo e se permanentemente não está recolhendo indícios e dados do que está acontecendo e como está acontecendo (e o mesmo se pode dizer para a psicologia no âmbito psicossocial, sócio-dinâmico e institucional).

Não expomos mais detalhadamente os dados que se referem à própria comunidade, uma vez que não se cumpriram ainda, em relação com a comunidade, a difusão e a devolução da informação, tal como no-lo havíamos proposto. E esta resenha só tem o sentido de uma crônica de nossa estratégia e sistematização do trabalho, mais do que o de um relatório sobre a própria comunidade.

Em toda a tarefa da cadeira, tanto em sua organização como na discussão e esclarecimentos dos problemas novos que tínhamos que enfrentar e na realização dos trabalhos práticos, contei com a valiosa colaboração do professor adjunto da cadeira, Dr. Abraam Sonis, do Dr. Armando Bauleo como chefe de trabalhos práticos e dos ajudantes Lic. Diana María Averbuj, Teresa Calvo, María Rosa Glasserman, Estela Noemí Daichman de Schujman, Fanny Levinton de Baranchuk e Nidia Dora Neira Mangano e seus auxiliares, Beatriz Adela Castillo, Rebeca Cohen, Reina Cheja, Ana María López Day e Nora Raquel Cuchuk.

Programa do Curso de Higiene Mental

(Segundo quadrimestre de 1965)

1 — Higiene e higiene mental. Psiquiatria social. História e conceito. Psico-higiene como ramo da higiene mental. Organismos nacionais e internacionais. Publicações mais importantes e fontes bibliográficas.

2 — Saúde pública e higiene mental. Administração sanitária. Medicina curativa, preventiva e medicina social. Prevenção primária, secundária e terciária (Caplan).

3 — Objetivos da higiene mental: terapêutica, diagnóstico precoce, profilaxia, reabilitação e promoção de saúde. Âmbitos. Estado atual da saúde mental.

4 — Saúde e desenvolvimento econômico-social. Subdesenvolvimento: seus caracteres constitutivos. Patologia do subdesenvolvimento; seus indicadores. Subdesenvolvimento regional.

5 — Saúde e população: crescimento e mobilidade. Ciclo demográfico do subdesenvolvimento. Natalidade e mortalidade. Mortalidade infantil. A República Argentina e sua população. Imigração. Mobilidade. Industrialização e urbanização. Patologia urbana e rural. Moradia: sua relação com a saúde. O problema das doenças crônicas.

6 — Alimentação, nível de vida e saúde. Política alimentar. Má alimentação e suas causas. Fome oculta. Subalimentação.

7 — Trabalho. As funções psicológicas do trabalho. Mudanças tecnológicas e saúde. Trabalho e saúde mental. Automação. Produtividade, racionalização e otimização do trabalho. Taylorismo, fordismo, stajanovismo. O problema de relações humanas.

8 — Psicossociologia da mudança. Psicossociologia dos conflitos e tensões. Saúde e tensão. Tensão grupal e intergrupal. Tensão internacional e saúde. Preconceitos e estereotipo. Resistência à mudança.

9 — Instituições. Conceito. Classificação. Fatores psicológicos na dinâmica de instituição. Organização formal e informal. Grupos e comunicação. Lideranças. Conflitos. Objetivos da instituição, estrutura e funções. Institucionalismo. Hospitalismo.

10 — Comunidade. Seu desenvolvimento e seu estudo. Princípios da organização da comunidade: conceito, métodos, recursos, programas e técnicas.

11 — Instrumentos, métodos e técnicas em higiene mental e psico-higiene. Estatística. Método epidemiológico. Relações entre indagação e ação. Método operativo. Teoria dos jogos. Decisões. Técnicas grupais. Avaliação. Planificação e programação a curto e longo prazo.

12 — Educação e saúde pública. Educação nos planos sanitários. Objetivos, métodos, motivações, preconceitos, estereotipos.

13 — Prioridade nos problemas de higiene mental. Campos de trabalho do psicólogo. Equipes de trabalho: formação, dinâmica, papéis e conflitos. Problemas derivados da inclusão do psicólogo nos planos de psico-higiene e saúde pública.

14 — Âmbitos de atuação do psicólogo fora dos organismos da saúde pública. Promoção de bem-estar social. Seu trabalho em instituições sanitárias e não sanitárias. O psicólogo no trabalho institucional e da comunidade. Trabalho institucional e trabalho em instituições. Enquadramento de sua tarefa.

15 — O psicólogo nos problemas do desenvolvimento normal e patológico: infância, adolescência, juventude, maturidade, velhice, senilidade. Crise do desenvolvimento. Simbiose mão-filho. Problemas de recreação e ócio.

16 — O psicólogo em momentos críticos: gravidez, parto, casamento, divórcio, morte. Conflitos familiares.

17 — O psicólogo e os problemas do desajuste social: alcoolismo, suicídio, delinqüência. Crises sociais. Desorganização e pânico coletivo.

18 — O psicólogo e a doença. Doenças agudas e crônicas. Seqüelas. Doenças mentais e suas instituições. O psicólogo na terapia. Psicoterapia individual e grupal. Terapia ocupacional. Legislação nacional.

Bibliografia detalhada sobre higiene mental

1 — HIGIENE E HIGIENE MENTAL

BLEGER, J.: El psicólogo clínico y la psicohigiene. *Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina.* 8-4-1962.
BROMBERG, W.: La mente del hombre. Buenos Aires. J. Gil. 1940.
INGENIEROS, J.: La locura en la Argentina. Buenos Aires. L.J. Rosso.
LEMKAU, P.V.: Higiene Mental, México. F. C. E.
WORTIS, J.: La psiquiatría soviética. Buenos Aires. Ed. Ateneo.
ZILBOORG, G.: Historia de la psicología médica. Buenos Aires. Hachette. 1945.
BERMANN, G.: La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina. Buenos Aires, Paidós, 1965.

2 — SAÚDE PÚBLICA E HIGIENE MENTAL

GALDSTON IAGO: "The Meaning of Social Medicine", Harvard University Press. 1954.
HANLON, J.: Elementos de administración sanitaria. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington. Publicaciones Técnicas, 1961; Cap. 1: La filosofía de salud pública.
MOLINA, G. y ADRIASOLA, E.: Principios de administración sanitaria; San Juan de Puerto Rico, 1961.
Organización Mundial de la Salud: "Metodología de planificación de un programa integrado de salud para áreas rurales". Informes Técnicos Nº 83; 1954.
SIGERIST, H.: "Landmarks in the History of Hygiene". Oxford University Press. 1956.

3 — NÍVEIS DE HIGIENE MENTAL

FELIX, R.H.: The Role of Psychology in the Mental Health Effort. En: Strother, C.R., *Psychology and Mental Health.* American Psychological Association. 1956. (Capítulo II).
Organización Mundial de la Salud: Informe 31. "Actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental."

RODMAN, H. y GARNEY CLARK, E.: Preventive Medicine for the Doctor in the Community.
MOLINA, G. y ADRIASOLA, E.: Principios de administración Sanitaria. (Prólogo y Cap. 2 y 3).

4 – SAÚDE E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-SOCIAL

FURTADO, C.: "Desarrollo y subdesarrollo"; Buenos Aires, Eudeba. 1964.
HERSCHEL, F.J. CIBOTTI, R.: Concepto y finalidad del desarrollo económico. Buenos Aires. Revista de Desarrollo Económico, Nº 1; 1961.
JAGUARIBE, H.: "Desarrollo económico y desarrollo político". Buenos Aires, Eudeba, 1964; Cap. I: El desarrollo como proceso; págs. 11-24.
GONZÁLEZ, N.: "Qué es una economia subdesarrollada?" Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, Nº I, enero-marzo 1961.
MOLINA, G.: "Indicadores de salubridad, economía y cultura"; Revista de Salud Pública La Plata, Nº 3/4. 1963.

5 – SAÚDE E POPULAÇÃO

C.E.P.A.L.: "La situación demográfica en América Latina". Boletín Económico de América Latina; Vol. VI, Nº 2; octubre 1961.
CHIOZZA, E.: "Ideas sobre una política demográfica"; Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, Nº 4; octubre-diciembre 1961.
DIFRIERI, H.: "Algunas características y tendencias regionales de la población argentina"; Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, Nº 4; octubre-diciembre 1962.
HAVEL, J.V.: "Habitat y vivienda". Buenos Aires. Eudeba, 1961; Cap.: "La habitación" y conclusión: "Hacia una solución tecnológica."
Organización Mundial de la Salud: Informe técnico Nº 225: "Higiene de la vivienda", 1961.
SONIS, A.: "Salud, medicina y desarrollo económico-social", Buenos Aires, Eudeba, 1964. Cap. II: Población: Cap. IV: Vivienda; Cap. V: Urbanización.
UNESCO: Aspectos sociales del desarrollo económico en América latina, 1962.
NACIONES UNIDAS: "Los problemas sociales de la urbanización en las regiones de economía insuficientemente desarrollada." Antología seleccionada por G. Germani y J. Graciarena. Dpto. sociología, 1961.

6 – ALIMENTAÇÃO

CASTRO, J.: Geopolítica del hambre. Buenos Aires, Raigal. El libro negro del hambre. Buenos Aires. Eudeba, 1964.
C.E.P.A.L.: "Una política agrícola para acelerar el desarrollo económico de América latina"; Boletín de la Cepal. Col VI, Nº 2. Oct. 1961, págs. 1-12.
F.A.O.: "El desarrollo económico mediante la producción de alimentos", 1962. "El estado mundial de la agricultura y la alimentación", 1961.
MASSEYEFF, R.: "El hambre", Buenos Aires, Eudeba, 1962.
Organización Mundial de la Salud: "Malnutrición y enfermedad. Una cuestión capital para el mundo." Serie de Estudios Básicos Nº 12, 1963.

SONIS, A.: Salud, medicina y desarrollo económico-social. Buenos Aires, Eudeba. (Cap. III.)

7 – TRABALHO

BROWN, J.A.C.: La psicología social en la industria. México, Fondo de Cultura Económica, 1958, Cap. 9: "Frustración", Sumario y Conclusiones.
FLOYD, W.F.: ERLFORD, A.T. y col.: "Fatiga y trabajo". Buenos Aires, Eudeba, 1964.
FRIEDMANN, G.: Problemas humanos del maquinismo industrial. Buenos Aires, Sudamericana, 1956.
MAYO, E.: "Problemas humanos en una civilización industrial", Buenos Aires, Galatea-Nueva Visión. 1959.
POLLOCK, F.: "Las consecuencias económicas y sociales de la automatización", en "La revolución de los robots", págs. 55-99, Buenos Aires, Eudeba, 1961.
Organización Mundial de la Salud: "Problemas de la higiene del trabajo en la agricultura". Cuarto informe del Comité Mixto O. I. T./O.M.S. de Higiene del Trabajo; Serie de Informes Técnicos Nº 246.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 135. "Higiene del Trabajo". 1957. Informe técnico Nº 183. "Problemas de Salud Mental que plantea la automación". 1959.
WEBER, A.: "La dominación del tiempo libre", en "La revolución de los robots". Buenos Aires, Eudeba, págs. 137-155.
GUERREIRO RAMOS, A.: Relaciones humanas del trabajo. Univ. Nac. de México.

8 – PSICOLOGIA DA MUDANÇA

COSTA PINTO, L.A.: "La sociología del cambio y el cambio de la sociología." Buenos Aires, Eudeba, 1963. Cap. VII: Problemas, tensiones y crisis sociales.
MEDINA ECHAVARRÍA, J.: "Consideraciones sociológicas sobre el desarrollo económico." Buenos Aires. Solar-Hachette. 1964. Parte III: Hacia la nueva sociedad.
MEAD, M.: Sociétés, Traditions et Technologie. Unesco. 1953.
Organización Mundial de la Salud: Informe técnico Nº 152. "Los problemas de Salud mental que plantea la utilización de la energía con fines pacíficos". 1958.
OPPENHEIMER, R.: "Ciencia y entendimiento común". Buenos Aires, Galatea. 1957. Cap. I: págs. 9-22, Cap. VI: págs. 87-99.
RUSSEL, B.: "Ciencias, filosofía y política". Cap. VII: Psicología y política.
STERN, B.J.: "Los progresos de la sociedad y la medicina". Buenos Aires. Americalee, 1944.
BERNARD, J.: "La sociología del conflito". Universidad de México.

9 – INSTITUIÇÕES

BLEGER, J.: Psicología institucional (Dep. psicología).
JAQUES, E.: "Social system as defence against persecutory and depressive anxiety." En: Klein, M.: *New Directions in Psychoanalysis.* Versión castellana: Nuevas direcciones en psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1965.
YOUNG, G.: Métodos científicos de investigación social. México, 1953. (Cap. 16).

10 – COMUNIDADE

ARONOVICI, C.: "La constitución de la comunidad". Buenos Aires, Eudeba. 1965.
CAPLAN, G.: Principles of Preventive Psychiatry. (Cap. 6 y 7).
NACIONES UNIDAS: "Aspectos de los programas de desarrollo de la comunidad que guardan relación con la administración publica". Nueva York. 1960.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 177: "Psiquiatría social y actitudes de la comunidad". 1951.
POZAS ARCINIEGAS, R.: "El desarrollo de la comunidad". México. Univ. Nac. de México. 1964.
SCOTT, J. y LYNTON, R.P.: "Le progrès technique et l'integration sociale" Cap. I. "Les discordances de la societé industrialle." Cap. III. "Processus du mairtien et de la formation des communautes: étude de deux xas particuliers." Unesco. 1953.
YOUNG, P.: Métodos científicos de investigación social. México, 1953. (Cap. 17 y 18).

11 – INSTRUMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS

ARONOVICI, C.: "La construcción de la comunidad". Cap. 15. "Indagación e investigación". Buenos Aires. Eudeba, 1965.
BRADFORD HILL. A.: "Principios de Estadística Médica". Cap. 15. Buenos Aires. 1957.
EDDISON, R.T.: *Applications socieles de la recherche operationelle. Science et société.* Impact. IV. 2. 1953.
HORWITZ, J.: "El uso del método epidemiológico en psiquiatría." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 1, Nº 6.
LIT, TSUNGYI STANDLEY, G.: "Importancia de los métodos epidemiológicos en psiquiatría". Cuadernos de Salud Pública. Nº 16-196.
LUNDBERG, G.: "Técnica de la investigación social". México, Fondo de Cultura Económica.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 185. "Epidemiología de los transtornos mentales."
REID, D.D.: "Los métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales." Cuadernos de Salud Pública. Nº 2. 1964.
YOUNG, P.: Métodos científicos de investigación social.
STERN, E.: La psicoterapía en la actualidad. Buenos Aires, Eudeba.

12 – EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

HAVIGHURST, R.: La sociedad y la educación en América latina. Buenos Aires. Eudeba. 1962.
MOREIRA, R.: "Educación y desarrollo"; Revista de la Universidad de Buenos Aires, Año VI, enero-marzo 1961, Nº 1.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 58, "Infancia físicamente diminuida."
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 177. "Psiquiatría social y actitudes de la colectividad."
REISSIG, L.: "Educación y desarrollo económico", Buenos Aires, Losada 1961. Problemas Educativos en América Latina. Buenos Aires, Eudeba. 1963.

ROMERO BREST, G.: "Proposiciones para el planteamiento integral de la educación", Revista de la Univ. de Bs. Aires, Año VI, Nº 4; octubre-diciembre 1961.
WALL, W.D.: *Education and Mental Health.* Unesco. 1955.
UNESCO: "Nuevas tendencias de la educación de adultos". H.M. Hely. 1962.
Unesco: Educación sanitaria. Estudios y documentos de educación Nº 19.

13 – PRIORIDADE EM PROBLEMAS DE HIGIENE MENTAL

MOLINA-ADRIASOLA: Principios de Administración Sanitaria. (Cap. II).
BLEGER, J.: "El psicólogo clínico y la psicohigiene", *Actas Psiquiátricas y Psicológicas Argentinas.* 8.4.1962.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 9. Comité d'Experts de la Santé Mentale.

14 – ÂMBITOS DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

BLEGER, J.: Psicología institucional. Public. del dep. psicología de la Facultad de Fil. y Letras de Buenos Aires.
CAPLAN, G.: Principles of Preventive Psychiatry: "Un programa de prevención primaria" y Capítulos 6 y 7.

15 – PROBLEMAS DO DESENVOLVIMENTO

LEMKAU, P.M.: Higiene mental. México. Fondo de Cultura Económica. (Parte 2ª).
YOUNG, K.: *Personality and Problems of Adjustement.* Routledge Kegan Paul Ltd.
Cuaderno de Salud Pública Nº 24: "El cuidado del niño en las guarderías".
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico 171. "Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez".
BOWLBY: Cuidados materiales y salud mental. Organización Mundial de la Salud.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 70. "Adopción."
Unesco: "Nuevas tendencias de las organizaciones de la juventud" (Nº 33).

16 – O PSICÓLOGO NAS CRISES

YOUNG, K.: *Personality and Problems of Adjustement.*
CAPLAN, G.: *Principles of Preventive Psychiatry.* Nueva York. Basic Books. (Apéndice B para conflicto familiar). *Crisis:* Idem.
LINDEMANN, E.: "The Nature of Mental Health Worsk as a Profissional Pursuit." En: Strother, C.R.: *Psychilogy and Mental Health* (Apéndice A).

17 – O PSICÓLOGO E OS PROBLEMAS DE DESAJUSTE SOCIAL

GIBLENS, T.C.: "Tendencias actuales de la delincuencia juvenil." Cuadernos de Salud Pública Nº 5. 1964.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 131. "Assistencia médica y social a los toxicómanos." 1957.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 42: "Higiene mental." Alcoholismo. 1953-54.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 9. Comité d'Experts de la Santé Mentale.

Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 248. "El peligro de las radiaciones en relación con otros riesgos para la salud."
Repport of the Narcotics Conference at University of California: "Contradictions in addiction". 1963. Public Health Reports. Agosto 1963. Vol. 78. Nº 5.
Repport of the Committee on Maladjusted Children: Ministry of Education. Londres, 1958. Cap. IV. "The Nature, Symptoms and Causes of Maladjustement":
SYKES, G.: "El crimen y la sociedad." Buenos Aires. Paidós. 1963.
ZAMORANO, M. y MUÑIZOGA, C.: "Crimen y alcohol." Universidad de Chile. 1963.
ZOLLA, E.: "Antropología negativa." Buenos Aires, Sur, 1962. "Las regresiones en la droga."

18 – O PSICÓLOGO E A DOENÇA

BLEGER, J.: "El psicólogo clínico y la higiene mental." Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina. 8.4.1962.
HARPER, R.A.: 36 sistemas de psicoterapia. (Cap. VI y IX.)
JONES, M.: "The Concept of a Therapeutic Community." En: Paychopatology. Editado por Red. Alexander. Tomkins. Harvard Univ. Press, 1958.
Legislación Nacional sobre Psicoterapia (Publicación del Dep. de psicología de la Fac. de Fil. y Letras de Buenos Aires.)
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 134. "El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental." 1957.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 73. "El hospital psiquiátrico en la comunidad." 1953.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 177. "Psiquiatría social e actitudes de la colectividad." 1959.
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 5. "El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental."
Organización Mundial de la Salud: Informe Técnico Nº 31. "Actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental".
RODRIGUÉ, R.: Biografía de una comunidad terapéutica. Buenos Aires. Eudeba, 1965.
STERN, E.: La psicoterapia en la actualidad. Eudeba, (Cap. X.)

METRÓPOLE
Indústria Gráfica Ltda.