



Foto: acervo pessoal

PSYCHOANALYTIC CLINIC AS RESISTANCE IN THE CULTURE OF “MANAGED CARE” IN MENTAL HEALTH: ANNA FITZGERALD, A JOURNEY IN BRITISH PSYCHOANALYSIS

1

CLÍNICA PSICANALÍTICA COMO RESISTÊNCIA NA CULTURA DO “CUIDADO GERENCIADO” EM SAÚDE MENTAL: ENTREVISTA COM ANNA FITZGERALD, UM PERCURSO NA PSICANÁLISE BRITÂNICA

CLÍNICA PSICOANALÍTICA COMO RESISTENCIA EN LA CULTURA DE LA “ATENCIÓN GESTIONADA” EN SALUD MENTAL: ANNA FITZGERALD, UN CAMINO EN EL PSICOANÁLISIS BRITÁNICO

Anna FITZGERALD¹

Beatriz Zanichelli SÔNAGO²

Christiane CARRIJO³

¹ British Psychotherapy Foundation (BPF), Londres, Reino Unido. E-mail: annafitzgerald1955@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7168-5352>

² Riverside Counselling Service, Henley-on-Thames, Reino Unido. E-mail: bzs.psychotherapy@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2043-1821>

³ Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru, SP, Brasil. E-mail: christiane.carrijo@unesp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1486-7006>

Fitzgerald, A., Sônego, B. Z., & Carrijo, C. (2024). Clínica psicanalítica como resistência na cultura do “cuidado gerenciado” em saúde mental: entrevista com Anna Fitzgerald, um percurso na Psicanálise britânica. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 4, e024p25.

PREÂMBULO E APRESENTAÇÃO DA ENTREVISTADA: A Psicanálise como Resistência à Cultura do “Cuidado Gerenciado” em Saúde Mental

Estabelecido em 1948, o Serviço Nacional de Saúde (NHS) é o sistema de saúde público primário, hospitalar e especializado dos residentes da Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. É frequentemente considerado um dos sistemas precursores de medicina socializada do mundo e, embora não tenha sido o primeiro, foi pioneiro em sua abrangência em escala nacional. Tal qual o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o NHS também compartilha do compromisso de fornecer acesso universal à saúde aos habitantes do Reino Unido.

Em termos de provisão de saúde mental, o NHS oferece: Serviços de Atenção Primária com seus médicos de família (GPs ou “General Practitioners”) que desempenham papel no diagnóstico e tratamento de condições de saúde mental comuns; Serviços Especializados de Saúde Mental, fornecidos por psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, enfermeiros e assistentes sociais. Oferecem avaliação, diagnóstico e tratamento para problemas de saúde mental complexos, incluindo depressão grave, transtorno bipolar, esquizofrenia e transtornos de personalidade; Equipes de Saúde Mental Comunitária (CMHTs) que fornecem apoio e tratamento para indivíduos com problemas de saúde mental grave e duradouros que necessitam de cuidados contínuos na comunidade, cujas intervenções incluem manejo de medicamentos, terapias psicológicas e apoio social; Equipes de Resolução de Crises e Tratamento Domiciliar (CRHTs), que fornecem avaliação rápida e apoio intensivo de curto prazo para indivíduos em episódios de crise. Visam prevenir internações hospitalares desnecessárias, e oferecem intervenção de emergência e apoio no ambiente doméstico ou comunitário do indivíduo; por fim, os Serviços de Saúde Mental Hospitalar para indivíduos que necessitam de suporte e tratamento mais intensivos, o NHS oferece atendimento hospitalar em hospitais psiquiátricos e unidades hospitalares. Tais instalações oferecem cuidados e apoio 24 horas para indivíduos que enfrentam graves crises de saúde mental ou aqueles que necessitam de estabilização e tratamento intensivo.

Em geral, a provisão de saúde mental do NHS tem como objetivo promover o bem-estar e fornecer apoio e tratamento oportunos e eficazes, mas, principalmente a partir de 2010, teve início o período de maior austeridade governamental no Reino Unido desde a década de 70, com ampla redução dos gastos públicos e cortes de verba como parte de medidas para enfrentar o déficit orçamentário nacional.

O impacto da austeridade no NHS foi significativo e multifacetado, e afetou vários aspectos cruciais de seu funcionamento, já que o novo orçamento previsto foi significativamente reduzido e não acompanhou a crescente demanda e os custos. As medidas de austeridade contribuíram também para o congelamento do recrutamento de

profissionais, que resultou em escassez de pessoal especializado. O investimento em infraestrutura, como edifícios hospitalares e equipamentos também foi restringido, levando a um acúmulo de manutenção atrasada e atrasos na atualização das instalações.

O financiamento reduzido levou ao aumento da pressão sobre os serviços: hospitais, clínicas e consultórios enfrentaram cargas de trabalho muito maiores, tempos de espera muito mais longos para os pacientes e capacidade reduzida para atender à demanda de apoio, principalmente para as populações mais vulneráveis.

A resposta governamental ao déficit orçamentário teve severas implicações políticas, não apenas na esfera clínica, mas também na cultural, uma vez que o impacto da austeridade não foi distribuído de maneira uniforme, já que comunidades e regiões desfavorecidas foram as que mais sofreram com os efeitos negativos da desigualdade.

No campo da saúde mental e atendimento clínico, houve de modo geral uma mudança de paradigma pós-2010 com uma velada imposição da cultura de “cuidado gerenciado”, que privilegiou a terapia cognitivo-comportamental como única modalidade efetiva de tratamento psicoterapêutico, sob o disfarçado discurso de eficiência e de grande quantidade de atendimentos através de uma simplificação dos serviços prestados – e em detrimento da qualidade da oferta.

Para centros comunitários de saúde mental que atendem populações urbanas periféricas, a ênfase do tratamento é atualmente colocada na implementação de técnicas padronizadas de baixo custo, estagnadas em um ritmo deveras mecanizado de reforço e mudança comportamental. Pode-se dizer que o resultado da austeridade, que as políticas públicas de saúde mental do NHS enfrentam há quase quinze anos, é o contemporâneo tratamento da psique humana como um órgão que sofre de mau funcionamento e que, portanto, precisa de reeducação.

No extremo oposto do espectro, o método psicanalítico no atendimento público-comunitário, ao oferecer uma proposta ética que não é utilitarista, sofreu revezes e acabou isolado em centros especializados - e dispersos - pelos países constituintes do Reino Unido.

Em vez de adaptar, a psicanálise aborda e confronta o sujeito com a realidade em todas as suas manifestações brutas, uma vez que o inconsciente é dinâmico e não se transforma com fórmulas simplistas de reeducação. Em vez de ensinar o paciente a normalizar seus sintomas, a psicanálise os torna abertos a uma escuta atenta e flutuante, permitindo o encontro de significados subjetivos.

Quando os pacientes reconhecem que sua subjetividade foi expressa em sintomas, muitas vezes tem-se um momento disruptivo e fecundo de emergência; o nascimento de um sentido singular que desencadeia um novo senso de responsabilidade pessoal que leva tempo, e que não faz reverência às leis orçamentárias ou aos manuais de comportamento.

O método psicanalítico oferece uma voz de resistência ao utilitarismo em saúde mental e a entrevistada é uma de suas porta-vozes. Psicoterapeuta de orientação psicanalítica com quase três décadas de percurso clínico em clínica privada e em atendimento público no NHS do Reino Unido, Anna Fitzgerald passou grande parte de sua

extensa carreira oferecendo atendimento psicanalítico especializado a pais-bebê/criança e trabalho individual intensivo e não-intensivo a crianças que haviam vivenciado privação e trauma precoce, muitas vezes intergeracional, na vida familiar.

Seu percurso foi iniciado na Clínica Tavistock de Londres no início dos anos 90, o que fundou a base clínica de seu interesse vitalício no impacto do trauma precoce e das dificuldades neurodesenvolvimentistas no desenvolvimento do eu e um interesse na compreensão psicanalítica da interação entre experiências sócio-políticas adversas de poder e opressão no mundo externo sobre o desenvolvimento do mundo interno precoce e senso de identidade.

A seguir, algumas de suas considerações sobre políticas públicas, atendimento psicanalítico e o inconsciente.

ENTREVISTA

1. Anna, gostaríamos que você nos desse um resumo da sua vida profissional e de como acabou trabalhando com crianças como psicoterapeuta psicanalítica* no NHS, bem como em consultório particular.

Inicialmente, me formei em licenciatura como professora e trabalhei por anos predominantemente com adolescentes em uma escola pública na região central de Londres, em uma área urbana bastante carente. Rapidamente, eu percebi que problemas emocionais e comportamentais interferiam no aprendizado e criavam um ciclo de fracasso, baixa autoestima, agressão, depressão e desengajamento educacional. Trabalhei, depois, por seis anos, como professora, em uma escola especial terapêutica multidisciplinar para adolescentes que não conseguiam se adaptar à educação convencional.

Trabalhar em equipe com conselheiros e psicoterapeutas psicanalíticos para crianças e adolescentes me inspirou a estudar novamente e me qualificar para trabalhar como conselheira psicodinâmica. Fui nomeada chefe de um serviço de aconselhamento para adolescentes, financiado pelo departamento de educação, voltado para adolescentes com dificuldades emocionais e comportamentais (1990-1999).

Enquanto ocupava esse cargo, concluí o curso básico pré-clínico da Clínica Tavistock e, em seguida, entrei na formação clínica de quatro anos em Psicoterapia Psicanalítica com crianças, adolescentes e pais em período integral (2000-2004).

Ao concluir a formação, fui nomeada para um cargo combinado de ensino e de atendimento público de modalidade psicanalítica a pacientes infantis da Clínica Tavistock, onde trabalhei de 2004 a 2012. Deixei esse cargo para abrir meu consultório particular e contribuir para um projeto de pesquisa financiado pelo governo do Reino Unido, sobre o impacto do trabalho com pais, visando aliviar os sintomas em crianças com problemas de saúde mental.

Continuei supervisionando e lecionando em cursos clínicos no Birkbeck College, na Universidade de Londres, na British Psychotherapy Foundation e, nos últimos dez anos, tenho contribuído para a formação psicanalítica sino-britânica em Pequim, na China, para psicólogos clínicos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental interessados nas abordagens psicanalíticas britânicas.

Eu tive meu primeiro contato com a psicanálise na adolescência, ao ler alguns escritos de Freud sobre sonhos e sexualidade. Conheci a abordagem kleiniana na Clínica Tavistock através de uma publicação de psicoterapeutas formados na Tavistock, ‘The Emotional Experience of Learning and Teaching’, publicada pela primeira vez em 1983 e reimpressa ao longo da década de 1990. Esta e outras publicações da Tavistock apresentaram aos trabalhadores do setor público o pensamento de Klein sobre mecanismos mentais complexos no desenvolvimento emocional de crianças e jovens: processos inconscientes, ansiedades e defesas, a interação entre o mundo interno e externo, e entre as experiências iniciais e o desenvolvimento emocional ao longo do ciclo de vida.

O NHS foi estabelecido como parte do estado de bem-estar social em 1948, em resposta à necessidade de reconstruir uma sociedade devastada pela Primeira Guerra Mundial, pela profunda depressão econômica e pelo impacto contínuo do trauma da Segunda Guerra Mundial.

A psicoterapia psicanalítica foi incluída nas intervenções especificadas para serem fornecidas pelas clínicas nacionais do novo serviço de saúde mental do NHS, ao lado da psiquiatria, psicologia clínica e trabalho social, em grande parte devido à influência do trabalho realizado pela Clínica Tavistock, que foi criada como uma clínica assistencial para oferecer tratamento psicanalítico ambulatorial gratuito **** a pacientes diversos como militares, crianças e famílias traumatizadas pela guerra.

A formação e a oferta de serviços ambulatoriais no setor público têm oscilado em resposta às mudanças no cenário sociopolítico mais amplo em que o treinamento e a prestação de serviços de saúde mental estão inseridos. Os serviços ambulatoriais terapêuticos de saúde mental floresceram nas décadas de 60 e 70, quando eu estava na escola e na Universidade, como parte de uma mudança cultural mais liberal na sociedade, afastando-se de uma resposta institucionalizada e medicalizada às necessidades de saúde mental.

Esse período deu origem a movimentos mais amplos a favor de mudanças sociais, como o advento da pílula anticoncepcional, o Movimento Feminista e o Movimento de Libertação Gay, para citar alguns.

A eleição do Partido Conservador no Reino Unido, de 1979 a 1997 trouxe uma mudança política que visava reduzir a dependência da provisão estatal, por meio de cortes graduais no financiamento do NHS e do setor público ao longo de um período de dezoito anos.

Ao mesmo tempo, houve uma mudança em direção à qualificação acadêmica universitária e registro profissional das formações clínicas em psicoterapia psicanalítica, a

fim de serem competitivas na busca por um financiamento estatal a recursos cada vez menores, em um ambiente de políticas de mercado interno desafiador.

Apesar das restrições draconianas ao financiamento no NHS, em 1995, a Clínica Tavistock e a Associação Profissional de Psicoterapia Infantil (ACP) conseguiram, com sucesso, garantir financiamento básico do NHS para o treinamento intensivo de quatro anos em psicoterapia psicanalítica infantil para um número limitado de candidatos a cada ano, em cada uma das diferentes escolas de formação (Kleiniana, Freudiana, Junguiana e Independente).

Isso permitiu uma expansão significativa no acesso à psicoterapia infantil em todo o país e uma maior diversidade no acesso à formação, abrangendo os anos em que eu estava treinando e praticando psicoterapia psicanalítica no NHS.

2. Como foi seu treinamento no Reino Unido na época da sua qualificação, o que ele envolveu e ele mudou ao longo do tempo? Se sim, como?

Tive a sorte de realizar o treinamento clínico na Clínica Tavistock em um cargo de treinamento em tempo integral financiado pelo NHS, de 2000 a 2004. Meu treinamento foi muito intensivo; o curso de dois anos no nível de fundamentos incluiu teoria psicanalítica; Freud, Klein e Winnicott, literatura de pesquisa em desenvolvimento infantil, incluindo descobertas emergentes da neurociência. A observação infantil tem sido o cerne do treinamento psicanalítico infantil e adulto na Grã-Bretanha, desde sua criação como componente central do treinamento psicoterápico infantil psicanalítico na Clínica Tavistock, em 1948.

Este componente pré-clínico experiencial exigia que os estagiários observassem uma mãe e um bebê por uma hora cada semana, em casa, desde pouco depois do nascimento até o segundo aniversário. A observação infantil como componente obrigatório está agora bem estabelecida no treinamento psicanalítico em todas as escolas britânicas (Kleiniana, Freudiana e Independente), no Instituto de Psicanálise e na British Psychotherapy Foundation.

No treinamento clínico de quatro anos, os textos teóricos centrais foram revisitados, estendendo-se a um estudo detalhado da obra de Wilfred Bion; isso teve o impacto mais significativo e influente na evolução da teoria psicanalítica no século XXI, especialmente na tradição Kleiniana na qual fui treinada, mas também na prática psicanalítica contemporânea em todas as escolas e tradições. A psicoterapia psicanalítica pessoal intensiva era necessária por um mínimo de quatro dias por semana, começando um ano antes do treinamento clínico e, na maioria dos casos, continuando por um ano ou mais após a qualificação.

Na parte clínica do treinamento infantil, o requisito mínimo era ter 3 pacientes de treinamento de longo prazo e intensivo; uma criança com menos de cinco anos, uma criança na idade de latência e um adolescente. Cada paciente de treinamento frequentava 3-4 dias por semana, um paciente por um mínimo de dois anos e os outros por um mínimo de um

ano cada. Cada paciente de treinamento era supervisionado por um psicoterapeuta consultor uma vez por semana, durante todo o treinamento.

Além disso, os estagiários precisavam atender crianças/adolescentes da lista de espera da clínica comunitária uma ou duas vezes por semana, trabalhar com pais individualmente, por um mínimo de um ano, e no último ano de treinamento, realizar avaliações individuais de crianças e famílias. Nos últimos três anos de treinamento, opções especializadas eram necessárias. Completei opções especializadas em psicoterapia infantil-pais-bebês, autismo e saúde mental de bebês/crianças pequenas, adoção e acolhimento, e trabalho com pais.

Após me qualificar, trabalhei em uma das equipes de clínica baseadas na Tavistock e em um "Serviço de Saúde Mental Infantil e Familiar", (CAMHS) da comunidade. Ensinei nos cursos pré-clínicos de nível fundamental oferecidos pela Tavistock, que na época já estavam academicamente credenciados no nível de Mestrado.

No início do meu treinamento, eu havia previsto que continuaria a trabalhar com adolescentes após a qualificação, no entanto, minha experiência com observação infantil e psicoterapia intensiva com um paciente de treinamento de 4 anos, com atraso no desenvolvimento, foram muito impactantes.

Isso me levou a me especializar em psicoterapia pais-bebês, psicoterapia com crianças menores de cinco anos e trabalho com pais, além do trabalho habitual na lista de espera da clínica em todas as faixas etárias. Eu estava na última turma de estagiários a receber uma qualificação clínica; o novo treinamento era um programa clínico de doutorado credenciado pela universidade.

Em parte, essa mudança para a qualificação acadêmica foi uma resposta a um novo requisito introduzido em 1999 para que os serviços do NHS fornecessem Pesquisa Baseada em Evidências aos padrões exigidos pelo desenvolvimento do Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE). A justificativa era garantir que o dinheiro dos contribuintes fosse gasto em intervenções comprovadamente eficazes, assegurando, assim, o valor do dinheiro na provisão do NHS. Houve uma visão de que esse requisito era uma forma de racionalizar intervenções em saúde mental no NHS.

Fornecer uma base de evidências de pesquisa é muito mais fácil de fazer para intervenções de curto prazo que têm uma rotatividade rápida, de um grande número de pacientes, e são baseadas em medidas objetivas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e intervenções farmacológicas.

A psicoterapia psicanalítica é de longo prazo, intensiva em trabalho e cara de se realizar, e as medidas são complexas. Apesar desses obstáculos, houve sucesso em alguns estudos de pesquisa psicanalítica em atender às diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) *** para inclusão como tratamento recomendado pelo NHS. No entanto, as reduções no financiamento do NHS significaram que, embora algumas intervenções farmacológicas e terapêuticas tenham sido aprovadas pelo NICE, elas podem não ser oferecidas no NHS devido ao custo.

Nos anos seguintes à qualificação em 2004, as pressões políticas e os eventos sociopolíticos externos continuaram a impactar a psicoterapia psicanalítica infantil no setor público e na prática privada. Meu treinamento detalhado foi o que me permitiu continuar a trabalhar de forma eficaz em trabalhos menos intensivos, com uma sessão por semana, e em trabalhos de curto prazo, variando desde intervenções breves de 5 sessões para pais e bebês/crianças pequenas, até intervenções breves de uma sessão por semana por 30 semanas, com crianças que se enquadram na faixa clínica de ansiedade e depressão.

Pode parecer contraditório, no entanto, na minha experiência, um treinamento aprofundado é um pré-requisito necessário para capacitar os clínicos a trabalharem de forma eficaz em intervenções breves e não intensivas.

3. O pensamento psicanalítico nos Estados Unidos desenvolveu-se ao longo do tempo com base em um modelo que privilegia as Ciências Médicas e a Academia/Universidade. No Brasil, é verdade que existem algumas instituições e sociedades psicanalíticas respeitáveis em todo o país, mas também é justo dizer que é amplamente por meio dos currículos de Psicologia Clínica nas universidades que os futuros estagiários profissionais têm contato com a Psicanálise - um modelo que reflete, em muitos aspectos, os Estados Unidos.

Concordo que, com a proliferação de opções de treinamento e intervenções terapêuticas menos aprofundadas, a necessidade de creditação acadêmica aumentou. Eu participei da última turma de estagiários, do treinamento de psicoterapia psicanalítica infantil na Clínica Tavistock, a se qualificar com uma qualificação clínica em vez de acadêmica.

Essa mudança resultou em uma maior ênfase no ensino de teoria que pode ser aprendida cognitivamente de forma relativamente rápida, uma ênfase na avaliação da aprendizagem teórica, em vez da avaliação do desenvolvimento de capacidades clínicas: atitudes analíticas e habilidades clínicas. Jonathan Shedler** falou sobre esse desenvolvimento na América, resultando na proliferação da disponibilidade de intervenções terapêuticas, por parte de psicólogos acadêmicos, e uma redução massiva na disponibilidade do que Shedler chamou de 'terapia significativa'. Ele ressalta que muitos profissionais academicamente qualificados nunca experimentaram, eles próprios, uma 'terapia significativa', então infelizmente nem sabem como isso pode parecer ou se sentir.

Na época em que me qualifiquei, o processo de avaliação exigia um estudo de caso clínico de 12.000 palavras de um paciente atendido por no mínimo três vezes por semana durante pelo menos um ano. O requisito era descrever a terapia conforme ela evoluía; início, meio e fim.

O foco era a integração e aplicação da teoria na prática clínica, trabalho com o inconsciente, comunicação latente, processos inter e intrapsíquicos, brincadeiras e comunicação não verbal, a transferência positiva e negativa, o trabalho através do passado

na relação terapêutica presente, transmitido ao leitor por meio de uma descrição detalhada das flutuações na interação e no relacionamento ao longo do tempo.

Os estagiários, atualmente no treinamento de psicoterapia psicanalítica infantil na Tavistock, realmente submetem alguns escritos teóricos e clínicos em diferentes momentos ao longo do treinamento. No entanto, o principal foco para a qualificação é uma dissertação de pesquisa, tipicamente uma análise qualitativa de temas em um estudo de caso único, em vez de uma descrição detalhada da interação na relação clínica em desenvolvimento.

4. Por favor, você poderia nos contar mais sobre como, para você, a tradição psicanalítica britânica difere radicalmente desse modelo?

Não tenho certeza se podemos falar hoje sobre a 'Tradição Psicanalítica Britânica' no treinamento, já que isso tem sido influenciado de várias maneiras pelos requisitos acadêmicos que se infiltram em diferentes instituições de treinamento analítico. Talvez o que mais se aproxime da tradição psicanalítica central seja o treinamento no Instituto Britânico de Psicanálise, uma instituição privada, que, portanto, tem sido relativamente imune às pressões para se conformar aos requisitos de um modelo médico ou acadêmico de aprendizado e avaliação do aprendizado.

Da mesma forma, a British Psychotherapy Foundation, como uma instituição privada e beneficente, conseguiu resistir às pressões em direção à teoria acadêmica e pesquisa na oferta e avaliação de treinamentos clínicos. O Birkbeck College também conseguiu manter o treinamento psicanalítico em muitos aspectos e resistir à invasão do ensino e aprendizado acadêmicos em vez de clínicos. Isso tem sido e continua sendo uma longa luta, mantida pelo modelo de clínicos-palestrantes no Mestrado em Psicoterapia Psicodinâmica do Birkbeck, em uma ampla faculdade acadêmica.

Ministrar aulas no programa sino-britânico na China é um prazer por não estar sobre pressão da academia. A turma de estagiários já possui uma qualificação acadêmica para exercer profissão como médicos, psicólogos clínicos, etc. Esse programa de treinamento surgiu devido a psiquiatria reconhecer a falta de habilidades clínicas e compreensão nos serviços de saúde mental na China em geral, e a falta de treinamento psicanalítico em particular.

O treinamento clínico foi estabelecido em Pequim como treinamento clínico adicional em nível pós-qualificação, sob os auspícios de um hospital de saúde mental médico e uma parceria universitária. O ensino teórico é oferecido intensivamente três vezes ao ano, em eventos de ensino de dia inteiro, seguido por um programa contínuo de grupos de seminários, de observação infantil, semanais e grupos de supervisão clínica.

5. Por favor, você poderia nos contar mais sobre sua escolha pessoal de treinar, estudar e praticar psicanálise fora da Academia (como uma posição de resistência ao modelo

Universidade/Academia, que estamos vendo se espalhar também no Reino Unido; uma resistência destinada talvez a manter os princípios psicanalíticos em seu núcleo)?

Como descrito acima, na época em que eu me formei, existia apenas um treinamento clínico reconhecido pelo NHS como opção; uma rota acadêmica para o treinamento em psicoterapia psicanalítica não existia na minha época. Os requisitos de treinamento pré-clínico incluíam um diploma relevante e uma qualificação profissional, como, por exemplo, um ensino de graduação como serviço social, psicologia, enfermagem. Optei por contribuir com organizações de ensino e treinamento psicanalíticas que conseguiram manter um modelo clínico de ensino e avaliação, que são a minoria das opções de treinamento no Reino Unido hoje em dia.

Decidi deixar o NHS para trabalhar em consultório particular como consequência da maneira como a prestação de serviços clínicos e o treinamento estavam sendo conduzidos por agendas políticas, ao ponto em que parecia que o que era necessário era apenas tapar os buracos, em vez de realizar avaliações e tratamentos clínicos significativos. A burocracia necessária para fornecer evidências documentais do que havia sido feito nos atendimentos clínicos e metas de medição, mesmo em consultas únicas, havia se tornado tão grande que os clínicos estavam passando cada vez mais tempo preenchendo papéis do que atendendo pacientes.

10

6. Você poderia nos contar mais sobre a provisão de saúde mental pública no Reino Unido para crianças, como isso mudou ao longo do tempo, e o que você acha das modalidades psicanalíticas perdendo espaço em favor da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no setor público?

Acredito que comentei sobre isso anteriormente. É verdade que, pouco depois de deixar o NHS, colegas de psicoterapia infantil sentiram-se pressionados a se capacitar e oferecer intervenções de TCC, em vez de psicoterapia infantil. Isso ocorreu em resposta à redução de recursos para realizar nos atendimentos clínicos intervenções de tratamento significativas e ao aumento das intervenções comportamentais de curto prazo, criando um ciclo de acesso a intervenções de curto prazo.

7. No Brasil, observamos um crescimento exponencial preocupante do uso da TCC combinada com medicamentos como sendo as escolhas preferenciais de tratamento para crianças no setor de saúde - quais são, em sua opinião, os riscos de uma prática clínica que se concentra na medicalização da vida?

Isso também é uma tendência no Reino Unido, onde o NHS já está à beira do colapso devido a anos de subfinanciamento, especialmente na saúde mental em geral e na saúde mental infantil em particular. Há uma escalada significativa de perturbações clínicas em

saúde mental em crianças e na população adulta e carcerária. As listas de espera em clínicas infantis agora têm o prazo de um ano a dezoito meses, com apenas possibilidades de intervenções psicológicas mínimas possíveis durante as consultas. Esse aumento na demanda é em parte consequência de políticas públicas que, nos últimos 14 anos, aumentaram a precariedade no atendimento às necessidades básicas de moradia estável, emprego, educação e saúde.

Isso tem gerado estresse adicional na vida familiar e desintegração da coesão nas estruturas de apoio familiar e comunitário, ao lado de reduções massivas em todos os aspectos do fornecimento de saúde, educação e assistência social.

8. Seria justo dizer que essa combinação acima (TCC e medicalização da vida) poderia ser considerada, quando não rigorosamente monitorada, um verdadeiro reducionismo na compreensão da complexidade do inconsciente?

Sim, certamente.

9. Você poderia nos contar mais sobre seu trabalho com crianças, tanto em ambientes de saúde pública, como o NHS, na Clínica Tavistock, quanto em consultório particular? Houve alguma mudança em sua relação com esses pacientes? Houve algum ajuste em sua postura como profissional ao longo do tempo, considerando tantas mudanças em nossa sociedade nos últimos 20 a 30 anos?

11

Tenho praticado em um período em que houve alguns desenvolvimentos interessantes e valiosos na profissão. A psicoterapia infantil, dentro do NHS, inicialmente ampliou significativamente a oferta de psicoterapia psicanalítica para crianças de diferentes origens: de classe, de países, de idades.

De forma significativa, o desenvolvimento inicial de uma teoria e técnica para a psicoterapia psicanalítica infantil por Melanie Klein foi baseado em uma faixa estreita de, principalmente, crianças com menos de 5 anos, de famílias de classe média com interesse em psicanálise, atendidas em consultas privadas. Suas circunstâncias pessoais (de classe, financeiras) eram consideradas por Klein como favoráveis socioeconomicamente e, mais provavelmente, dentro da faixa de "suficientemente boas" em termos de vida familiar. (Freud descobriu casos de abuso e dano emocional no mesmo grupo socioeconômico de pacientes que buscaram ajuda com ele como adultos).

As dificuldades nas crianças atendidas por Klein informaram sobre o desenvolvimento de suas inovações teóricas em relação à teoria e técnica de Freud. Embora frequentemente graves, suas dificuldades eram principalmente de origem interna, portanto, suscetíveis a uma abordagem psicanalítica clássica para sintomas neuróticos: ansiedade, depressão, agressão, transtornos obsessivo-compulsivos, tecnicamente adaptados para facilitar a comunicação inconsciente; associação livre por meio do jogo e trabalho com a

transferência para explorar o mundo interno e a vida fantástica da criança, e uma melhor integração entre realidade interna e externa.

Na época em que comecei o treinamento na Tavistock em 2000, atendendo pacientes infantis no NHS, vi crianças com dificuldades semelhantes aos pacientes vistos por Klein. Fiquei surpresa ao ver o desdobramento do mundo interno e dos mecanismos mentais inconscientes de crianças pequenas, conforme descrito nos escritos de Klein, em minhas sessões clínicas, e o alívio que se seguiu à interpretação da transferência positiva e negativa e ao trabalho da vida fantástica da criança na comunicação simbólica por meio do brincar.

Ao longo do tempo, percebi que atendia crianças que não se encaixavam na descrição de Klein, crianças que não conseguiam brincar ou se relacionar, crianças que haviam sofrido privação externa, abuso e trauma na vida familiar.

Com a redução cada vez maior do financiamento no amplo estado de bem-estar no Reino Unido, para o trabalho social, provisão de creches e educação, o NHS viu rapidamente um aumento na carga de casos de crianças referidas que sofriam principalmente de circunstâncias adversas externas, sendo a principal causa de problemas emocionais e de saúde mental, e exacerbando as dificuldades internas em outras.

Logo, começaram a aparecer escritos na literatura de psicoterapia infantil que me ajudaram a adaptar minha técnica. Autores observaram, por exemplo, a distinção entre crianças externamente privadas, negligenciadas, abusadas, que utilizam mecanismos de defesa para ajudá-las a sobreviver fisicamente e emocionalmente, quando não há ninguém em quem confiar, em vez de usarem defesas por razões internas, de serem incapazes de tolerar por serem pequenas, impotentes e dependentes nas relações de objeto; um afastamento deliberado, em vez de uma ausência da mão que alimenta.

Eu e muitos dos meus colegas estávamos cada vez mais vendo crianças do primeiro grupo, sendo o segundo em grande parte excluído do tratamento do NHS pelo dilúvio de encaminhamentos, de crianças com dificuldades externas complexas. Anne Alvarez e outros abordaram essa diferença clínica e a necessidade de adaptações na técnica, veja, por exemplo, o capítulo dela, 'Borderline Conditions: Differentiating Disturbance and Deficit'. in: Rustin, M., and Quagliata, E. (eds,) *Assessment in Child Psychotherapy*, 1997, London, Routledge.

10. Existem inovações no pensamento psicanalítico contemporâneo que você incorporou à sua prática com crianças? Você poderia nos contar um pouco mais se alguma delas são suas próprias reflexões e interpretações baseadas em seus anos de experiência, e como elas diferem - se diferem - de uma abordagem mais clássica?

Na reflexão, é notável que as inovações introduzidas por Alvarez e outros não foram enfatizadas muito mais em meu treinamento financiado pelo NHS, que se concentrou na teoria e técnica clássica de Klein. Surgiram diferenças sobre a teoria e técnica desenvolvidas por Anna Freud e Klein, levando às "discussões controversas" no Instituto Britânico.

A teoria e técnica de Anna Freud foram informadas por seu trabalho com crianças privadas e traumatizadas nos berçários de guerra de Hampstead. Parece-me que as diferenças na teoria e técnica são necessárias para diferentes grupos de pacientes, e isso estava mais no cerne das divergências, em vez das escolas de pensamento específicas.

Isso é muito mais reconhecido hoje, com mais intercâmbio de pensamentos sobre teoria e técnica que evolui a partir de diferentes escolas de pensamento, de acordo com as necessidades de diferentes tipos de pacientes, mais consideração sobre o que funciona para quem, quando e por que uma adaptação à técnica clássica pode ser necessária.

11. No que diz respeito ao seu trabalho com crianças, especificamente no setor público: essa população mudou desde que você se formou? Quem são essas crianças hoje em dia e qual é o grau de vulnerabilidade social que estamos observando?

O limiar para encaminhamento de crianças para a provisão pública comunitária no NHS aumentou exponencialmente, de modo que, ao longo do tempo, tornou-se o caso de que apenas as crianças e adolescentes mais gravemente perturbados atendem ao critério de encaminhamento, e a causa raiz de muitas dificuldades, vistas nas crianças, é externa.

A erosão do financiamento do NHS, a redução ou fechamento de serviços terapêuticos especializados de nível mais alto e serviços terapêuticos/sociais combinados mais caros, significou que apenas os serviços da linha de frente da comunidade do NHS estão disponíveis para os encaminhadores, com longos tempos de espera e capacidade de oferecer apenas intervenções breves. A variedade de crises e políticas socioeconômicas, a redução de recursos econômicos e restrições sobre como isso é gasto significou que o apoio à saúde mental para crianças e adultos está em um ponto crítico há muitos anos.

Isso se reflete no Reino Unido no que é reconhecido como uma epidemia de crescente dificuldade de saúde mental de maior complexidade; múltiplas e complexas necessidades físicas, de saúde mental e de aprendizado e/ou necessidades decorrentes da neurodiversidade, os riscos impostos pela nova tecnologia, o impacto do coronavírus e assim por diante.

Cada vez mais crianças e famílias caem pelos buracos na rede de provisão de serviços em um Reino Unido que está cada vez mais falhando em fornecer adequadamente saúde mental para muitos de seus cidadãos, enfrentando muitos dos problemas mais típicos de um país em desenvolvimento.

12. Por fim, sobre o sofrimento mental e as políticas públicas - o Brasil é um país em desenvolvimento e existem fatores externos comuns relacionados ao sofrimento mental que os pacientes trazem para a psicoterapia, e tais fatores externos tendem a ser intensificados entre populações marginalizadas (estamos falando aqui de racismo, xenofobia, pobreza).

Se pensássemos sobre certas populações de crianças que você atende, existe um tema externo comum e recorrente que você testemunha com certa frequência, e, em caso afirmativo, como sua prática psicanalítica considera esses fatores externos? Existem diferenças entre a prática privada e a saúde pública?

Infelizmente, a saúde pública, assistência social e educação têm declinado há muito tempo no Reino Unido, e um tema-chave cada vez maior é o da pobreza, privação, estresse agudo e trauma na vida familiar. Inevitavelmente, isso gera ansiedade sobre sobrevivência, provocando defesas primitivas dentro e entre diferentes grupos e comunidades.

Crianças e jovens estão cada vez mais expostos ao ódio e à agressão, e como você mencionou, há uma intensificação do racismo, sexismo, homofobia, misoginia e intolerância. O aumento no abuso de drogas, crimes com facas e criminalidade é preocupante.

13. Que conselho você daria aos entusiastas da Escola Britânica de Psicanálise e seu trabalho com crianças, que ainda estão no início de sua da prática - estagiários ou profissionais recém-qualificados? Algo que talvez você desejasse saber quando estava no início de sua carreira?

Quando vivendo e trabalhando, através de ciclos que incluem períodos de dificuldades desafiadoras, é tentador se fechar, perder a capacidade de curiosidade e convicção. Eu encorajaria o otimismo e a reflexão sobre o que pode ser possível aprender mesmo em experiências adversas.

A capacidade de trabalhar com o inconsciente e refletir sobre e processar experiências é poderosa, e uma grande aliada para sobreviver e continuar a possibilitar mudanças transformacionais, em um momento em que a própria noção de trabalhar com o inconsciente está sendo desvalorizada e até mesmo atacada.

NOTAS

* No Reino Unido, existe uma diferenciação entre aqueles que trabalham com atendimento psicoterápico de orientação psicanalítica, e cada um destes títulos profissionais são exclusivos e protegidos (há de se ater a uma série de medidas, antes que um profissional possa fazer uso oficial de tais títulos) publicamente e, geralmente, tais medidas incluem, mas não exclusivamente, a intensidade de análise pessoal vezes tempo, qual a qualificação obtida de acordo com qual instituição o profissional se afiliou durante seus anos de treinamento, bem como a especificidade de atendimento clínico ao qual o profissional se especializou, de acordo com a regulamentação dos diversos conselhos profissionais existentes no Reino Unido para a prática de atendimento clínico. De modo geral, para termos de visualização, uma divisão simplificada (mas que de modo algum se pretende simplista) pode ser definida como: a) Conselheiro Psicodinâmico: curso de pós-graduação de curta duração (em torno de um ano) somado a psicoterapia individual frente-a-frente, uma vez por semana; b) Psicoterapeuta Psicodinâmico: curso de pós-graduação de dois a três anos, somado a psicoterapia individual frente-a-frente, de uma a duas vezes por semana; c) Psicoterapeuta Psicanalítico: curso de formação de quatro anos, somado a psicoterapia/análise individual em divã, de duas a três vezes por semana; d) Psicanalista: curso de formação de ao menos cinco anos em instituto de formação psicanalítica, somado a psicoterapia/análise individual em divã, de quatro a cinco vezes por semana.

Fitzgerald, A., Sônego, B. Z., & Carrijo, C. (2024). Clínica psicanalítica como resistência na cultura do “cuidado gerenciado” em saúde mental: entrevista com Anna Fitzgerald, um percurso na Psicanálise britânica. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 4, e024p25.

** Jonathan Shedler é um psicólogo conhecido por seu trabalho na promoção e defesa da psicoterapia psicodinâmica. Ele delineou vários princípios fundamentais que caracterizam esta abordagem terapêutica e que enfatizam a importância de entender os processos psicológicos subjacentes e as dinâmicas emocionais para promover mudanças profundas e duradouras na vida dos pacientes.

*** NICE: O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) é um corpo público executivo e financiado pela Secretaria da Saúde e do Serviço Social. O NICE é responsável por oferecer suporte e monitorar os esforços de melhoria contínua na saúde pública do Reino Unido.

**** Os psicanalistas eram contratados da Clínica pública como funcionários em regime de dedicação exclusiva.

REFERÊNCIAS

Alvarez, A. (1997). 'Borderline Conditions: Differentiating Disturbance and Deficit'. In M. Rustin & E. Quagliata (Eds.), *Assessment in Child Psychotherapy*. Routledge.

SOBRE A ENTREVISTADA

Anna Fitzgerald é psicoterapeuta psicanalítica para crianças, adolescentes e pais/responsáveis pela Clínica Tavistock de Londres. Especialista em atendimento intensivo de crianças que experienciaram privação e trauma severo. Professora e supervisora clínica na University of London; no Birkbeck College, na British Psychotherapy Foundation e no instituto de ensino Sino-British Psychoanalytic Psychotherapy na China.

15

SOBRE AS ENTREVISTADORAS

Beatriz Zanichelli Sônego é psicóloga pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp). Mestre em Psicoterapia Psicodinâmica pela Tavistock & Portman NHS Foundation Trust – Universidade de Essex. Pós-graduanda em Psicoterapia Psicanalítica pela British Psychotherapy Foundation (BPF).

Christiane Carrijo é professora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" –Unesp/Bauru-SP e do Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Unesp/Araraquara-SP. Doutora em Filosofia pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar/SP. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Membro do Núcleo de Estudos, Extensão e Pesquisa em Psicanálise, NEEPPSICA/FC- Unesp e do Observatório em Educação em Direitos Humanos, FAAC- Unesp. Membro do Grupo de Pesquisa Memória, Museus e Patrimônio – Ibram/CNPq.