



Integrando método clínico e investigação empírica para a compreensão do abandono em psicoterapia psicanalítica

Aline Alvares Bittencourt
Maria Cristina Vieweger de Mattos
Farid Rodrigues Bessil
Fernanda Barcellos Serralta
Silvia Pereira da Cruz Benetti

Resumo: O presente artigo busca contribuir para a diminuição da lacuna entre a prática clínica e a pesquisa empírica em psicoterapia. Especificamente, o estudo visa refletir sobre o abandono em psicoterapia psicanalítica, levantando hipóteses sobre fatores que poderiam facilitar ou dificultar a adesão ao processo. Foram analisadas as sessões iniciais de dois tratamentos psicoterápicos com pacientes que apresentam Transtorno de Personalidade Borderline conduzidas pela mesma terapeuta. Os tratamentos possuem desfechos diferentes: um apresentou boa adesão e o outro foi interrompido precocemente. As sessões de ambos os casos foram gravadas em vídeo e posteriormente codificadas por duplas de juízes independentes com instrumentos do tipo q-sort que avaliam diferentes aspectos do processo terapêutico. Os resultados obtidos foram integrados com o método clínico de entendimento psicanalítico e sugerem que, na psicoterapia psicanalítica com pacientes borderline, a ausência de comportamentos típicos no processo inicial pode ser um sinal de resistência e pseudocolaboração.

Palavras-chave: processo terapêutico; psicoterapia psicodinâmica; transtorno de personalidade borderline.

Combining clinical method and empirical research to understand dropout in psychoanalytic psychotherapy

Abstract: This paper attempts to contribute to reducing the gap between clinical practice and empirical research in psychotherapy. Specifically, the study aims to examine dropout in psychoanalytic psychotherapy by formulating hypotheses about factors that may facilitate or hinder adherence to process. The initial sessions of two psychotherapies with Borderline Personality Disorder patients conducted by the same therapist are analyzed. The treatments have different outcomes: one had good compliance and the other was early interrupted. The initial sessions of both cases were videotaped and then encoded by pairs of independent judges with q-sort type instruments that assess different aspects of the therapeutic process. The results were integrated with the clinical method of psychoanalytic understanding and suggest that in psychoanalytic psychotherapy with borderline patients, the absence of typical behaviors in the initial process can be a sign of resistance and pseudo-collaboration.

Keywords: psychotherapy process; psychodynamic psychotherapy; borderline personality disorder.

Introdução

Este artigo busca contribuir para a diminuição da lacuna existente entre a prática clínica e a pesquisa empírica, “conjugando subjetividade e objetividade, de modo a

contemplar exigências e interesses clínicos e metodológicos” (Serralta, Nunes & Eizirik, 2011, p. 503). A pesquisa psicanalítica típica utiliza o método clínico no qual intervenção e pesquisa coincidem. Ela é heurística e parte da observação do cotidiano e se descobre a partir do próprio método. Parte-se do pressuposto que a psicanálise não pertence nem às ciências naturais nem às ciências humanas, mas introduz um novo paradigma que implica numa relação dialética entre sujeito e objeto (Silva, Yazigi & Fiore, 2008). Por outro lado, a pesquisa empírica é comprometida com o pensamento crítico e com a aplicação de métodos científicos oriundos das ciências naturais e humanas para estudar conceitos e processos psicanalíticos bem como resultados e processos de mudança em psicoterapia e em psicanálise. Ao recusar a inclusão de outros métodos para dialogar com o método psicanalítico, a psicanálise vem, ao longo das últimas décadas, perdendo espaço na academia e interlocução com outros campos do saber. A integração entre pesquisa empírica e prática psicanalítica e a construção de elos entre psicanálise e outras disciplinas, como psicologia, psiquiatria e neurociências, por exemplo, é necessária para ajudar a reestabelecer a psicanálise como uma disciplina relevante nos meios acadêmicos e de saúde mental (Fonagy, 2004).

Uma minoria de psicanalistas e psicoterapeutas de orientação psicanalítica vem promovendo estudos empíricos nas mais diferentes áreas de aplicação da psicanálise e contribuindo para a difusão e resistência desta disciplina na academia. A pesquisa psicanalítica tem ampliado seu espaço no meio científico a partir da publicação de uma série de revisões importantes e meta análises sobre os resultados das intervenções psicoterápicas nessa abordagem teórica. Nesse caso, os estudos confirmam a efetividade e a eficácia das psicoterapias psicanalíticas em distintos quadros clínicos e faixas etárias, apontando que os ganhos obtidos com a psicoterapia psicanalítica se assemelham a de outras abordagens terapêuticas anteriormente pesquisadas (Abbass, Hancock, Henderson & Kisely, 2006; Gerber, Kocsis, Milrod, Roose, Barber, Thase, Perkins & Leon, 2011; Leichsenring, Hiller, Weissberg & Leibling, 2006).

Com o passar dos anos, a pesquisa empírica em psicoterapia de orientação psicanalítica vem crescendo significativamente, no entanto a compreensão dos aspectos que levam à mudança continuam carecendo de pesquisas. Clínicos buscam em suas supervisões entender e elucidar o processo, pesquisadores com seus instrumentos buscam quantificar acontecimentos, mas pouco juntam suas forças. Estudos empíricos sistemáticos do processo terapêutico são bastante semelhantes aos estudos de caso tradicionais, mas cumprem com exigências científico-metodológicas de validade e fidedignidade dos dados e da sua interpretação (Serralta, Nunes & Eizirik, 2011). Não obstante, a maior parte dos clínicos não conhece e não consome esse tipo de estudo.

A investigação em psicoterapia centraliza-se em dois grandes eixos. O primeiro relaciona-se à eficácia da psicoterapia (*outcome research*) e o segundo a investigação sobre o processo terapêutico (*process research*). Nesse último, procura-se compreender como ocorre o processo psicoterapêutico, identificando o que acontece nas sessões nas diferentes abordagens psicoterapêuticas e buscando estabelecer conexões sobre a relação processo-resultados (Sousa, 2006; Serralta & Streb, 2003).

O investimento em pesquisas de avaliação de processo pode beneficiar pacientes e terapeutas, visto que a partir destas investigações é possível conhecer os mecanismos da

ação terapêutica e assim estabelecer caminhos que possibilitem uma maior qualidade dos atendimentos psicológicos oferecidos, os quais se refletirão tanto em nível do treinamento profissional como da sustentação de ações em saúde mental (Lhullier, 2002).

Atualmente sabe-se que cerca de 80% dos pacientes apresentam uma mudança clinicamente significativa quando comparados com a amostra de pessoas que não realizaram psicoterapia e encontrando-se com o mesmo tipo de problemática (Lambert & Olges, 2004; Sousa, 2006). No entanto, entre as pessoas que chegam à psicoterapia, os altos índices de abandono evidenciam que uma pequena parcela dos pacientes que buscam auxílio psicológico de fato chega a concluir os tratamentos que inicia. Estudos de meta análise mostram que 1 a cada 5 pacientes interrompe a psicoterapia sem concluí-la (Greenberg & Swift apud Jung, Serralta, Nunes & Eizirik, 2013). Há, portanto, uma defasagem entre a necessidade de ajuda psicológica da população, a procura por atendimento especializado e os benefícios recebidos com os tratamentos psicoterápicos (Gastaud & Nunes, 2010).

O abandono de tratamento na psicoterapia vem ganhando amplo espaço de pesquisa e discussão no meio clínico e científico. As altas taxas de abandono estimadas pela literatura nacional e internacional justificam a crescente preocupação com este fenômeno. Nas políticas públicas de saúde, o abandono ou interrupção do processo terapêutico é apontado como uma situação com implicações sérias nas trajetórias de saúde dos indivíduos e com alto custo econômico e social (Benetti & Cunha, 2008).

Ainda que possam referir algum ganho (Jung *et al.*, 2013), os pacientes que abandonam não se beneficiam totalmente do atendimento e acabam perdendo as esperanças de serem ajudados (Gastaud & Nunes, 2010). Ocorre o desgaste financeiro e afetivo do paciente, além de frustração para o terapeuta e para o serviço que presta o atendimento, os quais se sentem incapazes, incompetentes e desacreditados (Luk, Staiger, Mathai, Wong, Birlleson & Adler, 2001; Jung *et al.*, 2013).

Considerando a importância de harmonizar a pesquisa com a prática clínica e de estudar e compreender os fatores associados ao abandono em psicoterapia psicanalítica, este artigo visa apresentar e discutir dois casos atendidos em psicoterapia psicanalítica que estão sendo analisados em profundidade com diversos instrumentos e métodos de avaliação do processo terapêutico pelo grupo de pesquisa em psicoterapia vinculado ao PPG em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Os dois casos são de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), atendidas em psicoterapia psicanalítica, em consultório particular, pela mesma terapeuta. Os casos apresentam desfechos distintos: um aderiu ao tratamento e já se encontra há mais de um ano em psicoterapia e o outro abandonou depois de 20 sessões.

Método

Este é um estudo de dois casos que conjuga o método clínico psicanalítico com o método empírico de estudo de caso sistemático. O estudo de caso é uma abordagem metodológica que tem como objetivo a análise em profundidade de um fenômeno dentro do seu contexto, permitindo que se compreenda, explore ou descreva os acontecimentos dentro do tempo e do lugar ao qual pertencem (Stake, 2011).

Entendendo que a pesquisa psicanalítica pode coexistir com outros métodos de investigação da clínica psicanalítica, este projeto adota o modelo de estudo sistemático de caso. Segundo Edwards (2007), este tipo de estudo busca compreender os fatores que contribuem para a mudança dentro do contexto clínico natural considerando o rigor metodológico da pesquisa empírica. Serralta, Nunes e Eizirik (2011) explicam que esse delineamento pode fazer uso de medidas objetivas aplicadas às sessões gravadas de psicoterapia, fazendo frente à dificuldade encontrada em avaliar e mensurar aspectos subjetivos dos processos terapêuticos. Salientam os autores que este tipo de estudo pode ser uma adição ou complemento aos estudos de caso tradicionais na psicanálise e que possuem potencial para ajudar a diminuir a lacuna existente entre a prática clínica e a pesquisa empírica.

Partindo do pressuposto que, no atendimento clínico em psicoterapia de orientação psicanalítica, a realidade vivida entre psicoterapeuta e paciente é difícil de ser retratada, principalmente considerando os modelos de pesquisa empíricos, o estudo conjuga o método clínico freudiano, no qual, o terapeuta é o pesquisador e a pesquisa empírica, que busca aumentar a validade do estudo através da aplicação de medidas objetivas e de múltiplas perspectivas de observação em relação ao material clínico.

Os casos em análise

Caso 1

Mariana, 21 anos, realizou triagem em uma clínica psiquiátrica privada em março de 2013, por se cortar em momentos de raiva e ter crises de choro desde os 12 anos. Com 11 anos seu pai, que era alcoolista, faleceu subitamente. Na adolescência, com 13 anos, namorou por um ano um rapaz mais velho, também alcoolista. Com ele, Mariana começou a beber em excesso. Fez diversas psicoterapias desde os 14 anos com uso de medicação e, sempre que se sentia melhor abandonava os tratamentos. Mariana refere ser bissexual. Relaciona-se com meninos e meninas, mas atualmente pouco sai de casa. Nega relacionamentos promíscuos. A paciente apresenta comportamentos fóbicos, não consegue sair de casa para festas, não consegue andar de ônibus e nem ir à aula. Também apresenta algumas compulsões e tem rituais para dormir. Mesmo assim, tem pesadelos e muitas vezes não consegue conciliar o sono. Após a triagem, Mariana foi encaminhada para atendimento psicoterápico e psiquiátrico em consultório particular. O psiquiatra responsável pelo caso diagnosticou-a com TPB (DSM-V; APA, 2013), diagnóstico também confirmado pela terapeuta.

Caso 2

Juliana, 19 anos, realizou triagem em março de 2013 em uma clínica psiquiátrica. Queixava-se de irritabilidade e tristeza desde a infância. Referiu ter recebido diagnóstico de TDAH quando criança. Já fez uso de maconha e relata desejo do uso de outras drogas. Seus pais se separam quando ela era pequena. Desde então, passou a viver com a mãe. Refere que sua mãe é depressiva e negligente. Possui um irmão alcoolista e usuário de drogas. Juliana faz uso excessivo de álcool, desde os 14 anos. Teve um envolvimento

amoroso duradouro com um homem mais velho e casado. A paciente refere ter realizado psicoterapia em diversos momentos, desde a infância, com um histórico de abandonos precoces dos tratamentos. Depois da avaliação inicial, o psiquiatra responsável pelo caso diagnosticou-a com TPB (DSM-V; APA, 2013). Foi encaminhada para psicoterapia individual e acompanhamento psiquiátrico em consultório particular. Havia, recentemente, abandonado a escola e sido demitida de uma empresa prestadora de serviços, por erros e faltas no trabalho. Possui um namorado que apresenta transtorno de humor.

Terapeuta

A terapeuta possui treinamento formal em psicoterapia psicanalítica em uma instituição local, cujo modelo de formação é baseado no tripé: Seminários teóricos, supervisões e tratamento pessoal há, em média, nove anos. A terapeuta é a mesma nos dois casos.

Psychotherapy Process Q-Set (PQS)

O PQS (Jones, 2000) é um instrumento do tipo Q-sort que busca descrever o processo psicoterápico e tem como unidade de análise a sessão terapêutica. Foi criado por Enrico E. Jones em 1985 e publicado pela primeira vez em 2000. Consiste em 100 itens que descrevem o comportamento do terapeuta (n=41), o comportamento do paciente (n= 40) e a interação entre paciente e terapeuta (n=19), que devem ser distribuídos por juízes independentes (observadores externos treinados na aplicação do instrumento) em categorias de um *continuum* que vai do menos característico (categoria 1) ao mais característico (categoria 9). A distribuição dos itens em cada categoria é fixa de modo a manter conformidade com a curva normal. A distribuição dos itens nas categorias deve levar em consideração frequência, intensidade e importância de um item em relação aos demais, necessitando de tempo e reflexão (Ablon, Levy & Smith-Hansen, 2011; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007). O PQS está disponível em diversas línguas, tais como: Alemão, japonês, português, espanhol, italiano e norueguês (Ablon *et al.*, 2011). A versão em português do PQS foi elaborada por Serralta *et al.*, (2007) e foi testada em estudos anteriores (Brandtner, 2012; Serralta *et al.*, 2007; Serralta *et al.*, 2011) mostrando uma medida fidedigna e capaz de produzir descrições confiáveis do processo terapêutico de diferentes abordagens de psicoterapia.

Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ)

O APQ é uma adaptação para o uso em psicoterapias de adolescentes do *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) de Enrico Jones (2000). Consiste em 100 itens que descrevem o comportamento do terapeuta (n=30), o comportamento do paciente (n= 40) e a interação entre paciente e terapeuta (n=30), que devem ser distribuídos por juízes independentes (observadores externos treinados na aplicação do instrumento) em categorias de um *continuum* que vai do menos característico (categoria 1) ao mais característico (categoria 9). A distribuição dos itens em cada categoria é fixa de modo a manter conformidade com a curva normal. Os itens descrevem comportamentos observáveis ou marcadores linguísticos manifestos, evitando itens mais inferenciais como

a descrição das atividades mentais ou estados psicológicos inconscientes. Não obstante, alguns itens envolvem algum grau de inferência. A terminologia teórica também é evitada, de modo a permitir uma avaliação “não saturada” do processo. O APQ é um instrumento atóxico que descreve as atitudes e vivências do adolescente (Bambery, Porcerelli & Ablon, 2009). A medida de avaliação é a sessão terapêutica gravada em toda a sua extensão. A versão em português foi elaborada por Silvia Benetti e encontra-se atualmente em estudo (Benetti, Esswein, Bernardi, Midgley, Calderon, 2014).

Foram avaliadas as quatro sessões iniciais de cada um dos casos com o PQS ou com o APQ. O caso 1 (Mariana) foi avaliado com o PQS e o caso 2 (Juliana) com o APQ, respeitando a idade das pacientes. Estas sessões, bem como as demais sessões de ambos os tratamentos, haviam sido gravadas em áudio para subsidiar os estudos de processo desenvolvidos pelo grupo de pesquisa. As gravações das sessões foram avaliadas individualmente, de modo independente, por duplas de avaliadores previamente treinados na aplicação do PQS e do APQ. Caso a fidedignidade entre as avaliações tenha sido abaixo de 0,7 (Correlação de Pearson) foi utilizado um terceiro avaliador. Para as análises subsequentes foi utilizada a média das pontuações entre os dois avaliadores.

Para a descrição geral do processo terapêutico, foi feito um ordenamento simples, a partir das médias de cada item dos instrumentos (PQS ou APQ), dos itens mais e menos característicos da psicoterapia. Os 10 itens mais e menos característicos de cada caso foram utilizados para formar narrativas do processo. Essas narrativas foram comparadas qualitativamente entre si. Dados oriundos das observações da terapeuta complementam a descrição do processo. Na discussão, os resultados advindos dos dados empíricos foram integrados à compreensão clínica realizada pela terapeuta.

O presente estudo está vinculado a um projeto de pesquisa mais amplo já em andamento (Psicoterapia psicanalítica na adolescência – Características e avaliação do processo terapêutico), aprovado no Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (protocolo nº 12/028). A paciente e a terapeuta leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, fornecido pela pesquisadora coordenadora do projeto.

Resultados

Segue a descrição, utilizando do PQS, das quatro primeiras sessões do tratamento psicoterápico da Mariana:

Nestas quatro primeiras sessões Mariana não tem dificuldades de começar os diálogos, sem fazer longas pausas (PQS 25), se mostrando disposta a quebrar silêncios ou fornecer assuntos quer espontaneamente quer em resposta às indagações da terapeuta ativamente lhes dando segmento ou elaborando (PQS 15) e trazendo temas e materiais significativos que, de modo importante, estão relacionados com seus conflitos psicológicos (PQS 88). Parece desarmada ou sem bloqueios (PQS 97). Seu discurso é claro e organizado (PQS 54) e prontamente compreende os comentários da terapeuta (PQS 5). Parece sentir-se desinibida, autoconfiante ou segura de si (PQS 61), expressa ressentimentos, raiva, amargura, ódio ou agressividade para com os outros (PQS 84) e contempla ou persegue

linhas de pensamento que podem ser emocionalmente estressantes ou perturbadoras (PQS 58) para ela. Mostra estar confiando na terapeuta (PQS 44), não busca aprovação, afeição ou simpatia da mesma (PQS 78) e não parece preocupada com o tipo de impressão que está criando ou com possíveis julgamentos (PQS 53).

A terapeuta, por sua vez, se comunica com estilo claro e coerente (PQS 46) solicita mais informações ou elaborações (PQS 31) parecendo confiante, segura e não defensiva (PQS 86). Demonstra habilidade para intuir o mundo interno da paciente, é empática (PQS 6), e questiona a visão da Mariana acerca de experiências e acontecimentos (PQS 99), promovendo discussões sobre lembranças ou reconstruções dos primeiros anos de vida (PQS 91). Não assume uma atitude de superioridade (PQS 51) e mostra-se genuinamente responsiva e afetivamente envolvida no processo (PQS 9).

Conforme as observações clínicas da terapeuta referentes às quatro sessões iniciais de Mariana: A paciente descreve sua mãe como uma pessoa frágil, que chora muito e não consegue entender suas necessidades. Seu pai, falecido, é lembrado como um homem forte, com problemas de alcoolismo e bastante agressivo. Na primeira sessão conta, de forma agressiva, que as psicoterapias anteriores a estressavam e que não ajudavam em nada; também refere que quando parava de tomar o remédio “surtava” e agredia muito a mãe com “frases desnecessárias”. Nesta mesma sessão, Mariana conta à terapeuta que uma vez chegou à pedir para sua mãe interná-la, mas esta não atendeu ao seu pedido. Quando a terapeuta tenta explorar o motivo desta recusa, a paciente responde aos gritos: “Como ela ia ficar sozinha!?”. Nas sessões seguintes, a terapeuta registra que a ideia de que a psicoterapia pode não ajudar continua presente. Na terceira sessão, por exemplo, a paciente, afirma que por ter voltado a contar sua vida na terapia os seus pesadelos reapareceram e conclui acusatoriamente: “os pesadelos são, em parte, culpa tua (terapeuta) que me faz lembrar dessas coisas”. A terapeuta busca compreender empaticamente Mariana e procura explorar sua história de vida sem pré-julgamentos. Mariana descreve sua relação com os amigos com muita ambivalência – ora conta das festas e “porres” que tomam com muito orgulho, ora relata desconforto na presença deles. Seus afetos são também contraditórios. Relata que preferir ficar sozinha, mas se fica sozinha, sente-se angustiada. Conforme a terapeuta, a paciente é muito agressiva e impulsiva em algumas situações. Por outro lado, conta momentos dolorosos de sua vida, como a morte do pai, sem demonstrar nenhum afeto e, às vezes, com tom afetivo contrário ao esperado na situação, por exemplo, rindo muito de um episódio supostamente muito doloroso relacionado à doença do seu pai. No início do tratamento, o trabalho da terapeuta foca o entendimento da história de vida da paciente, a exploração dos motivos da busca de tratamento e no assinalamento das distorções dos seus afetos. A paciente aceita as interpretações da terapeuta, embora as rebata inicialmente com um “não”: “Será que esse monte de pesadelos não é a tua própria história guardada dentro de ti? Será que quando tu ri da enfermeira, o medo e a tristeza que tu tem não vão para dentro de ti e depois saem como pesadelo?”. E a paciente logo responde: “Não, eu ri e rio até hoje porque ela é burra, mas eu lembrei que tenho que te contar que tenho muita vontade, às vezes, de matar alguém. Imagino as mortes, mas não é ninguém especial, parece que isto está dentro de mim”.

Segue a descrição, utilizando do AQS, das quatro primeiras sessões do tratamento psicoterápico da Juliana:

Nas primeiras quatro sessões a paciente Juliana inicia sem dificuldades indo direto ao que considera importante (APQ 30), é particularmente dócil e respeitosa (APQ 20) e trabalha com a terapeuta de uma forma colaborativa (APQ 87), mostrando-se disposta a quebrar silêncios e trazer tópicos importantes às sessões (APQ 15) e transmitindo a sensação de que a terapeuta compreende as suas experiências e sentimentos (APQ 14). Juliana fala sobre si e sobre outros com compaixão e preocupação (APQ 25), discute suas relações sociais ou familiares ou seus envoltimentos emocionais (APQ 63) manifestando tensão, ansiedade ou preocupação ao longo das sessões (APQ 07) e experimentando afetos de desconforto ou incômodos (APQ 26), mas sem expressar sentimentos de ser tratada injustamente (APQ 55). As respostas ou comportamentos da terapeuta indicam que ela está ouvindo a paciente e lhe encorajando a falar (APQ 03) embora ofereça declarações tímidas ou provisórias sobre o conteúdo da mente da jovem (APQ 89) e não haja discussões de sonhos ou fantasias (APQ 90).

A terapeuta se comunica com Juliana em um estilo claro e coerente (APQ 46), solicitando mais informações ou elaborações de algumas ocorrências (APQ 31). Permanece empática quando confrontada com intensos sentimentos ou impulsos da jovem (APQ 37) e trabalha com ela para tentar dar sentido à sua experiência (APQ 09). A paciente e a terapeuta demonstram uma compreensão mútua em relação aos eventos ou sentimentos (APQ 38), mas a interação entre as duas não é foco de discussão (APQ 98). A paciente parece ser capaz de gerenciar o término das sessões sem dificuldades (APQ 52).

Conforme as observações clínicas da terapeuta referentes às quatro sessões iniciais de Juliana: A paciente inicia o tratamento pedindo ajuda da terapeuta para organizar seus estudos: “Eu não consigo sozinha, parece que sou preguiçosa”. Troca de assunto diversas vezes e a terapeuta sente que é difícil acompanhar sua linha de pensamento. Conta da igreja que frequentava e logo depois diz que já não frequenta mais. Refere que seus pais não aprovariam seu interesse por Reiki e ficariam bravos com ela se soubessem disso. Descreve todos os seus amigos como “legais” e “divertidos”; elas a chamam de “doidinha”. Fala positivamente do namorado e dos sogros, mas mostra-se ambivalente: “A mãe dele (namorado) quer me cuidar e o pai diz que eu sou praticamente da família, mas um dia eles me chamaram e disseram que eu estava indo muito lá, que a casa perdia a intimidade. Foi um conselho legal, um cuidado. A mãe dele (namorado) faz comidas especiais para a namorada do irmão dele, mas para mim nunca fez nada especial. Mas eu não vejo nada de mais nisso, sei que eles gostam muito de mim”. Juliana conta que é insegura e que acha que todo mundo vai abandoná-la e por isso tem crises de ciúmes dos amigos e do namorado. Conforme a terapeuta, Juliana parece muito infantil, inclusive no seu tom de voz. A terapeuta faz observações sobre o comportamento de Juliana, buscando clarificar aspectos do seu funcionamento: “Então foi por isso que no primeiro dia tu me perguntaste se eu atendia muitos pacientes?”. Sente-se convidada a perguntar e acaba por fazer, muitas vezes perguntas sobre aspectos da vida e da experiência da paciente. A paciente fala por diversas vezes na sua antiga terapeuta, às vezes positivamente e às vezes negativamente: “A minha ex-terapeuta também queria que eu viesse duas vezes na semana, mas eu não gostava, não me ajudava em nada”. Quando a terapeuta diz que seria importante que ela viesse duas vezes na semana, aceita de pronto. As colocações da

terapeuta são aceitas, mas sempre acompanhadas de dúvidas: “Eu já tinha pensado isso com a minha ex-terapeuta. Será que é por isso mesmo?”. Somente na segunda sessão fala sobre seus pais. O pai é visto como ‘coitadinho’ por viver sozinho. Refere não entender o porque dele viver sozinho. Quanto à mãe, afirma: “Ela vive para o trabalho... diz que tem várias formas da gente dar amor e que a dela é se matando de trabalhar para eu ter as coisas. Mas quando eu era pequena, eu queria outro tipo de amor...”.

Discussão

No contexto clínico existe um grupo de pacientes que coloca o nosso conhecimento tradicional em prova: os pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Estes sujeitos apresentam um sofrimento intenso que se manifesta por sintomas no corpo, autoagressões, abusos de substância, ideação suicida e angústia extrema. Devido a gama bem variada de sintomas apresentados, os pacientes com TPB sobrecarregam os serviços de atenção primária, sem conseguir encontrar ajuda farmacológica que alivie momentaneamente sua angústia. Buscam auxílio, mas não conseguem responder à ajuda oferecida, questionando o papel do psicoterapeuta e gerando frustrações (Bilbão, 2010; Chagnon, 2009).

Os pacientes com TPB são impactantes, perturbados e perturbadores; estão agarrados a uma linha tênue, linha esta que separa a neurose e a psicose, um lugar de máxima turbulência mental. Eles querem sobreviver, e para isso se agarram com todas as suas forças a essa linha, já que não possuem recursos psíquicos maiores (Czerny, 2007). Não são neuróticos e nem psicóticos. Por um lado se angustiam e temem cair na fragmentação psicótica, ao mesmo tempo em que anseiam pelas sólidas defesas psicóticas; e, por outro lado, desejam e o temem a genitalidade para a qual não estão preparados (Hornstein, 2010).

Para esses pacientes aceitar ajuda implica em uma quebra da onipotência, uma ferida narcísica que provoca baixa aderência ao tratamento, inveja acentuada e dificuldade no acesso e no aproveitamento das interpretações. A aliança terapêutica é particularmente difícil de estabelecer e exige que o terapeuta seja ativo, flexível e continente para poder tolerar as atuações, a agressividade e a angústia sem perder a capacidade de pensar e interpretar. O risco de suicídio pode levar a modificações no setting, sem descartar a possibilidade de hospitalizações, podendo implicar em problemas éticos e legais (Romaro, 2002).

Mariana e Juliana apresentam características e comportamentos típicos de pacientes borderline: foram negligenciadas pelos pais, temem o abandono e a solidão, apresentam histórico de uso abusivo de álcool e drogas, apresentam múltiplos sintomas da esfera afetiva (ansiedade, depressão) e exibem dificuldades no manejo de impulsos. Ambas, portanto, podem ser consideradas casos típicos deste transtorno.

Experiências traumáticas na infância são associadas com comportamentos destrutivos na idade adulta. A alta prevalência de histórias de abuso sexual na infância em pacientes com TPB levou muitos autores a estudarem a relação do abuso com o desenvolvimento e a etiologia desta patologia (Ferraz, Portella, Váñez, Gutiérrez, Martín-Blanco, Martín-Santos & Subirà, 2013). Depois de décadas de pesquisa, o papel do abuso

e da negligência na etiologia do TPB ainda não está suficientemente claro, pois conforme Hernandez, Arntz, Gaviria, Labad, e Gutiérrez-Zotes (2012) cada resultado de pesquisa pressupõem um tipo de relação entre o TPB e os maltratos na infância.

A história das pacientes revela que ambas iniciaram e abandonaram psicoterapia múltiplas vezes. Podem ser, portanto, consideradas pacientes difíceis e com dificuldades para estabelecer ou manter a aliança terapêutica e o vínculo com o terapeuta. O que se passou durante as sessões que levou Mariana a seguir o tratamento e Juliana abandonar, visto que ambas têm em sua história abandonos recorrentes?

Observando a descrição das quatro primeiras sessões, obtidas através dos itens do PQS que caracterizaram esse processo inicial, Mariana parece sentir-se desinibida, autoconfiante e segura de si, expressando ressentimentos, raiva, amargura, ódio ou agressividade para com os outros, não busca aprovação, afeição ou simpatia da terapeuta e não parece preocupada com o tipo de impressão que está criando ou com possíveis julgamentos da mesma. Conforme se depreende das observações clínicas feitas pela própria terapeuta, esta percebe claramente a desconfiança inicial de Mariana com o tratamento (“a psicoterapia pode não ajudar”), bem como a carga pulsional agressiva da paciente que é expressa na transferência. A terapeuta compreende, acolhe e direciona a sua ação à experiência afetiva contraditória da paciente. Já a descrição do processo inicial da psicoterapia de Juliana, obtida com o PQS, mostra que a paciente é particularmente dócil e respeitosa, trabalha com a terapeuta de uma forma colaborativa transmitindo a sensação de que esta compreende as suas experiências e sentimentos. Fala sobre si e sobre outros com compaixão e preocupação experimentando afetos de desconforto ou incômodos, mas sem expressar sentimentos de ser tratada injustamente. Conforme a terapeuta, Juliana é frágil e infantil, o que talvez explique a posição menos interpretativa da terapeuta e sua opção por não trabalhar, neste primeiro momento, as representações contraditórias exibidas pela paciente.

Nos chama a atenção que a primeira paciente, apesar de não ser dócil como a segunda, de ter comportamento agressivo e de ser desafiadora, forma um vínculo com a terapeuta, onde podem trabalhar em psicoterapia seus sentimentos de abandono e raiva. Juliana por sua vez, por sentir-se abandonada e não amada, torna-se dócil nas sessões, não podendo agredir abertamente a terapeuta ou os demais com medo de não ser amada ou de ser abandonada. Desta maneira, sua docilidade expressava sua resistência e sua problemática. A terapeuta de alguma maneira sentia esta resistência ao dar declarações “tímidas ou provisórias sobre o conteúdo da mente da jovem”, tendo dificuldade em atingir seus sonhos ou fantasias, ou seja, seu inconsciente. Juliana não se permitia vivenciar o abandono nos términos das sessões, mostrando gerenciá-los bem (resistência).

Desta maneira, quando a raiva, agressividade ou medo de abandono começou a surgir, Juliana abandonou o tratamento para evitar estas vivências. Abandonando antes de ser abandonada, ela atuou seu conflito, não deixando possibilidade de elaboração. A terapeuta foi quem ficou abandonada e não se sentindo capaz.

Os quadros de TPB se apresentam como um grande desafio para a teoria e para a técnica psicanalítica, pois colocam em xeque o uso das principais ferramentas deste enquadre: a associação livre, a transferência, a interpretação e a manutenção do setting. Assim, as pesquisas em psicoterapia psicanalítica devem avançar, buscando novas

formas de intervenção para esse grupo de pacientes. O TPB não é propriamente um tipo de patologia nova, mas com o avanço nos estudos podemos buscar o que se apresenta nas bordas do funcionamento psíquico, justificando que novos modos de intervenção, que estejam além da técnica psicanalítica clássica, possam ser propostos (Junqueira, & Junior, 2006).

A investigação acerca dos mecanismos de mudança nas psicoterapias contribui ao ensino, promove a discussão teórico-clínica e auxilia no aprimoramento de terapeutas em formação. Além disso, gera o conhecimento que favorece o atendimento adequado das demandas dos pacientes. Segundo Serralta, Nunes & Eizirik (2007), o estudo minucioso do processo terapêutico possibilita a geração e a avaliação de modelos explicativos de ação terapêutica.

Neste artigo não apresentamos nenhuma resposta à questão dos fatores associados à adesão ou abandono na psicoterapia psicanalítica com pacientes borderline, mas sim levantamos, através da descrição de dois casos clínicos, uma problematização sobre esse tema. Levantamos uma hipótese: a de que em pacientes borderline, a ausência de comportamentos típicos (como controle, postura desafiadora, expressão da agressão), no processo inicial pode ser um sinal de resistência e pseudocolaboração.

Esta é apenas uma hipótese que merece ser mais bem esclarecida em estudos sistemáticos do processo terapêutico de pacientes borderline que aderiram e não aderiram à psicoterapia psicanalítica. Defendemos nesta apresentação que o estudo empírico do processo terapêutico pode ajudar a elucidar o que ocorre no campo terapêutico e na interação paciente-terapeuta que pode explicar desfechos distintos em pacientes com funcionamento semelhantes tratados pela mesma psicoterapeuta. A análise intensiva do processo terapêutico desses dois casos está sendo conduzida pelo grupo de pesquisa e esperamos no futuro próximo poder apresentar alguns dos resultados encontrados.

Referências

- Abbass, A., Hancock, J., Henderson, J. & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 122-141.
- Ablon, J. S., Levy, R. A. & Smith-Hansen, L. (2011). *The contribution of the psychotherapy process Q-set to psychotherapy research. Research in Psychotherapy*, 14 (1), 14-48.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Bamberg, M., Porcerelli, J. H. & Ablon, J. S. (2009). Prototypes of psychodynamic and CBT psychotherapy with adolescents: Development and applications for training. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 175-81.
- Benetti, S. P. C. & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-58.
- Benetti, S. P. C., Esswein, G. C., Bernardi, G., Midgley, N. & Calderon, A. (2014). Adolescent Psychotherapy Q-Set (APQ): Prototypes of psychoanalytic psychotherapy

- and cognitive behavioral therapy. *Book of Abstracts Society for Psychotherapy Research 45th International Annual Meeting*. (p.105-105). Copenhagen, Denmark.
- Bilbão, R. (2010). Revisión histórica-conceptual de los estados limites de la personalidad desde una perspectiva psicoanalítica: encuentros y desencuentros. *Revista de Psicología GPU*, 1(1), 62-99.
- Brandtner, M. (2012). *Avaliação de processo-resultado de terapia cognitivo-comportamental para compras compulsivas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade do Vale do Rio do Sinos. São Leopoldo, Brasil.
- Chagnon, J. Y. (2009). Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*, 20(2), 173-192.
- Czerny, J. (2007). A linha da justaposição dos limites neuróticos e psicóticos nos pacientes Borderline. *Revista Brasileira de Psicanálise* 41(1), 91-101.
- Duarte, J. P. (2012). *Investigação em psicoterapia existencial utilizando o Psychotherapy Process Q-Set*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Edwards, D. J. A. (2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy [versão eletrônica]. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6-34.
- Ferraz, L., Portella, M. J., Vázquez, M., Gutiérrez, F., Martín-Blanco, A., Martín-Santos, R., & Subirà, S. (2013). Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 210, 980-985.
- Fonagy, P. (2004). Colhendo urtigas. O impacto mútuo da psicanálise e de outras disciplinas acadêmicas na universidade. *Psicanalítica*, 5(1), 29-48.
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 247-254.
- Gerber, A., Kocsis, J., Milrod, B., Roose, S., Barber, J., Thase, M., Perkins, P., & Leon, A. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168, 19-28.
- Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A. & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and Borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorder* 26(5), 727-736.
- Hornstein, L. (2010). *Narcisismo: autoestima, identidade, alteridade*. 1ª edição. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 181-190.
- Junqueira, C. & Junior, N. E. C. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros Borderline? *Psicologia Clínica*, 18(2), 25-35.

- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and efficiency of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed)*, 139-193. New York: John Willey.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, W. & Leibling, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 3, 229-244.
- Lhullier, A. C. (2002). *Abandono de tratamento em psicoterapias realizadas numa clínica-escola*. Tese de Doutorado publicada. Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Luk, E. S., Staiger, P. k., Mathai, J., Wong, L., Birlson, P. & Adler, R. (2001). Children with persistent conduct problems Who dropout of treatment. *Eur Child Adolescent Psychiatry*, 10(1), 28-36.
- Romaro, R. A. (2002). O sentimento de exclusão social em personalidade Borderline e o manejo da contratransferência. *Revista Mudanças* 10(1), 62-71.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do psychotherapy process Q-set. *Revista de Psiquiatria do RS.*, 29(1), 44-55.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 501-510.
- Serralta, F. B. & Streb, L. G. (2003). Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 53-66.
- Silva, J. F. R., Yazigi, L. & Fiore, M. L. M. (2008). Psicanálise e Universidade: a interface possível por meio da pesquisa psicanalítica clínica, Alice quebra-vidros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 152-155.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: contexto, questões e controvérsias Possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica*, 24(3), 373-382.
- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. (K. Reis, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Penso.

Recebido em dezembro de 2014

Aceito em março de 2015

Aline Alvares Bittencourt: Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pelo ESIPP, mestranda em Psicologia Clínica pela UNISINOS.

Maria Cristina Vieweger de Mattos: Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pelo Instituto Contemporâneo de Psicanálise e Transdisciplinaridade, mestranda em Psicologia Clínica pela UNISINOS.

Farid Rodrigues Bessil: Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pelo ESIPP.

Fernanda Barcellos Serralta: Doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS), Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS.

Silvia Pereira da Cruz Benetti: Phd in child and family studies (Syracuse University), Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS.

Endereço para contato: alinealvares@hotmail.com