



ARTIGO ORIGINAL

Adesão à técnica psicanalítica no processo de psicoterapia com uma paciente *borderline*

Paula von Mengden Campezzato^a

Fernanda Barcellos Serralta^b

Luísa Fernanda Habigzang^c

- ^a Doutora em Psicologia Clínica pela PUCRS. Professora da Faculdade de Psicologia da Unisinos. Psicóloga. Porto Alegre, RS, Brasil.
- ^b Doutora em Ciências Médicas – Psiquiatria pela UFRGS. Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Unisinos.
- ^c Doutora em Psicologia pela UFRGS. Pós-doutorado em Psicologia pela UFRGS. Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Instituição: PUCRS

Resumo

Este artigo tem como objetivo descrever e compreender um processo de psicoterapia, com foco na técnica psicanalítica. MÉTODO: Realizou-se estudo de caso único sistemático com uma paciente diagnosticada com transtorno de personalidade *borderline*. As sessões da dupla paciente-psicoterapeuta e das respectivas sessões de supervisão foram gravadas e posteriormente analisadas. Para mensurar adesão à técnica, 13 juízas preencheram o Iasp (Instrumento para Avaliar Sessões Psicanalíticas). RESULTADO: Embora o tratamento seja

aderido à técnica psicanalítica, na análise geral deste, não se observa a clássica atitude analítica. A não interpretação das resistências, aliada à atitude prescritiva, pode ter contribuído para a interrupção prematura. **CONCLUSÃO:** Avaliar o processo pode auxiliar no desenvolvimento de técnicas mais efetivas com esse tipo de paciente.

Palavras-chave: Psicoterapia; Processos psicoterapêuticos; Pesquisa; Psicanálise.

Abstract

This paper aims to describe and understand a psychotherapy process, focusing on psychoanalytical technique. **METHOD:** A systematic case study was performed with a patient diagnosed as borderline personality disorder. The patient-therapist sessions and of their supervision sessions were recorded and analysed. To assess adherence to the technique, thirteen judges rated the IASP (Instrument for Evaluating Psychoanalytic Sessions). **DISCUSSION:** Although the treatment is adhered to the psychoanalytic technique, the general analysis does not show the classic analytic attitude. The non-interpretation of resistance coupled with prescriptive attitude may have contributed to the premature interruption. **CONCLUSION:** Evaluating process can assist in developing more effective techniques.

Keywords: Psychoanalysis; Psychotherapy; Psychotherapeutic processes; Research.

Introdução

As psicoterapias vêm sofrendo pressão para comprovar cientificamente seus métodos^{1,2}. Pesquisadores têm buscado respostas sobre porque, para que e para quem a psicoterapia funciona. O porquê de a psicoterapia funcionar é a pergunta-chave dos estudos sobre processo terapêutico. Nesse âmbito, os estudos almejam oferecer subsídios para compreender fatores que influenciam a resposta ao tratamento. Contudo, as publicações de pesquisas sobre processos em psicoterapia são ainda incipientes, e a maior parte dos estudos avalia resultados^{3,4}.

O processo das psicoterapias envolve fatores específicos e comuns. Os fatores específicos são fatores da técnica que distinguem diferentes tipos de psicoterapia (como o manejo da transferência, na abordagem psicanalítica) e os comuns estão presentes em todos os tipos de psicoterapia, como aliança terapêutica, estrutura da situação terapêutica e como se organizam e se transmitem os conteúdos terapêuticos, por exemplo⁵. Décadas de investigação demonstram que os fatores comuns são mais importantes para promover a mudança do que os fatores específicos⁶. No entanto, a estimativa do efeito dos fatores específicos pode estar subestimada pela carência de estudos que focalizem esses fatores e seu efeito na psicoterapia, bem como devido às limitações dos delineamentos tipicamente utilizados nos estudos de processo-resultados^{7,8}. Argumenta-se que para

compreender a mudança em psicoterapia psicanalítica é necessário examinar múltiplas variáveis subjetivas por meio do tempo e, nesse sentido, o estudo de caso sistemático pode ser mais indicado do que delineamentos grupais⁹.

A psicoterapia psicanalítica baseia-se nos desenvolvimentos teóricos da metapsicologia psicanalítica aliados às adaptações da técnica a pacientes, contextos e culturas diferentes da época em que a psicanálise foi criada. Fatores específicos, como neutralidade do terapeuta e interpretação da transferência e de defesas, por exemplo, não necessariamente estão presentes da mesma forma em todos os casos, pois a sua adoção como parâmetro depende da natureza da psicopatologia do paciente. A diferenciação entre o tipo de estrutura (e conseqüente funcionamento mental) deve ter repercussão direta na técnica utilizada, o que reforça a necessidade de investigar os processos de psicoterapias psicanalíticas com pacientes de diferentes níveis de funcionamento.

Pacientes *borderline* apresentam como característica o funcionamento frágil do ego, a difusão da identidade, o predomínio de mecanismos de defesa primitivos e o funcionamento mental no nível de processo primário, ainda que com manutenção do teste de realidade¹⁰. Fatores ambientais, como vivências de abuso ou negligência e a falta de um modelo de apego seguro, são partes de sua etiologia¹¹. Devido a essas características, esses pacientes geralmente requerem modificações na técnica psicanalítica clássica¹².

Verifica-se na literatura que a técnica para o atendimento dos pacientes *borderline* não apresenta consenso na literatura. A adaptação à condição face a face entre paciente e psicoterapeuta, porém com proposta rígida do *setting*, frequência e intervenções predominantemente do espectro interpretativo, foi proposta por Kernberg¹⁰. Baseada no modelo desse autor, a Terapia Focada na Transferência é uma modalidade manualizada de psicoterapia psicodinâmica dirigida a pacientes *borderline* que visa trabalhar as representações do paciente e dos outros na medida em que surgem na interação com o terapeuta. O tratamento é estruturado de forma a controlar a atuação, sustentando-se no estabelecimento do contrato e na neutralidade do terapeuta¹¹. Outra corrente é centrada na construção do vínculo de confiança e compreensão baseado na criação de introjeções positivas que o ambiente materno fracassou em prover. Essa modalidade de adaptação da técnica tem como característica a utilização de uma gama maior de intervenções em detrimento das clássicas interpretações, nas quais a presença de constância, cuidados e não punição do terapeuta são mais importantes do que o conteúdo das interpretações¹³ [PVMC1], baseando-se na obra de Bion¹⁴ e Ogden¹⁵, entre outros. E, ainda, Bateman & Fonagy¹⁶ defendem uma modalidade estruturada de tratamento para pacientes *borderline* que tem como objetivo estimular o processo de mentalização, ou seja, buscar compreensão de estados mentais do próprio indivíduo e de pessoas de seus relacionamentos sociais. Experiências de fragmentação na estrutura do *self* podem ser reduzidas pelo desenvolvimento da capacidade de mentalização, assim como a habilidade de lidar com estados emocionais e o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais. Assim, os autores apoiam a ideia de que interpretações transferenciais não devem ser utilizadas nesse tratamento. Tais modalidades, embora sustentadas empiricamente, geralmente não são ensinadas nos cursos de formação de

psicoterapeutas em nosso meio, sendo pouco conhecidas entre psicoterapeutas não familiarizados com a pesquisa em psicanálise.

Uma vez que os modelos de orientação psicanalítica não são unânimes a respeito da técnica e do processo ideal na psicoterapia com pacientes *borderline*, constata-se a necessidade de mais estudos do processo terapêutico de psicoterapias psicodinâmicas para conhecer melhor os elementos associados aos resultados terapêuticos. Seguindo esse propósito, este artigo tem como objetivo descrever e compreender um processo de psicoterapia de uma paciente com transtorno de personalidade *borderline*, com foco na técnica psicanalítica. Procura-se observar como os aspectos intrapessoais (funcionamento da paciente) interferem na adesão à técnica e no modo como se estabelecem aspectos interpessoais da dupla paciente e psicoterapeuta. Trata-se de um caso interrompido precocemente. Avaliar o processo terapêutico de casos que não atingiram os resultados esperados pode auxiliar a desenvolver modos mais efetivos para ajudar esses pacientes a permanecer em tratamento, de forma a extrair deste o máximo de benefício.

Método

Delineamento

Estudo de caso único sistemático¹⁷.

Participantes

Fez parte do estudo uma dupla paciente-psicoterapeuta e integrantes do grupo de supervisão clínica do caso. A paciente, Lara, era adulta jovem, solteira, empregada doméstica, ensino fundamental incompleto, com hipótese diagnóstica de transtorno de personalidade *borderline*, estabelecida pela psicoterapeuta e pelo grupo de supervisão. A queixa inicial era choro constante, sentimento de vazio, relacionamento conflituado com a mãe, dificuldade em expressar sentimentos e baixa autoestima. Foi vítima de violência doméstica durante a infância (violência física, negligência e suspeita de abuso sexual). A terapeuta era psicóloga, com formação em psicoterapia psicanalítica, cinco anos de experiência na área. O grupo de supervisão clínica do caso foi conduzido por uma psicanalista experiente (supervisora) e contou com a participação de uma professora-pesquisadora em psicologia e psicanálise, quatro psicólogas com experiência em psicoterapia psicanalítica (dentre elas, a psicoterapeuta do caso) e duas estudantes de psicologia.

Para fins deste estudo, as sessões do tratamento e de supervisão constituem a unidade de análise. Descrevemos sucintamente ambos os contextos: os atendimentos psicológicos foram realizados em uma clínica-escola, após procedimento-padrão de triagem da instituição que verificou a indicação de psicoterapia psicanalítica. Essa triagem foi conduzida por psicóloga com formação em psicoterapia e experiência de dez

anos na área. A indicação inicial foi de psicoterapia psicanalítica com a frequência de duas sessões semanais; no entanto, devido a questões laborais e financeiras, a paciente passou a ser atendida semanalmente no ambulatório da instituição parceira deste estudo. O tratamento teve duração de nove meses e consistiu em 25 sessões marcadas, com o comparecimento da paciente em 13 sessões. Essas foram gravadas em áudio e supervisionadas semanalmente. Nas supervisões, as discussões tiveram como base as gravações em áudio das sessões, as sessões dialogadas realizadas pela psicoterapeuta e o diário de campo da mesma, com informações complementares, tais como atrasos, faltas, comunicação entre as sessões e sentimentos contratransferenciais. As 18 sessões de supervisão foram gravadas em áudio e registradas através de relato escrito.

Instrumento

O Instrumento para Avaliar Sessões Psicanalíticas (Iasp) avalia a adesão à técnica psicanalítica por meio do exame de sessões transcritas ou gravadas em áudio, para verificar se estas podem ser consideradas psicanalíticas. É autoaplicável, sendo necessário que o juiz possua amplo conhecimento a respeito da teoria e da técnica psicanalítica, além de ter experiência em psicoterapia psicanalítica e/ou psicanálise¹⁸. Constituído por cinco itens, engloba os seguintes pontos: (A) natureza das intervenções, (B) neutralidade do terapeuta, (C) realização de interpretações, (D) uso da teoria para compreensão do material e (E) aspectos da relação paciente-terapeuta (sendo o somatório de E1 – clima da sessão e E2 – atitude do terapeuta). O ponto de corte sugerido para considerar uma sessão como psicanalítica é =13, sendo 25 a pontuação máxima da escala (Almeida, 2010). Encontra-se em processo de validação no Brasil. Testes preliminares da versão final demonstraram boa confiabilidade (Alpha de Cronbach's = 0,81¹⁹ e PABAK = 0,831/p= 0,009²⁰), apresentando apenas um fator, com todos os itens tendo participação relevante na sua composição^{18,19}.

Procedimentos de coleta e análise de dados

A pesquisa seguiu procedimentos éticos, aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 772.465). Após o convite e aceitação da participação pela paciente e pela psicoterapeuta, a gravação em áudio das sessões de psicoterapia foi realizada na clínica-escola parceira deste estudo. A cada sessão realizada, a psicoterapeuta relatava, por escrito, o atendimento para ser utilizado na supervisão, também gravada em áudio. Todas as sessões do tratamento foram transcritas literalmente.

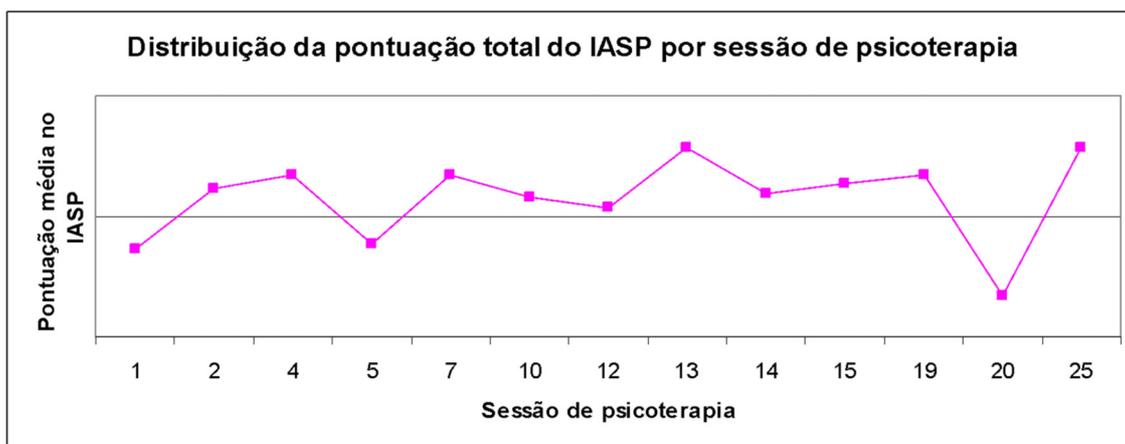
As transcrições das sessões foram distribuídas às 13 juízas voluntárias para avaliação por meio do Iasp, de forma que cada sessão fosse avaliada por duas juízas. Essas juízas possuíam no mínimo dez anos de experiência clínica (Md = 14,07 anos) e já haviam concluído curso de especialização em psicoterapia psicanalítica e/ou em psicanálise. O escore final foi calculado com a média das duas juízas. Quando houve discrepância no escore total entre as duas juízas, ou seja, a mesma sessão foi considerada psicanalítica por uma juíza e não

psicanalítica por outra, tal sessão foi enviada para uma terceira juíza. Isso foi realizado nas sessões de número 3 e 25.

Para exame aprofundado da evolução do processo de psicoterapia, os áudios das sessões foram ouvidos e as transcrições de todas as sessões foram lidas, visando a uma integração com os resultados obtidos por meio do Iasp. Além disso, recorreu-se à gravação do áudio das supervisões para compreender e explicitar momentos de maior ou menor adesão à técnica psicanalítica.

Resultados e discussão

O tratamento durou nove meses e consistiu em 25 sessões marcadas, com o comparecimento da paciente a 13 sessões (de números 1, 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 20 e 25). A Figura 1 apresenta a distribuição dos escores totais do Iasp em todas as sessões do tratamento analisado. A maioria das sessões (76,92%, n=10) está classificada acima do ponto de corte da escala (=13), sendo considerada de abordagem psicanalítica, com média de 14,96 pontos. Tal resultado permite considerar o tratamento em questão psicanalítico no que diz respeito à técnica da psicoterapeuta. No entanto, três sessões (1, 5 e 20) se apresentam abaixo do ponto de corte, não sendo consideradas aderidas à técnica psicanalítica.

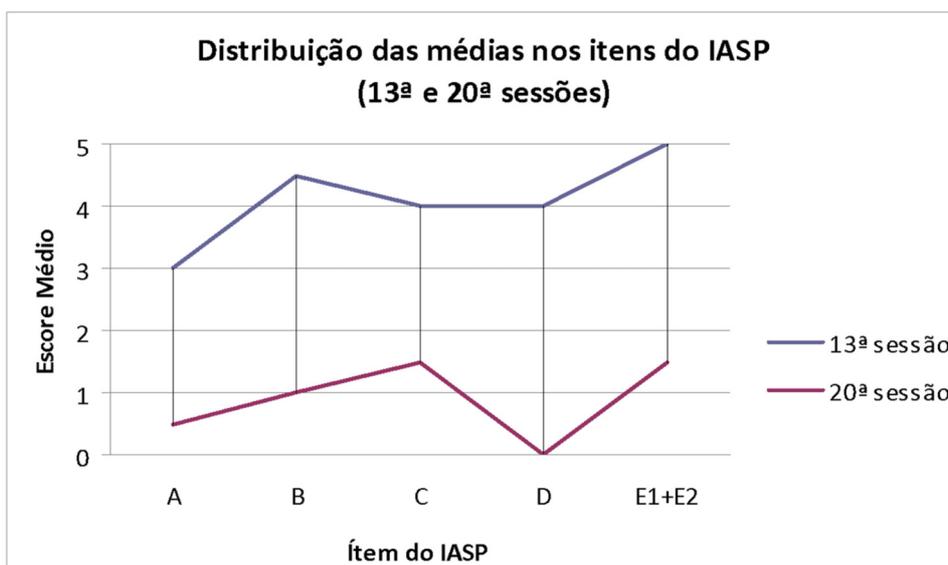


Compreende-se que, no decorrer de um processo psicoterapêutico, é possível a ocorrência de períodos mais e menos aderidos à técnica por diferentes fatores, como, por exemplo, momentos da vida do paciente, pontos de urgência e questões relativas ao campo que se configura entre a dupla paciente-psicoterapeuta. A primeira sessão do tratamento pode não ser considerada psicanalítica por não haver ainda o estabelecimento de um processo psicoterapêutico e estar mais focada na exploração da queixa e construção da aliança terapêutica. Uma vez que a tarefa principal neste momento é conter os elementos que se apresentam no campo e esperar para oferecer ao paciente algo que ele possa compreender²¹, não é esperado que sejam realizadas interpretações ou outras intervenções que aproximem o paciente de conteúdos profundos.

Constata-se que, embora o tratamento em questão seja considerado aderido à técnica psicanalítica, na análise geral, não se observa a clássica atitude analítica, em que paciente associa livremente, trazendo sonhos ou outros conteúdos de sua história passada. As sessões ocorrem face a face e é observada uma atitude ativa da terapeuta, convocando a paciente a organizar seu discurso e a refletir sobre os conteúdos trazidos às sessões. Essa configuração do *setting* está calcada em uma das possibilidades de adaptação da técnica tradicional ao paciente *borderline* e à cultura dos dias de hoje.

Salienta-se que, embora fosse indicada a Lara uma frequência de sessões maior do que a realizada, as sessões eram marcadas semanalmente e comparecidas com frequência ainda menor. Esse pode ser um dos fatores associados à interrupção precoce do tratamento. É possível conjecturar que a não adesão da paciente à recomendação da terapeuta sobre a frequência das sessões idealmente indicada revele baixa aceitação dos seus problemas e da necessidade de ajuda, dois dos fatores genéricos relacionados à mudança em psicoterapia⁵. A trajetória psicoterapêutica dos pacientes *borderline* é descrita como comumente tormentosa, pois demoram a procurar tratamento, e, quando procuram, costumam ter excesso de faltas às sessões e impasses que podem levar ao abandono da psicoterapia²². Independentemente do diagnóstico, as taxas de abandono em psicoterapia são geralmente altas, sendo que aproximadamente um a cada cinco pacientes interrompe o tratamento antes do término indicado ou previsto²³. O desfecho do tratamento de Lara, portanto, não é raro. A trajetória irregular do seu processo também não.

A partir do resultado da avaliação das juízas (Figura 1), destaca-se a sessão de número 13 como mais aderida à técnica psicanalítica (score total médio de 20,5), e a de número 20 como menos aderida à mesma (score total médio de 4,5). Para melhor compreender o que determinou a maior ou menor adesão, essas sessões serão analisadas descritivamente, em profundidade, e de acordo com os cinco itens que compõem o Iasp (Figura 2).



13ª sessão de psicoterapia

Essa sessão foi considerada aderida à técnica psicanalítica pelas juízas por meio do Iasp, com elevada pontuação em todos os itens da escala. No clima geral da sessão pareceu existir um total entrosamento entre psicoterapeuta e paciente (item E1), de forma que a atitude da psicoterapeuta proporcionou momentos reflexivos ao longo de toda a sessão (item E2). As juízas avaliaram que nessa sessão a psicoterapeuta não utilizou opinião ou julgamento pessoal ou exemplos de sua própria vida, mantendo-se neutra também com relação a seus valores e teorias (item B).

É importante contextualizar que a 13ª sessão ocorre em meio a uma sequência de presenças da paciente (12, 13, 14 e 15), configurando importante marco no fluxo do trabalho terapêutico. Na supervisão dessa sessão, é referida pelo grupo a redução da sensação de que Lara pode interromper o tratamento a qualquer momento, e a psicoterapeuta percebe o fortalecimento da aliança terapêutica com a paciente. O grupo de supervisão refere irritação com a passividade e com as queixas da paciente, em contraste com a pena sentida nas sessões anteriores. Esse processo é compreendido como necessário para o engajamento da paciente ao processo de mudança. Retoma-se que o sentimento contratransferencial de pena vitimiza Lara e a deixa sem chance de poder modificar sua própria história. Já a raiva se apresenta com movimento de vida, na tentativa de fazer com que a paciente possa sentir-se protagonista, capaz de escrever sua história atual e futura ativamente. Destaca-se trecho do grupo de supervisão:

“Lara lista o que pode fazer (trabalhar, estudar, fazer o curso) e diz que não quer e não consegue fazer nada (estudar, trabalhar). Como um bebê. Só quer mamar. Tem carências reais em sua história, mas para se desenvolver terá que sair da postura de pena de si, de pobrezinha, elaborando esse sentimento e lutando. [...] Se for uma coitadinha que não pode nada, será provavelmente abusada, só receberá indiscriminadamente o que derem para ela.”

Embora as juízas tenham realizado avaliação positiva dessa sessão, no grupo de supervisão, a psicoterapeuta afirmou ter dificuldades de relatar a sessão em seu diário de campo, considerando essa tarefa mais difícil do que com outros pacientes. Tinha a impressão de que eram sempre os mesmos assuntos, confundindo-se com a ordem dos mesmos, embora se sentisse mais conectada com a paciente durante os atendimentos. O tipo de funcionamento de Lara necessita ser considerado, o qual costuma gerar aspectos contratransferenciais dessa natureza. O discurso da paciente se apresenta muitas vezes desorganizado, com associação caótica de ideias. Por ser difícil traduzir a qualidade afetiva do discurso de pacientes *borderline*, é importante o uso da contratransferência²⁴. Os sentimentos da psicoterapeuta remetem à necessidade de convocá-la a pensar e a atribuir nome ao que sente.

Na vinheta a seguir, a psicoterapeuta procura auxiliar a paciente a compreender que não estava conseguindo matricular-se no curso por necessitar de uma figura cuidadora/materna (empregadora) que a acompanhe nessa tarefa:

T – E o que tu pensa sobre fazer esse curso? O que te interessou nesse curso? [...] E será que isso te motiva a acabar o segundo grau?

P – Pois é. [...] Acho que eu teria que começar, mas é difícil... Só de pensar que eu vou ter que estudar matemática de novo...

T – É, dá um trabalho se a gente quer resultado.

P – É... Mas eu tô tentando, vamos ver se agora eu consigo ir logo lá.

T – Acho que dá uma vontade também, às vezes, de ser um pouco cuidada...

P – É.

T – ...de querer que a [empregadora] te leve no curso, te busque, que ela não te dê tanto serviço, consiga cuidar de ti...

As juízas avaliaram que a psicoterapeuta realizou vários tipos de intervenções, entre elas interpretações, perguntas, assinalamentos, confrontações, esclarecimentos, além de orientações e combinações (item A). Essa variedade de intervenções está de acordo com a adaptação técnica para o atendimento de pacientes regressivos como Lara, embora muitas vezes questione-se o real aproveitamento da paciente. Percebeu-se que a psicoterapeuta utilizou a teoria psicanalítica na elaboração das intervenções, abrangendo a compreensão da transferência/contratransferência, do padrão de relacionamentos fora da sessão, de relações entre a história atual e passada e do funcionamento defensivo (item D). Destaca-se trecho do diário de campo da psicoterapeuta:

“Desde o início da sessão que ela fala sobre esse seu jeito de se deixar ser ‘abusada’, penso em sua mãe, que apanhava do marido, e mais para o fim da sessão, quando ela fala que acaba se submetendo ao que os outros querem dela, mesmo que isso faça mal a ela, lembro da mãe dela. Em uma outra sessão, [a paciente] teria me dito que sua mãe nunca conseguiu se livrar do marido, e que isso gerava raiva nela. Depois me arrependo de falar, talvez tenha sido muito cedo, pois ela não faz esta conexão, só lembra do quanto ela odiava que a mãe não conseguia se livrar do marido.”

Na supervisão, a psicoterapeuta refere temer ter se antecipado na interpretação, mas, na transcrição das sessões, verifica-se que, nas associações, aspectos depressivos necessários começam a aparecer, como a falta de vontade de fazer as coisas e uma visão integrada da empregadora, anteriormente vista como má (objeto parcial):

T – [...] E se tu não conseguir dizer pelo menos alguns ‘nãos’, tu vais te sentir assim como tu te sente, usada, como se ela [empregadora] tivesse abusando da tua boa vontade, como se ela tivesse te maltratando mesmo.

P – É.

T – E eu estou todo tempo me lembrando um pouquinho da história da mãe que tu me contou, que pra ti era difícil entender porque tua mãe não largava o marido dela, mesmo apanhando, mesmo passando dificuldades [...].

P – É, eu acho que, sei lá, é difícil. A gente não entende, tanto é que eu não falo assim mais com ela. Sei lá, a minha família é muito assim, na verdade eu nem tenho família porque é cada um por si. [...]

T – Também tem coisas boas que a [empregadora] faz né...

P – É e o marido dela, assim, ele é meio chato pra roupa, mas ele também, assim, é muito legal. Quando a gente vai jantar pizza, ele corta a pizza pra mim, sabe, ele me serve e tal, daí isso ajuda bastante. E eles são simples, assim, nessa questão, eu me sinto melhor [...]. Eu acho que eu virei gente [...]. Eu acho que esse emprego também já me ajudou bastante.”

Na sequência, a paciente discorre sobre não gostar de seu sorriso. A psicoterapeuta pôde realizar algumas interpretações (item C), como o que foi narrado pela psicoterapeuta:

“Fica claro que o sorriso que ela não gosta é sua infelicidade e falta de vontade de viver, por não saber o que quer, para onde ir e como fazer para que as coisas aconteçam para ela. Digo isso a ela, e aqui sim acho que ela relaciona, de forma surpreendente, com sua infelicidade e falta de confiança em si mesma.”

Observa-se que paciente e psicoterapeuta realizam um encontro emocional, auxiliando a paciente a compreender-se melhor. Pode-se observar microtransformações no transcorrer dessa sessão, as quais não ocorrem apenas em decorrência de interpretações decodificadas, mas sim com o fato de a emoção vivida naquele momento poder ser captada. Não se deve considerar apenas a decodificação da comunicação, e sim a transformação em relação à comunicação²¹.

No entanto, no grupo de supervisão, a psicoterapeuta segue narrando o temor contratransferencial de que a psicoterapia seja para a paciente como as roupas, nas quais esta despense grande parte de seu salário e não consegue utilizar. No final da sessão, a paciente relatou que desejava ser massoterapeuta e ficar rica. No grupo de supervisão, há a impressão de que seria difícil trabalhar os aspectos de inveja com ela, que são projetivos. Sentem ainda não haver o vínculo necessário para trabalhar assunto tão delicado.

20ª sessão de psicoterapia

A 20ª sessão ocorreu em um período do tratamento com presenças (sessões 19 e 20), intercaladas com diversas ausências (sessões 16, 17 e 18). Na 19ª sessão (aderida à técnica), Lara compareceu após envio de mensagem telefônica da psicoterapeuta, afirmando que a aguardaria em seu horário. Apresentou-se com o visual modificado (maquiagem descrita como inadequada pela psicoterapeuta, “estava maquiada como uma

boneca”) e com discurso ilógico, sem espaço para reflexão. A psicoterapeuta achava que a paciente não viria na 20ª sessão. Nesse dia, a psicoterapeuta recebeu uma ligação de um número não identificado, mas não conseguiu atendê-la. Fantasiou que era Lara, avisando que não viria. Na sequência, na 20ª sessão, a paciente chegou atrasada, ansiosa, falando muito rapidamente e com discurso confuso, trocando de assunto sem uma lógica aparente.

“Respira e diz que não tem muita novidade, desde a semana passada. Lara fala muito rápido, sem pensar, e aí fica confuso. Por muitas vezes na sessão fico só tentando discriminar o que ela está dizendo, para poder pensar um pouco. Era uma coisa em cima da outra” (diário de campo da psicoterapeuta).

Aborda a possibilidade de sua iniciação sexual de forma impulsiva e sem prevenção contraceptiva e contra doenças sexualmente transmissíveis. Diante desse cenário, a psicoterapeuta adota postura de orientação psicoeducativa, questionando o conhecimento da paciente sobre o assunto e orientando-a a marcar uma consulta ginecológica. O grupo de supervisão e a psicoterapeuta temem que ela engravide, já que Lara repete diversas vezes, no transcorrer do tratamento, que deseja ter um filho menino. Um membro do grupo verbaliza que Lara está *“na beira do abismo”* (sic) e apoia a condução não aderida à técnica realizada pela psicoterapeuta. O grupo considera a orientação da necessidade de prevenção como responsabilidade da psicoterapeuta, porém com cuidado para não assumir uma postura moralista.

O clima foi considerado pelas juízas com entrosamento emocional entre paciente e psicoterapeuta, mas não completamente (item E1). A atitude da psicoterapeuta proporcionou poucos momentos reflexivos ao longo da sessão (item E2). O tema da sessão iniciou com o relato sobre o curso de massoterapia que a paciente desejava fazer. No grupo de supervisão havia a orientação de a psicoterapeuta auxiliá-la a buscar informações sobre o curso, pois Lara mostrava-se confusa. Destaca-se a sequência de intervenções da psicoterapeuta, que, intercaladas com as verbalizações imprecisas da paciente, buscavam organizar suas ideias e orientá-la, como, por exemplo:

T – Mas é por ano? [...] Tu fazes o 1º, depois o 2º e o 3º ano? [...] São provas que tu deves fazer? E pra fazer massoterapia tens que terminar o ensino médio? [...] E tu já pensaste em ligar pra perguntar? [...] Tu tens que achar tempo, mesmo que tu não vás lá presencialmente, para estudar... se de manhã não dá, de tarde, de noite...

Na sequência, o assunto abordado pela paciente foi seu novo relacionamento amoroso e a necessidade de iniciar sua vida sexual, o que preocupou a psicoterapeuta. Essa iniciação sexual foi compreendida no grupo de supervisão como um mecanismo contrafóbico (irá realizá-lo de forma impulsiva). O namorado foi descrito pela paciente como alguém que cuida dela, e não alguém de quem ela gosta. Referiu temer a sexualidade, mas necessitar vivenciá-la. Não relatou preocupação com questões genitais, e sim com sua aparência nua em frente ao rapaz. A paciente relatou, rindo, que suas amigas comentam que ela é antiquada ou que ela deve ter sido abusada para ser tão traumatizada, referindo que irá perguntar para sua mãe, pois não lembra. Demonstrou

afeto inadequado, considerando-se que o tema de abusos em sua infância foi narrado por ela em outro momento do tratamento.

A psicoterapeuta registrou sentir que as discriminações que procurava fazer não eram absorvidas pela paciente. *“Fico preocupada, sentindo que está prestes a repetir tudo das irmãs, que é o que diz não querer.”* O temor toma conta da psicoterapeuta e, também, dos membros do grupo de supervisão. Quanto maior a excitação emocional do paciente, menos complexa deve ser a intervenção¹⁶. Em supervisão combina-se a necessidade de se adotar uma postura psicoeducativa, oferecendo orientações. Um membro do grupo de supervisão cogitou conseguir uma consulta médico-ginecológica para a paciente, mas o grupo percebeu que há um limite entre o que se pode oferecer. O grupo pontuou que ela necessitava compreender objetivamente porque tinha que ir ao ginecologista, contando com a ajuda da psicoterapeuta em função do desamparo. Considerou que pensar em questões subjetivas, como o medo da sexualidade, deveria ser abordado posteriormente nas sessões seguintes. Mesmo assim, a psicoterapeuta sentia que ela não marcaria a consulta e que deveria adotar uma postura de mãe de adolescente.

No Iasp, as juízas consideraram que a psicoterapeuta perdeu a neutralidade na maioria de suas intervenções (item B). Isso pode ser ilustrado no fragmento:

T – Ahm tu vê isso do ginecologista para o dia 24?

P – Vou tentar.

T – Então tá. Já é uma tarefa.

Diante das urgências identificadas pela psicoterapeuta, portanto, a adesão à técnica psicanalítica não foi possível nessa sessão. As juízas consideraram que a psicoterapeuta realizou quase que exclusivamente intervenções do tipo combinações, solicitação de tarefas, sugestão e/ou persuasão (item A), que a psicoterapeuta não realizou nenhuma ou apenas uma interpretação dentre as intervenções realizadas (item C). Além disso, a psicoterapeuta não utilizou dados da relação transferencial-contratransferencial, tampouco avaliou o padrão de relacionamentos fora da sessão. Os dados do passado não foram conectados com o presente, e não foi avaliado o funcionamento defensivo (item D).

Na técnica psicoterápica com pacientes *borderline*, compreende-se que os terapeutas “andam sobre uma corda bamba”. Há o questionamento com relação à técnica psicoterapêutica e à atitude do psicoterapeuta: até que ponto pode-se tolerar as faltas ao tratamento e o risco elevado de *actings* violentos que coloquem os pacientes em risco?²² Gabbard e Westen²⁵ sugerem que mais do que pensar se uma técnica é ou não psicanalítica, os terapeutas deveriam ponderar se é ou não terapêutica. Se for terapêutica, esta técnica pode, em determinadas circunstâncias, ser empregada para promover mudança. A psicoterapeuta de Lara precisou, no contexto específico dessa sessão, adotar atitude mais diretiva e prescritiva com o objetivo de organizar a paciente e evitar possíveis danos. No entanto, pode-se conjecturar que o afastamento da técnica se deveu por pressão da contratransferência (medo de possíveis *actings*). A terapeuta parece ter assumido papel de

maternagem, valorizando essa atitude em detrimento à necessária reorganização do *setting* e à restauração da aliança terapêutica. Os ataques realizados ao tratamento (ausências) não foram trabalhados suficientemente, a ponto de modificar o comportamento de Lara. Nesse sentido, é importante lembrar a recomendação derivada dos estudos sobre abandono na Terapia Focada na Transferência, que mostram diminuição dos índices de abandono na medida em que maior ênfase à manutenção do contrato passou a ser estimulada²⁶.

Análise integrativa da 13ª e 20ª sessões

Torna-se importante buscar hipóteses explicativas para o motivo das diferenças entre o funcionamento psíquico da paciente e seu impacto no instrumental utilizado pela psicoterapeuta nessas duas sessões. A análise minuciosa da 20ª sessão indicou que o período de faltas que a antecedeu (sessões 16, 17 e 18) coincidiu com diversos eventos narrados pela paciente, relacionados aos seus investimentos objetivos: faltas às consultas médico-odontológicas (importante tópico de cuidado discorrido no tratamento), não realizar as visitas semanais à irmã (a única referência familiar), início do relacionamento amoroso (descrito como alguém que cuida da paciente) e o fato de que a mãe viria morar perto dela (fonte de apreensão, devido ao relacionamento conflituoso entre elas).

Pode-se pensar que houve uma transferência de uma série de investimentos libidinais no objeto namorado, que evocaram na paciente um novo caminho em busca de reconstruir o seu *self* fragmentado. A presença de afetos intensos e indiscriminados conduzia a paciente a comportamentos impulsivos (*actings*), incapazes de serem processados e pensados. A intimidade e segurança da relação terapêutica vivenciada no período anterior do tratamento (como ilustrado na 13ª sessão) é tão distinta de todas as relações experimentadas em sua trajetória de vida que sua introjeção pode ser parcial, instável, fragmentada ou, ainda, anulada. Nesse sentido, a não interpretação desse movimento, aliada à atitude prescritiva voltada para os *actingsouts* (mais do que a atenção aos *actings* dirigidos ao próprio *setting*), pode ter contribuído para a interrupção prematura do tratamento. Desse modo, ainda que a atitude mais ativa da psicoterapeuta tenha sido apoiada pelo grupo de supervisão, entende-se que esse tipo de intervenção pode justamente impedir a comunicação do paciente²¹. Na sequência da 20ª sessão, ocorreram faltas (sessões 21, 22, 23 e 24) e diversas tentativas de contato por parte da psicoterapeuta, sem sucesso. A aliança foi rompida sem possibilidade de reparação naquele momento.

Entretanto, é importante mencionar que alguns meses depois a paciente foi em busca da psicoterapeuta para conversar, finalizar o tratamento e pagar pelos honorários das sessões pendentes. O modo íntegro como buscou realizar esse desfecho demonstrou uma modificação nos padrões repetitivos de relação relatados em sua história pregressa. Pagou pelas sessões de atendimento, demonstrando investimento em si, não apenas evacuação de informações e afetos; pôde ser grata à psicoterapeuta e oferecer o pagamento em reconhecimento disso. Apesar do processo errático e interrompido, parece ter se beneficiado, em algum grau, do encontro terapêutico.

Considerações finais

Este estudo de caso sistemático examinou de modo naturalístico uma psicoterapia psicanalítica interrompida precocemente com uma paciente *borderline*, examinando, em profundidade, as sessões em que se constatou maior e menor adesão à técnica psicanalítica. O estudo foi exploratório e articulou método clínico (supervisão do caso) e métodos empíricos, qualitativos (análise de conteúdo) e quantitativos (adesão à técnica avaliada pelo IASP) na compreensão de um processo de psicoterapia. Os resultados indicaram que o tratamento foi psicanalítico em termos das intervenções terapêuticas empregadas na maioria das sessões, ainda que algumas sessões tenham sido classificadas como não psicanalíticas.

Com base nas análises realizadas, fica evidente que a técnica empregada pela terapeuta deriva não só do treinamento psicoterápico clássico, mas também do funcionamento da paciente na sessão. Na 13ª sessão, em que a paciente exibia funcionamento mais integrado, a técnica foi mais aderida ao modelo psicanalítico; na 20ª sessão, em que a paciente estava desorganizada, regressiva e confusa, a terapeuta assumiu postura não psicanalítica. A análise, realizada em profundidade, do microprocesso de duas sessões (mais e menos aderidas à técnica psicanalítica) sugere que a fragilidade da aliança, aliada à não interpretação das resistências e de esforços ativos para proteger o contrato terapêutico, pode ter contribuído para o abandono. Para melhor examinar a pertinência dessa hipótese seria necessário o estudo do processo global. Todavia, os presentes achados, tomados em conjunto com a literatura, apontam para a necessidade de o psicoterapeuta estar atento, ao mesmo tempo, para dois vértices: o funcionamento do paciente *borderline* (que pode requerer atitudes mais ativas e intervenções de apoio, quando mais regressivo) e a manutenção do *setting*, do contrato e da aliança terapêutica (que pode requerer combinações explícitas, confrontações e interpretações transferenciais e de defesa).

Os resultados do estudo não permitem generalização para outros casos. A análise qualitativa de apenas duas sessões pode levar a falsos pressupostos sobre o processo como um todo e não refletir a complexidade de todo o tratamento. Outra limitação que merece ser mencionada é a ausência de medidas de progresso e resultado do tratamento. Estas não foram possíveis por não se adequarem aos procedimentos usuais na instituição em que ocorrera o atendimento em estudo. Tal fato reflete a ainda frágil integração entre pesquisa e prática clínica no contexto onde o estudo foi conduzido. Não obstante, a triangulação de fontes de dados (gravação das sessões, diário de campo da psicoterapeuta, relatos e gravação da supervisão) bem como de métodos de avaliação (qualitativo e quantitativo) aumenta a validade interna do estudo. Salienta-se que o estudo foi exploratório e deve ser ampliado, a partir do exame mais completo de todas as sessões deste caso, bem como por meio da comparação com outros casos semelhantes ou contrastantes em termos de diagnóstico e desfecho. A avaliação da prática psicanalítica usual com pacientes *borderline* e sua comparação com os modelos de intervenção baseados em evidências é outra linha de estudos promissora para ampliar o conhecimento sobre como funciona a psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*.

Referências

1. Nunes MLT, Lhullier AC. Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2003;5(1):97-112.
2. Peuker AC, Habigzang LF, Koller SH, Araújo LB. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo (Maringá)*. 2009;14(3):439-45.
3. Ferreira SN, Yoshida EMP. Produção científica sobre psicoterapias breves no Brasil e demais países latino-americanos (1990-2000). *Estudos de Psicologia*. 2004;9(3):523-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300015>
4. Serralta FB, Streb LG. Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2003;5(1):53-65.
5. Krause M, Parra G, Aristegui R, Dagmino P, Tomicic A, Valdés N, Vilches O, Ben-Dov P, Reyes L, Altamir C, & Ramirez I. Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2006;38(2):299-325.
6. Imel Z, Wampold B. The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. In: Brown SD, & Lent RW, editors. *Handbook of counseling psychology*. 4th ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley&Sons Inc.; 2008. p. 249-62.
7. Kazdin AE. Treatment out comes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2005;12(2):184-188. doi: 10.1093/clipsy.bpi023
8. De Rubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ. A conceptual and methodologic al analysis of the non specifics argument. *Clinical Psychoogy col-Science Profession*. 2005;12:174-83. doi:10.1093/clipsy/bpi022
9. Serralta FB, Nunes MLT, Eizirik CL. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2011;28(4):501-510.
10. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
11. Yeomans FE, Diamond D. Psicoterapia focada na transferência e transtorno da personalidade *borderline*. In: Clarkin JF, Fonagy P, & Gabbard GO, editors. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.225-54.
12. Caligor E, Clarkin JF. Um modelo de personalidade e patologia da personalidade baseado na teoria das relações objetais. In: Carkin JF, Fonagy P, & Gabbard GO. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico*. Porto Alegre: Artmed; p. 21-54.
13. Schestatsky SS. Abordagem psicodinâmica do paciente *borderline*. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky S, e cols. *Psicoterapia de orientação analítica*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 606-27.
14. Bion WW. Uma teoria sobre o pensar. In: Bion WW, editor. *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago; 1994. p. 127-38.

15. Ogden T. On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psicoanálisis*. 2014;85(6):1349-64. doi: 10.1516/T41H-DGUX-9JY4-GQC7
16. Bateman A, Fonagy P. Tratamento baseado na mentalização e transtorno da personalidade borderline. In: Clarkin JF, Fonagy P, & Gabbard GO, editors. *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 202-24.
17. Edwards DJA. Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case studies in Psychotherapy*. 2007;3(1):6-34.
18. Almeida EA. Criação e aplicação de instrumento para verificação de aderência à técnica psicanalítica em sessões de psicoterapia [dissertação]. Porto Alegre: PPG Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
19. Hauck S, Crestana T, Mombach CK, Almeida EA, Eizirik CL. Pesquisa em psicanálise e psicoterapia psicanalítica: um novo instrumento para avaliação de aderência à técnica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(3):293-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000300020>
20. Gastaud MB, Costa CP, Padoan CS, Berger D, D'Incao DB, Krieger DV, Lacerda LD, Camozzato MAV. Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2012;61(3):189-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000300012>
21. Ferro A. Algumas reflexões sobre a técnica. In: França MOA, & Petricciani M, editors. *O pensamento clínico de Antonino Ferro*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p. 15-31.
22. Silva MR, Steibel D, Campezzato PvM, Sanchez LF, Barcellos ED, Fernandes P, Klarmann RP. Andando na corda bamba: desafios técnicos do atendimento de pacientes borderline. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2016;18(1):13-22.
23. Swift JK, Greenberg RG. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 2012;80:547-59. doi: 10.1037/a0028226
24. Green A. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; 2008.
25. Gabbard GO, Westen D. Repensando a ação terapêutica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2003;25(2):257-73.
26. Levy KN, Meehan KB, Yeomans FE. An update and over view of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. In: Ablon S, Levy R, & Kachele H, editors. *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. New York: Humana Press; 2012. p.139-67.

Correspondência

Luísa Fernanda Habigzang

PUCRS – Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, 9º andar.

90619-900 Porto Alegre, RS, Brasil

luisa.habigzang@pucrs.br

Submetido em: 14/10/2015

Aceito em: 21/03/2016