

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Estados Psicológicos e Abordagens Psicoterápicas

Aline Alvares Bittencourt
Bolsista CAPES

**Psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*: construindo pontes entre
pesquisa e prática clínica**

Orientadora:
Prof. Dra. Fernanda Barcellos Serralta

São Leopoldo, julho de 2015

ALINE ALVARES BITTENCOURT

**Psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*: construindo pontes entre
pesquisa e prática clínica**

Dissertação apresentada como exigência
parcial para a obtenção do título de Mestre
em Psicologia Clínica do Programa de Pós-
Graduação em Psicologia da Universidade
do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora:
Prof. Dra. Fernanda Barcellos Serralta

São Leopoldo, julho de 2015

B624p Bittencourt , Aline Alvares.
Psicoterapia psicanalítica com pacientes borderline :
construindo pontes entre pesquisa e prática clínica / por Aline
Alvares Bittencourt. – 2015.
84 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo,
RS, 2015.

“Orientadora: Prof. Dra. Fernanda Barcellos Serralta.”

1. Psicoterapia. 2. Distúrbios da personalidade borderline.
3. Intervenção na Crise. 4. Psicoterapia psicanalítica. I. Título.

CDU: 159.9

Agradecimentos

Chegado o momento de agradecer aos que, de alguma maneira, participaram desta caminhada leva a refletir sobre como seria impossível sem a presença de tal apoio alcança-la. Parafrazeando Freud (1914/1972, p. 118) “tornar a ser seu próprio ideal, como na infância, (...) isso é o que as pessoas se esforçam por atingir como sendo sua felicidade”. E vocês fazem parte de uma maneira muito especial.

Agradeço a minha grande amiga e colega Maria Cristina Mattos por me ensinar o quanto nossas certezas são frágeis, que a prática clínica pode ser sim conjugada com a pesquisa empírica.

Aos meus avós, Ione e Octávio, incansáveis no que diz respeito a minha educação e crescimento desde sempre.

À minha mãe, Iane Álvares, e meu pai, Marcelo Bittencourt, que juntamente com meus irmãos Eduardo, Clarice, Júnior e Rodrigo, estiveram ao meu lado em todos os momentos de angústia, de desejo de desistir e de recomeçar como incentivadores desta caminhada.

Ao meu grande parceiro, Farid Bessil, pelas noites incansáveis de incentivo nos meus momentos de “crise” e “mau humor” buscando de um jeito só seu que eu acreditasse que tudo ia dar certo.

À Marisabel de Oliveira e a Suzana Notti pelo apoio e suporte quanto aos meus planos de vida e caminhada profissional.

À minha orientadora e “supervisora”, Fernanda Serralta, pela paciência, apoio e competência, assim como todos os colegas do LAEPSI.

Muito obrigada!

“A marcha da ciência é realmente lenta, hesitante e laboriosa. (...) O progresso no trabalho científico é o mesmo que se dá numa análise. Trazemos para o trabalho as nossas esperanças, mas estas necessariamente devem ser contidas. Mediante a observação, ora num ponto, ora noutra, encontram alguma coisa nova; mas, no início, as peças não se completam. Fazemos conjecturas, formulamos hipóteses, as quais retiramos quando não se confirmam, necessitamos de muita paciência e vivacidade em qualquer eventualidade, renunciamos às convicções precoces, de modo a não sermos levados a negligenciar fatores inesperados, e, no final, todo nosso dispêndio de esforços é recompensado, os achados dispersos se encaixam mutuamente, obtemos uma compreensão interna (insight) de toda uma parte dos eventos mentais, temos completado o nosso trabalho e, então, estamos livres para o próximo trabalho” (Freud, 1933[1932]/1972, p. 211)

SUMÁRIO

Lista de tabelas.....	6
Lista de figuras.....	7
Lista de siglas.....	8
Resumo.....	9
Abstract.....	10
Apresentação.....	12
Seção 1: artigo empírico	15
Integração entre Pesquisa Empírica e Prática Clínica Psicanalítica: Um Estudo Ilustrativo	15
Resumo.....	15
Abstract.....	16
O estudo empírico do processo terapêutico como ponte entre pesquisa e prática clínica.....	19
Método	23
Delineamento	23
O caso em estudo	24
Instrumentos.....	24
Anotações clínicas.....	24
<i>Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)</i>	25
<i>A Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)</i>	27
Procedimentos.....	28
Aspectos éticos.....	29
Resultados	29
A história de vida da Mariana	30
Formulação de caso.....	32
Mudanças observadas com o transcorrer do tratamento.	35
Considerações finais	42
Referências.....	43
Seção 2: artigo empírico	48
Psicoterapia psicanalítica para pacientes com transtorno de personalidade <i>borderline</i> em situação de crise – Análise do processo de um caso individual	48
Resumo.....	48
Abstract.....	49
Método	55

Delineamento	55
O caso em análise.....	55
Instrumentos.....	57
Anotações clínicas.....	57
<i>Psychotherapy Process Q-Set (PQS)</i>	57
Procedimentos.....	58
Aspectos éticos.....	59
Resultados	59
Discussão	68
Considerações finais	73
Referências.....	75
Considerações finais	80
Referências.....	82

Lista de tabelas

Tabela 1 – Descrição global do processo anterior a crise.....	60
Tabela 2 – Descrição global do processo no período da crise.....	61
Tabela 3 – Descrição global do processo no período “desorganização aguda”	63
Tabela 4 – Descrição global do processo no período “internação”	64
Tabela 5 – Descrição global do processo no período “estabilização”	65
Tabela 6 – Apresentação das diferenças clínicas e estatísticas do período da crise.....	67

Lista de figuras

Figura 1 — Evolução das 9 dimensões sintomáticas propostas pelo SCL-90-R.....40

Lista de siglas

APA – American Psychiatric Association

DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição
Revisada

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição

IDSP – Índice de Distribuição por Sintomas Positivos

IGS – Índice Global de Severidade

ITSP – Índice Total de Sintomas Positivos

MANOVA – Análise Multivariada de Dados

NCCMH – National Collaborating Centre for Mental Health

PQS – Psychotherapy Process Q-Set

PPG - Programa de Pós-Graduação

SCL-90-R – A Symptom Checklist-90-Revised

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SWAP-200 – Shedler-Westen Assessment Procedure

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPB – Transtorno de personalidade *borderline*

UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Psicoterapia psicanalítica com pacientes borderline: construindo pontes entre pesquisa e prática clínica

Resumo

Esta dissertação nasce da constatação de que é necessário conjugar a tradição clínica com a investigação empírica para ampliar o entendimento da desorganização aguda vivenciada por pacientes com transtorno de personalidade *borderline* em tratamento psicoterápico de orientação psicanalítica e estabelecer diretrizes para o seu manejo pelo psicoterapeuta. É uma dissertação de mestrado organizada em dois artigos empíricos. O primeiro, em formato de ensaio, trata da aparente dissociação entre a prática clínica e a pesquisa empírica e discute as possibilidades de uma aproximação entre estes dois campos a partir da conjugação de métodos clínicos e empíricos para a compreensão do processo psicoterápico e das mudanças observadas na psicoterapia psicanalítica. O caso de uma paciente *borderline* é utilizado para ilustrar como instrumentos empíricos e anotações clínicas feitas pelo psicoterapeuta podem se complementar e oferecer subsídios para a compreensão do processo de mudança em psicoterapia. São feitas considerações sobre o potencial deste tipo de perspectiva contribuir para a diminuição da brecha existente entre pesquisa e prática clínica. O segundo artigo é um estudo empírico que buscou aprofundar e contribuir para o aumento do conhecimento dos aspectos subjacentes às crises *borderline* e o seu manejo pelo psicoterapeuta de orientação psicanalítica, visto que elas são esperadas, recorrentes, mas alvo de poucos estudos. O caso é de uma paciente *borderline* em psicoterapia psicanalítica há aproximadamente três anos. A análise se concentrou num período de aproximadamente três meses, perto do final do primeiro ano de tratamento, no qual houve uma desorganização aguda que culminou numa tentativa de suicídio da paciente, seguida por uma internação psiquiátrica e reorganização psíquica após a mesma. A psicoterapia não foi interrompida neste período, que compreendeu 12 sessões. Estas foram analisadas, em profundidade, por meio das anotações clínicas da terapeuta, de uma medida empírica do processo terapêutico, o *Psychotherapy Process Q-set* (PQS), e de instrumento de avaliação de sintomas. Os achados apontam para a recomendação da não interrupção da psicoterapia na vigência da crise *borderline* e para a importância da empatia, sensibilidade e flexibilidade dos terapeutas para adaptar suas técnicas às necessidades destes pacientes. De modo geral, a dissertação demonstra a necessidade do envolvimento de psicoterapeutas com a leitura e co-construção do conhecimento empírico para auxiliá-los a nortear suas práticas, tornando-as mais efetivas. Pacientes *borderline* podem apresentar crises intensas, vivenciadas dentro do *setting*, o que constitui desafio técnico para terapeutas psicanalíticos. A adoção de perspectivas integradas de investigação, que contemplem métodos empíricos e a perspectiva clínica do psicoterapeuta, é fortemente recomendada.

Palavras-chave: pesquisa em psicoterapia, intervenção na crise, transtorno de personalidade *borderline*, processo psicoterápico.

Psychoanalytic psychotherapy with borderline patients: building bridges between research and clinical practice

Abstract

This paper is born from the realization that it is necessary to combine the clinical tradition and empirical research to increase the understanding of acute disorganization experienced by patients with borderline personality disorder in psychoanalytic psychotherapy and establish guidelines for their management by the psychotherapist. It is a dissertation arranged on two empirical articles. The first, in essay format, deals with the apparent dissociation between clinical practice and empirical research and discusses the possibilities of a closer relationship between these two fields from the combination of clinical and empirical methods for understanding the psychotherapeutic process and observed changes in psychoanalytic psychotherapy. The case of a borderline patient is used to illustrate how empirical tools and clinical notes made by the psychotherapist can complement each other and offer subsidies for understanding the psychotherapy change process. Considerations about the potential of this kind of perspective contribute to reducing the gap between research and clinical practice. The second article is an empirical study that aimed to deepen and contribute to increase knowledge of the underlying aspects of the borderline crises and their management by the psychoanalytic psychotherapist, as they are expected, applicants, but subject to few studies. The case is a borderline patient in psychoanalytic psychotherapy for about three years. The analysis focused on a period of approximately three months near the end of the first year of treatment, in which there was an acute disorganization that culminated in an attempt to patient suicide, followed by a psychiatric hospitalization and psychological reorganization after. Psychotherapy was not interrupted during this period, which included 12 sessions. These were analyzed in depth through clinical notes from the therapist, an empirical measure of the therapeutic process, the Psychotherapy Process Q-Set (PQS), and symptom evaluation tool. The findings point to the recommendation to not interrupt the psychotherapy in the presence of borderline crisis and the importance of empathy, sensitivity and flexibility of therapists to adapt their techniques to the needs of these patients. Overall, the dissertation demonstrates the need for the involvement of psychotherapists with reading and co-construction of empirical knowledge to help them guide their practices, making them more effective. Borderline patients may present experienced intense crises inside the setting, which is technical

challenge for psychoanalytic therapists. The adoption of integrated perspectives of research that include empirical and clinical perspective from the psychotherapist, is strongly recommended.

Keywords: research in psychotherapy, crisis intervention, borderline personality disorder, psychotherapy process.

Apresentação

Muitos psicólogos clínicos são profundamente ambivalentes quanto ao papel da ciência em sua prática diária contribuindo para uma longa divisão entre pesquisa e prática clínica e refletindo a complexa relação entre estes campos (Dattilio, Edwards, & Fishman, 2010; Jiménez, 2007). Mas, para que serve a investigação empírica se ela não é capaz de nutrir a prática clínica? (Krause, 2011).

Há pouco mais de três décadas, Barlow (1981) escreveu um artigo em que descreve a dicotomia entre a investigação e a prática clínica como preocupante. Esta brecha não é nova e é historicamente lamentada também por outros autores (Jiménez, 2002; Kernberg, 2015; Maling & Howard, 1994; Orlinsky, 1994). Considerando sua contínua existência e a mútua incompreensão dos clínicos e pesquisadores não é, portanto, um tema esgotado.

O estudo da psicoterapia realizado no seu cenário natural, ou seja, nos serviços de atendimento e consultórios privados, constitui uma porta de entrada para a clínica, na medida em que seus resultados são facilmente extrapolados para a prática diária dos psicoterapeutas (Krause, 2011). Assim, as pesquisas mistas, que usam estratégias das diferentes abordagens dentro do mesmo estudo, permitindo que as informações de um método lancem luz sobre a interpretação de resultados do outro, como ocorre nos estudos de caso sistemáticos. Estudos de caso bem escritos oferecem a possibilidade de comunicação entre os pesquisadores e os clínicos, pois conjugam subjetividade com objetividade, a tradição psicanalítica com o rigor metodológico desenvolvido para as investigações quantitativas (Dattilio et al., 2010; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011).

Desta perspectiva, a falha dos psicólogos clínicos em alcançar maior impacto na saúde pública pode ser atribuída a sua profunda ambivalência sobre o papel da ciência e sua falta de formação científica apropriada. O crescente aumento dos custos em saúde

mental tem feito com que a decisão sobre o melhor tratamento passe do clínico para o economista. Os governantes, cada vez mais, guiam suas decisões por evidências de tratamentos eficazes e com a melhor relação custo-benefício provada cientificamente. Assim, as psicoterapias, principalmente as de orientação psicodinâmica, vêm perdendo lugar dentre os tratamentos custeados pelos governos que aumentado drasticamente o uso de intervenções medicamentosas. Inúmeras pesquisas mostram que as intervenções psicológicas são eficazes, eficientes e de baixo custo, no entanto estas intervenções são usadas com pouca frequência mesmo com pacientes que se beneficiariam delas (Baker, 2009).

Nesse contexto, existe um grupo de pacientes, os pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (TPB), que apresentam um sofrimento intenso manifestado por sintomas no corpo, autoagressões, abusos de substância, ideação suicida e angústia extrema, que sobrecarregam os serviços de atenção primária, sem conseguir encontrar ajuda farmacológica que mitigue momentaneamente sua angústia (Bilbão, 2010; Chagnon, 2009). Estes pacientes representam um grande custo financeiro para o governo e para os planos de saúde devido ao número de vezes que procuram os serviços de emergência e as internações psiquiátricas, normalmente devido às automutilações e as tentativas de suicídio. Para eles, o tratamento medicamentoso é essencial, mas a psicoterapia é a primeira recomendação (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007).

Para os psicoterapeutas, os pacientes com TPB são impactantes: buscam auxílio, mas não conseguem responder à ajuda oferecida, questionando seu papel e gerando frustrações (Bilbão, 2010; Paris, 2015). Além disso, exigem modificações na técnica psicanalítica tradicional, como a inclusão de parâmetros, questionando constantemente o papel do psicoterapeuta que deve buscar por ajudar o paciente a começar a pensar no

lugar de atuar, por meio de uma experiência emocional corretiva e uma relação de objeto segura e não abusiva (Romaro, 2002).

No transcorrer de uma psicoterapia com pacientes com TPB crises e hospitalizações são comuns, porém poucas pesquisas examinaram a dinâmica e a gestão de crises agudas nessa população (Borschmann & Moran, 2011). De tal modo, essa dissertação visa ampliar o conhecimento da crise *borderline* e suas implicações, assim como, ilustrar a possibilidade de junção de métodos clínicos e empíricos complementares para a compreensão mais profunda do processo psicoterápico e dos mecanismos de mudança em psicoterapia.

A dissertação está dividida em duas seções que apresentam, respectivamente, dois artigos empíricos. O primeiro, *Integração entre Pesquisa e Prática Clínica Psicanalítica: Um Estudo Ilustrativo*, exemplifica, através de um estudo sistemático de caso único de uma psicoterapia com uma paciente *borderline*, como dados clínicos e empíricos podem ser conjugados para ampliar a compreensão da paciente e das mudanças seu funcionamento ao longo do 1º ano do tratamento. O segundo, *Psicoterapia psicanalítica para pacientes com transtorno de personalidade borderline em situação de crise – Análise do processo de um caso individual*, examina em profundidade aspectos da crise *borderline* sofrida pela paciente durante o processo terapêutico com o intuito de comparar as atitudes e intervenções da terapeuta, a natureza da interação terapêutica e as atitudes e estados mentais da paciente nas três etapas deste período: desorganização aguda da paciente, hospitalização e estabilização.

Ambos os estudos são parte integrante de um projeto de investigação mais amplo sobre processo terapêutico coordenado pela professora Dra. Silvia Benetti e que tem a prof. Fernanda Barcellos Serralta como colaboradora. Os estudos que compõem esta dissertação são complementares e pretendem contribuir para a ampliação do

conhecimento sobre a psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*, para o estabelecimento de diretrizes para o manejo de crises *borderline* e, sobretudo, para a integração entre pesquisa e prática clínica. São inovadores, haja vista a carência de trabalhos sobre psicoterapia psicanalítica no Brasil e a escassez de estudos nacionais e/ou internacionais sobre o manejo do psicoterapeuta em situações de crise com pacientes *borderline* severos. Além disso, é relevante mencionar que o fato da autora ser ao mesmo tempo a investigadora e psicoterapeuta do caso em estudo é também uma contribuição original que visa ampliar a reflexão sobre as pontes que podem ser erguidas para aproximar atividade científica e prática clínica.

Seção 1: artigo empírico

Integração entre Pesquisa Empírica e Prática Clínica Psicanalítica: Um Estudo Ilustrativo

Resumo

Entre as alternativas para superar a dissociação entre investigação científica e prática psicanalítica, destaca-se a utilização de procedimentos empíricos que avaliam questões clinicamente importantes, a inclusão da perspectiva do psicoterapeuta no estudo e a publicação de resultados de pesquisa em linguagem acessível ao psicoterapeuta. O presente trabalho ilustra, através de um estudo sistemático de caso único de uma psicoterapia com uma paciente *borderline*, como dados clínicos e empíricos podem ser conjugados para ampliar a compreensão da paciente e das mudanças no seu funcionamento ao longo do 1º ano do tratamento. A sistematização do caso foi baseada nas anotações clínicas da psicoterapeuta e na aplicação de 2 instrumentos: o SWAP-200, que avalia personalidade, e o SCL-90-R, sintomatologia. O SWAP-200 foi preenchido por 2 avaliadores independentes, considerando a análise dos vídeos das sessões do início e do final do 1º ano de tratamento. O SCL-90-R foi preenchido pela paciente no início, aos 6 meses e aos 12 meses de tratamento. Esses dados foram integrados para formular uma hipótese compreensiva clínico-empírica sobre o processo psicoterápico e as mudanças no funcionamento da paciente no 1º ano de tratamento. A conclusão indica que embora não seja uma tarefa simples, a integração entre pesquisa empírica e prática psicanalítica é possível e potencialmente útil para ambos os campos.

A superação dessa histórica separação depende do esforço conjunto de psicoterapeutas e pesquisadores.

Palavras-chave: Psicoterapia psicanalítica, estudo de caso sistemático, processo psicoterápico.

Integration between Empirical Research and Psychoanalytic Practice: An Illustrative Study

Abstract

Among the alternatives to overcome the dissociation between scientific research and clinical practice, we highlight the use of empirical procedures that evaluate clinically important questions, the inclusion of the psychotherapist's perspective in the study, and the publication of research results in accessible language for the psychotherapist. This paper illustrates, through a systematic study of a single case of psychotherapy with a borderline patient, as clinical and empirical data can be combined to increase the understanding of the patient and changes on her functioning over 1 year of treatment. The systematization of the case was based on the clinical notes of the psychotherapist and on the application of two instruments: the SWAP-200, which evaluates personality, and the SCL-90-R, symptomatology. The SWAP-200 was filled by two independent raters, considering the analysis of videos of the beginning and the end of the 1st year of treatment. The SCL-90-R was filled by the patient at the beginning, at 6 months and 12 months of treatment. The data were integrated to formulate a comprehensive clinical and empirical hypothesis about the psychotherapeutic process and changes in the functioning of the patient in the 1st year of treatment. The conclusion indicates that although not a simple task, the integration between empirical research and psychoanalytic practice is possible and potentially useful for both fields. Overcoming this historical separation depends on the combined efforts of therapists and researchers.

Keywords: Psychoanalytic psychotherapy research, systematic case study, psychotherapy process.

Muito se argumenta sobre a psicanálise ser ou não ciência e, caso o seja, sobre que tipo de ciência é essa. Freud (1933 [1932]/1972u) é taxativo: “Em minha opinião, a psicanálise é incapaz de criar uma *Weltanschauung*¹ por si mesma. A psicanálise não precisa de uma *Weltanschauung*; faz parte da ciência e pode aderir a *Weltanschauung*

¹ *Weltanschauung* pode ser traduzida como ‘uma visão de universo’.

científica” (p. 220). Sabe-se, entretanto, que a possibilidade de adotar procedimentos empíricos derivados de outras ciências é extremamente controversa na psicanálise e que uma ampla maioria de psicanalistas e psicoterapeutas de orientação psicanalítica vê com desconfiança e ceticismo uma maior aproximação entre o seu método e os métodos empíricos (Kernberg, 2015; Sandler, Sandler, & Davies, 2000; Wellerstein, 2003; Wallerstein, 2009).

Psicólogos clínicos, via de regra, valorizam muito mais suas experiências pessoais do que as evidências de pesquisa (Baker, McFall, & Shoham, 2009; Dattilio, Edwards, & Fishman, 2010). Os institutos de formação em psicoterapia de orientação psicanalítica são distanciados dos departamentos de psicologia e psiquiatria das universidades e sua ênfase de estudo encontra-se na transmissão em detrimento da geração de conhecimentos (Fonagy, 2004). De modo geral, os psicoterapeutas acreditam que não se pode avaliar por métodos não-psicanalíticos os elementos essenciais da sua abordagem e acreditam que qualquer intervenção externa traria alterações indesejáveis à técnica e ao processo terapêutico (Baker et al., 2009; Kernberg, 2015; Serralta & Streb, 2003). Assim, o distanciamento entre investigação empírica e prática clínica parece vir “de berço”, pois os psicoterapeutas, em suas formações, não são ensinados a apreciar material que apresente tabelas repletas de símbolos e números e nem desenvolvem o conhecimento técnico para apropriar-se criticamente das informações que emergem da investigação empírica. São apreciadores de escritos conceituais, que, por sua vez, podem ser muito mais inspiradores. Por conseguinte, os clínicos sentem que não precisam dos estudos empíricos e sim de supervisão e teoria para alimentar sua prática (Krause, 2011).

Historicamente os psicoterapeutas de orientação psicanalítica têm tentado demonstrar a veracidade das suas hipóteses clínicas e a efetividade de suas terapias

através dos relatos de caso. Porém, nas últimas décadas eles têm sido convidados a fornecer evidências empíricas da efetividade de seus tratamentos (Lingiardi, Waldron, & Gazzillo, 2010). Já existe um volume significativo de estudos empíricos que dão suporte e validade a constructos e intervenções psicanalíticas. A meta-análise realizada por Shedler (2012), por exemplo, mostra que os efeitos da psicoterapia psicodinâmica são equivalentes aos de abordagens consideradas baseadas em evidências, além de indicar que os ganhos terapêuticos parecerem continuar após o término do tratamento. Não obstante, sabe-se que essa produção em grande medida é simplesmente desconhecida ou ignorada pelos clínicos dessa mesma abordagem. Assim, o abismo entre os dois campos pode explicar parte da dificuldade que a psicanálise enfrenta hoje em relação a outras abordagens cujo status científico é mais valorizado e melhor difundido por seus praticantes.

Parafraseando Peter Fonagy (2003): “por que a pesquisa psicanalítica é tão irritante”? Embora clínicos e pesquisadores busquem a mesma coisa, ou seja, o melhor tratamento para seus pacientes, pesquisadores procuram maximizar a evidência negativa para aumentar o grau de questionamento e crítica ao conhecimento; os clínicos, pelo contrário, buscam maximizar a evidência positiva a fim de serem capazes de agir de forma coerente na situação terapêutica (Jimenes, 2007). Diferenças no estilo da comunicação também são destacados. A escrita clínica é persuasiva, simbólica, literária; a escrita científica é demonstrativa, enxuta e direta. Como a maioria dos estudos empíricos estão escritos em linguagem de difícil compreensão para não-pesquisadores (Shedler, 2012), dificilmente atingirá o psicoterapeuta de orientação psicanalítica. Existe, por conseguinte, diferenças de linguagem e perspectiva que geram incompreensões de ambos os lados e mantêm esses dois universos distantes. Com este artigo, buscamos contribuir para diminuir essa distância, discutindo e ilustrando, através

de um estudo sistemático de caso, como as psicoterapias podem ser estudadas com métodos mistos que conjugam interesses e perspectivas tanto da prática psicanalítica clínica como da ciência empírica.

O estudo empírico do processo terapêutico como ponte entre pesquisa e prática clínica

Para que serve a investigação empírica se ela não é capaz de nutrir a prática? (Krause, 2011). Pesquisas em psicoterapia podem ter diversos objetivos e aplicações. Estudos controlados para verificar a eficácia de modalidades de intervenção psicanalítica podem ser muito úteis para instrumentalizar as tomadas de decisão de gestores em saúde, por exemplo, mas podem não refletir a prática clínica usual nem atender às necessidades mais imediatas dos psicoterapeutas (Kernberg, 2015; Serralta & Streb, 2003; Jiménez, 2007). Décadas de pesquisas fundamentalmente preocupadas em avaliar resultados de tratamentos serviram para obter evidências da eficácia, efetividade e custo-benefício das psicoterapias como tratamento para uma variedade de condições clínicas, mas pouco ajudaram a compreender por que as psicoterapias funcionam (Aveline, Strauss, & Stiles, 2007; Bucci, 2007; Krause, 2011; Wallerstein, 2007).

Ablon e Jones (2005) sugerem que pesquisadores em psicoterapia deveriam mudar o foco da pesquisa dando ênfase à explicação ou compreensão e não mais à descrição, voltando-se assim para a avaliação do que acontece durante o processo. Nesse tipo de estudo, o pesquisador está interessado em compreender o que acontece na psicoterapia e o que promove a mudança. Tais questões são, em grande medida, as que os clínicos costumam buscar responder nos escritos clínicos tradicionais. Por conseguinte, possuem maior potencial para produzir conhecimentos de interesse do psicoterapeuta e influenciar a prática psicanalítica.

Do ponto de vista metodológico, entretanto, em geral, estudos empíricos do processo são mais difíceis de serem realizados quando comparados com estudos de resultados. Entre as dificuldades estão a operacionalização dos conceitos e a medição de processos subjetivos complexos (Serralta & Streb, 2003). Dificuldade não significa impossibilidade. De fato, algumas dimensões da psicoterapia psicanalítica são muito difíceis de investigar empiricamente, tais como as fantasias inconscientes, o conteúdo onírico latente, o significado inconsciente da transferência e da contratransferência entre outros. Mas existem constructos, como por exemplo, o conteúdo e a expressão formal do terapeuta, as comunicações do paciente, os mecanismos de defesa, a estrutura de personalidade e os componentes da aliança terapêutica, que podem ser mais facilmente identificados e mensurados, gerando conhecimento útil para a prática psicanalítica (Lingiardi, et al., 2010).

Delimitar conceitos complexos para observar e mensurar o que ocorre numa psicoterapia não implica necessariamente adotar uma perspectiva reducionista, empirista e distanciada da realidade do consultório. A tradição clínica sustenta-se em teorizações minuciosas sobre o encontro terapêutico. Estudos de casos empíricos sistemáticos mantêm essa tradição, porém agregam diversos elementos que implicam conjugar subjetividade e objetividade e adotar procedimentos metodológicos mais rigorosos desenvolvidos do ponto de vista das ciências empíricas (Dattilio et al., 2010; Edwards, 2010; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011).

É importante notar que estudos de caso empíricos se baseiam em uma epistemologia que é diferente da epistemologia científica clássica. A esse respeito, esclarecem Dattilio et al. (2010) que as pesquisas em psicoterapia podem ser sustentadas por duas visões distintas de ciência. Uma é baseada no paradigma positivista, usa métodos quantitativos, busca o controle de variáveis e tem como única

fonte de evidências os estudos experimentais. A outra está baseada em uma epistemologia que entende a ciência em uma acepção mais ampla e acredita que qualquer método tem seus pontos fracos e fortes e que o conhecimento é a síntese de resultados de uma série de métodos de pesquisa. Em psicoterapia, esta visão mais ampla inclui tanto os ensaios clínicos randomizados (estudos comparativos com delineamento experimental) como os estudos de caso com uma abordagem qualitativa e quantitativa para a análise dos dados.

O delineamento conhecido como “estudo sistemático de caso” pressupõe que o conhecimento sobre o funcionamento de uma psicoterapia só pode ser adquirido através da busca de informações do processo terapêutico através de uma variedade de métodos, sistematizando-os e integrando-os de forma crítica e reflexiva. A conceituação do caso é realizada tendo como base uma teoria coerente e reconhecida e a formulação de hipóteses clínicas orienta o plano de tratamento. São feitas gravações das sessões para posterior descrição detalhada através de diferentes instrumentos e métodos. Os dados qualitativos são a base da avaliação e da conceituação do caso formando uma narrativa do tratamento. Os dados quantitativos, normalmente obtidos por meio de escalas de autorrelato aplicadas em diferentes tempos do tratamento, fazem parte do processo de avaliação como, por exemplo, escalas de sintomas aplicadas regularmente durante o tratamento. Os pontos de melhora ou piora clínica podem ser ligados à narrativa do tratamento proporcionando a base para avaliar o impacto de um componente específico do tratamento ou de um evento externo à terapia naquele paciente (Dattilio et al., 2010; Westen & Weinberger, 2004).

A abordagem de métodos mistos vem sendo reconhecida pela comunidade científica como uma nova possibilidade de adquirir conhecimento que abarcaria a complementariedade de métodos de investigação, aumentando a validade externa e

interna (Dattilio et al., 2010). As pesquisas mistas usam estratégias das diferentes abordagens dentro do mesmo estudo, permitindo que as informações de um método lancem luz sobre a interpretação de resultados do outro. O método misto conjuga por um lado as contribuições da pesquisa qualitativa, com suas apresentações de casos clínicos, com descrições profundas, detalhadas e sutis insights, e, por outro, as da pesquisa quantitativa, com o suporte empírico para as opções técnicas, sendo utilizado com sucesso para avaliar o processo e os resultados dos tratamentos psicanalíticos/psicodinâmicos (Lingiardi et al., 2010). A aplicação de métodos mistos para o estudo da psicoterapia significa integrar metodologias qualitativas, que buscam a microanálise do processo terapêutico e são voltadas para o descobrimento, com metodologias quantitativas, que buscam dados empíricos válidos e fidedignos e são orientadas para a testagem de hipóteses. A adoção dessa abordagem possui grande potencial para aproximar a prática clínica da pesquisa empírica, áreas tão distintas e ao mesmo tempo tão próximas (Krause, 2011).

Conforme Lingiardi et al. (2010), há um crescente movimento para desenvolver critérios e métodos que possam garantir uma base segura aos estudos de caso para que se tenha como resultado um conhecimento clínico confiável. Na investigação em psicoterapia psicanalítica esse movimento teve origem na década de 1950 com Luborsky e foi seguida na década de 1970 com estudos importantes de Sampson, Weiss, Mlodnosky e Hause entre outros. Porém, sua extensão se deu na década de 1990 com os trabalhos de Jones, Spence, Fonagy, Moran, Kaechele e seus colaboradores. Nos últimos 20 anos, a pesquisa empírica de caso único sobre o tratamento psicanalítico foi enriquecida por instrumentos clinicamente sensíveis usados em sessões de psicoterapia gravadas, tais como o *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT; Luborsky & Crist-Chirstoph, 1990), para avaliar o padrão de relacionamento amoroso/conflituoso, o

Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS; Perry, 1990), para avaliação dos mecanismos de defesa, o *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200; Shedler & Westen, 1998), para o diagnóstico de psicopatologias da personalidade e o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS; Jones, 2000), para analisar o processo psicoterápico entre outros.

O estudo apresentado a seguir tem como objetivo ilustrar como dados empíricos e clínicos podem se complementar para o entendimento do processo e das mudanças no transcorrer do primeiro ano de tratamento de um caso de uma paciente *borderline* atendida em psicoterapia psicanalítica. O estudo, conduzido pela própria psicoterapeuta, conjuga as anotações clínicas realizadas após as sessões com medidas repetidas de avaliação da personalidade e dos sintomas.

Método

Delineamento

De modo geral, o estudo de caso é uma abordagem 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 (Ventura, 2007; Yin, 2001). Este é um estudo de caso único sistemático (Edwards, 2007) que conjuga o método clínico psicanalítico com dados empíricos de avaliação de psicopatologia e mudança terapêutica.

Partindo do pressuposto que no atendimento clínico em psicoterapia de orientação psicanalítica a realidade vivida entre psicoterapeuta e paciente é difícil de ser retratada e que qualquer método possui pontos fortes e fragilidades, este estudo conserva a posição psicanalítica do terapeuta como pesquisador e agrega a aplicação de medidas objetivas válidas e fidedignas. Adotam-se múltiplas perspectivas de observação

em relação ao material clínico. A intenção é, sobretudo, demonstrar que o método clínico e os métodos empíricos não são opostos nem incompatíveis, mas sim podem ser conjugados para produzir conhecimentos relevantes e cientificamente válidos para descrever o processo e a mudança em psicoterapia psicanalítica.

O caso em estudo

O caso em estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla sobre processo de psicoterapias psicanalíticas. No presente estudo, o primeiro ano de uma psicoterapia psicanalítica (58 sessões) com uma paciente adulta é analisado. A paciente, Mariana, 22 anos, buscou tratamento em uma clínica psiquiátrica no início de 2013, por se cortar em momentos de raiva e ter crises de choro desde os 12 anos. Fez diversas psicoterapias com uso de medicação e sempre que se sentia melhor abandonava os tratamentos. Após triagem foi encaminhada para atendimento psicoterápico e psiquiátrico. O diagnóstico constatado pelo psiquiatra do caso e, posteriormente, confirmado pela terapeuta, foi transtorno de personalidade *borderline* (TPB). 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. Possui mais de nove anos de experiência clínica. A terapeuta é a pesquisadora responsável pelo estudo. A psicoterapia encontra-se ainda em andamento.

Instrumentos

Anotações clínicas.

A terapeuta fez anotações sistemáticas sobre o funcionamento da paciente e sobre o desenvolvimento da psicoterapia, levando em consideração o conteúdo de cada sessão. As anotações clínicas são instrumento importante para o acompanhamento do

caso e possíveis supervisões. São registros feitos pela memória do terapeuta após o término de cada sessão e são considerados material importante para a compreensão e o estudo do caso em psicoterapia de orientação psicanalítica (Lomax, Andrews, Burruss, & Moorey, 2007).

Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200).

O SWAP-200 (Shedler & Westen, 1998) é um instrumento utilizado para fazer diagnóstico de psicopatologias de personalidade. Sua avaliação utiliza o método *Q-sort*, um método psicométrico projetado para maximizar a confiabilidade e minimizar a variância de erro, e consiste em um conjunto de afirmações que descrevem diferentes aspectos da personalidade que refletem os critérios de diagnóstico do Eixo II do DSM-IV-TR (APA, 2002). Além dos sintomas observáveis, o SWAP-200 também avalia as dinâmicas de personalidade subjacentes a esses sintomas tendo como resultado as alterações patológicas da personalidade e não estados momentâneos do sujeito.

O SWAP-200 é constituído por 200 afirmações que descrevem o paciente totalmente, parcialmente ou de modo irrelevante, distribuídas pelo próprio terapeuta ou pelo observador externo, desde que este tenha as informações necessárias para a aplicação, em uma escala de 8 pontos (variando de 0 a 7) numa distribuição fixa dos itens, típica dos *Q-sorts*. O vocabulário dessas afirmações é livre de jargões, permitindo aos clínicos fornecerem descrições psicológicas dos pacientes de uma maneira que elas possam ser quantificadas e analisadas estatisticamente, minimizando as interpretações idiossincráticas, podendo ser usadas por psicoterapeutas de todas as orientações teóricas. É sensível a mudanças tênues na personalidade, sendo utilizado para avaliar mudança estrutural em psicoterapia. O instrumento tem propriedades psicométricas para a medição e avaliação dos transtornos de personalidade e os resultados do trabalho de

Shedler e Westen (1999a; 1999b) fornecem suporte para a sua validade como instrumento para a avaliação dos transtornos de personalidade.

As pontuações são transformadas em escores padronizados que dão origem a três perfis de pontuação: (1) *DSM-IV Transtornos de Personalidade (PD T-Scores)*: fornece uma pontuação para cada transtorno de personalidade do DSM-IV e pode ser utilizado para dar origem a um diagnóstico formal do eixo II do DSM-IV. Pontuação igual ou superior a 50 pontos indica a proximidade do diagnóstico em questão, sendo escores superiores a 60 indicativo considerável de diagnóstico de transtorno de personalidade; (2) *SWAP Síndromes de Personalidade (Q-Factor T-Scores)*: fornece pontuações para um conjunto alternativo de síndromes de personalidade que foram identificadas empiricamente. Esse sistema de diagnóstico alternativo aborda as limitações de diagnóstico do DSM-IV e é projetado para capturar mais fielmente os padrões de personalidade e síndromes observadas na prática clínica; e (3) *Traços de Personalidade (Factor T-Scores)*: fornece escores a doze fatores (traços) de personalidade identificados através da análise fatorial do conjunto de itens do SWAP-200. É complementar ao diagnóstico de personalidade, destacando áreas específicas do funcionamento psicológico (Shedler, 2009). Nas dimensões síndromes e traços de personalidade pontuações superiores a 55 indicam perturbação (Shedler & Westen, 1999a; 1999b). Além disso, clínicos e pesquisadores podem obter uma formulação do caso do paciente através da análise dos 30 itens que receberam as pontuações mais altas (Shedler & Westen, 2007), descrevendo assim em termos qualitativos, o seu funcionamento psicológico característico. Para avaliar as forças psicológicas o SWAP-200 inclui uma pontuação para o Índice de Saúde Psicológica (*Psych Health Index*). Esse índice mede a semelhança entre o paciente e um modelo representativo de saúde psicológica ideal. Um escore $T \geq 50$ indica um nível médio de funcionamento em

relação a uma amostra de pacientes com diagnósticos do Eixo II do DSM-IV-TR. Uma pontuação baixa ($T\text{-score} \leq 40$) indica uma grave patologia de personalidade. Valores acima de 60 indicam recursos psicológicos significativos (Shedler, 2009). A descrição da personalidade da paciente em questão contempla tanto os escores padronizados (transtorno, traços e índice de saúde psicológica) como uma narrativa que tem como base os 30 itens com maior pontuação.

A Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R).

Instrumento desenvolvido por Derogatis em 1994 para avaliação de sintomas psicopatológicos, trata-se de um inventário multidimensional de autoavaliação. É uma escala do tipo Likert de 5 pontos (0= *nem um pouco* até 4= *extremamente*) composta por 90 itens que visam a verificar o padrão psicológico dos respondentes. O SCL-90-R é composto por nove dimensões primárias de sintomas: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranoides e psicotismo. Cada item representa um sintoma em particular sendo que há 7 itens que não fazem parte de nenhuma das 9 dimensões. Estes 7 últimos apresentam carga fatorial em algumas dimensões e não pertencem unicamente a uma delas, possuem significância clínica e contribuem para o escore global da escala, utilizados na avaliação final. Além das 9 dimensões, a SCL-90-R fornece 3 índices globais: O índice global de severidade (IGS), o índice de distribuição por sintomas positivos (IDSP) e o índice total de sintomas positivos (ITSP). O IGS traz informações sobre os sintomas e a intensidade do prejuízo, o IDSP é uma medida de intensidade e o ITSP fornece dados sobre o número de sintomas (Derogatis, 1994). Foi utilizada a versão traduzida para o português por Lalon (2001) que apresentou boa confiabilidade

(α de *Cronbach* entre 0,73 e 0,88) e estabilidade temporal regular entre 7 e 15 dias (r entre 0,40 e 0,82) numa amostra de pacientes de hospital geral.

Procedimentos

As anotações clínicas foram feitas pela terapeuta/pesquisadora logo após cada sessão. O SWAP-200 foi preenchido, por concordância, por dois avaliadores externos previamente treinados no uso do instrumento. Eles tiveram acesso às quatro primeiras e às quatro últimas sessões do primeiro ano de tratamento gravadas em áudio e vídeo. Primeiro, o SWAP-200 foi completado com relação às sessões iniciais e, posteriormente, às finais. A paciente, a cada seis meses, recebeu da terapeuta/pesquisadora, um envelope contendo o SCL-90-R. O instrumento foi preenchido em sua casa e devolvido na sessão seguinte. Esses procedimentos estão descritos na Tabela 1. Durante o primeiro ano de tratamento a frequência proposta para a psicoterapia variou de 1 a 2 sessões semanais.

É importante salientar que a terapeuta/pesquisadora só entrou em contato com o material empírico referente ao primeiro ano de tratamento no transcorrer do segundo ano. O fato de o tratamento ainda estar em andamento pode ser questionável por supostamente afetar o processo. Freud, no relato do caso Dora (1905 [1901]/1972), se posiciona contra a escrita e publicação de casos que ainda estão em andamento. Porém, duas décadas mais tarde, aponta que há um laço inseparável entre a cura e a pesquisa e que o conhecimento traz o êxito terapêutico (Freud, 1927/1972). Com essa perspectiva acreditamos que a pesquisa, assim como a supervisão, pode fazer emergir o novo, possibilitando novas ressignificações, além de apontar as características psicológicas, atitudes e sentimentos do paciente.

Tabela 1
Procedimentos Adotados para a Coleta de Dados

	Todas as sessões	início do tratamento	6º mês de tratamento	12º mês de tratamento
Anotações clínicas	X	-	-	-
SWAP-200	-	X	-	X
SCL-90-R	-	X	X	X

Nota. Abreviaturas: SWAP-200 (*Shedler-Westen Assessment Procedure*); SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-Revised*).

Aspectos éticos

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), submetido e aprovado no Comitê de Ética da UNISINOS sob o número CEP 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

Para descrever o entendimento das características do processo e das mudanças de Mariana no transcorrer do primeiro ano de tratamento esta seção está dividida em três tópicos: (1) a história de vida de Mariana, organizada a partir das anotações clínicas da terapeuta; (2) a formulação inicial do caso, com base na integração entre as anotações clínicas da terapeuta na etapa inicial do tratamento, os dados do SWAP-200 e do SCL-90-R iniciais; e (3) processo terapêutico e mudanças observadas no final do primeiro ano de tratamento, considerando as anotações clínicas e o reteste dos instrumentos psicométricos. Esse conjunto pode ser entendido como uma formulação de hipótese compreensiva, de base clínico-empírica, sobre o processo psicoterápico e as mudanças no funcionamento da paciente no primeiro ano do tratamento.

A história de vida da Mariana

A infância de Mariana foi permeada por muitas brigas entre seus pais. O pai e a mãe de Mariana eram usuários de álcool, faziam festas e tomavam grandes *porres*. O casal abriu, em sociedade, uma loja indo morar no andar de cima do estabelecimento. Quando dessa mudança a paciente contava 8 anos e relata que um amigo do pai tentou beijá-la na boca, escondido, no banheiro da nova casa. Sua mãe foi informada e pediu para que ela não contasse para o pai, pois ele tinha uma arma em casa e bebia muito e quando bêbado *era muito estourado*. Nesse mesmo período, a paciente passou a sentir um temor exagerado do barulho de quando puxava a descarga da privada, chegando a ter episódios graves de prisão de ventre, sendo o uso de supositórios necessário. É dessa mesma época o aparecimento de pesadelos seguidos de gritos que terminavam no despertar de Mariana. Também temia dormir e não acordar mais. Esse temor, assim como os episódios de prisão de ventre e os pesadelos, se mantém.

A paciente lembra-se de muitas brigas e as relata de forma clara. Acredita que o pai somente lhe bateu uma vez e que suas investidas eram sempre contra a mãe. Uma única vez teve medo que o pai matasse a mãe e, nesse dia, trancou-se no banheiro ficando em silêncio até que parasse a discussão, o que ocorreu após um estrondo. Alguns minutos depois, abriu a porta, viu uma estante jogada no chão e o pai e a mãe no quarto tendo relações sexuais com a porta aberta. A menina, então com aproximadamente 8 anos, foi para seu quarto e tentou dormir.

Mariana tinha 11 anos quando seu pai morreu de complicações decorrentes do alcoolismo. Suas lembranças da morte do pai giram em torno da não possibilidade da despedida, pois quando ele saiu de casa disse para ela que ia ao hospital e já voltava e

quando da única visita da paciente ao hospital ele estava em coma e morreu. A partir da morte do pai *tudo de ruim* passou a acontecer na vida de Mariana.

Na entrada da adolescência, com 13 anos, namorou um rapaz de 20 anos. Com ele começou a beber e teve suas primeiras experiências sexuais. Tinham muitas brigas e por diversas vezes teve de fugir dele para não ser agredida. Esse relacionamento durou em torno de um ano e, mesmo depois do fim, o ex-namorado ainda a seguiu pela rua por alguns meses querendo retomar o compromisso e ameaçando-a. Atualmente, relata que nunca mais conseguiu se apaixonar por um homem e que a partir daí começou a ter interesse por mulheres, mas que não se considera homossexual, gosta do carinho das mulheres e do sexo dos homens. Dessa época são os relatos de suas primeiras crises de choro e das primeiras buscas por tratamento.

O desempenho acadêmico de Mariana, a partir da entrada na adolescência foi decaindo, com diversas trocas de escola. Seus relacionamentos interpessoais foram se restringindo e ela passou a ficar muito tempo em casa dormindo. Com 17 anos, depois de ter tomado uma grande quantidade de vodca e arranhado várias partes do seu corpo pediu para que a mãe a internasse. Esta não acatou a solicitação e entendeu o ocorrido como desejo de *aparecer*, de *querer chamar a atenção*.

Depois de passar por diversos psicoterapeutas e iniciar diversas vezes tratamento medicamentoso, aos 18 anos Mariana buscou atendimento, já com a promessa de um novo abandono, na instituição em que a terapeuta/pesquisadora trabalha. Foi encaminhada para psicoterapia individual e tratamento farmacológico, assim como convidada para participar da pesquisa deste PPG. Começou o tratamento no início de 2013.

No início do tratamento seus sintomas proeminentes eram: conduta auto e hetero agressiva, comportamentos fóbicos e compulsões e rituais para dormir. No início do

segundo semestre letivo de 2013 iniciou a graduação e foi morar sozinha. Com o início das aulas, um período de desorganização ocorreu com aumento dos episódios de uso abusivo de álcool e automutilações, culminando com uma internação psiquiátrica depois de cortes profundos nos braços. A internação durou três semanas em uma clínica particular da cidade em que mora. Mariana abandonou a graduação. No final do primeiro ano de tratamento, comparecia à psicoterapia uma vez por semana, tendo períodos de maior resistência, deixando de ir a diversas sessões. Não conseguiu retomar os estudos e estava com dúvidas quanto ao seu futuro.

Formulação de caso

Conforme as anotações clínicas da terapeuta, Mariana buscou atendimento há aproximadamente 3 anos, quando contava 18 anos por se cortar em momentos de raiva e ter crises de choro desde os 12 anos. Faz psicoterapia desde os 14 anos com uso de medicação. Até então, sempre que se sentia melhor abandonava os tratamentos. Após a triagem foi encaminhada para atendimento psicoterápico e psiquiátrico. O psiquiatra diagnosticou transtorno de personalidade *borderline* e iniciou a administração de estabilizador de humor e anti-psicótico. Sua sintomatologia era acentuada, principalmente no que se refere ao descontrole de impulsos e do humor. Suas emoções eram sentidas como muito intensas ou inexistentes: *ou eu não sentia nada ou rasgava os lençóis da minha cama com os dentes*. Já nas sessões iniciais, Mariana pontuou com agressividade que as antigas terapias não funcionaram e que provavelmente essa também não funcionaria. Sua irritação e raiva para com as pessoas eram evidentes, chegando a verbalizar intensas ideias homicidas. Suas fantasias homicidas são relatadas com um sadismo irônico. Tinha frequentemente pesadelos e rituais obsessivos na hora de dormir.

Nesta etapa, os sintomas mais proeminentes apontados pelo SCL-90-R circulam na esfera da obsessividade-compulsividade, depressão e hostilidade. Os índices globais nesta primeira avaliação são: IGS= 2,04, IDSP=2,56 e TSP= 184, evidenciando uma gama ampla de sintomas presentes.

Conforme a formulação compreensiva da terapeuta, Mariana mostra um bom contato com a realidade, conseguindo distinguir o que pertence ao seu mundo interno e ao mundo externo, sem delírios ou alucinações. Apresenta pouco controle de impulsos, não consegue adiar a descarga, colocando-se em situações de risco. Seus conflitos internos são postos em ação e o seu juízo crítico fica prejudicado. Repetidas vezes, em momentos onde há aumento de ansiedade, busca refúgio na bebida e nos entorpecentes. As automutilações são utilizadas cada vez que a intensidade de afetos depressivos aumenta e justificadas por frases como *assim eu tenho algo para sentir dor de verdade*. Utiliza, com frequência, mecanismos de defesa primitivos como a negação, isolamento de afetos, desvalorização e atuação. Embora na maior parte do tempo, Mariana apresente um self coeso, está propensa a fragmentações em resposta a ações externas, como por exemplo, quando alguém não responde as suas necessidades de atenção como havia desejado. No plano interpessoal, parece ter muitas dificuldades ligadas ao processamento das informações que recebe, tendendo a interpretá-las erroneamente, interferindo na sua conduta e prejudicando seus relacionamentos.

A formulação de caso obtida com os dados do SWAP-200² indica que Mariana apresenta emoções que costumam fugir de seu controle, levando-a a extremos de ansiedade, tristeza, raiva, excitação, etc. (12). É raivosa e hostil (seja consciente ou inconscientemente) (16) e expressa a raiva de forma inapropriada e intensa, desproporcional à situação do momento (185). Sua percepção da realidade pode tornar-

² Os números apresentados entre parênteses indicam o item do SWAP-200 a que se refere a característica de personalidade.

se completamente distorcida quando estressada (44); tem dificuldade de compreender o comportamento das outras pessoas, interpreta mal ou se atrapalha com as ações e reações dos outros (29) sendo crítica (114). Costuma culpar os outros pelas próprias deficiências e fracassos (14) e sente-se mal compreendida, maltratada ou vitimada (127). Mariana parece obter prazer e satisfação (seja consciente ou inconscientemente) sendo sádica ou agressiva com os outros (39). Costuma despertar rechaço/aversão ou animosidade nos outros (96), sendo opositora, desafiadora ou pronta para discordar (170). Falta-lhe uma imagem estável de si mesma ou de quem gostaria de se tornar (15), seus relacionamentos interpessoais costumam ser instáveis, caóticos e de curta duração (153), assim como sua vida profissional/laboral (188). Demonstra ao mesmo tempo precisar dos outros e rejeitá-los, desejando intimidade e cuidado, mas rejeitando-os quando lhes são oferecidos (167).

Parece possuir um limitado ou pequeno repertório de emoções (126) e costuma tornar-se irracional quando emoções fortes são despertadas, chegando a demonstrar um declínio visível em seu funcionamento normal (157). Costuma reprimir ou esquecer eventos estressantes ou distorcer as lembranças relativas a esses eventos até o ponto de não mais reconhecê-los (152), suas percepções são superficiais, globais e impressionistas com dificuldade em focar nos detalhes (72), parecendo sentir que as experiências passadas são uma série de eventos soltos ou desconexos, com dificuldade em apresentar uma história de vida coerente (151). Mariana é frequentemente acometida por pensamentos obsessivos que considera como sendo sem sentido ou intrusivos (6) e possui uma fobia específica (102). Costuma se sentir letárgica, cansada ou sem energia (30), parece encontrar pouco ou nenhum prazer, satisfação ou divertimento nas atividades da vida (56) e possui dificuldade em se permitir experimentar emoções prazerosas intensas (131). É articulada, conseguindo se expressar bem através das

palavras (92), porém habitualmente age impulsivamente sem considerar as consequências (134), costuma ver nas outras pessoas os próprios sentimentos e impulsos inaceitáveis ao invés de em si mesma (116) e oscila entre atitudes descontroladas ou supercontroladas a respeito das próprias necessidades e impulsos (166).

A avaliação feita pelo SWAP-200, no que se refere ao diagnóstico de Eixo II do DSM-IV indica características antissociais ($T = 58,72$), paranoides ($T = 58,14$), esquizotípicas ($T = 56,56$) e *borderline* ($T = 55,68$) significativas. Em relação aos traços de personalidade, os fatores identificados como significativos são dissociação ($T = 74,6$), hostilidade ($T = 68,6$) e desregulação emocional ($T = 54,1$). Seu Índice de Saúde *Psicológica* é $T = 38,5$ indicando uma grave patologia de personalidade.

Mudanças observadas com o transcorrer do tratamento.

Com o passar dos meses, os afetos agressivos para com a terapeuta e para com a mãe são intensamente trabalhados durante as sessões. Sentimentos com relação à perda do pai começam a ser aceitos. Porém, a raiva e a agressão estão sempre presentes, ora voltadas contra a terapeuta, ora contra a mãe e as outras pessoas. A terapeuta pontua, em diversos momentos, que a paciente só vai conseguir ser ajudada se deixar que as pessoas se aproximem dela, porém ela sempre rebate dizendo não ser uma paciente fácil. Parece querer impressionar a terapeuta e se diz uma pessoa muito ruim, mas a terapeuta não se incomoda e não responde às investidas da paciente com agressão.

O tratamento parece entrar em uma nova etapa com o início das aulas na faculdade. Paciente começa a relatar que se sente nervosa com o retorno da vida acadêmica, mas que quando o nervosismo está presente ela o faz desaparecer. Estranha muito a disponibilidade da terapeuta para ajudar nas questões acadêmicas e diz que vai

tentar deixar a terapeuta se aproximar. As sessões são mais silenciosas e com menos agressividade. Traz que está tendo que crescer e que a mãe a obrigou a fazer isso quando o pai morreu, jogando todos os seus brinquedos fora junto com as coisas do pai. Começa a verbalizar ter medo de ficar louca e permite e aceita as colocações da terapeuta que liga a raiva à loucura e que defender-se dos sentimentos é ser menos louca. Eventos onde ela se sente abusada vêm à tona e a agressão volta a fazer parte das sessões. Agressão agora que é dirigida a terapeuta.

O aceite maior da ajuda da terapeuta provoca a diminuição da sintomatologia, porém faz com que a paciente entre em contato com os afetos até então negados. Os dados da SCL-90-R evidenciam a diminuição na sintomatologia no sexto mês de tratamento em todos os aspectos avaliados. O grupo de sintomas que se refere à hostilidade é o que apresenta menor diminuição. Os índices globais de sintomas nessa etapa são: IGS = 1,47, IDSP = 2,27 e TSP = 132.

Com o aumento das exigências acadêmicas, marcado por uma saída de campo onde se indispôs com colegas e professores, e com as novas tarefas necessárias para manter seu apartamento novo habitável, a hostilidade toma conta do clima dado por Mariana às sessões. Ameaça por diversas vezes largar a terapia e depois de uma sessão onde suas dificuldades são apontadas corta-se profundamente nos braços, é levada ao hospital para suturar e, logo depois, encaminhada à internação psiquiátrica.

Após uma semana na ala fechada, a terapeuta reinicia o atendimento. Ainda hospitalizada, Mariana recebe uma série de 4 sessões de psicoterapia. Nessas sessões, a paciente demonstra um tom afetivo bem diferente das anteriores. A terapeuta encontra uma paciente muito dócil, buscando ajuda para refletir sobre seus conflitos e sobre as *coisas que estão guardadas*. Diz ter vivido muitas coisas ruins como a raiva pela morte do pai, ter que ser mãe da mãe, que parece entregar-se para ser usada pelos outros e

conclui que acha que não merece coisas boas, mas que quer tentar melhorar e que conta com a ajuda da terapeuta. A paciente chora relembando o dia em que o pai morreu. Fala de um pai menos idealizado e mais agressivo. Não está mais tendo pesadelos, mas não consegue desenvolver conteúdos dos sonhos.

A saída da internação inaugura uma nova gama de características da Mariana. Mostra-se muito deprimida, porém associando e trabalhando junto com a terapeuta. Traz sua necessidade de ser perfeita, da mãe não ser carinhosa e de estar se sentindo carente dos amigos que a rejeitam. Aceita a maioria das intervenções da terapeuta, conta sonhos e relata chorar sozinha em casa. Porém, sua angústia vem aumentando e os pesadelos reaparecem. Está mais apática e silenciosa, reclama de tudo e de todos e não consegue buscar alternativas possíveis para seus conflitos. A terapeuta interpreta e a paciente relata estar *inconscientemente se isolando*.

O silêncio e a apatia tomam conta da paciente nas sessões que antecedem as férias. Relata ter perdido a vontade de fazer tudo e pede para diminuir a frequência das sessões. Na data combinada para a volta não vem a 3 sessões seguidas e a terapeuta entra em contato. Retorna e exige mais atividade e direcionamento nas intervenções. A terapeuta questiona seus desejos de morte e a paciente nega, mas ocorre o seguinte diálogo: terapeuta coloca: *Parece que tu deu um jeito de morrer* (referindo-se à sua apatia) e paciente logo completa: *Eu me matei e ninguém viu*. A terapeuta tira férias fora do período habitual e a paciente não vem à última sessão antes da saída. Também não vem à sessão marcada para a volta.

A formulação de caso proposta pelo SWAP-200 descreve a paciente nesse período do tratamento e evidencia as mudanças em sua personalidade. Mariana parece possuir um pequeno repertório de emoções (126) e elas parecem fugir do seu controle levando-a a extremos de ansiedade, tristeza, raiva, excitação, etc (12), tornando-se

irracional quando emoções fortes são despertadas, chegando a demonstrar um declínio visível em seu nível de funcionamento normal (157). Costuma ser crítica com os outros (114), raivosa e hostil (seja consciente ou inconscientemente) (16), expressando raiva de forma inapropriada e intensa, desproporcional à situação do momento (185) e culpando os outros pelas próprias deficiências e fracassos (14). Nesse período, Mariana costuma sentir-se infeliz, deprimida ou desanimada (189), parecendo encontrar pouco ou nenhum prazer, satisfação ou divertimento nas atividades da vida (56) sentindo-se letárgica, cansada ou sem energia (30). Possui dificuldade em se permitir experimentar sensações prazerosas intensas (131) sentindo-se vazia e entediada (90). Costuma se sentir excluída e/ou como “alguém de fora”, como se não fizesse parte da situação ou do grupo (149), parecendo querer se punir, criando situações que levam à infelicidade ou ativamente evita oportunidades prazerosas e gratificantes (163). Costuma descrever as experiências de modo genérico; não tem vontade ou é incapaz de oferecer detalhes específicos (155), assim como parece ser incapaz de descrever as pessoas que lhe são importantes de uma forma realista; suas descrições envolvem somente duas dimensões, sendo pobre em detalhes (41) com percepções superficiais, globais e impressionistas (72). Vê as pessoas como totalmente más e perde a capacidade de perceber qualquer qualidade positiva que a pessoa possa ter (79). Tem dificuldade de compreender o comportamento das outras pessoas, interpretando mal ou se atrapalhando com as ações e reações dos outros (29), ou seja, possui pouca empatia, parecendo incapaz de compreender ou corresponder às necessidades ou sentimentos dos outros a não ser que coincidam com os seus (52).

A vida profissional/laboral de Mariana costuma ser caótica ou instável (188), faltam-lhe habilidades sociais, tendendo a ser socialmente esquisita ou inadequada (193), sentindo-se inferior ou fracassada (54). Reage a críticas com sentimentos de fúria

e humilhação (103) gerando reações extremas ou despertando sentimentos intensos nos outros (154). Não é verbalmente articulada, possui limitada habilidade de se expressar com palavras (198) e suas verbalizações parecem incoerentes com os afetos que as acompanham ou incoerentes com as mensagens não verbais concomitantes (184), tendo pouco insight sobre as próprias motivações e comportamentos e sendo incapaz de considerar interpretações alternativas para as próprias experiências (148), porém aprecia e responde bem ao senso de humor (68). Sobre sua sexualidade experimenta conscientemente interesses homossexuais moderados implicando uma bissexualidade (85).

Em termos de diagnóstico do Eixo II (*PD T-Scores*), nesta etapa, Mariana apresenta características marcantes de transtorno de personalidade esquizotípico ($T = 60,94$), bem como características histriônicas ($T = 59,9$), esquizoides ($T = 58,33$), *borderline* ($T = 57,97$), e paranoides ($T = 56,35$). Em relação aos traços patológicos de personalidade (*Factor Scores*), Mariana apresenta dissociação ($T = 63,7$), disforia ($T = 63,4$) e hostilidade ($T = 68,6$). Seu Índice de Saúde Psicológica é $T = 40,1$.

Nas últimas sessões do primeiro ano, logo após o retorno das férias da terapeuta parece mais animada, fala do reingresso na faculdade e da mudança de curso. Parece mais descontraída e as agressões reaparecem. O SCL-90-R respondido ao fim do primeiro ano do tratamento demonstra melhora e diminuição considerável na sintomatologia. Os índices globais de sintomas nessa etapa são: IGS = 0,52, IDSP = 1,38 e TSP = 47.

A Figura 1 apresenta a evolução das 9 dimensões sintomáticas propostas pelo SCL-90-R no primeiro ano de tratamento.

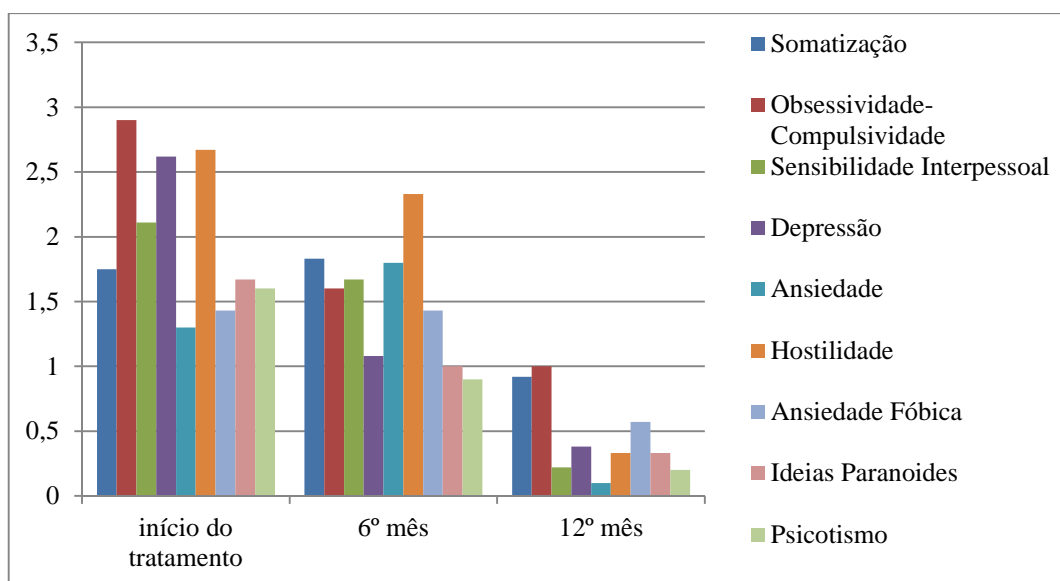


Figura 1. Evolução das 9 dimensões sintomáticas propostas pelo SCL-90-R

Com base no conjunto de dados apresentados, entende-se que no final do primeiro ano de tratamento, Mariana apresenta imaturidade psíquica importante e sentimentos como tristeza, melancolia, infelicidade e desamparo. Sofre com uma vulnerabilidade por apresentar dificuldades diante das múltiplas tensões do cotidiano. Tende a funcionar melhor nos meios bem estruturados, rotineiros e livres de ambiguidade parecendo ser mais ineficaz do que a maioria das pessoas quando há um aumento de tensão. A paciente vem apresentando um empobrecimento psicológico ao longo dos anos devido ao uso maciço dos mecanismos de defesa, a fim de evitar sensações e percepções hostis, podendo ser interpretada como uma pessoa negligente, descuidada ou impulsiva, mas não passa do estabelecimento do uso de defesas que a ajudem a suportar. Porém, deste modo, acaba não registrando nem sequer suas necessidades básicas, mostrando que existe uma lacuna muito importante na sua capacidade de perceber o seu mundo interno e o mundo externo.

A depressão e o isolamento característicos do fim do primeiro ano do tratamento levaram, segundo dados do SWAP-200, a um funcionamento mais regressivo do que o inicial. O entendimento frente à integração dos dados clínicos e empíricos aponta para

uma reação à evolução do tratamento. Dentro do *setting* psicoterápico, com o vínculo positivo que foi se estabelecendo e a confiança crescente na terapeuta, Mariana pode regredir, deixando vir à tona alguns conflitos que estavam sendo encobertos pelas defesas. É característico com pacientes *borderline* que, após o estabelecimento de um bom vínculo, ocorra a regressão e a *entrega* de si mesmo para o terapeuta, possibilitando a análise e melhora do paciente. Isso se reflete nas mudanças positivas observadas na sintomatologia. As desenfreadas atuações da paciente começaram a ser questionadas, buscando-se um significado para as mesmas. No espaço terapêutico, buscou-se colocá-las em palavras e seu Índice de saúde psicológica, que avalia as forças psicológicas do paciente em comparação com um modelo representativo de saúde psicológica ideal, passa de $T = 38,5$ para $T = 40,1$.

O tratamento de Mariana está em andamento. Com a análise dos dados, podemos evidenciar que a psicoterapia não é um processo linear, principalmente em se tratando de uma paciente com TPB, transtorno este que tem como característica básica a oscilação entre estados mentais e vulnerabilidade à ocorrência de crises de desorganização agudas e transitórias (como a evidenciada no transcorrer do primeiro ano da psicoterapia). É esperado que os sintomas mudem antes dos traços de personalidade e que existam traços disfuncionais e até pioras, que persistam durante o andamento de um processo psicoterapêutico. Nota-se que há uma progressiva melhora sintomática, especialmente nos sintomas obsessivo-compulsivos, depressivos, de hostilidade e sensibilidade interpessoal. Ainda que persistam diversas características patológicas e traços disfuncionais de personalidade, ao término do primeiro ano de tratamento, Mariana apresenta um aumento no seu índice de saúde psicológica, considerando o SWAP-200, que é um indicador significativo de que a mudança no seu funcionamento psicológico de base está em progresso. Outro ponto importante a ser

considerado é que a paciente não abandonou o tratamento e vinculou-se à terapeuta, contrariando seu discurso inicial e histórico anterior de tratamentos interrompidos, e, possivelmente, abrindo novas perspectivas para o seguimento de sua mudança.

Considerações finais

A dissociação histórica entre a pesquisa e a prática clínica empobrece o diálogo entre a psicanálise e as demais ciências e reforça a crença de que as capacidades clínicas são antagônicas e incompatíveis com as científicas (Fonagy, 2003). Porém, há atualmente um movimento crescente de aproximação entre essas duas áreas buscando desenvolver conhecimento baseado em evidências para aumentar a compreensão sobre os mecanismos da ação terapêutica (Serralta et al., 2011). É nesta direção que se situa este estudo.

Apresentamos um estudo de caso sistemático ilustrativo com o objetivo de enriquecer e aproximar duas áreas distantes e, ao mesmo tempo, tão próximas. Dados clinicamente sensíveis foram apresentados juntamente com instrumentos validados empiricamente buscando articular uma mudança da atitude psicanalítica com relação à pesquisa, demonstrando a complementaridade das perspectivas clínica e empírica. O caso de Mariana foi compreendido à luz dessa possibilidade, que, a nosso ver, enriquece e amplia as possibilidades de compreensão do material clínico. A linguagem utilizada procurou aproximar os dois campos de saber, assegurando a integridade dos fatos clínicos e apresentando de forma clara os dados empíricos.

A curiosidade, o espírito crítico e a capacidade de fazer perguntas significativas parecem fazer parte da vivência dos psicanalistas e dos pesquisadores. No entanto, os que buscam a integração são frequentemente vistos como destoantes ou inadequados por ambos os lados (Fonagy, 2003). Buscamos deste estudo demonstrar a utilidade da

integração, pois o fim último de psicoterapeutas e pesquisadores é promover a melhora do paciente. Acreditamos que esforços de pesquisadores para propor e divulgar estudos de interesse e compreensão ao psicoterapeuta, de um lado, e a formação científica de psicoterapeutas, de outro, são vetores de uma mudança de cultura que pode levar a um progressivo reconhecimento do valor da união entre as perspectivas empírica e psicanalítica.

O estudo da psicoterapia realizado no seu cenário natural, ou seja, os consultórios de atendimento – em processos terapêuticos reais – envolvendo a perspectiva do paciente, do terapeuta e de observadores externos favorece resultados que são mais facilmente extrapolados para a prática diária. Os pesquisadores deveriam buscar *falar* com os psicoterapeutas mostrando como os resultados das investigações poderiam fornecer valiosa ajuda no seu trabalho com os pacientes. Como pesquisadoras e terapeutas compartilhamos a constatação de Krause (2011) segundo a qual, passado o susto inicial, a investigação promove, no psicoterapeuta, uma *atitude empírica* que permite a interação das observações clínicas com suas teorias, contribuindo significativamente para o desenvolvendo e ampliação das possibilidades de aplicação da psicanálise.

Referências

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 541-568. doi: 10.1177/00030651050530020101
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR, *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4th Ed. Rev.) (C. Dornelles, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

- Aveline, M. Strauss, B., & Stiles, W. B. (2007). Pesquisa em psicoterapia. In G. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp. 606-623). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), 67-103. doi: 10.1111/j.1539-6053.2009.01036.x
- Bucci, W. (2007). Pesquisa sobre processo. In E. S. Person, A. M. Cooper & G. O. Gabbard (Eds.), *Compêndio de psicanálise* (pp. 320-336). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dattilio, F. M., Edwards, D. J. A., & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: Toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (4), 427-441. doi: 10.1037/a0021181
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): administration, scoring, and procedures manual*, (3th ed.). Minneapolis, USA: National Computer Systems.
- 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. Retrieved from <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Edwards, D. J. (2010). Languages of Science and the Problem of Applied Clinical Knowledge: A Mixed Methods Appraisal of Eells' Case Formulation Research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(4), 276-285. doi: 10.14713/pcsp.v6i4.1048

- Freud, S. (1972). Fragmento da análise de um caso de histeria (J. Salomão, A. Barata, J. D. Azulay e P. D. Corrêa, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 1-119). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1905 [1901])
- Freud, S. (1972). A questão da análise leiga – Pós-escrito (C. M. Oiticica, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 285-293). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1927)
- Freud, S. (1972). Conferência XXXV: A questão de uma Weltanschauung (J. L. Meurer, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 193-220). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1933 [1932])
- Fonagy, P. (2004). Colhendo urtigas – O impacto mútuo da psicanálise e de outras disciplinas acadêmicas na universidade. *Psicanalítica*, 5(1), 29-48. ISSN 1679-074X
- Fonagy, P. (2003). Apanhar urtigas às mancheias, ou por que a pesquisa psicanalítica é tão irritante. In A. Green (Ed.), *Psicanálise contemporânea* (pp. 317-340). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Jiménez, J. P. (2007). Can research influence clinical practice? *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(3), 661-679. doi: 10.1516/P447-7027-L16W-2362
- Jones, E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (2015). Resistances and Progress in Developing a Research Framework in Psychoanalytic Institutes. *Psychoanalytic Inquiry*, 35 (1), 98-114. doi: 10.1080/07351690.2015.987596

- Krause, M. (2011). La psicoterapia: ¿Oficio sin ciencia y ciencia sin oficio? *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (1), 89-98. Retrived from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v20n1/v20n1a07.pdf>
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de avaliação de sintomas-90-R: adaptação, precisão e validade* (Tese de doutorado). PUC-Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Lingiardi, V., Waldron, S., & Gazzillo, F. (2010). An empirically supported psychoanalysis: The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2), 190-218. doi: 10.1037/a0019418
- Lomax, J. W., Andrews, L. B., Burruss, J. W., & Morrey, S. (2007). Supervisão em psicoterapia (M. F. Lopes & R. C. Costa, Trans.). In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (663-675). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York, NY: Basic Books.
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS; 5th ed.)*. Unpublished manuscript, Cambridge Hospital & Harvard Medical School, Cambridge, MA.
- Sandler, J., Sandler, A. M., & Davies, R. (Eds.). (2000). *Clinical and observational psychoanalytic research: Roots of a controversy*. London, England: Karnac Books.
- 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. doi: 10.1590/S0103-166X2011000400010
- Serralta, F. B., & Streb, L. G. (2003). Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 53-65. Retrieved from <http://rbp.celg.org.br/>

- Shedler, J. (2009). Guide to SWAP-200 Interpretation. *Shedler-Westen assessment procedure*. Retrieved from <http://www.swapassessment.org>
- Shedler, J. (2012). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 9-25). New York, NY: Humana Press.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5(4), 333-353. doi:10.1177/107319119800500403
- Shedler, J., & Westen, D. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156 (2), 258-272. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.156.2.258>
- Shedler, J., & Westen, D. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part 2: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 273-285. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55. doi: 10.1080/00223890701357092
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da Sociedade de Cardiologia do RJ*, 20(5), 383-386. Retrieved from http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: Its coming of age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(2), 375-404. doi:10.1080/07351692309349039

- Wallerstein, R. S. (2007). Pesquisa sobre resultados. In E. S. Person, A. M. Cooper & G. O. Gabbard (Eds.), *Compêndio de psicanálise* (pp. 305-319). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Wallerstein, R. S. (2009). What kind of research in psychoanalytic science? *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(1), 109-133. doi:10.1111/j.1745-8315.2008.00107.x
- Westen, D., & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59(7), 595-613. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.595
- Yin, R. K. (2001). *Estudos de caso: planejamento e métodos*. 2ª Ed. (D. Grassi, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.

Seção 2: artigo empírico

Psicoterapia psicanalítica para pacientes com transtorno de personalidade

***borderline* em situação de crise – Análise do processo de um caso individual**

Resumo

As características nosológicas e psicodinâmicas dos pacientes com TPB afetam o relacionamento terapêutico e colocam com frequência o terapeuta de orientação psicanalítica frente a necessidade de manejar crises e adaptar intervenções. Embora crises envolvendo sintomas psicóticos, depressão, ansiedade, hostilidade e condutas auto e hetero agressivas sejam relativamente comuns, o manejo destas crises é ainda pouco estudado empiricamente. O objetivo deste estudo é contribuir para o aumento do conhecimento dos aspectos subjacentes às crises de pacientes *borderline* em psicoterapia. Para tanto, o caso de uma paciente *borderline* em psicoterapia psicanalítica foi estudada em profundidade usando o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) e as anotações clínicas da terapeuta com o intuito de comparar as atitudes e intervenções da terapeuta, a natureza da interação terapêutica e as atitudes e estados mentais da paciente durante 12 sessões que foram identificadas pela psicoterapeuta como compreendendo as três etapas deste período: desorganização aguda (n=4 sessões), hospitalização (n=4 sessões) e estabilização (n=4 sessões) da crise. Através da MANOVA foi encontrada

diferença significativa entre o processo nas três etapas e o teste *PostHoc* de *Tukey* foi utilizado para identificar em quais fases encontravam-se tais diferenças. A análise foi complementada por inspeção visual para detectar diferenças com significado clínico. Os achados apontam para a importância da estabilidade e do acompanhamento do terapeuta nesses períodos. Crises e interrupções são esperadas: resiliência emocional, clareza em delimitar o que é pessoal e o que é da relação terapêutica, capacidade para tolerar o impacto emocional intenso vindo do paciente e ser flexível são características esperadas dos terapeutas de pacientes com TPB.

Palavras-chave: pesquisa em psicoterapia psicanalítica, processo psicoterápico, intervenção na crise, transtorno de personalidade *borderline*, Psychotherapy Process Q-Set.

Psychoanalytic Psychotherapy for Patients with Borderline Personality Disorder in Crisis - Process Analysis of an Individual Case

Abstract

The nosological and psychodynamic characteristics of patients with BPD affect the therapeutic relationship and often put the therapist from the psychoanalytic orientation in need to manage crises and adapt interventions. Although crises involving psychotic symptoms, depression, anxiety, hostility, self and peer aggressive behaviors are relatively common, the management of these crises has been little studied empirically. The purpose of this study is to contribute to increase knowledge of the underlying aspects to crises of borderline patients in psychotherapy. To this end, the case of a borderline patient in psychoanalytic psychotherapy was studied in depth using the Psychotherapy Process Q-Set (PQS) and clinical notes from the therapist in order to compare the attitudes and interventions of the therapist, the nature of the therapeutic interaction and attitudes and mental states of the patient during 12 sessions that were identified by the psychotherapist as comprising the three steps of this period: acute disorganization (n = 4 sessions), hospitalization (n = 4 sessions) and stabilization (n = 4 sessions) of the crisis. Through MANOVA was a significant difference between the process in three stages and the *Tukey posthoc* test was used to identify which phases were these differences. The analysis was complemented by visual inspection to detect clinically meaningful differences. The findings point to the importance of the stability and monitoring from the therapist in these periods. Crises and interruptions are expected: emotional resilience, clarity in defining what is personal and what is the therapeutic relationship, ability to tolerate the intense emotional impact coming from the patient and be flexible are expected features of the therapists of patients with BPD.

Keywords: research in psychoanalytic psychotherapy, psychotherapy process, crisis intervention, borderline personality disorder, Psychotherapy Process Q-Set

O transtorno de personalidade *borderline* (TPB) é um transtorno comum e grave (Paris, 2015). Estima-se que de 1 a 2% da população geral sofra de TPB; é o mais comum dos transtornos de personalidade encontrados em locais de tratamento, chegando a representar 10% dos pacientes em tratamento ambulatorial e entre 15 a 20% dos pacientes internados (APA, 2013; Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2011; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; NCCMH, 2009; Paris, 2015; Skodol et al., 2002). Comportamentos autodestrutivos, como tentativas de suicídio, ocorrem em 60 a 70% da população com TPB e aproximadamente 10% dos casos completam o suicídio (APA, 2013; Lieb et al., 2004; NCCMH, 2009). Trata-se, portanto, de uma população que requer atenção especial dos profissionais da saúde, visto que 50% dos terapeutas que se dispõem a trabalhar com pacientes com TPB vão perder um paciente por suicídio ao longo de suas carreiras (Goodman, Roiff, Oakes, & Paris, 2012).

Conforme a última edição do DSM V (APA, 2013), o TPB é caracterizado por um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos, marcado por impulsividade, com início no começo da idade adulta e presente em vários contextos, indicado por cinco ou mais dos seguintes indicadores: (a) esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário; (b) um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizados por uma alternância entre extremos de idealização e desvalorização; (c) distúrbios de identidade: marcada e persistente instabilidade no senso de identidade e na autoimagem; (d) impulsividade em pelo menos duas das seguintes áreas, potencialmente perigosas pela possibilidade de trazerem prejuízos pessoais: gastos financeiros, sexo, uso de substâncias químicas, direção de veículos e alimentação; (e) comportamento suicida recorrente, gestos ou tentativas de ou, de fato, automutilação; (f) instabilidade afetiva devido a marcada reatividade no humor (episódios intensos de depressão, irritabilidade ou ansiedade

usualmente durando poucas horas e raramente mais de alguns dias); (g) sentimentos crônicos de vazio; (h) raiva intensa e inapropriada ou falta de controle da raiva; (i) passageira ideação paranoide ou graves sintomas dissociativos.

Além de considerar os critérios comportamentais diretamente observáveis nos transtornos psiquiátricos, o diagnóstico compreensivo psicanalítico inclui aspectos inconscientes estruturais e dinâmicos do funcionamento do paciente. No TPB, essa compreensão é entrecortada por diversas linhas de pensamento, entre as quais se destaca a concepção de Otto Kernberg (1979; Kernberg, et al., 1991). Kernberg (1979; Kernberg, et al., 1991) denomina como “organização *borderline* de personalidade” uma organização patológica de personalidade específica e estável, caracterizada por: (a) difusão de identidade; (b) capacidade de teste de realidade mantida; (c) fraqueza do ego; (d) patologias do superego; (f) nível de organização defensiva primitivo.

As características nosológicas e psicodinâmicas dos pacientes com TPB afetam o relacionamento terapêutico. A psicoterapia de orientação psicanalítica desses pacientes é complexa, pois coloca em dúvida o uso das principais ferramentas desse enquadre: a associação livre, a transferência, a interpretação e a manutenção do *setting* (Junqueira, & Junior, 2006). Com pacientes *borderline*, conforme o modelo de mudança proposto por Levy, Clarkin, Yeomans, Scott, Wasserman e Kernberg (2006), a diminuição da intensidade e frequência do uso da cisão e uma maior integração das representações de *self* são favorecidas pelas intervenções expressivas de clarificação, confrontação e interpretação da transferência. Nesse processo, eliciador de ansiedade, é extremamente importante a função de continente do terapeuta e a provisão de um *setting* estável e seguro.

Uma revisão sistemática sobre os fatores que produzem mudança na psicoterapia de pacientes com TPB encontrou que a aliança terapêutica é um importante preditor de

resultados, mesmo quando se consideram tratamentos específicos para o transtorno (Barnicot, Katsakou, Bhatti, Savill, Fearn, & Priebe, 2012). No entanto, sabe-se que aceitar ajuda, para esses pacientes, implica uma quebra da onipotência, uma ferida narcísica que provoca baixa aderência ao tratamento, inveja acentuada e dificuldade no acesso e no aproveitamento das interpretações. O estabelecimento da aliança terapêutica é particularmente difícil 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 (Romaro, 2002).

Assim, entre as modalidades de tratamento psicanalítico, a indicação mais adequada para a maioria dos pacientes com TPB é uma forma modificada de intervenção, que difere da análise clássica e das psicoterapias de apoio de orientação psicanalítica. Nesse contexto, a inclusão de vários parâmetros técnicos na situação da psicoterapia é importante para controlar atuações dentro e fora do *setting*. Esses parâmetros devem ser introduzidos somente à medida que se tornem necessários e devem ser interpretados, quando possível, em busca de um retorno à técnica original. A abordagem deve conter elementos de apoio como a tarefa de estruturar a situação terapêutica, por exemplo, com permissões e restrições aos contatos extraterapêuticos e estabelecimento de limites dentro dos quais o paciente pode se expressar. Esses elementos devem ser passíveis de mudança conforme a psicoterapia vai evoluindo. Outro ponto necessário é o esclarecimento da realidade, que acaba por ocupar grande parte das instruções do terapeuta. Desse modo, as sugestões diretas são difíceis de evitar na psicoterapia psicanalítica com esses pacientes (Kernberg, 1979, 1991).

Pacientes *borderline* são suscetíveis à desorganização psíquica. Uma crise *borderline* caracteriza-se pela ocorrência aguda e geralmente breve, embora frequentemente recorrente, de uma ampla variedade de sintomas, incluindo

comportamentos autoagressivos, impulsividade, sintomas psicóticos transitórios, e intensa ansiedade, depressão e raiva, muitas vezes resultando na necessidade de atendimento de emergência (NCCMH, 2009), incluindo a internação psiquiátrica (Adler, 2013; Koehne, & Sands, 2008; NCCMH, 2009) para manejo da crise. A Associação Americana de Psiquiatria, em seu guia “*Practice guideline for treatment of patients with borderline personality disorder*” (APA, 2010) recomenda que sejam feitas internações de curta duração quando: (a) o paciente representa um risco eminente para os outros, (b) quando perde o controle de seus impulsos suicidas ou faz uma tentativa de suicídio séria, (c) quando está tendo um episódio psicótico transitório, (d) quando apresentam sintomas suficientemente graves que estejam interferindo no seu funcionamento normal. Estudos como os de Bateman e Tyrer (2004), Fagin (2004) e Pascual et al. (2007) acrescentam que a internação hospitalar pode ser necessária para estabilizar as medicações, favorecer a revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, bem como a avaliação completa dos riscos.

Para muitos pacientes com TPB, a hospitalização parece ser uma ameaça de perda ou abandono por parte do seu terapeuta. A disposição do terapeuta para continuar com o atendimento, apesar da convicção do paciente de que ele vai ser abandonado devido ao seu comportamento agressivo e provocante, que o levou à internação, também apresenta uma oportunidade para um novo tipo de experiência. Sendo assim, é importante que o hospital proporcione um ambiente adequado para que o terapeuta siga trabalhando em psicoterapia individual com o seu paciente, oferecendo uma estrutura de suporte para que a raiva possa ser experimentada e analisada de forma segura (Adler, 2013).

Embora se tenha bastante conhecimento sobre o TPB e a literatura aponte a alta prevalência de situações de crise entre essa população, pouca pesquisa se fez sobre o

manejo realizado pelo próprio psicoterapeuta que vinha tratando o paciente antes da mesma (Borschmann & Moran, 2011). Neste sentido os estudos de Goodman, Edwards e Chung (2012; 2013) e Goodman, Anderson e Diener (2014) que avaliaram intensivamente processos terapêuticos de pacientes *borderline* que receberam psicoterapia psicodinâmica três vezes na semana durante internação psiquiátrica prolongada são exceções. Em um dos estudos, realizado com cinco pacientes, foram identificados padrões de interação paciente-terapeuta por meio da aplicação repetida do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). São eles: (a) relação de colaboração com apoio, terapeuta tranquilizador, (b) terapeuta empático, sensível e com envolvimento afetivo, (c) relação terapêutica erotizada, (d) terapeuta diretivo com paciente condescendente. A magnitude dessas interações variou entre as duplas durante o tempo do tratamento. Nesse mesmo grupo de pacientes o processo terapêutico foi também comparado a um processo ideal de psicoterapia psicodinâmica (protótipo), construído a partir de respostas de experts nessa modalidade terapêutica aos itens do PQS. Em um dos estudos, que examinou o grupo das cinco terapias, encontraram que a adesão desses tratamentos ao processo ideal psicodinâmico foi preditor de aumento do sofrimento psicológico (Goodman et al., 2013). Neste e num estudo subsequente comparativo de dois desses casos, foi também constatado que a adesão ao modelo psicodinâmico diminuiu com o tempo (Goodman et al., 2014), o que sugere que terapeutas foram adaptando suas intervenções às necessidades destes pacientes. De modo geral, os resultados desses estudos sugerem que um modelo de tratamento psicodinâmico para pacientes *borderline* severos requer flexibilidade técnica por parte do terapeuta, incluindo uso de intervenções mais estruturadas e de apoio (Goodman et al., 2012; 2013; Goodman et al., 2014).

Conforme sinalizam Goodman et al. (2014), Borschmann e Moran (2011) e Koehne e Sands (2008) necessitamos de mais estudos sobre a dinâmica subjacente a uma crise aguda para diminuir as taxas de suicídio, garantir uma melhor qualidade de vida e colaborar para a redução do uso de serviços de emergência por esses pacientes. Contribuir para o aumento do conhecimento sobre as manifestações, a dinâmica, e a repercussão no processo terapêutico subjacente à crise *borderline* é a intenção deste artigo. Para tanto, foi examinado longitudinal e intensivamente o período de crise de um caso de TPB em psicoterapia psicanalítica, comparando as atitudes e intervenções da terapeuta, a natureza da interação terapêutica e os estados mentais e atitudes da paciente durante o período de crise, considerando as diferenças encontradas no processo terapêutico no início da crise (desorganização aguda), na etapa intermediária (hospitalização) e no seu declínio (estabilização).

Método

Delineamento

Este é um estudo de caso único sistemático. Esse tipo de estudo utiliza métodos mistos para compreender os fatores que contribuem para a mudança dentro do contexto clínico natural (Edwards, 2007).

O caso em análise

O caso é de uma psicoterapia de orientação psicanalítica de uma paciente com TPB que integra um estudo maior em andamento no Programa de Pós Graduação em Psicologia da UNISINOS. A paciente, Mariana, 22 anos, buscou tratamento em uma clínica psiquiátrica há mais de 3 anos por se cortar em momentos de raiva e ter crises de choro desde os 12 anos. Fez diversas psicoterapias desde os 14 anos com uso de

medicação e sempre que se sentia melhor abandonava os tratamentos. Após triagem, e em conformidade com os critérios de inclusão no estudo, a paciente foi encaminhada para atendimento psicoterápico e psiquiátrico. O diagnóstico de TPB foi realizado pelo psiquiatra que avaliou a paciente durante a etapa inicial do tratamento psicoterápico e, posteriormente, confirmado pela 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 cerca de nove anos. A terapeuta é também a pesquisadora que conduziu o estudo.

A psicoterapia iniciou com frequência semanal de duas vezes e os objetivos acordados entre paciente e terapeuta foram a busca da melhora sintomática e a procura por retomar atividades acadêmicas e sociais compatíveis com seu desenvolvimento. Após três meses de tratamento, a pedido da paciente, a frequência foi diminuída para uma vez por semana, frequência esta que se manteve até aproximadamente o 7º mês quando houve uma exacerbação de sintomas e desorganização psíquica geral (crise *borderline*) que culminou em uma tentativa de suicídio seguida de uma internação psiquiátrica de três semanas. Nos primeiros sete dias da internação, quando a paciente encontrava-se em isolamento não houve atendimento psicoterápico. Os atendimentos foram retomados na segunda semana de internação com duas sessões semanais, frequência que se manteve por alguns meses após a alta hospitalar. A psicoterapia está em andamento. Este estudo focaliza o período dessa crise. A delimitação do período de crise foi realizada por meio das anotações clínicas feitas pela terapeuta e compreende aproximadamente três meses nos quais ocorreram 12 sessões (sessões 33 a 44).

Instrumentos

Anotações clínicas.

As anotações clínicas são relatos sistemáticos de memória da terapeuta considerando o conteúdo de cada sessão e o processo da psicoterapia. Em psicoterapia de orientação psicanalítica, elas são usadas para a compreensão e o estudo do caso, assim como para o acompanhamento e possíveis supervisões (Lomax, Andrews, Burruss, & Moorey, 2007). Aqui, foram usadas para a delimitação do período de crise analisado e para complementar as descrições dos processos nas sessões.

Psychotherapy Process Q-Set (PQS).

O PQS (Jones, 2000) é um instrumento do tipo *Q-sort* que busca descrever o processo terapêutico 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 e 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, Pole, Nunes, Eizirik, & Olsen, 2010) mostrando-se uma

medida fidedigna e capaz de produzir descrições confiáveis do processo terapêutico de diferentes abordagens de psicoterapia.

Procedimentos

Todas as sessões deste caso estão sendo gravadas em áudio e vídeo para análise com o PQS. Para o presente artigo foram consideradas 12 sessões correspondentes ao período de crise. As sessões 37, 38, 39 e 40 foram realizadas no contexto da internação psiquiátrica que se fez necessária. Neste estudo, o processo terapêutico do período de crise foi dividido, em conformidade com as descrições clínicas da terapeuta, em três tempos: desorganização aguda (n=4), hospitalização (n=4) e estabilização (n=4).

Todas as sessões foram codificadas com o PQS por duplas de juízes treinados. Correlações intraclasse foram computadas para verificar a concordância entre os avaliadores, tendo como critério correlações iguais ou superiores a 0,7. Nas análises subsequentes, foi utilizada a média das avaliações dos dois juízes concordantes.

A descrição do processo terapêutico nas 12 sessões que compreenderam o período de crise foi realizada por meio do ordenamento dos 10 itens do PQS mais e menos característicos. Para identificar eventuais diferenças nos processos das três fases da crise, foi realizada uma análise multivariada de dados (MANOVA) tendo os três tempos da crise como variáveis independentes e os 100 itens do PQS como variáveis dependentes. Para verificar entre quais fases encontravam-se as diferenças identificadas foi utilizado o teste *Post Hoc* de *Tukey*. A análise do processo terapêutico no período de crise foi completada por uma análise visual exploratória para verificar quais dos itens apresentavam, além de diferenças estatisticamente significativas, diferenças clinicamente significativas, isto é, que apresentavam uma mudança qualitativa na

direção do processo (indo do menos característico para o mais característico, por exemplo).

Complementarmente às anotações clínicas da terapeuta, com o objetivo de caracterizar o processo terapêutico inicial, anterior ao período de crise estudado, uma a cada três sessões (n=12) dos primeiros sete meses de tratamento foram avaliadas com o PQS. A descrição geral do processo terapêutico inicial foi feita com base no ordenamento simples dos 10 itens mais e menos característicos do PQS, utilizando as médias dos juízes com maior nível de concordância (correlação intraclasse).

Todos os procedimentos estatísticos foram realizados no programa SPSSW, versão 21.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

Aspectos éticos

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), submetido e aprovado no Comitê de Ética da UNISINOS sob o número CEP 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

Conforme as anotações clínicas da terapeuta, desde o início do tratamento até a 33ª sessão, Mariana vinha trabalhando em colaboração com a terapeuta no entendimento de suas emoções, que eram sentidas como muito intensas ou inexistentes, no controle de seus impulsos e humor. Colocava-se de forma agressiva, demonstrando sua irritação e

raiva para com as pessoas e pontuando diversas vezes que as antigas terapias não funcionaram e que provavelmente está também não funcionaria. Utilizava-se do humor para relatar eventos passados e atuais de sua vida, dando um tom afetivo sádico a eles. Muitas vezes, ria de eventos de sua vida diária como brigas com colegas de aula e com a mãe, e contava episódios onde se colocava em risco sem conseguir avaliar sua gravidade. Porém, a terapia vinha lhe trazendo ganhos, visto que sua sintomatologia vinha diminuído e ela tinha conseguido iniciar a faculdade, um de seus desejos iniciais.

A descrição, obtida com o PQS, das sessões anteriores à crise, ratifica essa observação, conforme o apresentado na Tabela 1.

Tabela 1
Descrição Global do Processo Anterior a Crise

Item	Descrição	Média	DP
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	8,3333	,68534
6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,8333	,53654
54	O paciente é claro e organizado em sua expressão.	7,5000	,95346
18	O terapeuta transmite um sentido de aceitação não crítica.	7,4167	,73340
86	O terapeuta é seguro ou autoconfiante (versus inseguro ou defensivo).	7,3750	1,20840
88	O paciente traz temas e material significativos.	7,2917	1,72493
46	O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.	7,2917	1,25151
28	O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	7,2500	1,03353
69	A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	7,1667	2,00378
74	O Humor é utilizado.	7,1667	,53654
87r ³	O paciente é controlador.	2,7917	1,45318
61r	O paciente se sente tímido ou envergonhado (versus à vontade e seguro).	2,7917	,81068
51r	O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.	2,7083	1,07573
5r	O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.	2,6250	1,96706
78r	O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.	2,5417	1,05439
53r	O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.	2,4167	,79296
25r	O paciente tem dificuldade em começar a sessão.	2,1667	1,00755
9r	O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).	2,1250	1,18944
77r	O terapeuta não tem tato.	2,0833	,92524
15r	O paciente não inicia assuntos; é passivo.	1,8333	1,05169

Após o ingresso na faculdade, novas demandas surgiram: conviver com colegas, avaliações e professores colocaram seu ego frágil em prova. A descrição global do processo com o PQS, considerando as 12 sessões do período de crise encontra-se na Tabela 2. Como se pode supor, com base nas descrições clínicas da terapeuta, o

³ Itens acompanhados do *r* (reverso) são menos característicos.

processo neste período não foi uniforme, mas variou em decorrência das fases identificadas (desorganização aguda, hospitalização e estabilização) pela terapeuta. Para melhor compreender o processo terapêutico neste período, a descrição do processo foi realizada considerando essas etapas. A seguir, a síntese deste processo em conformidade com as anotações clínicas da terapeuta, seguidas pela obtida com o PQS.

Tabela 2

Descrição Global do Processo no Período da Crise

Item	Descrição	Média	DP
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	7,9167	,63365
88	O paciente traz temas e material significativos	7,7917	1,26954
6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,7083	,58225
69	A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	7,5833	1,31137
35	A autoimagem é um foco de discussão.	7,5417	,89082
28	O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	7,5000	,79772
63	Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.	7,4583	1,11719
86	O terapeuta é seguro ou autoconfiante (versus inseguro ou defensivo).	7,2917	,54181
46	O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.	7,2500	,50000
18	O terapeuta transmite a impressão de aceitação não crítica.	7,0833	1,20290
71r	O paciente é autoacusatório; expressa vergonha ou culpa.	2,9583	1,63009
61r	O paciente se sente tímido ou envergonhado (versus à vontade e seguro).	2,7917	1,15716
44r	O paciente se sente cauteloso ou desconfiado (versus confiante e seguro).	2,7917	1,28732
51r	O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.	2,7917	,86493
78r	O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.	2,7083	1,54417
87r	O paciente é controlador.	2,6667	,96138
25r	O paciente tem dificuldade em começar a sessão.	2,6667	1,52753
9r	O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).	2,0833	,70173
53r	O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.	1,9583	1,01036
77r	O terapeuta não tem tato.	1,9167	,79296

Conforme os registros da terapeuta, as quatro sessões que antecederam a internação da paciente e marcaram o início do período da crise ocorreram em um período de um mês, sendo que entre elas houve uma falta da paciente (sessão 33, 34, falta, 35 e 36). O período de desorganização aguda de Mariana teve como desencadeante, provavelmente, uma saída de campo, atividade proposta em seu curso de graduação. Porém, as anotações clínicas do período anterior já demonstravam que a paciente vinha progressivamente sendo mais agressiva com a terapeuta, abusando de bebidas alcoólicas e não conseguindo cumprir com as atividades acadêmicas propostas. Seu ego mostrou-se frágil frente as exigências feitas pela realidade externa

demonstrando que com o aumento da demanda uma desorganização ocorreu culminando na crise aguda, como evidenciado no relato a seguir.

Mariana contou com raiva e irritação sobre a saída de campo que participou no final de semana anterior. Diz “surtei na última trilha, tudo foi ruim e ainda tinha que fazer um trabalho”. Diz que a pressão e o acúmulo de coisas a deixarão estressada e tensa e que a psicoterapia não fazia “efeito” para ela se sentir melhor. Seu discurso era desorganizado e parecia não entender as colocações da terapeuta. Diferente de outros momentos, a paciente chorou muito dizendo que as pessoas deviam saber o que ela estava sentindo sem que necessite falar, que os colegas a achavam irritante. Gritou falando que a julgavam sem saber o que se passava. Os ataques à terapeuta foram constantes, chamando-a de irritante, trouxa, burra e desligada. Riu, debochou, reclamou e retrucou tudo que a terapeuta dizia, pontuando, por exemplo, que quem deveria procurar uma psicóloga era a terapeuta por conseguir aguentá-la sem perder a paciência. De modo algum seguiu a terapeuta na tentativa de entender seus sentimentos e a maioria dos comentários dela foi transformada em possibilidades de afronta.

Ameaçou largar tudo e dizia que não valia a pena discutir com a terapeuta porque sempre a humilhava e que a terapia não era mais um desafio para ela. A terapeuta interpreta o comportamento desafiante. Foi a primeira sessão onde a terapeuta, de fato, sentiu que a paciente poderia abandonar o processo. Mariana se acalmou e relatou que a culpa não era da terapeuta e sim dela mesma, que estava se segurando para não fazer nada errado, como se cortar. A terapeuta falou do quanto de dor deveria ter dentro dela que precisa ser mascarado com tanta agressão e ela disse: “Se cortar é para aliviar a dor, ela me consome. Tristeza é muito pouco para o que eu sinto, é como se fosse um buraco negro que leva tudo embora. Eu queria sumir”. A sessão teve um clima pesado, o tema do suicídio circundava, porém a paciente negou ideação e completou

comentando que o suicídio é o último pedido de ajuda de alguém. A terapeuta acolheu o medo da paciente e a paciente reagiu dizendo que não gostava de ser assim, que queria mudar e que ia ir à próxima sessão, que não iria desistir, mas sentia medo de não conseguir.

Dois dias depois ligou para a terapeuta contando que fez alguns cortes no braço e que eles foram mais fundos do que costumava fazer, levando-a a um atendimento de pronto socorro para suturá-los. Acreditou que esses cortes poderiam significar “algo mais”, como uma tentativa de suicídio. Foi feito o encaminhamento para a internação psiquiátrica.

A Tabela 3 apresenta os 4 itens mais e menos característicos referentes a terapeuta e a paciente e os 2 itens mais e menos característicos referentes a interação fornecidos pelo PQS desta etapa.

Tabela 3
Descrição Global do Processo no Período Desorganização Aguda

Item	Descrição	Média	DP
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	8,25	,28868
35	A autoimagem é um foco de discussão.	7,875	,85391
88	O paciente traz temas e material significativos.	7,75	1,19024
69	A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	7,75	1,25831
47	Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar num esforço para melhorar a relação.	7,5	,70711
28	O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	7,5	,40825
6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,5	,81650
1	O paciente verbaliza sentimentos negativos.	7,5	1,58114
20	O paciente é provocador, desafia os limites da relação terapêutica.	7,375	,85391
42	O paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta.	7,25	1,25831
68r	Significados reais versus fantasiados de experiências são ativamente diferenciados.	4,25	,50000
30r	A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre ideias ou sistemas de crenças.	4,125	,75000
92r	Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados a situações ou comportamentos do passado.	3,375	2,01556
9r	O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).	2,75	,64550
77r	O terapeuta não tem tato.	2,625	,94648
51r	O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.	2,625	,47871
33r	O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando	2,625	,47871

	de alguém.		
10r	O paciente busca maior intimidade com o terapeuta.	1,75	,95743
78r	O paciente busca aprovação, afeição, ou simpatia do terapeuta.	1,375	,47871
53r	O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.	1,125	,25000

Segundo a terapeuta, nas sessões no contexto da internação (sessões 37, 38, 39 e 40), segundo a terapeuta, Mariana estava mais calma e menos agressiva com a terapeuta. Mostrou-se muito agradecida pelo acompanhamento e disposta a mudar, querendo ajuda da terapia e aceitando os comentários da terapeuta sobre seus sentimentos ambíguos. Foram tratados temas referentes ao seu descontrole, sua relação com a sua mãe, colegas de faculdade e os eventos que a levaram à internação.

Embora, na maior parte do tempo muito medicada, a paciente fez planos para o futuro e chorou contando o que viveu no passado. Entendeu que estar internada significava que tinha gente que poderia cuidar dela, mesmo quando se mostrava de maneira agressiva e parecia aliviada com a possibilidade de poder se mostrar mais frágil. Paciente e terapeuta combinaram a saída da internação e a volta das sessões para o consultório. Os itens do PQS que caracterizam esta etapa estão apresentados na

Tabela 4.

Tabela 4

Descrição Global do Processo no Período Internação

Item	Descrição	Média	DP
69	A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	8	,70711
35	A autoimagem é um foco de discussão.	7,75	,86603
6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,75	,50000
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	7,625	,47871
18	O terapeuta transmite a impressão de aceitação não crítica.	7,625	,47871
45	O terapeuta adota uma atitude de apoio.	7,5	2,00000
73	O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico.	7,5	,57735
55	O paciente transmite expectativas positivas sobre a terapia.	7,25	1,19024
33	O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.	7,25	,86603
88	O paciente traz temas e material significativos.	7	1,47196
39r	Existe um tom competitivo na relação.	4,5	1,00000
12r	Ocorrem silêncios durante a sessão.	3,125	2,01556

51r	O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.	2,875	1,10868
93r	O terapeuta é neutro.	2,375	1,03078
15r	O paciente não inicia assuntos; é passivo.	2,125	,62915
14r	O paciente não se sente entendido pelo terapeuta.	2,125	,47871
5r	O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.	2,125	,47871
42r	O paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta.	1,75	,28868
77r	O terapeuta não tem tato.	1,375	,47871
9r	O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).	1,375	,25000

De acordo com as anotações da terapeuta, nas sessões logo após a alta da internação (sessões 41, 42, 43 e 44), terapeuta e paciente falaram sobre como cuidar das cicatrizes, tanto físicas quanto psíquicas, desse processo. A paciente contou de como estava permitindo-se experimentar sentimentos que outrora eram insuportáveis, como sentir pela morte do pai e chorar por isso. O seu vazio interno foi tema constante, assim como a relação com sua mãe e o manejo de sua patologia. A terapeuta questionou seus planos para o futuro com o intuito de deixá-los mais realistas, possíveis de serem alcançados e a paciente expressou frustração devido à “bagunça” de sua vida, relatando querer dormir e não acordar mais. Esse foi um período mais silencioso, onde a paciente chorou diversas vezes pela morte do pai relatando que não tinha nenhuma lembrança dele, pois sua mãe tinha “jogado tudo fora” e que foi ele quem lhe ensinou a amar. Os itens do PQS referentes a este período estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Descrição Global do Processo no Período Estabilização

Item	Descrição	Média	DP
88	O paciente traz temas e material significativos.	8,625	,75000
63	Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.	8,125	,47871
31	O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.	7,875	,94648
28	O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.	7,875	,85391
6	O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.	7,875	,47871
46	O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.	7,625	,47871
84	O paciente expressa sentimentos de raiva ou agressivos.	7,625	,47871
54	O paciente é claro e organizado em sua expressão.	7,375	,62915
69	A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	7	1,87083

29	O paciente fala sobre querer estar separado ou distante.	6,75	,95743
39r	Existe um tom competitivo na relação.	3,875	,62915
93r	O terapeuta é neutro.	3,125	1,10868
51r	O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.	2,875	1,10868
12r	Ocorrem silêncios durante a sessão.	2,75	1,25831
9r	O terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e efetivamente envolvido).	2,125	,25000
71r	O paciente é autoacusatório; expressa vergonha ou culpa.	2	,40825
53r	O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.	1,875	,85391
77r	O terapeuta não tem tato.	1,75	,28868
5r	O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.	1,75	,64550
25r	O paciente tem dificuldade em começar a sessão.	1,625	,47871

Para identificar as diferenças mais significativas nas características do processo terapêutico nas três fases da crise foi realizada uma MANOVA, tendo os 100 itens do PQS como variáveis dependentes. Nesta análise, foi encontrada diferença estatística significativa entre o processo nestas etapas (*Lambda de Wilks* $p = 0,038$). Para identificar entre quais fases encontravam-se as diferenças encontradas foi utilizado o teste *PostHoc* de *Tukey*. Vinte e dois itens do PQS apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as fases do processo terapêutico da crise. Uma vez que esta análise foi realizada meramente para auxiliar na identificação de variações na magnitude dos escores do PQS nos períodos analisados, e que mudanças estatisticamente significativas, especialmente em amostras tão pequenas, podem ocorrer ao acaso e não traduzir mudanças clinicamente relevantes, foi feita uma análise visual exploratória do comportamento dos itens identificados na MANOVA ao longo do tempo, com o intuito de verificar se as variações encontradas apresentavam, também, significância clínica. Isso é particularmente importante, pois no PQS as categorias 1, 2 e 3 são negativamente relevantes para o processo, as 4, 5 e 6 são neutras e as 7, 8 e 9 são positivamente relevantes e uma mudança só assume significado clínico, se, além de ser grande o suficiente para ser considerada estatisticamente significativa, também representar uma mudança de categoria (do menos característico para o mais

característico, por exemplo). Assim, foram identificados quinze itens que apresentaram diferenças clínicas e estatisticamente significativas. Esses itens são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6*Apresentação das Diferenças Clínicas e Estatisticamente Significativas*

Item	Descrição	Manova		Tukey			Descritiva	
		Z	sig	tempos	sig	tempo	média	
1	O paciente verbaliza sentimentos negativos dirigidos ao terapeuta.	15,503	,001**	1-2	,001**	1	7,5	
				2-3	,460	2	3,75	
				1-3	,007**	3	4,62	
5	O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.	11,568	,003**	1-2	,009**	1	5,75	
				2-3	,913	2	2,12	
				1-3	,005**	3	1,75	
10	O paciente busca maior intimidade com o terapeuta.	14,700	,001**	1-2	,003**	1	1,75	
				2-3	1,00	2	4,37	
				1-3	,003**	3	4,37	
14	O paciente não se sente entendido pelo terapeuta.	17,023	,001**	1-2	,001**	1	6,75	
				2-3	,837	2	2,12	
				1-3	,003**	3	2,62	
20	O paciente é provocador, desafia os limites da relação terapêutica.	22,900	,000**	1-2	,000**	1	7,37	
				2-3	,308	2	3,75	
				1-3	,002	3	4,62	
33	O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.	12,347	,003**	1-2	,002**	1	2,62	
				2-3	,136	2	7,25	
				1-3	,048*	3	5,25	
42	O paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta.	55,286	,000**	1-2	,000**	1	7,25	
				2-3	,312	2	1,75	
				1-3	,000**	3	2,62	
45	O terapeuta adota uma atitude de apoio.	7,350	,013*	1-2	,015*	1	4,25	
				2-3	,350	2	7,50	
				1-3	,850	3	4,75	
46	O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.	6,500	,018*	1-2	,079	1	6,75	
				2-3	,595	2	7,37	
				1-3	,017*	3	7,62	
47	Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar num esforço para melhorar a relação.	8,647	,008**	1-2	,007**	1	7,50	
				2-3	,317	2	5,50	
				1-3	,070	3	6,25	
55	O paciente transmite expectativas positivas sobre a terapia.	9,054	,007**	1-2	,005**	1	3,50	
				2-3	,112	2	7,25	
				1-3	,172	3	5,25	
66	O terapeuta é diretamente encorajador.	7,892	,010*	1-2	,013*	1	3,75	
				2-3	,027*	2	6,75	
				1-3	,893	3	4,12	

92	Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados com situações ou comportamentos do passado.	5,466	,028*	1-2	,390	1	3,37
				2-3	,191	2	5,00
				1-3	,023*	3	7,25
95	O paciente sente-se ajudado.	7,351	,013*	1-2	,011*	1	2,87
				2-3	,386	2	6,72
				1-3	,092	3	5,25

Nota. * Diferença significativa no nível 5%. ** Diferença significativa no nível 1%.

Discussão

A psicoterapia psicanalítica com pacientes com TPB idealmente implica na utilização de técnicas exploratórias aliadas a provisão de um setting estável e seguro (Carkin et al., 2006). Para trabalhar a regulação emocional desses pacientes e desenvolver habilidades interpessoais, pode ser útil combinar intervenções (Paris, 2015) e adotar postura flexível, compatível com as necessidades específicas destes pacientes (Goodman et al., 2012; 2013). No caso apresentado, considerando o período do tratamento anterior a crise, verificou-se que a terapeuta de Mariana buscou trabalhar no sentido de auxiliá-la a entender os seus conflitos e emoções de forma coesa, conforme é evidenciado através da descrição dos itens do PQS. Sua postura geral era empática, mais ativa e com uma percepção acurada do processo terapêutico.

Segundo Paris (2015) a soma de técnicas cognitivo-comportamentais com o entendimento psicodinâmico é ser uma boa combinação para o tratamento de pacientes com TPB, sendo que esses pacientes se beneficiam a partir de métodos coerentes e bem estruturados que podem envolver diferentes técnicas e diferentes teorias. Para Tanesi, Yazigi, Fiore, & Pitta (2007), em uma psicoterapia de orientação psicanalítica neutralidade não significa falta de atitude, há necessidade de certo grau de atividade e a terapia face a face é indicada para acentuar aspectos reais e fortalecer o ego. Mariana e a sua terapeuta trabalharam enfatizando as situações de vida atual da paciente, utilizando-se do humor para acomodar a relação, quando assuntos difíceis eram postos em pauta,

como, por exemplo, em uma sessão na qual suas primeiras provas na graduação eram discutidas e seu desempenho estava aquém de suas expectativas. A terapeuta questionou se Mariana não queria que ela conferisse seus cadernos para ver como andava sua organização, no que a paciente, rindo e em tom de piada completa: “Agora eu tenho 5 anos?” e depois de silenciar por um breve momento finaliza: “Ninguém nunca olhou os meus cadernos! Sabe que eu até acho que queria que tu olhasse! Assim tu podia me ajudar a ver o que estou fazendo errado para não ir bem!”.

Pacientes com TPB se envolvem em diversos tipos de comportamentos de risco, como atos impulsivos e automutilações. São mais propensos a experimentar eventos adversos da vida de forma desorganizadora e com prejudicada capacidade de resolução de problemas, vivenciando crises agudas. Fatores comumente associados ao início de uma crise são: um evento precipitante claro causador de ansiedade aguda e sofrimento emocional, redução na motivação e na capacidade de resolução de problemas e aumento de comportamentos de risco (Borschmann et al., 2014; Borschmann & Moran, 2011). Observando as anotações clínicas da terapeuta encontramos uma saída de campo como um evento estressor no qual Mariana perdeu sua capacidade de resolução de problemas brigando com colegas e professores e passando a sentir a terapia como não mais a ajudando. Seu discurso passa a ser mais desorganizado e os ataques agressivos a terapeuta se intensificaram.

Nos relatos clínicos observamos uma paciente que ataca, ri e debocha da terapeuta, enxergando a terapia como algo que não vale a pena e ameaçando abandonar o processo. As sessões tiveram um clima pesado e o tema do suicídio e das automutilações estava presente. Conforme os dados fornecidos pela terapeuta e as descrições obtidas com o PQS, a perturbação na transferência e, em especial, na aliança terapêutica é evidente. Mariana é provocadora e não aceita as observações da terapeuta.

A aceitação incondicional, a percepção acurada deste processo, a empatia, a ausência de reações contatransferenciais significativas e o esforço da terapeuta para melhorar a relação, possivelmente tenham sido os fatores que evitaram a interrupção do processo, percebida pela terapeuta como ameaça real.

A hospitalização para pacientes com TPB deve ser pensada quando eles estão experimentando intenso sentimento de vazio e pânico ou quando emergem altos graus de destrutividade e fúria na transferência ou devido a uma reação desesperada frente a desapontamentos da sua vida cotidiana. Implícitos nesses conflitos encontra-se a incapacidade de sentir o terapeuta como um objeto disponível e de apoio. O tipo de relacionamento característico do paciente *borderline* facilmente se quebra frente a estressores e o seu conseqüente desespero inclui autodestrutividade e um sério risco de suicídio ou outros tipos de comportamentos autoagressivos, deixando a equipe de profissionais responsáveis pelos seus cuidados constantemente buscando respostas e frente a novos desafios (Adler, 2013; Borschmann & Moran, 2011; Koehne & Sands, 2008). O desafio imposto à terapeuta, neste caso, foi o conjunto de intervenções dirigidas a auxiliar Mariana a reestabelecer sua organização anterior, evitar nova tentativa suicida e manter sua psicoterapia. Para tanto, em conformidade com as orientações para manejo de pacientes com TPB graves em situação de crise, foi recomendada a internação psiquiátrica e mantido o atendimento durante a mesma (Adler, 2013; APA, 2010; Borschmann & Moran, 2011; NCCMH, 2009; Paris, 2015).

A admissão no hospital mostra para o paciente que sua aflição foi levada a sério, além de fornecer ao paciente um distanciamento da situação angustiante, proporcionando contenção do comportamento impulsivo (Adler, 2013; Borschmann & Moran, 2011). O foco do tratamento dentro da internação é estabilizar a crise e tentar entender quais foram seus precipitantes e quais padrões de resposta a eventos

traumáticos o paciente usa, desenvolvendo assim habilidades para se buscar novas saídas, novas alternativas de respostas quando próximos momentos estressores surgirem. Embora a internação psiquiátrica nunca seja o primeiro modelo de tratamento escolhido, ela pode ser muito positiva para reduzir os riscos de atuação e comportamentos suicidas em pacientes *borderline* (Fagin, 2004).

Na internação, o processo terapêutico de Mariana sofreu alterações em relação a etapa anterior de maior desregulação emocional e conflito expresso na transferência. A paciente voltou a compreender prontamente os comentários da terapeuta e transmitia a impressão de ser compreendida. Para tanto, a terapeuta adaptou sua técnica buscando se comunicar de maneira clara, adotando uma atitude de apoio e encorajando a paciente entender o que a havia levado a provocar os cortes, buscando novas maneiras de ação para novos eventos estressores.

Conforme dados apresentados na tabela 6, fica evidente que, em comparação com a etapa anterior de desorganização aguda, na internação a paciente é menos agressiva com a terapeuta, tem menos dificuldade em compreender suas intervenções, tendendo a aceitá-las. A terapeuta, por sua vez, adota atitude apoiadora e mais diretamente encorajadora, possivelmente contribuindo para que a paciente passe a se sentir mais ajudada.

O hospital aparece como uma possibilidade de um *setting* mais seguro para a continuidade do tratamento, como um “ambiente suficientemente bom” que possa proporcionar o *holding* necessário para um paciente que se sente como uma criança abandonada, em pânico e com sentimentos de desespero. O *holding* (segurar) é o cuidado específico para a integração no tempo e no espaço. Esse segurar se refere ao manuseio do bebê e a todos os cuidados físicos relativos ao seu bem estar, incluindo, também, a atmosfera de calma e regularidade do ambiente que a mãe é capaz de manter

(Dias, 2003). A equipe do hospital deve ser preparada para fornecer o *holding* necessário, com respostas empáticas aos sentimentos de raiva, desespero e solidão do paciente e sendo fisicamente presente. Foi o que ocorreu: Mariana foi medicada a cada momento de aumento de tensão e assim pode aguardar a terapeuta, que compareceu somente no horário previamente acordado, para, então, pensar e buscar o entendimento de sua angústia.

As características da interação paciente-terapeuta durante o período da hospitalização, aliada aos cuidados recebidos por toda a equipe que a atendeu no local onde esteve internada, parece ter dado origem a um sentimento de confiança da paciente em relação à terapeuta e à psicoterapia e assegurado a sua continuidade e estabilização pós-alta hospitalar. Conforme as anotações clínicas da terapeuta e os dados empíricos, a paciente estabilizou o quadro da crise, não oferecendo mais risco a si mesma durante essas sessões que ocorreram na internação. Assim, o futuro foi o foco de discussão mais presente e um plano de vida para a paciente e um plano terapêutico para a dupla foram buscados em conjunto.

É sabido que pacientes com TPB têm alto risco de experimentar crises agudas repetidas. Entretanto, segundo Goodman et al. (2012) embora eles façam, em média, 3,3 tentativas de suicídio durante a vida, ainda pouco se sabe sobre as maneiras eficazes de gerir tais situações em psicoterapia. Borschmann (2014) buscou saber as preferências dos pacientes com TPB sobre o tratamento nos momentos de crise. Os participantes (n=41) declararam o desejo de restabelecer seu funcionamento social prévio, de serem tratados com dignidade e respeito e de receberem o apoio emocional e prático dos clínicos envolvidos no caso. Considerando os achados do presente estudo, acreditamos que o modo como Mariana foi tratada pela terapeuta, que acolheu sua descompensação emocional e hostilidade com firmeza, empatia e atitudes de apoio, possibilitou que a

terapia siga seu andamento de volta ao *setting* terapêutico tradicional, isto é, o consultório, com uma perspectiva positiva e otimista de continuarem juntas (paciente e terapeuta) a trabalhar para efetuar mudanças mais significativas e duradouras na sua personalidade, sem, contudo, esmorecer e romper com o acordo terapêutico diante de uma eventual regressão temporária.

A etapa de estabilização de Mariana evidencia, em vários aspectos um retorno ao funcionamento anterior de acordo com as descrições do PQS e da própria terapeuta: a raiva e a irritação voltaram a fazer parte do seu discurso, porém não mais direcionadas a terapeuta e sim a um descontentamento com sua condição de vida. Conforme dados da tabela 6, são marcadas diferenças neste processo, em relação às etapas anteriores, mas principalmente em relação à desorganização aguda inicial: a paciente não tem dificuldades para compreender as observações da terapeuta, aceita seus comentários e sente-se entendida por ela, o que sugere um reestabelecimento da aliança terapêutica. As desenfreadas atuações da paciente passaram a buscar significação e carecer de nomeações, o espaço terapêutico visou colocá-las em palavras. Dentro deste espaço, o mundo terá de ser apresentado aos poucos à Mariana, como deveria ter sido feito por sua mãe em seus primeiros anos de vida.

Considerações finais

Pacientes com TPB têm alto risco de experimentarem momentos de crise aguda e sintomatologia exacerbada, como foi o caso de Mariana. Porém, são necessários mais estudos para produzir conhecimentos sobre a melhor maneira de gerir eficazmente essas situações em psicoterapia psicanalítica e assim instrumentalizar terapeutas que atendem pacientes com patologias severas. O tratamento para TPB em momento de crise é uma importante questão para as políticas de saúde mental, pois existe um grande número de

pacientes que buscam as emergências dos hospitais gerais devido ao risco de suicídio, necessitando de suporte e cuidados clínicos, além de monitoramento constante, ou seja, necessitando de uma internação. Contribuir para o aumento do conhecimento sobre o processo terapêutico adequado em uma crise aguda em pacientes com TPB em psicoterapia psicanalítica foi o objetivo deste artigo. Trata-se de um estudo de um único caso e, por conseguinte, a generalização para outros casos deve ser feita com cautela. Não obstante, a inclusão de métodos empíricos para avaliação sistemática do processo terapêutico aliada às anotações clínicas e impressões subjetivas da terapeuta, ampliam a validade interna do estudo.

Assim, com base no estudo algumas recomendações iniciais e sujeitas a revisão futura são feitas. A primeira consideração no sentido do manejo de uma crise é a identificação do seu início. Mariana estava apresentando agressividade intensa para com a terapeuta e para com os outros, ansiedade, raiva e depressão pelas frustrações que a vida lhe impunha. A emergência de fortes manifestações de transferência negativa constitui sinal de alerta que pode ser identificada por psicoterapeutas. A segunda consideração refere-se a atitude de terapeutas diante de sinais de desorganização psicológica de pacientes com TPB, é que é necessário tratar os pacientes com respeito, oferecendo apoio, sendo flexível e tolerando o impacto emocional. A terapeuta de Mariana adotou tais condutas, porém não conseguiu evitar a tentativa de suicídio. Nas anotações clínicas deste período está presente o medo do abandono do tratamento que, talvez, pudesse fazer referência ao abandono da vida por parte de Mariana e que não foi trabalhado em sessão.

No caso de Mariana e de sua terapeuta foi possível que a psicoterapia seguisse durante o período de internação para uma posterior retomada do *setting*. A terapeuta manteve suas atitudes e intervenções durante todo o processo, possibilitando que

Mariana experimentasse sentimentos de ordem negativa sem “acabar” com o vínculo. Após análise estatística e clínica dos dados encontrados concluímos que os estados mentais e atitudes da paciente tiveram variações durante a crise, enquanto a terapeuta manteve atitude mais ou menos estável de apoio empático e intervenções mais exploratórias de indagações e clarificações, buscando compreender e integrar as experiências cindidas da paciente sem, contudo, realizar interpretações que no momento possivelmente a paciente não tivesse condições de receber. Com base neste caso e na literatura (Adler, 2013; Goodman et al., 2012, 2013; Goodman et al., 2014), recomenda-se a psicoterapia psicanalítica durante a internação de pacientes com TPB. No entanto, sugere-se uma abordagem modificada ou adaptada à situação de crise, na qual o terapeuta deve adotar uma perspectiva de controle maior do processo, uma atitude geral de aceitação incondicional, e um maior uso de intervenções apoiadoras do que seria esperado numa psicoterapia psicanalítica padrão. Acreditamos que um terapeuta que se disponha a trabalhar com pacientes com TPB deveria poder ajudar o paciente a regular suas emoções e encontrar a melhor forma de gerir seus relacionamentos interpessoais, usando da relação terapêutica como modelo de facilitação e experimentação. Este estudo analisou apenas uma parte de um processo mais amplo e ainda em andamento e que estudos futuros, com a análise intensiva de todo o processo, poderão oferecer mais suporte a alguns dos achados relatados bem como fornecer mais evidências sobre como e por que a psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline* em crise funciona.

Referências

- 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. Retrieved from

http://c.ymcdn.com/sites/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/SPR_14-1-2011.pdf#page=14

Adler, G. (2013). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-V, Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: Author.

American Psychiatric Association (2010). *Practice guideline for treatment of patients with borderline personality disorder*. Retrieved from <http://www.appi.org/CustomerService/Pages/Permissions.aspx>

Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clinical psychology review, 32*(5), 400-412. doi:10.1016/j.cpr.2012.04.004

Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for Borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*, 327-338. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x

Bateman, A. W., & Tyrer, P. (2004). Services for personality disorder: organisation for inclusion. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*(6), 425-433. doi: 10.1192/apt.10.6.425

- Borschmann, R., & Moran, P. (2011). Crisis management in Borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 18-20. doi: 10.1177/0020764009106599
- Borschmann, R., Trevillion, K., Henderson, R. C., Rose, D., Szmukler, G., & Moran, P. (2014). Advance Statements for Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study of Future Crisis Treatment Preferences. *Psychiatric Services*, 65 (6), 802-807. doi: 10.1176/appi.ps.201300303
- Brandtner, M. (2012). *Avaliação de processo-resultado de terapia cognitivo-comportamental para compras compulsivas* (dissertação de mestrado, não publicada). Universidade do Vale do Rio do Sinos. São Leopoldo, Brasil.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- 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, Retrieved from <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Fagin, L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part1: Borderline personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(2), 93-99. doi: 10.1192/apt.10.2.93
- Goodman, G., Anderson, K., & Diener, M. J. (2014). Processes of therapeutic change in psychodynamic therapy of two inpatients with borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(1), 30. doi: 10.1037/a0035970

- Goodman, G., Edwards, K., & Chung H. (2012). Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(1), 15-31 doi: 10.1111/papt.12001
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2013). The relation between prototypical processes and psychological distress in psychodynamic therapy of five inpatients with borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 83-95. doi: 10.1002/cpp.1875
- Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A. H., & Paris, J. (2012). Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 79-85. doi: 10.1007/s11920-011-0249-4
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- 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. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a03v18n2.pdf>
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizas y narcisismo patológico* (S. Abreu, Trans.). Paidós: Barcelona, Espanha.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline* (R. de C. S. Lopes, Trans.). Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil.

- Koehne, K., & Sands, N. (2008). Borderline personality disorder – An overview for emergency clinicians. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *11*(4), 173-177. doi:10.1016/j.aenj.2008.07.003
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, *62*(4), 481-501. doi: 10.1002/jclp.20239
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder*, *364*(9432), 453-461. doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- Lomax, J. W., Andrews, L. B., Burruss, J. W., & Morrey, S. (2007). Supervisão em psicoterapia (M. F. Lopes & R. C. Costa, Trans.). In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Compêndio de psicoterapia de Oxford* (pp. 663-675). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- National Collaborating Centre for Mental Health – NCCMH. (2009). *Borderline Personality disorder: the NICE guideline on treatment and management*, Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk/nice>
- Paris, J. (2015). Applying the principles of psychotherapy integration to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, *25*(1), 13. doi: 10.1037/a0038767
- Pascual, J. C., Córcoles, D., Castaño, J., Ginés, A., Gurrea, A., Martín-Santos, R., Garcia-Ribera, C., Pérez, V., & Bulbena, A. (2007). Hospitalization and pharmacotherapy for Borderline personality disorder in a psychiatric emergency

- servece. *Psychiatric Services*, 58(9), 1199-1204. Retrieved from <http://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2007.58.9.1199>
- 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. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a11.pdf>
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, M. L. T., Eizirik, C. L., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20(5), 564-575.
doi:10.1080/10503307.2010.493537
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950. doi:10.1016/S0006-3223(02)01324-0
- Tanesi, P. H. V., Yazigi, L., Fiore, M. L. M., & Pitta, J. C. N. (2007). Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade Borderline. *Estudos de psicologia*, 12(1), 71-78. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a09v12n1.pdf>

Considerações finais

Esta dissertação foi composta por estudos complementares que tinham como intuito contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a psicoterapia psicanalítica

com pacientes *borderline*, principalmente para o manejo das crises sofridas por esses pacientes durante seus tratamentos. Inicia com uma necessidade clínica da terapeuta/pesquisadora que encontra uma possibilidade viável de integração entre pesquisa empírica e prática clínica. A psicanálise, ou melhor, os terapeutas de orientação psicanalítica mostram-se resistentes a pesquisa empírica e seus instrumentos e, neste ponto, este estudo mostrou-se inovador, não só pela escassez de estudos nacionais e internacionais sobre o manejo do próprio psicoterapeuta em situações de crise com pacientes *borderline*, mas também pelo fato da autora ser ao mesmo tempo a investigadora e a psicoterapeuta do caso em estudo ampliando as possibilidades de reflexão sobre a atividade científica e a prática clínica.

O caso estudado é o de Mariana. Sua história de vida e sua mudança durante o 1 ano de tratamento são relatadas no artigo 1 desta dissertação buscando uma compreensão clínico-empírica. A paciente, com base nas anotações clínicas da terapeuta e nos dados empíricos colhidos durante este período, no final do 1 ano de tratamento apresentou imaturidade psíquica, sentimentos de tristeza, infelicidade e raiva. Tinha dificuldades com tensões do cotidiano, como as enfrentadas em um curso de graduação, e frente as demandas da vida se mostrava de forma ineficaz. Porém, sua sintomatologia havia diminuído, sendo esperado para uma psicoterapia de orientação psicanalítica que a diminuição sintomática ocorra antes da mudança estrutural, ou seja, de personalidade.

Foi dentro deste ano de tratamento que a paciente e a terapeuta enfrentaram o período de crise que o artigo 2 se propôs a estudar em profundidade constatando que as características da interação da terapeuta com a paciente no período da crise parece ter dado origem a um sentimento de confiança da paciente com relação a terapeuta, que assegurou a continuidade do tratamento e, acima de tudo, criou espaço para que os seus comportamentos pudessem ser pensados e entendidos juntamente com a terapeuta no

lugar de serem atuados colocando sua vida em risco. Com base nos achados do estudo, foram feitas algumas recomendações aos psicoterapeutas: identificar sinais de modificações significativas na transferência que podem estar associadas à uma desorganização psíquica, tolerar as fortes manifestações de agressividade e ataques ao setting terapêutico, indicar internação psiquiátrica em situação de risco, manter a psicoterapia durante a vigência da crise, inclusive, durante eventual internação psiquiátrica, adotar atitude empática, apoiadora e encorajadora para propiciar uma reparação da aliança terapêutica e, sobretudo, ser flexível para adaptar técnicas e atitudes em conformidade com as necessidades destes pacientes.

Esta dissertação envolveu a análise de um único caso em psicoterapia, adotando uma perspectiva metodológica mista, qualitativa e quantitativa, que integrou diferentes perspectivas (da terapeuta, da paciente e de observadores externos) sobre o material e adotando. Sendo a terapeuta também pesquisadora, também foi integrada a perspectiva mais subjetiva do relato clínico psicanalítico com a aplicação de instrumentos de avaliação empírica do funcionamento da paciente, da personalidade e do processo terapêutico. Uma vez que há poucos estudos sistemáticos de psicoterapias com pacientes *borderline*, constata-se a necessidade de mais estudos para corroborar, refutar ou ampliar os achados e as recomendações técnicas que emergiram desta investigação.

Referências

- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), 67-103.
doi: 10.1111/j.1539-6053.2009.01036.x
- Barlow, D. H. (1981). On the Relation of Clinical Research to Clinical Practice:

Current Issues, New Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 147-155. doi: 10.1037/0022-006X.49.2.147

Bilbão, R. (2010). Revisión histórica-conceptual de los estados límites de la personalidad desde una perspectiva psicoanalítica: encuentros y desencuentros. *Revista de Psicología GPU*, 1(1), 62-99. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987497>

Chagnon, J. Y. (2009). Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*, 20(2), 173-192. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167851772009000200003&script=sci_arttext&tlng=es

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.6.922>

Dattilio, F. M., Edwards, D. J. A., & Fishman, D. B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: Toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (4), 427-441. doi: 10.1037/a0021181

Borschmann, R., & Moran, P. (2011). Crisis management in Borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 18-20. doi: 10.1177/0020764009106599

Freud, S. (1972). Conferência XXXV: A questão de uma Weltanschauung (J. L. Meurer, Trans.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 193-220). Rio de Janeiro, Brasil: Imago. (Original published in 1933 [1932])

- Jiménez, J. P. (2007). Can research influence clinical practice? *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(3), 661-679. doi: 10.1516/P447-7027-L16W-2362
- Jiménez, J. P. (2002). Miradas sobre los puentes entre la práctica y la investigación en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 20, 61-74.
- Kernberg, O. F. (2015). Resistances and Progress in Developing a Research Framework in Psychoanalytic Institutes. *Psychoanalytic Inquiry*, 35 (1), 98-114. doi: 10.1080/07351690.2015.987596
- Krause, M. (2011). La psicoterapia: ¿Oficio sin ciencia y ciencia sin oficio? *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (1), 89-98. Retrived from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v20n1/v20n1a07.pdf>
- Maling, M. S. & Howard, K. I. (1994). From research to practice to research to... In P. F. Talley, H. H. Strupp & S. F. Butler (Eds.), *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap* (pp. 247-253). New York, NY: Basic Books.
- Orlinsky, D. E. (1994). Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. In P. F. Talley, H. H. Strupp & S. F. Butler (Eds.), *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap* (pp. 99-123). New York, NY: Basic Books.
- Paris, J. (2015). Applying the principles of psychotherapy integration to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 13. doi: 10.1037/a0038767
- Romaro, R. A. (2002). O sentimento de exclusão social em personalidade Borderline e o manejo da contratransferência. *Revista Mudanças*, 10(1), 62-71.