

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

Liliam Simoni

**Intervenções do Terapeuta Psicanalítico: um Estudo do Processo de Psicoterapia
de uma Paciente Diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline***

Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Silvia Pereira da Cruz Benetti

São Leopoldo, julho de 2016

LILIAM SIMONI

**Intervenções do Terapeuta Psicanalítico: um Estudo do Processo de Psicoterapia
de uma Paciente Diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline***

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^ª. Dr^ª. Silvia Pereira da Cruz Benetti

São Leopoldo, julho de 2016

S599i

Simoni, Liliam

Intervenções do terapeuta psicanalítico : um estudo do processo de psicoterapia de uma paciente diagnosticada com transtorno de personalidade Borderline / por Liliam Simoni – 2016.

93 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2016.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Silvia Pereira da Cruz Benetti.”

1. Psicoterapia psicanalítica. 2. Intervenção psicológica.
3. Interpretação psicanalítica. 4. Transtorno de personalidade Borderline. I. Título.

CDU: 159.9:615.851

Catálogo na Publicação:
Bibliotecário Alessandro Dietrich - CRB 10/2338

Agradecimentos

Agradeço a Deus por colocar no meu caminho pessoas tão especiais, por me amparar nos momentos difíceis, me dar coragem para acreditar e força para não desistir.

Ao meu marido, pelo grande incentivo e apoio neste processo do mestrado.

Ao meu filho Lucas, que traz tanta luz à minha vida e me ensinou a amar incondicionalmente.

Aos meus pais, por auxiliarem nos cuidados do meu filho sempre que precisei me ausentar.

Aos meus irmãos, pelo suporte nos levantamentos estatísticos.

À minha querida orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Silvia Pereira da Cruz Benetti, que me acolheu, acreditou em mim, me mostrou o caminho da ciência e me proporcionou um grande crescimento pessoal e profissional, estando sempre muito presente no desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pela amizade e pelo carinho.

Aos colegas do grupo de pesquisa NEPPP, especialmente as colegas Denise Süss e Andrea Trentin Gobatto, pela participação ativa na coleta dos dados.

Aos meus colegas do mestrado, pelos momentos divididos juntos, pela amizade que tornou mais leve essa caminhada. Agradeço em especial a Luciane Both, sempre amiga e disposta a colaborar e ajudar.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Prof^ª. Dr^ª. Elisa Kern de Castro, e todas as demais professoras que contribuíram na construção do conhecimento. Agradeço em especial a Prof^ª. Dr^ª. Denise Falcke pela sua dedicação, competência e orientação.

Finalmente, gostaria de agradecer à Universidade do Vale do Rio dos Sinos e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia por abrirem as portas para que eu pudesse realizar este sonho que era o MESTRADO.

Ninguém vence sozinho, mas juntos: “Somos infinitas possibilidades”.

Sumário

Resumo.....	6
Abstract.....	8
Apresentação.....	10
Artigo I.....	15
Resumo.....	15
Abstract	16
Objetivos	24
Método	24
Dados do caso.....	25
Instrumento.....	26
Procedimentos de coleta e análise de dados.....	28
Procedimentos éticos.....	30
Resultados	30
Discussão	34
Considerações Finais	40
Referências.....	41
Artigo II	48
Resumo.....	48
Abstract	49
Objetivos.....	57
Método	57
Instrumentos	58
Procedimentos de coleta e análise de dados.....	61
Dados do caso.....	63

Procedimentos éticos	64
Resultados	64
Discussão	67
Considerações Finais	74
Referências.....	75
Considerações Finais da Dissertação	81
Referências.....	83
Anexo A – Recorte do Glossário de Intervenções Comuns e Específicas Psicanalíticas conforme a CMIP-M: Nível Descritivo.....	86
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	93

Intervenções do Terapeuta Psicanalítico: um Estudo do Processo de Psicoterapia de uma Paciente Diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*

Resumo

O presente estudo volta-se à investigação da ação terapêutica no modelo psicanalítico de psicoterapia dirigido a pacientes graves, considerando especificamente a contribuição do terapeuta no processo. Visões contemporâneas demonstram que o terapeuta é um participante ativo na relação terapêutica com grande impacto nos resultados dos tratamentos. Contudo, poucos estudos direcionam suas investigações para as variáveis dos terapeutas, especialmente as características das intervenções ao longo do processo psicoterápico. Assim, esta dissertação de mestrado tem como principal objetivo investigar as intervenções de um terapeuta psicanalítico durante o processo de psicoterapia de uma paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*. Este estudo de caso sistemático baseou-se na análise do processo psicoterápico de uma jovem de 18 anos de idade. Para análise dos dados, foram analisadas doze sessões de psicoterapia, sendo que todas as intervenções do terapeuta foram classificadas a partir da Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada (CMIP-M). Duplas de juízes independentes e treinados na metodologia do instrumento classificaram cada uma das intervenções do terapeuta a nível descritivo. O primeiro estudo teve por objetivo identificar a proporção de cada tipo de intervenção utilizada pelo terapeuta ao longo do processo investigado e posteriormente nas três etapas divididas do tratamento. Também foi investigada a proporção de intervenções comuns e intervenções específicas psicanalíticas no decorrer do tratamento. O segundo estudo, por meio da integração da proposta classificatória da

CMIP-M e das anotações das sessões, teve por objetivo identificar a proporção de intervenções específicas psicanalíticas ao longo das sessões investigadas, concedendo ênfase à análise específica das intervenções explicativas psicanalíticas, de forma a investigar se o uso dessas intervenções ocorria em associação com outros tipos de intervenções e explorar em quais etapas do tratamento elas aconteceram. Por último, buscou-se integrar a compreensão do uso das intervenções explicativas com o processo terapêutico. Esta dissertação aponta para a necessidade de mais estudos relativos ao trabalho com pacientes graves, a fim de investigar as estratégias de intervenções adotadas pelos terapeutas e aprimorar o uso da técnica psicanalítica.

Palavras-chave: psicoterapia psicanalítica; intervenção psicológica; interpretação psicanalítica; Distúrbio de Personalidade *Borderline*.

Interventions of the Psychoanalytic Therapist: a Study of Psychotherapy Process of a Patient Diagnosed with Borderline Personality Disorder

Abstract

This study turns the research of therapeutic action in the psychoanalytic model of psychotherapy directed to critical patients, specifically considering the therapist's contribution in the process. Contemporary views show that therapist is an active participant in the therapeutic relationship with a big impact in the results of the treatments. However, few studies direct their inquiries to the variables of the therapists, especially the characteristics of interventions throughout the psychotherapeutic process. Thus, this dissertation aims to investigate the interventions of a psychoanalytic therapist during the psychotherapy process of a patient diagnosed with Borderline Personality Disorder. This systematic case study was based on analysis of the psychotherapeutic process of a 18 years old woman. For data analysis, twelve psychotherapy sessions were analyzed and all interventions of the therapist were classified by Modified Multidimensional Psychotherapeutic Interventions Classification (CMIP-M). Double independent and trained judges in the instrument methodology classified each of the interventions of the therapist in the descriptive level. The first study aimed to identify the proportion of each type of intervention used by the therapist during the investigation process and later in three stages of the treatment. It also investigated the proportion of common interventions and specific psychoanalytic interventions during treatment. The second study, by integrating the classification proposal of the CMIP-M and the notes of the sessions, aimed to identify the proportion of specific psychoanalytic interventions over the investigated sessions, focusing on the specific analysis of psychoanalytical

explanatory interventions to investigate the use of these interventions in combination with other types of interventions and explore what steps the treatment they happened. Finally, it sought to integrate the understanding of the use of explanatory interventions with the therapeutic process. This research points the need of more studies about work with critical patients in order to investigate the intervention strategies adopted by therapists and improve the use of psychoanalytic technique.

Keywords: psychoanalytic psychotherapy; psychological intervention; psychoanalytic interpretation; Borderline Personality Disorder.

Apresentação da Dissertação

Esta dissertação de mestrado, “Intervenções do terapeuta psicanalítico: um estudo do processo de psicoterapia de uma paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*”, faz parte de um estudo do grupo de pesquisa coordenado pela Prof^ª. Dr^ª. Silvia Pereira da Cruz Benetti, voltado para a análise de processo em psicoterapia psicanalítica. O estudo está inserido na linha de pesquisa “Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), a qual focaliza a compreensão das diferentes formas de sofrimento psíquico do sujeito, suas manifestações e as possibilidades de intervenções psicoterápicas, bem como o estudo de processo e dos resultados em psicoterapia.

As pesquisas de processo em psicoterapia constituem um campo fértil para investigação e um desafio para pesquisadores e clínicos. A prática clínica baseada em evidências científicas, por meio da análise dos processos e dos resultados psicoterápicos, aprimora o trabalho clínico com pacientes (Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009).

Pacientes graves tem recebido especial atenção em termos de pesquisa em psicoterapia, principalmente os casos associados ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) (Eizirik & Fonagy, 2009; Fonagy & Bateman, 2007; Jordão & Ramires, 2010). O TPB se distingue por sérios comportamentos de autoagressão e atitudes suicidas (Madeddu, Aquaro, & Petri, 2012), frequentes atuações e tendência à impulsividade e agressividade (Bleichmar, 1992; Hallquist & Pilkonis, 2012). Essas características dificultam a adesão ao tratamento. Um estudo qualitativo realizado por Tanesi, Yazigi, Fiore e Pitta (2007), com a finalidade de identificar os

fatores que interferem na adesão ao tratamento e identificar comportamentos que podem estar relacionados a essa dificuldade com seis pacientes com TPB, verificou que impulsividade, manipulação, dissociação afetiva, tentativa de suicídio, tendência à regressão e agressividade são os aspectos que dificultam ou impossibilitam a adesão ao tratamento.

Na década de 1930 e ao longo da década de 1940, os clínicos começaram a descrever certos pacientes que não eram suficientemente doentes para receber o diagnóstico de esquizofrenia, mas que eram muito perturbados para fazerem o tratamento psicanalítico clássico (Gabbard, 2006). No campo da psiquiatria, o conceito sobre o diagnóstico do paciente *Borderline* foi formulado inicialmente em 1980 pelo DSM-III, deixando de ser uma aceção vaga de estados intermediários entre neurose e psicose, para ser um distúrbio específico de personalidade. Assim, a situação nosotática e nosológica do quadro *Borderline* foi retirada do espectro da esquizofrenia, o qual migrou para um capítulo dos transtornos da personalidade (Vidal & Lowenkron, 2010).

Em termos do diagnóstico descritivo atual, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (American Psychological Association [APA], 2014) aponta nove critérios para o TPB, sendo cinco suficientes para sua identificação. São eles: (1) padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, (2) esforços desesperados para evitar um abandono real ou imaginado, (3) perturbação da identidade, (4) impulsividade, (5) ameaças suicidas ou comportamento automutilante, (6) instabilidade afetiva, (7) sentimentos crônicos de vazio, (8) dificuldade para controlar a raiva e (9) ideiação paranóide transitória.

Avanços importantes foram alcançados por Kernberg, que buscou caracterizar os pacientes *Borderline* sobre uma perspectiva psicanalítica ao utilizar uma abordagem combinada da psicologia do ego e das relações de objeto. Desenvolveu a expressão

Organização *Borderline* da Personalidade para reunir um grupo de pacientes que apresentavam padrões característicos de fragilidade de ego, operações defensivas primitivas e relações objetais problemáticas (Gabbard, 2006; Kernberg, 1995; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1991).

Assim, Kernberg et al. (1991) propuseram que o diagnóstico da Organização *Borderline* da Personalidade baseia-se em três critérios estruturais: (1) difusão da identidade, (2) nível de operações defensivas e (3) capacidade de teste da realidade. Definiram difusão de identidade como a falta de integração do conceito de *self*, que se revela na experiência subjetiva do paciente de vazio crônico, autopercepções e comportamentos contraditórios. O nível das operações defensivas manifesta-se em defesas primitivas, centradas no mecanismo de clivagem e outros mecanismos associados, como idealização primitiva, identificação projetiva, denegação, controle onipotente e desvalorização. Já a capacidade de teste da realidade é definida como a capacidade de diferenciar entre *self* e não *self* e de avaliar seu próprio afeto, comportamento e pensamento em termos de normas sociais comuns.

Ao encontro desses critérios, Madeddu et al. (2012) definiram o TPB como um distúrbio caracterizado por um padrão de instabilidade na regulação do afeto, no controle de impulsos, nas relações interpessoais e na autoimagem. Pessoas com esse transtorno apresentam grave comprometimento no funcionamento social, juntamente com significativos comportamentos de autoagressão e atitudes suicidas.

A psicoterapia, embora difícil de ser executada e associada a altas taxas de evasão nesses casos, é considerada adequada para o tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline* (Madeddu et al., 2012). No entanto, a natureza complexa do tratamento dos casos de Transtorno de Personalidade *Borderline* não reside apenas no comportamento dos pacientes, mas também na resposta dos terapeutas (Bourke &

Grenyer, 2013). Visões contemporâneas demonstram que o clínico é um participante ativo na relação terapêutica e, portanto, está em risco de ser emocionalmente esgotado pela natureza desafiadora de trabalhar com pacientes *Borderlines* (Bourke & Grenyer, 2010; Zanarini et al., 1998). Nesse sentido, um estudo realizado por Bourke e Grenyer (2013) apontou que os terapeutas experimentam sofrimento emocional quando trabalham com os pacientes com TPB.

Assim, tem sido concedida atenção ao desenvolvimento de pesquisas de processo e de resultados em psicoterapia com pacientes diagnosticados com TPB, de forma a identificar os mecanismos de ação terapêutica em distintos modelos teóricos e destacar a contribuição do terapeuta, do paciente e da interação em relação a diversos aspectos que afetam as psicoterapias. Dentre os mecanismos da ação terapêutica, as variáveis do terapeuta, especialmente as características das intervenções ao longo do processo psicoterápico, constituem um dos elementos relevantes de investigação. Isso porque investigar as intervenções realizadas ao longo do processo terapêutico permite conhecer os tipos de intervenções associadas à melhoria ou alteração do processo, identificando, assim, os chamados “ingredientes ativos” da mudança terapêutica (Banon et al., 2013).

Considerando especificamente o modelo psicanalítico, observa-se que essa é uma das modalidades de tratamento para pacientes graves. Ao se analisar seu desenvolvimento é possível observar que houve, na psicanálise, modificações no manejo da técnica psicoterápica de determinados pacientes, em especial aqueles caracterizados como portadores de patologias graves (Quagliatto & Santos, 2004).

Diante da importância do aprimoramento do trabalho psicoterápico com pacientes com TPB, esta dissertação volta-se para a investigação da ação terapêutica no

modelo psicanalítico de psicoterapia, considerando especificamente a contribuição do terapeuta no processo. Para tal, está organizada em dois artigos empíricos.

O primeiro deles, “Intervenções do terapeuta psicanalítico no processo de psicoterapia de uma paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*”, teve por objetivo identificar os tipos de intervenções utilizadas pelo terapeuta com base no instrumento Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada (CMIP-M). Os resultados foram apresentados por meio de estatísticas descritivas de frequência e percentual e apontaram predominância das intervenções empáticas (27,3%), exploratórias fechadas (24,1%) e examinativas psicanalíticas (15,1%) ao longo do processo investigado.

O artigo dois, “Intervenções específicas psicanalíticas e o uso da interpretação no tratamento de uma paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*”, apresenta uma análise mais aprofundada das intervenções específicas psicanalíticas, com ênfase nas intervenções explicativas, conforme a proposta da CMIP-M de Roussos et al. (2005) e das anotações das sessões. No que se refere às intervenções específicas psicanalíticas, essas representaram 15% da proporção total de intervenções utilizadas pelo terapeuta durante o processo investigado. No tocante às intervenções explicativas, essas ocorreram em pequena proporção e se correlacionaram com as intervenções examinativas psicanalíticas. Os resultados também indicaram que o uso das intervenções explicativas psicanalíticas não foi determinado pela fase do tratamento, nem sequer pela temática predominante nas sessões. Dois aspectos chamaram atenção: a não aceitação da interpretação no aqui e agora e as faltas nas sessões posteriores às que houve interpretação. Os resultados encontrados apontaram para a importância de mais estudos relativos ao trabalho com pacientes graves.

Artigo I

Intervenções do Terapeuta Psicanalítico no Processo de Psicoterapia de uma Paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*

Resumo

Este estudo teve por objetivo identificar os tipos de intervenções de um terapeuta psicanalítico na psicoterapia de uma paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*, em um recorte do tratamento anterior à sua internação psiquiátrica. O procedimento adotado foi o Estudo de Caso Sistemático com delineamento quantitativo. Para análise dos dados, foram transcritas e analisadas doze sessões de psicoterapia, sendo as intervenções do terapeuta classificadas com base no instrumento Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada, que identifica tipos de intervenções em um material clínico. Duplas de juízes independentes e treinados na metodologia do instrumento avaliaram e classificaram cada uma das intervenções do terapeuta ao nível descritivo. Os resultados foram apresentados por meio de estatísticas descritivas de frequência e percentual e apontaram predominância das intervenções empáticas (27,3%), exploratórias fechadas (24,1%) e examinativas psicanalíticas (15,1%) ao longo do processo investigado. Por um lado, os resultados mostraram semelhanças com estudos anteriores, indicando destaque às intervenções exploratórias fechadas no tratamento de transtornos de personalidade. Por outro lado, apontaram diferenças em relação às investigações realizadas com pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline*, nas quais predominaram intervenções

expressivas. São necessários mais estudos para confirmar a relevância dos resultados encontrados.

Palavras-chave: psicoterapia psicanalítica, intervenção psicológica, Distúrbio de Personalidade *Borderline*.

Paper I

Interventions of the Psychoanalytic Therapist in a Psychotherapy Process of a Patient with Borderline Personality Disorder

Abstract

The aim of this study was to identify the types of interventions of a psychoanalytic therapist in psychotherapy of a patient with Borderline Personality Disorder, in a clipping from the previous treatment to a psychiatric hospitalization. The procedure adopted was the systematic case study with quantitative design. For data analysis, it was transcribed and analyzed twelve psychotherapy sessions and therapist interventions were classified by Modified Multidimensional Psychotherapeutic Interventions Classification (CMIP-M), which identifies types of interventions in a clinical material. Doubles independent and trained judges in the instrument methodology evaluated and rated each of the interventions of the therapist in the descriptive level. The results were presented using descriptive statistics and frequency percentage and showed predominance of empathic interventions (27.3%), exploratory closed (24.1%) and psychoanalytical examination (15.1%) during the investigation process. On the one hand, the results showed similarities to previous studies indicating emphasis on

exploratory closed interventions in the treatment of personality disorder. On the other hand, showed differences in relation to investigations conducted with patients diagnosed with Borderline Personality Disorder, in which predominated significant interventions. Further studies are needed to confirm the relevance of results.

Keywords: psychoanalytic psychotherapy, psychological intervention, Borderline Personality Disorder.

As pesquisas de processo em psicoterapia constituem um campo fértil para investigação e um desafio para pesquisadores e clínicos. A prática clínica baseada em evidências científicas, por meio da análise dos processos e dos resultados psicoterápicos, aprimora o trabalho clínico com pacientes e permite uma melhor compreensão sobre as psicoterapias (Brum et al., 2012; Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009).

Uma área que tem merecido significativa atenção em termos de pesquisa, devido ao aumento da demanda clínica atual, é a referente à investigação do processo psicoterápico dirigido a pacientes graves, principalmente com sintomas associados ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* (Eizirik & Fonagy, 2009; Fonagy & Bateman, 2007; Jordão & Ramires, 2010). Esses pacientes, em função de atitudes de impulsividade e agressividade, podem apresentar dificuldades de adesão aos tratamentos (Tanesi, Yazigi, Fiore, & Pitta, 2007). A psicoterapia, embora difícil de ser executada e associada a altas taxas de evasão nesses casos, é considerada adequada para o tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline* (Madeddu, Aquaro, & Petri, 2012).

Para o aprimoramento das psicoterapias em geral, um dos aspectos extensamente investigados em distintos modelos teóricos refere-se ao estudo dos mecanismos de ação

terapêutica, no qual se destaca a contribuição do terapeuta, do paciente e da interação em relação a diversos aspectos que afetam as psicoterapias (Peuker et al., 2009). Dentre os mecanismos de ação terapêutica, as variáveis do terapeuta constituem um dos elementos relevantes de investigação (Goodman, Anderson, & Diener, 2014), pois podem influenciar o processo de psicoterapia e seus resultados (Cordioli & Giglio, 2008).

Alguns autores entendem que as características pessoais do terapeuta possuem significado sobre os tratamentos (Heinomen, Knekt, Jääskeläinen, & Lindfors, 2014; Lambert, 2013). Lambert (2013) propõe que dentre as variáveis do terapeuta que podem interferir nas psicoterapias estão sexo, idade, etnia, experiência, personalidade, bem-estar emocional, valores, crenças, orientação teórica, dentre outras. Também referente às características pessoais do terapeuta, Heinomen, Lindfors, Laaksonen e Knekt (2012) concluíram que terapeutas mais ativos e envolventes tendem a obter resultados positivos em psicoterapia de curto prazo, enquanto que terapeutas mais cautelosos tendem a obter melhores resultados com psicoterapias de longa duração. Outros pesquisadores relacionaram a atitude continente e empática do terapeuta à percepção de melhora dos sintomas (Mondardo, Piovesan, & Mantovani, 2009).

Outro aspecto considerado relevante dentre as variáveis do terapeuta refere-se às características das intervenções realizadas ao longo do processo psicoterápico (Goodman et al., 2014). Isso porque investigar as intervenções realizadas ao longo do processo terapêutico permite conhecer os tipos de intervenções associadas à melhoria ou à alteração do processo, identificando, assim, os chamados “ingredientes ativos” da mudança terapêutica (Banon et al., 2013; Roussos, Waizmann, & Etchebarne, 2010).

Verifica-se que os terapeutas exercem grande impacto nos resultados dos tratamentos (Owen, Drinane, Idigo, & Valentine, 2015). Apesar dos avanços da

literatura internacional e das pesquisas em psicoterapia, estudos embasados no modelo psicanalítico ainda são escassos (Zanatta & Benetti, 2012). Existem poucas pesquisas brasileiras que buscaram investigar as variáveis dos terapeutas envolvidas nos tratamentos (Quadros & Yoshida, 2012).

Ao longo dos anos, é possível observar que ocorreram diferentes ênfases na compreensão da ação terapêutica na abordagem psicanalítica. Ainda que a interpretação, o *insight* e os aspectos da interação terapêutica entre analista e paciente constituem métodos centrais na ação terapêutica, esses elementos não são identificados como únicos no processo terapêutico. Atualmente, a maioria dos terapeutas psicanalíticos reconhecem que há múltiplos modos de ação terapêutica que variam de paciente para paciente (Clarkin, Fonagy, & Gabbard, 2013; Gabbard, 2005; Gabbard & Westen, 2003). Nesse sentido, ocorreram modificações no manejo da técnica psicoterápica de determinados pacientes, em especial no tratamento de portadores de patologias graves (Pasini & Dametto, 2010). Ao corroborar com essa posição, Quagliatto e Santos (2004) destacaram modificações no manejo da técnica psicoterápica de determinados pacientes, principalmente com aqueles caracterizados como portadores de psicopatologias graves: psicóticos, *Borderlines*, transtornos narcisistas, perversos, psicopatas, entre outros.

Com relação ao aspecto técnico das intervenções do terapeuta, verifica-se que as técnicas básicas da psicoterapia psicanalítica com pacientes com TPB são as mesmas da psicanálise: interpretação, análise da transferência e neutralidade técnica. Entretanto, essas técnicas são usadas de forma diferente pelo terapeuta (Kernberg, 2003; Kernberg, Selzer, Hoenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1991).

Kernberg (2003) refere que a clarificação, confrontação e interpretação são os principais aspectos da técnica interpretativa utilizada na psicoterapia psicanalítica. Com pacientes com psicopatologias sérias, a clarificação e a confrontação ocupam um espaço

mais amplo do que a interpretação. Além disso, as interpretações dos significados inconscientes no “aqui e agora” tem maior espaço do que aquelas no “lá e então”. Somente em estágios mais avançados do tratamento são introduzidas interpretações além do “aqui e agora”, de forma a relacionar o comportamento passado com o presente. Além disso, as interpretações são mais eficazes quando apresentadas a um paciente preparado emocionalmente. Assim, o uso sequencial de clarificação e de confrontação abrem caminho para a interpretação propriamente dita. A clarificação, confrontação e interpretação – técnicas que podem ser utilizadas na mesma sessão e ao longo de várias sessões – representam os três componentes sequenciais de uma interpretação completa (Kernberg et al., 1991).

Outra técnica básica da psicanálise, segundo Kernberg (2003), é a análise da transferência, que é o foco principal da interpretação na psicanálise clássica. Ela é modificada com pacientes com graves distúrbios de personalidade, ao considerar qualquer interpretação transferencial no contexto do que está ocorrendo na vida atual do paciente (Kernberg et al., 1991). A transferência negativa e positiva desses pacientes deve ser trabalhada apenas no “aqui e agora” sem que se tente atingir reconstruções genéticas completas, pois a falta de diferenciação e individualização dos objetos interfere na capacidade para diferenciar os relacionamentos objetivos presentes e passados. As completas reconstruções genéticas devem esperar por estágios mais avançados do tratamento (Kernberg, 1995). A articulação interpretativa entre a realidade externa do paciente e os desenvolvimentos transferenciais nas sessões tornam-se um ponto central (Kernberg, 2003).

A neutralidade técnica do terapeuta também é considerada um elemento essencial do método psicanalítico, a qual é apontada como um estado ideal de trabalho. Contudo, com pacientes com sérias patologias de personalidade, a necessidade de

determinar limites impõe modificações temporárias na técnica para permitir controlar atuações que ameaçam a vida do paciente ou o tratamento (Kernberg, 2003). A neutralidade técnica é, portanto, uma base teórica a partir da qual ocorrem frequentes desvios, que serão reduzidos pela interpretação (Kernberg, 1995).

Apesar da ampliação no conhecimento acerca do trabalho clínico com pacientes graves, ainda hoje estudos sobre o processo psicoterápico em relação às intervenções do terapeuta são necessários (Lambert, 2013; Quadros & Yoshida, 2012). Conforme Banon et al. (2013), as pesquisas de processo em psicoterapia requerem uma base descritiva das características da técnica do terapeuta. Assim, identificar intervenções do terapeuta facilita os estudos de processo ao elucidar conexões entre tipos de intervenções e seus efeitos no processo de mudança.

No tocante às pesquisas, grande parte dos estudos investiga as intervenções dos terapeutas frente às diferentes abordagens teóricas. Uma pesquisa realizada por Banon et al. (2013), utilizando como instrumento a *Psychodynamic Intervention Rating Scale* (PIRS), teve por objetivo avaliar a frequência e a profundidade das intervenções do terapeuta nas psicoterapias psicodinâmica, psicanálise e cognitiva comportamental. Dentre os diversos resultados, foi mencionado que as proporções de interpretações aumentaram ao longo do tempo, bem como sua profundidade. As interpretações de defesa foram mais comuns do que a interpretação de transferência, que foram mais prevalentes na psicanálise.

Alguns autores se dedicaram a analisar as intervenções do terapeuta no que se refere ao marco teórico psicanalítico e cognitivo comportamental. Um estudo realizado por Waizmann, Jurkowski e Roussos (2006), com o objetivo de verificar a modalidade de intervenções dos terapeutas psicanalíticos e cognitivos, buscou indagar acerca dos tipos de intervenções que utilizam em termos de intervenções específicas e não

específicas. Entre os resultados obtidos, os autores observaram que os terapeutas utilizavam intervenções específicas de outro marco teórico de referência, porém se mantinham fiéis a seu próprio marco em relação às intervenções que mais utilizavam.

Por outro lado, um estudo posterior realizado por Roussos et al. (2010), utilizando como instrumento a Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada (CMIP-M), encontrou resultados opostos. Esse instrumento apresenta uma metodologia para a construção de um esquema classificatório das intervenções psicanalíticas e cognitivo comportamentais e tem como objetivo identificar tipos de intervenções em um material clínico. A CMIP-M considera quatro níveis de análise das intervenções, sendo elas: (1) estratégico, (2) descritivo, (3) de conteúdo e (4) espaço-temporal (Roussos, Etchebarne, & Waizmann, 2005).

Os autores do estudo utilizaram o nível descritivo do instrumento, que avalia os distintos tipos e formas de intervenções, para examinar as intervenções utilizadas em dois tratamentos psicoterapêuticos, um cognitivo e um de orientação psicanalítica, ambos com diagnóstico de transtorno de personalidade. Esse nível descritivo inclui os seguintes tipos de intervenções: exploratórias, empáticas, explicativas, indicativas, examinativas, com terceiras partes (pessoas externas a díade) e não classificável. Além disso, observaram se as intervenções dos terapeutas foram diretamente associadas com a sua base teórica, e qual a proporção de intervenções comuns, inespecíficas e específicas. Nesse último caso, intervenções comuns são as utilizadas por ambos os marcos teóricos, intervenções inespecíficas são as utilizadas por outro marco teórico que não seja a do terapeuta tratante e, específicas, são aquelas próprias da linha teórica do psicoterapeuta (Roussos et al., 2005). Os resultados mostraram que ambos os tratamentos foram altamente impregnados por intervenções inespecíficas. Apenas uma média de 17% das

intervenções no tratamento psicanalítico e uma média de 16% no tratamento cognitivo foram específicas dos quadros teóricos.

Nota-se que os estudos focalizam a identificação das intervenções terapêuticas de acordo com os modelos teóricos, mas poucos investigam as intervenções psicoterapêuticas frente aos distintos quadros clínicos. Em relação a pacientes graves, foram observados limitados investimentos científicos que se dedicaram ao estudo das intervenções psicoterapêuticas. Koenigsberg, Kernberg, Appelbaum e Smith (1993) desenvolveram um método para analisar intervenções do terapeuta na psicoterapia com pacientes *Borderline*. Esse método monitorava o uso da técnica expressiva e de apoio. Dentre os resultados encontrados, destacaram que a porcentagem total de intervenções expressivas (esclarecimentos, confrontação e interpretação) variou uniformemente de 68% a 98% entre as 12 sessões analisadas, com exceção de um caso isolado em 43%. Os índices de esclarecimento, confrontação e interpretação foram uniformes, sem discrepâncias claras. Essas sessões foram conduzidas por dez terapeutas que variaram em tempo de experiência e formação em psicanálise, bem como houve uma mistura de sessões precoces e tardias.

Alguns autores colocam que conforme a sintomatologia do paciente no transcorrer do atendimento, o terapeuta modifica suas intervenções. Nesse caso, Goodman et al. (2014) verificaram que terapeutas psicanalíticos, frente a pacientes gravemente perturbados, requerem uma flexibilidade temporária da técnica e adotam intervenções mais estruturadas, que servem para a estabilização do tratamento.

Observa-se que as psicoterapias têm se mostrado eficazes por meio de diferentes abordagens e em diferentes transtornos, sendo que tanto fatores comuns como fatores específicos têm sido investigados e relacionados ao sucesso terapêutico (Brum et al., 2012; Isolan, Pheula, & Cordioli, 2008). Ainda assim, percebe-se a necessidade de um

maior número de estudos dirigidos para a identificação das intervenções do terapeuta de forma a contribuir para o avanço do conhecimento em relação à ação terapêutica com base em distintas abordagens teóricas e quadros clínicos.

Objetivos

Objetivo geral

Identificar os tipos de intervenções utilizadas por um terapeuta psicanalítico durante o processo de psicoterapia de uma paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Objetivos específicos

- Verificar a proporção de cada tipo de intervenção ao longo do processo psicoterápico investigado.
- Identificar os tipos de intervenções predominantes no tratamento psicoterápico nas etapas: inicial, intermediária e anterior a internação.
- Investigar a proporção de intervenções comuns e intervenções específicas psicanalíticas ao longo do processo psicoterápico.

Método

A metodologia aqui utilizada baseia-se em um estudo de caso sistemático com delineamento quantitativo. O estudo de caso sistemático busca, por meio dos achados da clínica psicológica e considerando a subjetividade do processo terapêutico, utilizar-se de medidas empíricas (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011; Ventura, 2007). Também tem por

objetivo compreender com maior profundidade os fatores que estão presentes e que contribuem para a mudança no processo de psicoterapia, considerando o contexto clínico natural e o rigor metodológico da pesquisa empírica (Edwards, 2007; Yoshida, 2008).

Dados do caso

O caso em estudo é de uma paciente de 18 anos que buscou tratamento em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, município localizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Na entrevista de triagem, a paciente apresentava crises de choro e relatou várias tentativas de cortar-se. Disse ter realizado psicoterapia em diversos momentos de sua vida, com um histórico de abandonos precoces dos tratamentos. Passado um período após a realização da triagem, a paciente foi encaminhada para psicoterapia individual de orientação psicanalítica com frequência de duas vezes por semana e também para avaliação psiquiátrica. O diagnóstico realizado pelo psiquiatra durante a etapa inicial do tratamento psicoterápico foi de Transtorno de Personalidade *Borderline*. A paciente iniciou tratamento medicamentoso e, durante o período do processo psicoterápico investigado, não houve mudança de dosagem ou medicação.

A terapeuta possui formação em psicoterapia de orientação psicanalítica e tem como referência autores Freudianos. Sua prática é baseada na tríplice formação: seminários teóricos, supervisões e tratamento pessoal. Possui dez anos de experiência em atendimento psicoterápico. Cabe ressaltar que a pesquisadora não é a terapeuta do caso em estudo.

Instrumento

Nesta pesquisa utilizou-se como instrumento a Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada (CMIP-M), desenvolvida por Roussos et al. (2005). O instrumento foi traduzido do espanhol para o português por um profissional proficiente em espanhol com formação em Psicologia e posteriormente foi realizada a retroversão por outra profissional bilíngue. A CMIP-M apresenta uma metodologia para a construção de um esquema classificatório das intervenções psicoterapêuticas psicanalíticas e cognitivo-comportamentais. O objetivo da mesma foi construir um esquema de compreensão para identificar tipos de intervenções em um material clínico (Roussos et al., 2005).

Segundo os mesmos autores, a CMIP-M considera quatro níveis de análise das intervenções, sendo elas: (1) estratégico, (2) descritivo, (3) de conteúdo e (4) espaço-temporal. O nível estratégico refere-se aos objetivos, intenções e propósitos psicoterapêuticos. Porém, existe um obstáculo para implantação desse nível de análise, porque ele não foca a intervenção em si e sim os objetivos psicoterapêuticos. Só o terapeuta conhece o propósito das suas intervenções e a lógica do caso. Não é possível realizar esse nível sem a participação do terapeuta tratante.

Outro nível de análise proposto na CMIP-M é o nível descritivo que avalia as verbalizações realizadas pelo terapeuta e que são intencionalmente dirigidas para o paciente. É o estudo exclusivo dos distintos tipos e formas de intervenções. Para classificar o nível descritivo das intervenções sempre se deve respeitar a conceituação do marco teórico do terapeuta tratante – psicanalítico ou cognitivo-comportamental, uma vez que a CMIP-M apresenta subtipos de grupos de intervenções comuns a ambos os marcos teóricos, subtipos psicanalíticos, subtipos cognitivos e subtipos comportamentais (Roussos et al., 2005).

No que se refere às intervenções a nível descritivo específicas ao marco teórico psicanalítico e comuns a ambos os marcos, considera-se sete grupos de intervenções. São eles: (1) Exploratórias (demanda informação aberta, demanda informação fechada, aplicação de escalas e questionários); (2) Empáticas (antecipação, repetição, síntese, ordem fática, aquiescência, apoio); (3) Explicativas (explicação geral, explicação psicológica, meta intervenção, interpretação, interpretação transferencial); (4) Indicativas (sugestão ou conselho, definição de limites, instruções de enquadre, associação livre); (5) Examinativas (recapitulação, sinalização, confrontação); (6) Com terceiras partes (pessoas externas a díade) e (7) Não classificável (Anexo A). Três desses grupos comportam intervenções específicas psicanalíticas, sendo que dentro do grupo das intervenções explicativas, a interpretação e a interpretação transferencial são específicas psicanalíticas, assim como dentro do grupo das indicativas, a associação livre e dentro do grupo das examinativas, a sinalização e a confrontação (Roussos et al., 2005). Ressalta-se que a sinalização é entendida como intervenções de esclarecimento (clarificação).

A CMIP-M também permite classificar as intervenções do terapeuta em nível de conteúdo, ou seja, as temáticas incluídas nas intervenções. Nesse nível, deixa-se em segundo plano o tipo e forma de intervenção para concentrar-se no estudo do enredo de cada intervenção. São exemplos desse nível: temática interpessoal, relação terapêutica, processos mentais, sexualidade, cognições, emoções, dentre outras. O último nível de análise proposto pelos autores é o nível espaço-temporal, que descreve o espaço físico (espaço terapêutico, ambiente de trabalho) e o momento (passado, presente ou futuro) ao qual a intervenção se refere.

Roussos et al. (2005) orientam que os níveis apresentam interações entre si, mas podem ser avaliados de formas independentes, pois representam diferentes aspectos de

um mesmo evento. No presente estudo, foram avaliadas as intervenções de um terapeuta psicanalítico considerando apenas o nível descritivo. Assim, os quatro níveis foram apresentados, mas apenas o nível descrito foi explorado.

A CMIP-M, desenvolvida com base na investigação teórica e na análise qualitativa de sessões clínicas gravadas em áudio (Roussos et al., 2010), já foi utilizada em outros estudos com o objetivo de analisar as intervenções psicoterapêuticas. Autores como Roussos et al. (2010) e Waizmann et al. (2006) fizeram uso da CMIP-M em seus estudos e não mencionaram nenhuma limitação referente ao instrumento.

Procedimentos de coleta e análise de dados

Todas as sessões de psicoterapia foram gravadas em vídeo. Para este estudo foram transcritas e analisadas 12 sessões de um total de 34 que antecederam a internação psiquiátrica da paciente. Esse período corresponde ao primeiro ano de tratamento da paciente, e inclui as seguintes sessões: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31 e 34. A escolha das sessões se deu de forma aleatória, considerando 1 a cada 3 sessões, procurando-se dessa forma, acompanhar a evolução do caso sem perder sua especificidade. Duplas de juízes independentes e treinados na metodologia de avaliação da CMIP-M assistiram as gravações das sessões e, em posse da transcrição da mesma e do manual de instrução do instrumento, avaliaram as sessões de psicoterapia de forma a classificar cada uma das intervenções do terapeuta ao nível descritivo.

Para verificar a confiabilidade das classificações, realizou-se supervisão de uma sessão com o autor do instrumento e foi calculado o coeficiente de variabilidade entre juízes – *Kappa*, atingindo-se concordância superior a 0,7 em todas as sessões investigadas. Participaram das classificações três juízes devidamente treinados quanto

aos procedimentos de classificação, sendo que se efetuou revezamento na formação das duplas.

Os tipos de intervenções foram avaliados de forma quantitativa, sendo que todas as análises foram realizadas através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Os resultados estão apresentados por meio de estatísticas descritivas de frequência e percentual.

Além disso, foram identificadas três etapas do tratamento, sendo elas: (1) inicial, (2) intermediária e (3) anterior à internação. As primeiras quatro sessões analisadas (1, 4, 7 e 10) correspondem à etapa inicial do tratamento, as quatro sessões seguintes (13, 16, 19 e 22) correspondem à segunda etapa ou etapa intermediária e as últimas sessões investigadas (25, 28, 31 e 34) correspondem à terceira etapa do tratamento, a qual antecede a internação psiquiátrica da paciente.

Por último, as intervenções foram analisadas quanto a sua especificidade, verificando-se a proporção de intervenções específicas psicanalíticas e comuns a ambos os marcos teóricos. Foram denominadas como “intervenções específicas psicanalíticas” as verbalizações realizadas pelo terapeuta que são específicas do marco teórico psicanalítico (Waizmann, Etchebarne, & Roussos, 2004). De acordo com a denominação dos mesmos autores, foram consideradas como “intervenções comuns” aquelas verbalizações do terapeuta que não formam parte explícita de sua orientação teórica, mas que são utilizadas em ambas as formas de psicoterapia (Psicanalítica e Cognitivo-Comportamental).

Procedimentos éticos

A paciente e a terapeuta leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Todos os cuidados éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados (Brasil, 2012).

Resultados

Foram consideradas todas as intervenções verbais do terapeuta durante cada uma das 12 sessões e classificadas de acordo com o nível descritivo da CMIP-M. Os resultados são apresentados na Figura 1, na qual se encontram as distribuições das frequências de cada tipo de intervenção terapêutica utilizada ao longo do processo investigado. Nota-se que predominaram as intervenções empáticas com 27,3% e as exploratórias fechadas, que atingiram um percentual de 24,1%. Essas intervenções vieram seguidas das examinativas psicanalíticas (15,1%), exploratórias abertas (13,1%) e não classificáveis (12,1%). As frequências mais baixas ocorreram nas intervenções explicativas psicanalíticas (0,2%), examinativas comuns (0,7%), indicativas comuns (2,5%) e explicativas comuns (5,1%). As intervenções indicativas psicanalíticas e com terceiras partes não ocorreram no processo investigado.

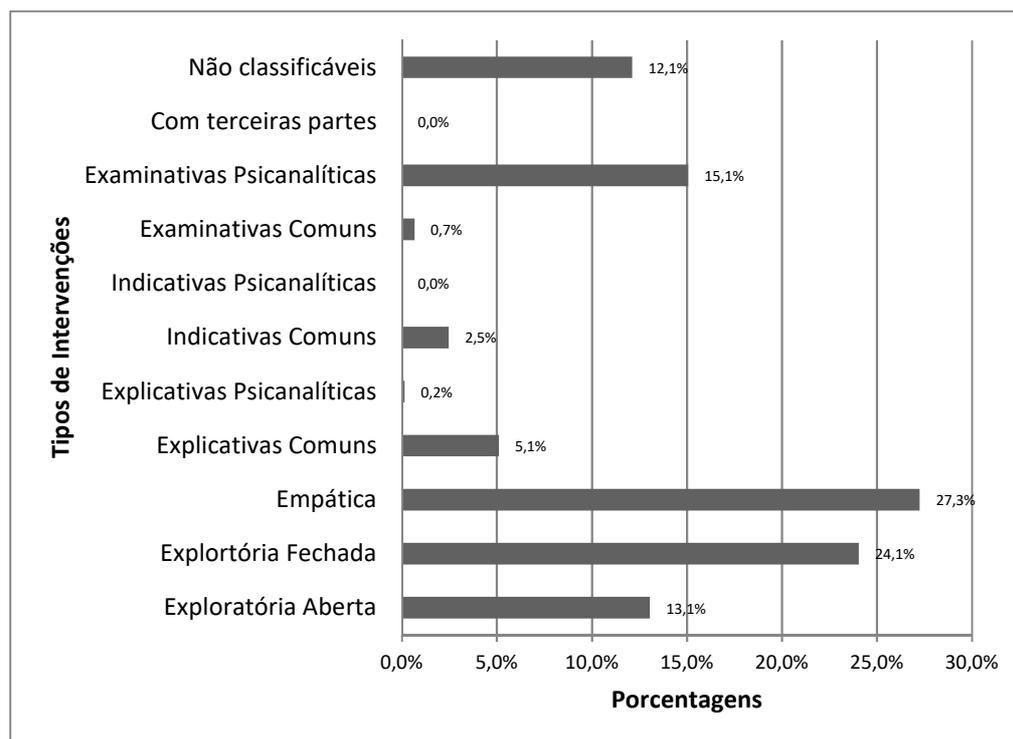


Figura 1. Proporção de cada tipo de intervenção ao longo do processo investigado.

Neste estudo também foram identificadas três etapas as quais foram exploradas em relação às intervenções predominantes. Na Figura 2, observa-se que predominaram em todas as etapas as intervenções empáticas e exploratórias fechadas. Assim, na primeira etapa do processo psicoterápico, as intervenções exploratórias fechadas (23%) foram seguidas das empáticas (22%), na segunda etapa as empáticas (26%) foram seguidas das exploratórias fechadas (25%) e na terceira etapa, ocorreu à frequência máxima das intervenções empáticas (32%) que foram seguidas das exploratórias fechadas (24%).

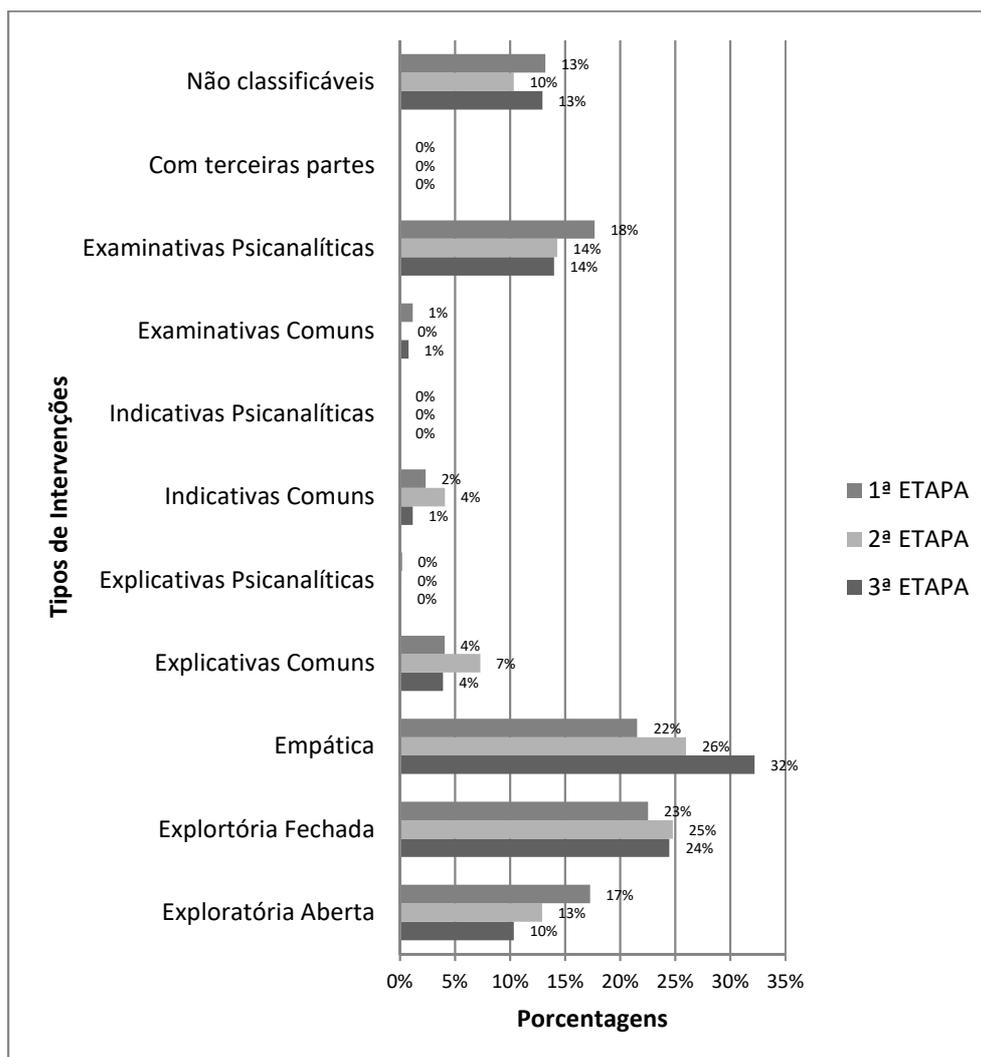


Figura 2. Intervenções predominantes por etapa do tratamento.

A análise específica dessas proporções indica que a oscilação máxima de cada tipo de intervenção por etapa foi de 10%. Essa oscilação se deu entre a primeira e a terceira etapa em relação às intervenções empáticas. Os demais tipos de intervenção mantiveram proporções equivalentes entre as três etapas do processo investigado. Ao observar o trabalho do terapeuta ao longo do tratamento em relação às intervenções empáticas, verifica-se que o aumento desse tipo de intervenção na terceira etapa correspondeu a um trabalho mais focalizado na situação do paciente em crise, uma vez que essas sessões correspondem ao período anterior à internação. Assim, na sessão 31,

conforme mostra a Figura 3, nota-se que ocorreram quase 50% de intervenções empáticas.

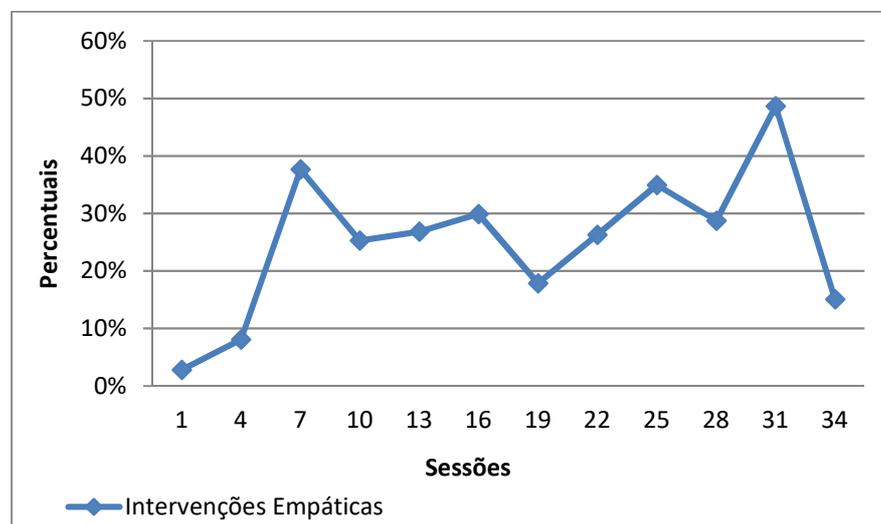


Figura 3. Variações das proporções das intervenções empáticas ao longo do processo investigado.

Por último, ao analisar a proporção de intervenções comuns e intervenções específicas psicanalíticas ao longo do processo psicoterápico investigado, é possível constatar, a partir da Figura 4, que 15% das intervenções foram específicas psicanalíticas, enquanto que 85% foram intervenções comuns. Assim, observa-se que as intervenções caracterizaram-se, em sua maioria, como comuns, ou seja, que são utilizadas em tratamentos psicanalíticos e cognitivo-comportamentais.

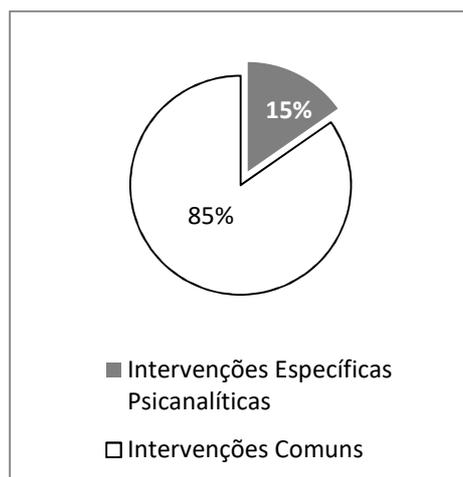


Figura 4. Proporção de intervenções específicas psicanalíticas.

Discussão

Este estudo dirigiu-se à investigação da ação terapêutica no modelo psicanalítico de psicoterapia dirigido a pacientes graves, considerando especificamente a contribuição do terapeuta no processo. Teve por objetivo identificar os tipos de intervenções de um terapeuta psicanalítico durante o processo de psicoterapia de um paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*.

A avaliação da proporção de cada tipo de intervenção ao longo do processo investigado revela que predominaram as intervenções empáticas e as exploratórias fechadas. O terceiro tipo de intervenção mais utilizado pela terapeuta do caso foram as examinativas psicanalíticas.

Os tipos de intervenções empregadas pela terapeuta em maiores proporções parecem condizentes com o modelo de funcionamento de pacientes com TPB. Esses se caracterizam por sérios comportamentos de autoagressão e atitudes suicidas (Madeddu et al., 2012), frequentes atuações, tendência a impulsividade e agressividade

(Bleichmar, 1992; Hallquist & Pilkonis, 2012) e dificuldades de adesão ao tratamento (Tanesi et al., 2007).

Ao considerar essas características, a terapeuta utilizou-se com maior frequência das intervenções empáticas, uma vez que essa postura terapêutica contribui para adaptação do paciente e estabelecimento do vínculo. Alguns autores referem que estabelecer uma aliança terapêutica com pacientes graves é muito importante para o manejo do tratamento, pois tais pacientes apresentam características peculiares que influenciam na sua adesão e também na decisão do uso da técnica pelo psicoterapeuta (Owen & Hilsenroth, 2011). Observa-se que a terapeuta estava focalizada em estabelecer uma aliança terapêutica, já que a qualidade da mesma é um forte preditor de resultados (Elliot, 2012).

Ainda, a atitude empática da terapeuta, conforme Ablon e Jones (1998), está de acordo com as técnicas terapêuticas da abordagem psicanalítica. Os autores descrevem que o modelo psicanalítico destaca-se por uma posição do terapeuta neutra, empática e sensível aos sentimentos do paciente.

O segundo tipo de intervenção mais utilizado foi às exploratórias fechadas, quando a terapeuta realiza pedidos de informações, introduzindo tópicos de discussão. Pode-se supor que o uso frequente desse tipo de intervenção aconteceu por ser a fase inicial da psicoterapia. Nesse caso, a terapeuta pode ter utilizado intervenções exploratórias fechadas visando adquirir informações, se apropriar do caso, confirmar o diagnóstico e planejar o tratamento. Todavia, a utilização deste tipo de intervenção se mantém tanto na segunda, quanto na terceira etapa do tratamento.

Em geral, o uso de intervenções interrogativas, caracterizam uma postura mais ativa e diretiva do terapeuta. Geralmente, é mais utilizada no modelo cognitivo de tratamento. Entretanto, frente à pacientes com psicopatologias sérias, terapeutas

psicanalíticos flexibilizam a técnica ao visar à estabilização do tratamento (Goodman, Edwards, & Chung, 2013).

Nesse sentido, Goodman et al. (2013) analisaram o processo psicoterápico de cinco pacientes com TPB e associaram a diferentes modelos terapêuticos. Nessa pesquisa, a postura empática correlacionou-se com redução sintomática. Da mesma forma, o terapeuta exercer ativamente o controle da interação, questionando e solicitando mais informações, associou-se à redução sintomática. Segundo os pesquisadores, a utilização dessas estratégias por terapeutas psicodinâmicos indica o esforço de manter a estabilidade de pacientes graves e a aliança terapêutica, quando em face à intensificação sintomática.

Dessa forma, pode-se relacionar a prevalência das intervenções empáticas e exploratórias fechadas no processo investigado como tendo relação à sintomatologia da paciente e ao diagnóstico do caso. Em contrapartida, a preponderância de tais intervenções, também pode estar associada a particularidades da terapeuta. Portanto, é possível questionar o quanto os resultados referem-se ao diagnóstico *Borderline* e sua sintomatologia ou a terapeuta, uma vez que autores como Fernández-Alvarez, Gomez e Garcia (2015), Lambert (2013) e Lutz, Leon, Martinovich, Lyons e Stiles (2007), verificaram que o psicoterapeuta pode influenciar no desenvolvimento e nos resultados do processo psicoterápico. De forma complementar, Jones (2000) indica que, dependendo das características de cada paciente, das particularidades do terapeuta, bem como da sintomatologia e fase do tratamento, diferentes processos podem atuar de forma distinta.

Frente a essas questões, no tocante as pesquisas já realizadas, se observam resultados distintos. Por um lado, em similaridade com o presente estudo, Roussos et al. (2010), utilizando como instrumento a CMIP-M, analisaram as intervenções em um

tratamento psicanalítico com diagnóstico de transtorno de personalidade não especificado e verificaram uma maior proporção de intervenções do tipo interrogações fechadas. Por outro lado, um estudo realizado por Koenigsberg et al. (1993), utilizando-se o *Therapist Verbal Intervention Inventory* (TVII) e tendo por objetivo analisar as intervenções do terapeuta na psicoterapia com pacientes *Borderline* e monitorar o uso da técnica expressiva (esclarecimentos, confrontação e interpretação) e de apoio, encontraram como resultado uma predominância das intervenções expressivas, que variaram uniformemente de 68% a 98% entre as 12 sessões analisadas, com exceção de um caso isolado em 43%. Esses resultados contrariam os encontrados no presente estudo, no qual as intervenções examinativas psicanalíticas (assinalamento e confrontação) ocuparam o terceiro lugar na classificação das mais utilizadas no tratamento, atingindo um percentual de 15,1% e, as intervenções explicativas psicanalíticas (interpretação) representaram 0,2% no processo investigado.

No entanto, mesmo que em proporções menores ao do estudo de Koenigsberg et al. (1993), no presente estudo o percentual de intervenções examinativas psicanalíticas (15,1%), foi significativamente maior do que as explicativas psicanalíticas (0,2%). Segundo Kernberg (2003), na psicoterapia psicanalítica com pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*, as intervenções como assinalamento e confrontação ocupam um espaço muito mais amplo do que a interpretação.

Percebe-se que os resultados do presente trabalho estão em consonância com a literatura, que, no caso de pacientes com menos recursos, sugere a psicoterapia de apoio, ou seja, preferência por intervenções não focalizadas na transferência (Gabbard, 1998 [1984]). Leichsenring e Leibing (2007) colocam que as intervenções de apoio visam fortalecer habilidades que temporariamente não são acessíveis a um paciente, devido ao estresse agudo (por exemplo, eventos traumáticos) ou que não tenham sido

suficientemente desenvolvidas (por exemplo, controle de impulso em Transtorno de Personalidade *Borderline*).

Por sua vez, analisando-se as intervenções sob o vértice das etapas do tratamento, é possível verificar que os tipos de intervenções que predominaram nas três etapas do processo coincidiram e houve uma preponderância das intervenções empáticas e exploratórias fechadas ao longo do tratamento. Assim, a terapeuta manteve os mesmos tipos de intervenções e pareceu empenhar-se para desenvolver uma aliança terapêutica entre a dupla e adotar uma postura mais diretiva.

Uma análise mais específica de cada tipo de intervenção indica que entre a primeira e a segunda etapa não houve uma oscilação significativa nas proporções de cada tipo de intervenção. Ao contrário, na terceira etapa, que antecede a internação psiquiátrica da paciente, houve um aumento do percentual de intervenções empáticas. Assim, observa-se a habilidade da terapeuta em sintonizar-se com a situação da paciente em crise e flexibilizar a técnica, aumentando o uso das intervenções empáticas. Essa atitude da terapeuta está de acordo com a literatura no sentido de que o terapeuta modifica suas intervenções de acordo com a sintomatologia do paciente (Goodman et al., 2014).

A análise das intervenções específicas e comuns do caso da paciente *Borderline* estudada indicou que 15% das intervenções utilizadas ao longo do processo investigado foram específicas psicanalíticas, enquanto que 85% foram intervenções comuns, que não fazem parte explícita do marco teórico da terapeuta e que são utilizadas em tratamentos psicanalíticos e cognitivos comportamentais. Os resultados obtidos no presente estudo coincidem com os resultados encontrados por Roussos et al. (2010), que utilizaram o nível descritivo do mesmo instrumento (CMIP-M) para examinar as intervenções utilizadas em dois tratamentos psicoterapêuticos: um cognitivo com

diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada e um de orientação psicanalítica com diagnóstico de transtorno de personalidade não especificado e, obtiveram como resultado, que uma média de 17% das intervenções na clínica psicanalítica e uma média de 16% no tratamento cognitivo, foram específicos dos quadros teóricos.

A partir dos resultados dos estudos, percebe-se que o percentual de intervenções específicas de cada marco teórico, se mantém semelhante nos casos de transtorno de personalidade. Assim, alguns autores colocam que as psicoterapias têm se mostrado eficazes por meio de diferentes abordagens e em diferentes transtornos, sendo que tanto fatores comuns quanto fatores específicos têm sido investigados e relacionados ao sucesso terapêutico (Brum et al., 2012; Isolan et al., 2008). Autores como Roussos et al. (2010) sugerem que os fatores não específicos podem vir a ser os principais promotores de mudança em psicoterapia, e que devemos estudar fatores inespecíficos a fim de encontrar as suas ligações com os fatores específicos e, por esse viés, chegar aos fatores que promovem a mudança na psicoterapia. Outros estudiosos como Castonguay e Beutler (2006), Gumz, Geyer e Brähler (2013), Gumz, Treese, Marx, Strauss e Wendt (2015) e Pfammatter e Tschacher (2012) destacaram que a técnica e os fatores comuns não podem ser considerados independentemente. Os fatores comuns evoluem no contexto da relação terapêutica, que, por sua vez, é influenciada, em grande medida, pelas técnicas. Assim, fatores comuns podem ser considerados como princípios ativos implementados por meio de técnicas específicas do terapeuta.

Nesse sentido, as diferenças encontradas nas proporções de intervenções específicas e comuns podem ser justificadas a partir do pressuposto de que ambos os tipos de intervenções interagem e se complementam. Assim, as intervenções comuns podem estar abrindo o caminho para as específicas, isto é, a sua função na psicoterapia pode ser a de gerar o contexto e o momento certo para as intervenções específicas

(Roussos et al., 2010). Considerando os três tipos de intervenções com maior proporção no tratamento investigado, a terapeuta poderia ter usado as intervenções comuns de empatia e perguntas fechadas para gerar o momento certo de realizar as intervenções específicas psicanalíticas de sinalização e confrontação.

Considerações Finais

Diante da importância do aprimoramento do trabalho psicoterápico com pacientes com TPB, este estudo buscou contribuir para a investigação da ação terapêutica no modelo psicanalítico de psicoterapia, considerando especificamente a contribuição do terapeuta no processo. Investigar as intervenções realizadas ao longo do processo terapêutico permite auxiliar tanto a pesquisa sobre as dificuldades da escolha da técnica e da modalidade de intervenções, quanto o ensino da condução da psicoterapia de orientação psicanalítica com esses pacientes.

As intervenções que sustentaram o processo investigado foram as empáticas, as exploratórias fechadas e as examinativas psicanalíticas. Nesse sentido, observa-se que o terapeuta privilegiou o desenvolvimento da aliança terapêutica e o apoio a paciente, adotando uma postura mais diretiva, ainda que utilizasse em menor frequência as intervenções psicanalíticas.

Tratando-se de um estudo descritivo, supõe-se ter aberto caminho para novas pesquisas, uma vez que o estudo apresenta limitações especialmente no que se refere à generalização dos dados. São importantes mais estudos a fim de confirmar se a escolha das intervenções utilizadas neste caso ocorreu devido às características dos pacientes com TPB ou a particularidades da terapeuta, bem como investigar fatores específicos e comuns e sua relação ao sucesso terapêutico.

Referências

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83. Doi: 10.1080/10503309812331332207
- Banon, E., Perry, J. C., Semeniuk, T., Bond, M., Roten, Y., Hersoug, A. G., & Despland, J. N. (2013). Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy Research*, 23(2), 121-136. Doi: 10.1080/10503307.2012.745955
- Bleichmar, N. M. (1992). *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil. (2012). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Retrieved from <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brum, E. H. M. et al. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 259-169. Doi: 10.1590/S0103-166X2012000200012
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638. Doi:10.1002/jclp.20256
- Clarkin, J. F., Fonagy, P. & Gabbard, G. O. (2013). *Psicoterapia psicodinâmica para transtorno da personalidade: um manual clínico*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V., & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias psicoterápicas. In: A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.

- 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. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6-34. Retrieved from <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 31(1), 72-75. Doi: 10.1590/S1516-44462009000100016
- Elliot, R. (2012). *Qualitative Methods for Studying Psychotherapy change Process: a guide for students and practitioners*. Washington: Wiley.
- Fernández-Alvarez, H., Gómez, B., & García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84-94. Doi: 10.1080/10503307.2013.856047
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/>
- Gabbard, G. O. (1998[1994]). *Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV*. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Repensando a ação terapêutica. *Revista Psiquiatria*, 25(2), 257-273. Doi: 10.1590/S0101-81082003000200003
- 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), 30-45. Doi: 10.1037/a0035970

- 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 and Psychotherapy*, 22(1), 83-95. Doi: 10.1002/cpp.1875
- Gumz, A. M., Geyer, M., & Brähler, E. (2013). Psychodynamic therapy from the perspective of self-organization. A concept of change and a methodological approach for empirical examination. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 299-310. Doi: 10.1002/cpp.1840
- Gumz, A., Treese, B., Marx, C., Strauss, B., & Wendt, H. (2015). Measuring Verbal Psychotherapeutic Techniques: A Systematic Review of Intervention Characteristics and Measures. *Frontiers in Psychology*, 6(1705). Doi: 10.3389/fpsyg.2015.01705
- Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Refining the Phenotype of Borderline Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Beyond. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(3), 228-246. Doi: 10.1037/a0027953
- Heinomen, E., Knekt, P., Jääskeläinen, T., & Lindfors, O. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *European Psychiatry*, 29, 265-274. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24060629>
- Heinomen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 38, 301-312. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22335889>
<http://pt.slideshare.net/cinthyabretas/paciente-borderline-e-seu-tratamento-pdf>
- IBM Corp. Released (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

- Isolan, L., Pheula, G., & Cordioli, A. V. (2008). Fatores comuns e mudanças em psicoterapia. In: A. V. Cordioli (Ed.) *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp 58-73). Porto Alegre: Artmed.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. London: Jason Aronson Inc. Northvale.
- Jordão, A. B., & Ramires, V. R. R. (2010). Adolescência e organização de personalidade *borderline*: caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia*, 20(47), 421-430. Doi: 10.1590/S0103-863X2010000300014
- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: Estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. F. (2003). Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: A. Green (Org.), *Psicanálise contemporânea: Revista Francesa de psicanálise* (pp. 23-49). Rio de Janeiro: Imago Eds.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koenigsberg, H. W., Kernberg, O. F., Appelbaum, A. H., & Smith, T. (1993). A method for analyzing therapist interventions in the psychotherapy of borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2(2), 119-134. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330333/>
- Lambert, M. (2013). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. In: K. A. Tompkins, & J. K. Swift (Eds), *Psychotherapy Process Outcome Research*. John Willey & Sons: New Jersey.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and*

Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80, 217-228. Doi:

10.1348/147608306X117394

Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32-39. Doi: 10.1037/0022-0167.54.1.32

Madeddu, F., Aquaro, P., & Preti, E. (2012). Psicoterapia per il disturbo borderline di personalità: revisione della letteratura sull'efficacia di quattro trattamenti manualizzati. *Journal of Psychopathology*, 18, 196-209. Retrieved from <http://www.jpsychopathol.it/issues/2012/vol18-3/02Madeddu.pdf>

Mondardo, A. H., Piovesan, L., & Mantovani, P. C. (2009). A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. *Aletheia*, 30, 158-171. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a13.pdf>

Owen, J., & Hillsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *The journal of nervous and mental disease*, 199(6), 384- 389. Doi: 10.1097/NMD.0b013e31821cd28a.

Owen, J., Drinane, J. M., Idigo, K. C., & Valentine, J. C. (2015). Psychotherapist effects in meta-analyses: how accurate are treatment effects? *Psychotherapy*, 52(3), 321-328. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/pst/52/3/321.pdf>

Pasini, T. F., & Dametto, J. (2010). Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. *Perspectiva*, 34(128), 133-149. Retrieved from <http://pt.slideshare.net/cinthyabretas/paciente-borderline-e-seu-tratamento-pdf>

- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma Revisão. *Psicologia em Estudo, 14*(3), 439-445. Doi: 10.1590/S1413-73722009000300004
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie: eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie, 60*, 67-76. Doi 10.1024/1661-4747/a000099
- Quadros, E. A., & Yoshida, E. M. P. (2012). Variáveis do terapeuta: análise em periódicos brasileiros (1998-2007). *Interação Psicologia, 16*(1), 63-72. Retrieved from <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/11546/19716>
- Quagliatto, H. S. M., & Santos, R. G. (2004). Psicoterapia psicanalítica e acompanhamento terapêutico: uma aliança de trabalho. *Psicologia Ciência e Profissão, 24*(1), 74-81. Doi: 10.1590/s1414-98932004000100009
- Roussos, A. J., Etchebarne, I., & Waizmann, V. (2005). Un esquema clasificadorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones, 8*, 41-48. Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a05.pdf>
- Roussos, A. J., Waizmann, V., & Etchebarne, I. (2010). Common Interventions in two single cases of cognitive and psychoanalytic psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration, 20*(3), 327-346. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2010-17586-004>
- 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

- 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>
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da SOCERJ*, 20(5), 383-386. Retrieved from:
http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf
- Waizmann, V., Etchebarne, I., & Roussos, A. J. (2004). La interacción entre las intervenciones psicorapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(3), 233-244.
Retrieved from:
http://www.academia.edu/3996581/La_interacci%C3%B3n_entre_las_intervenciones_psicorap%C3%A9uticas_de_distintos_marcos_te%C3%B3ricos_y_los_factores_comunes_a_las_psicoterapias_Waizmann_Etchebarne_and_Roussos_2004_
- Waizmann, V., Jurkowski, L., & Roussos, A., J. (2006). Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos. *Anuario de Investigaciones*, 14, 41-48.. Retrieved from
<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a04.pdf>
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança de processo em psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia*, 18(40), 305-316. Doi: 10.1590/S0103-863X2008000200008
- Zanatta, D., & Benetti, S. P. C. (2012). Representação mental e mudança terapêutica: Uma contribuição da perspectiva psicanalítica da teoria das relações objetais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 93-100. Doi: 10.1590/S0102-37722012000100012

Artigo II

Intervenções Específicas Psicanalíticas e o Uso da Interpretação no Tratamento de uma Paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*

Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar a proporção de intervenções específicas psicanalíticas na psicoterapia de uma paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline* com boa aderência ao tratamento, privilegiando a análise das intervenções explicativas psicanalíticas (interpretações). Trata-se de um Estudo de Caso Sistemático com delineamento misto. Para tal, foram analisadas doze sessões de psicoterapia com base na Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada. Também foram realizadas anotações das temáticas de cada sessão, da interação entre paciente e terapeuta e da orientação temporal das intervenções explicativas psicanalíticas. Duplas de juízes independentes e treinados na metodologia do instrumento classificaram as intervenções do terapeuta ao nível descritivo. As intervenções classificadas como específicas psicanalíticas foram avaliadas por meio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Além disso, realizou-se a análise da associação das intervenções explicativas psicanalíticas com outros tipos de intervenções, explorando em quais etapas do tratamento elas aconteceram. Por último, buscou-se integrar a identificação da orientação temporal das intervenções explicativas psicanalíticas com o processo terapêutico investigado. Verificou-se que as intervenções específicas psicanalíticas representaram aproximadamente 15% da proporção total de intervenções utilizadas pela terapeuta. As intervenções explicativas ocorreram em

pequena proporção e se correlacionaram com as intervenções examinativas psicanalíticas. Dois aspectos chamam a atenção: a não aceitação da interpretação no “aqui e agora” e as faltas nas sessões posteriores às que houve interpretação. Os resultados apontaram para a importância de mais estudos relativos ao trabalho com pacientes graves.

Palavras-Chave: psicoterapia psicanalítica, intervenção psicológica, interpretação psicanalítica, Distúrbio de Personalidade *Borderline*.

Paper II

Specific Psychoanalytical Interventions and Interpretation Use in the Treatment of a Patient with Borderline Personality Disorder

Abstract

The aim of this study was to identify the proportion of specific psychoanalytical interventions in psychotherapy of a patient with Borderline Personality Disorder with good adherence to treatment, focusing on the analysis of explanatory psychoanalytic interventions (interpretations). This is a Systematic Case Study with mixed design. To this, twelve sessions of psychotherapy were analyzed by Modified Multidimensional Psychotherapeutic Interventions Classification. Notes of each session, the interaction between patient and therapist and temporality of explanatory psychoanalytic interventions also were taken. Doubles independent and trained judges in the instrument methodology evaluated and rated each of the interventions of the therapist in the descriptive level. Interventions classified as specific psychoanalytical were evaluated

using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. In addition, were realized the analysis of the association of explanatory psychoanalytic interventions with other interventions, exploring what steps the treatment they happened. Finally, it sought to integrate the identification of the temporality of psychoanalytical explanatory interventions with the therapeutic process investigated. It was found that the specific interventions psychoanalysis represented about 15% of the total proportion of interventions used by the therapist. The explanatory interventions occurred in small proportion and correlated with the psychoanalytical examination interventions. Two aspects attract attention: the rejection of the interpretation in the "here and now" and faults in later sessions to which there was interpretation. The results pointed to the importance of further studies on work with critical patients.

Keywords: psychoanalytic psychotherapy; psychological intervention; psychoanalytic interpretation; Borderline Personality Disorder.

As pesquisas de processo em psicoterapia têm se mostrado um desafio para pesquisadores e clínicos, constituindo-se um campo fértil para investigação científica. Com o resultado das pesquisas sobre processos psicoterápicos, o trabalho clínico tem sido aprimorado, o que permite uma melhor compreensão de como se dá a mudança terapêutica (Brum et al., 2012; Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009). A identificação dos mecanismos de ação terapêutica, destacando a contribuição do terapeuta, do paciente e da interação em relação a diversos aspectos que afetam as psicoterapias, contribui para o aperfeiçoamento da prática clínica (Peuker et al., 2009).

No tocante à esfera do terapeuta, entende-se que sua influência tem grande impacto no processo de psicoterapia (Cordioli & Giglio, 2008; Lambert, 2013) e exerce um papel importante nos resultados dos tratamentos (Owen, Drinane, Idigo, &

Valentine, 2015). Nesse sentido, um dos mecanismos de ação terapêutica determinante nas psicoterapias refere-se às intervenções terapêuticas (Goodman, Anderson, & Diener, 2014).

No âmbito da investigação em psicoterapia, questionamentos sobre como funcionam as intervenções psicoterapêuticas ocupam um relevante espaço nas pesquisas. As intervenções terapêuticas são a forma como o terapeuta procede a sua troca com o paciente. Também podem ser entendidas como os procedimentos técnicos designados para promover a mudança terapêutica (Roussos, Waizmann, & Etchebarne, 2003). Para conhecer a forma como ocorre a mudança em psicoterapia e os fatores envolvidos nessa mudança, é preciso investigar as intervenções realizadas ao longo do processo terapêutico (Banon et al., 2013, Roussos, Waizmann, & Etchebarne, 2010).

Uma das classificações acerca das intervenções terapêuticas foi realizada por Gabbard (2006) que as descreve em oito categorias. São elas: (1) interpretação, (2) observação, (3) confrontação, (4) clarificação, (5) encorajamento para a elaboração, (6) validação empática, (7) intervenções psicoeducativas, (8) aconselhamento e elogio. Especificamente nas psicoterapias psicodinâmicas, essas intervenções ocorrem em um *continuum* expressivo-suportivo, o que significa que com qualquer paciente o terapeuta pode ser às vezes mais expressivo ou exploratório, enquanto que em outras vezes adota um estilo mais suportivo, dependendo das necessidades do paciente.

Os tipos de intervenções que predominam na terapia dinâmica altamente expressiva são a interpretação, a observação e a confrontação. Dessas, a interpretação é considerada como o principal instrumento do terapeuta. Na sua forma mais simples, ela consiste em tornar consciente alguma coisa que antes era inconsciente. Interpretações são declarações feitas pelo terapeuta que tentam explicar e fazer ligações entre

sentimentos, pensamentos, comportamentos ou sintomas e seus significados ou origem inconsciente. Dependendo do momento da terapia e do paciente estar preparado para ouvir, as interpretações podem ter como foco a transferência, as questões extra transferenciais, a situação passada ou presente do paciente, as resistências e fantasias do mesmo. Como princípio geral, o terapeuta não aborda conteúdo inconsciente por meio da interpretação até que o material esteja quase consciente (Gabbard, 2006; Gabbard, Beck, & Holmes, 2007).

A observação também é considerada uma das formas mais expressivas de tratamento, pois chama a atenção para um comportamento, a sequência de um comentário, o vislumbre de uma emoção, um padrão dentro da terapia ou fenômenos similares. Diferentemente da interpretação, a observação não tenta explicar ou identificar motivos. A próxima intervenção mais expressiva é a confrontação, a qual envolve uma tentativa de fazer o paciente enfrentar algo que ele está evitando (Gabbard, 2006; Gabbard et al., 2007).

Por sua vez, conforme os mesmos autores, na extremidade mais suportiva do *continuum*, estão o aconselhamento e o elogio. O aconselhamento envolve sugestões diretas ao paciente sobre como se comportar, enquanto que o elogio reforça certos comportamentos do paciente.

Por fim, entre as intervenções mais expressivas e suportivas, próximo ao meio do *continuum*, encontram-se as intervenções neutras, que não são nem de apoio e nem expressivas por si mesmas. É o caso da clarificação, encorajamento para a elaboração, validação empática e intervenções psicoeducacionais. A grande maioria dos processos psicoterápicos contém todas essas intervenções em algum momento do tratamento. Entretanto, a terapia é classificada como essencialmente expressiva ou essencialmente de apoio com base nas intervenções que predominam (Gabbard, 2006).

Outra forma de caracterização refere-se ao marco teórico das intervenções, comuns ou específicas. Nesse caso, Roussos, Etchebarne e Waizmann (2005) definem como intervenções comuns aquelas utilizadas por ambos os marcos teóricos (psicanalítico e cognitivo-comportamental) e, intervenções específicas, aquelas próprias da linha teórica do psicoterapeuta. Segundo os mesmos autores, na abordagem psicanalítica, as intervenções específicas são: interpretação, interpretação transferencial, associação livre, sinalização e confrontação.

Roussos et al. (2010) realizaram um estudo utilizando a Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada (CMIP-M), instrumento este baseado em um esquema classificatório das intervenções psicanalíticas e cognitivo-comportamentais (Roussos et al., 2005). O objetivo da CMIP-M é identificar tipos de intervenções em um material clínico, considerando quatro níveis de análise das intervenções. São eles: (1) estratégico, (2) descritivo, (3) de conteúdo e (4) espaço-temporal.

A partir do nível descritivo do instrumento, que avalia os distintos tipos e formas de intervenções, os autores do estudo examinaram as intervenções utilizadas em dois tratamentos psicoterapêuticos, um cognitivo e um de orientação psicanalítica, ambos com diagnóstico de transtorno de personalidade. Esse nível descritivo, conforme Roussos et al. (2005), inclui os seguintes tipos de intervenções: (1) Exploratórias (demanda informação aberta, demanda informação fechada, aplicação de escalas e questionários); (2) Empáticas (antecipação, repetição, síntese, ordem fática, aquiescência, apoio); (3) Explicativas (explicação geral, explicação psicológica, meta intervenção, interpretação, interpretação transferencial); (4) Indicativas (sugestão ou conselho, definição de limites, instruções de enquadre, associação livre); (5) Examinativas (recapitulação, sinalização, confrontação); (6) Com terceiras partes

(pessoas externas a díade) e (7) Não classificável. Três desses grupos comportam intervenções específicas psicanalíticas, sendo que dentro do grupo das intervenções Explicativas, a interpretação e a interpretação transferencial são específicas psicanalíticas, assim como dentro do grupo das Indicativas, a associação livre e dentro do grupo das Examinativas, a sinalização e a confrontação.

Além disso, Roussos et al. (2010) observaram qual a proporção de intervenções comuns e específica no que se refere a base teórica dos terapeutas. Os resultados mostraram que ambos os tratamentos foram altamente impregnados por intervenções comuns. Apenas uma média de 17% das intervenções no tratamento psicanalítico e uma média de 16% no tratamento cognitivo foram específicas dos quadros teóricos.

Para além do entendimento das características comuns ou específicas das intervenções, outro aspecto que determina a utilização de diferentes técnicas interventivas pelo terapeuta é o diagnóstico do paciente, principalmente nas psicoterapias de casos graves. Diferentes abordagens teóricas têm demonstrado eficácia no tratamento de indivíduos com Transtorno de Personalidade *Borderline* (Clarkin, Fonagy, & Gabbard, 2013). O modelo psicanalítico é uma das modalidades indicadas para esses pacientes. Especificamente em relação ao trabalho terapêutico com pacientes *Borderlines*, verifica-se que as técnicas básicas da psicoterapia psicanalítica são as mesmas da psicanálise: interpretação, análise da transferência e neutralidade técnica. Porém, essas técnicas são usadas diferentemente pelo terapeuta (Kernberg, 2003; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1991). De forma complementar, Quagliatto e Santos (2004) destacaram modificações no manejo da técnica psicoterápica de determinados pacientes, em especial aqueles caracterizados como portadores de psicopatologias graves: psicóticos, *Borderlines*, transtornos narcisistas, perversos, psicopatas, entre outros.

Nesse sentido, os estudos de Kernberg contribuíram para o trabalho clínico com pacientes graves. Kernberg (2003) destaca que a clarificação, a confrontação e a interpretação constituem os principais aspectos da técnica interpretativa psicanalítica, sendo que, no caso de pacientes graves, as primeiras assumem um caráter mais relevante, pois preparam o paciente emocionalmente para receber uma interpretação. Ao contrário, a interpretação assume maior destaque em estágios posteriores. Além disso, as interpretações com esses pacientes devem focalizar no “aqui e agora”. Somente em momentos mais avançados do tratamento são introduzidas interpretações de forma a relacionar o comportamento passado com o presente (Kernberg, 2003; Kernberg et al., 1991). A importância da utilização da interpretação no “aqui e agora” da relação terapêutica é a de incidir sobre os mecanismos de defesa primitivos, restaurando o fracasso na internalização patológica das representações de si mesmo e do objeto (Vidal & Lowenkron, 2010).

A análise da transferência, segundo Kernberg (2003), também é considerada uma técnica básica da psicanálise. Contudo, ela é modificada no tratamento de pacientes com graves distúrbios de personalidade. A interpretação transferencial, nesses casos, deve considerar o que está ocorrendo na vida atual do paciente, sem que se tente atingir reconstruções genéticas completas. Essas devem esperar por estágios mais avançados do tratamento, pois a falta de individualização dos objetos interfere na habilidade de diferenciar os relacionamentos objetivos presentes e passados (Kernberg, 1995; Kernberg et al., 1991).

Outro elemento essencial do método psicanalítico é a neutralidade técnica do terapeuta, considerada como um estado ideal de trabalho. Entretanto, no tratamento de pacientes com patologias de personalidade severas, a necessidade de controlar atuações que ameaçam a vida do paciente ou do tratamento faz com que o terapeuta imponha

alguns limites, os quais refletem em modificações temporárias na técnica psicanalítica (Kernberg, 2003).

Embora os avanços acerca do trabalho clínico com pacientes graves, são necessários mais estudos que investiguem as variáveis do terapeuta que interferem no processo psicoterapêutico (Lambert, 2013; Quadros & Yoshida, 2012). Dentre os poucos investimentos científicos localizados sobre o estudo das intervenções psicoterapêuticas com pacientes graves, uma pesquisa se propôs a analisar as intervenções dos terapeutas na psicoterapia com pacientes *Borderline* e monitorar o uso da técnica expressiva e de apoio. Koenigsberg, Kernberg, Appelbaum e Smith (1993), utilizando o instrumento o *Therapist Verbal Intervention Inventory* (TVII), analisaram doze sessões de psicoterapia conduzidas por dez terapeutas que variavam em tempo de experiência e formação em psicanálise, bem como em sessões precoces e tardias. Dentre os resultados, evidenciaram que a porcentagem total de intervenções expressivas (interpretação, confrontação e esclarecimento) variou uniformemente de 68% a 98% entre as 12 sessões analisadas, com exceção de um caso isolado em 43%. Os índices de interpretação, confrontação e esclarecimento foram uniformes, sem discrepâncias claras.

Diante da importância do aprimoramento da técnica psicanalítica com pacientes graves, este estudo volta-se para a identificação das intervenções específicas psicanalíticas de um terapeuta durante o processo de psicoterapia de uma paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*. Dentre as intervenções específicas psicanalíticas, foram enfatizadas as intervenções explicativas, as quais se referem às interpretações, uma vez que essas são consideradas tradicionalmente como o principal instrumento dos terapeutas psicodinâmicos (Gabbard, 2006; Gabbard et al., 2007) e são usadas diferentemente no trabalho terapêutico com pacientes *Borderlines* (Kernberg, 2003; Kernberg et al., 1991; Quagliatto & Santos, 2004). Esta pesquisa também buscou

verificar se o uso das intervenções explicativas ocorria em associação com outros tipos de intervenções e explorar em quais etapas do tratamento elas aconteceram. Além disso, realizou-se uma análise qualitativa a fim de integrar a compreensão do uso das intervenções explicativas com o processo de psicoterapia investigado.

Objetivos

Objetivo geral

Identificar a proporção de intervenções específicas psicanalíticas ao longo das sessões investigadas de uma paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Objetivos específicos

- Analisar a frequência das intervenções explicativas psicanalíticas ao longo do processo investigado.
- Verificar a associação entre as intervenções explicativas psicanalíticas e os demais tipos de intervenções considerando o nível descritivo de classificação.
- Investigar em quais etapas do tratamento ocorreram intervenções explicativas psicanalíticas.
- Integrar a compreensão do uso das intervenções explicativas psicanalíticas com o processo de psicoterapia investigado.

Método

A metodologia utilizada neste artigo consiste de um estudo de caso sistemático com delineamento misto, que incluiu uma análise quantitativa das intervenções

específicas psicanalíticas realizadas nas sessões terapêuticas e posterior integração da compreensão do uso das intervenções explicativas psicanalíticas ao processo terapêutico. O estudo de caso sistemático busca, através dos achados da clínica psicológica e considerando a subjetividade do processo terapêutico, utilizar-se de medidas empíricas (Serralta, Nunes & Eizirik, 2011; Ventura, 2007). Também tem por objetivo compreender com maior profundidade os fatores que estão presentes e que contribuem para a mudança no processo de psicoterapia, considerando o contexto clínico natural e o rigor metodológico da pesquisa empírica (Edwards, 2007; Yoshida, 2008).

Instrumentos

Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada (CMIP-M)

Nesta pesquisa utilizou-se como instrumento a Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêuticas Modificada (CMIP-M), desenvolvida por Roussos et al. (2005). O instrumento foi traduzido do espanhol para o português por um profissional proficiente em espanhol com formação em Psicologia e, posteriormente, foi realizada a retroversão por outra profissional bilíngue. A CMIP-M apresenta uma metodologia para a construção de um esquema classificatório das intervenções psicoterapêuticas psicanalíticas e cognitivo-comportamentais nas sessões de psicoterapia. O objetivo da mesma foi construir um esquema de compreensão para identificar tipos de intervenções em um material clínico (Roussos et al., 2005).

Segundo os autores, a CMIP-M considera quatro níveis de análise das intervenções, sendo elas: (1) estratégico, (2) descritivo, (3) de conteúdo e (4) espaço-

temporal. O nível estratégico refere-se aos objetivos, intenções e propósitos psicoterapêuticos. Porém, existe um obstáculo para implantação desse nível de análise, porque ele não foca a intervenção em si e sim os objetivos psicoterapêuticos. Só o terapeuta conhece o propósito das suas intervenções e a lógica do caso. Não é possível realizar esse nível sem a participação do terapeuta tratante.

Outro nível de análise proposto na CMIP-M é o nível descritivo que avalia as verbalizações realizadas pelo terapeuta e que são intencionalmente dirigidas para o paciente. É o estudo exclusivo dos distintos tipos e formas de intervenções. Para classificar o nível descritivo das intervenções, deve-se respeitar a conceituação do marco teórico do terapeuta tratante – psicanalítico ou cognitivo-comportamental, uma vez que a CMIP-M apresenta subtipos de grupos de intervenções comuns a ambos os marcos teóricos, subtipos psicanalíticos, subtipos cognitivos e subtipos comportamentais. No que se refere às intervenções a nível descritivo específicas ao marco teórico psicanalítico e comuns a ambos os marcos, considera-se sete grupos de intervenções. São eles: (1) Exploratórias (demanda informação aberta, demanda informação fechada, aplicação de escalas e questionários); (2) Empáticas (antecipação, repetição, síntese, ordem fática, aquiescência, apoio); (3) Explicativas (explicação geral, explicação psicológica, meta intervenção, interpretação, interpretação transferencial); (4) Indicativas (sugestão ou conselho, definição de limites, instruções de enquadre, associação livre); (5) Examinativas (recapitulação, sinalização, confrontação); (6) Com terceiras partes (pessoas externas a díade) e (7) Não classificável (Anexo A). Três desses grupos comportam intervenções específicas psicanalíticas, sendo que dentro do grupo das intervenções explicativas, a interpretação e a interpretação transferencial são específicas psicanalíticas, assim como dentro do grupo das indicativas, a associação livre e dentro do grupo das examinativas, a sinalização e a confrontação (Roussos et al.,

2005). Ressalta-se que a sinalização é entendida como intervenções de esclarecimento (clarificação).

A CMIP-M também permite classificar as intervenções do terapeuta em nível de conteúdo, ou seja, as temáticas incluídas nas intervenções. Nesse nível, deixa-se em segundo plano o tipo e forma de intervenção para concentrar-se no estudo do enredo de cada intervenção. São exemplos desse nível: temática interpessoal, relação terapêutica, processos mentais, sexualidade, cognições, emoções, dentre outras. O último nível de análise proposto pelos autores é o nível espaço-temporal, que descreve o espaço físico (espaço terapêutico, ambiente de trabalho) e o momento (passado, presente ou futuro) ao qual a intervenção se refere.

Roussos et al. (2005) orientam que os níveis apresentam interações entre si, mas podem ser avaliados de formas independentes, pois representam diferentes aspectos de um mesmo evento. No presente estudo, foram avaliadas as intervenções de um terapeuta psicanalítico considerando apenas o nível descritivo. Assim, os quatro níveis foram apresentados, mas apenas o nível descritivo foi explorado.

Os autores também chamam a atenção para a segmentação das intervenções, ou seja, as intervenções foram separadas em segmentos (atos verbais) e numeradas pelo pesquisador principal. Duplas de juízes treinados na metodologia classificaram as intervenções presente em cada segmento. Os juízes conduziram uma análise o mais concreta possível sem ler ou interpretar as entrelinhas, de forma a classificar as intervenções somente nas categorias que claramente as representavam.

A CMIP-M, desenvolvida com base na investigação teórica e na análise qualitativa de sessões clínicas gravadas em áudio (Roussos et al., 2010), já foi utilizada em outros estudos com o objetivo de analisar as intervenções psicoterapêuticas. Autores como Roussos et al. (2010) e Waizmann, Jurkowski e Roussos (2006), fizeram uso da

CMIP-M em seus estudos e não mencionaram nenhuma limitação referente ao instrumento.

Anotações das sessões

Foram realizadas anotações sobre a temática das sessões e características da interação entre paciente e terapeuta de todas as sessões de psicoterapia analisadas. Também avaliou-se a orientação temporal (referência ao passado ou ao presente) das intervenções explicativas psicanalíticas.

Procedimentos de coleta e análise de dados

Todas as sessões de psicoterapia foram gravadas em vídeo. Para este estudo foram transcritas e analisadas 12 sessões de um total de 34 que antecederam a internação psiquiátrica da paciente. Esse período corresponde ao primeiro ano de tratamento da paciente, e inclui as seguintes sessões: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31 e 34. A escolha das sessões se deu de forma aleatória, considerando 1 a cada 3 sessões, procurando, dessa forma, acompanhar a evolução do caso sem perder sua especificidade.

Duplas de juízes independentes e treinados na metodologia de avaliação da CMIP-M assistiram às gravações das sessões e, em posse da transcrição da mesma e do manual de instrução do instrumento, avaliaram as sessões de psicoterapia, classificando cada uma das intervenções do terapeuta ao nível descritivo. Para verificar a confiabilidade das classificações, realizou-se supervisão de uma sessão com o autor do instrumento e foi calculado o coeficiente de variabilidade entre juízes – *Kappa*, atingindo-se concordância superior a 0,7 em todas as sessões investigadas. Participaram

das classificações três juízes devidamente treinados quanto aos procedimentos de classificação e efetuou-se revezamento na formação das duplas.

A partir do levantamento da frequência de cada tipo de intervenção no decorrer do processo investigado, procurou-se enfatizar, neste estudo, a proporção das intervenções específicas psicanalíticas. Essas se caracterizam pelos grupos de intervenções explicativas (interpretação e interpretação transferencial), indicativas (associação livre) e examinativas (sinalização e confrontação). Dentre esses grupos, realizou-se uma análise específica da ocorrência das intervenções classificadas como explicativas psicanalíticas. A seguir, buscou-se investigar se o uso das intervenções explicativas ocorria em associação com outros tipos de intervenções. Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Em relação às anotações das sessões, foram verificadas as temáticas e a interação entre terapeuta e paciente, que permitiram a classificação da psicoterapia como ocorrendo em três etapas. Assim, buscou-se explorar em quais etapas do tratamento a terapeuta se utilizou de intervenções explicativas psicanalíticas. Nas primeiras quatro sessões analisadas (1, 4, 7 e 10), que correspondem à etapa inicial do tratamento, a paciente trouxe informações sobre si, sua família, seus pais, relatando aspectos dos seus relacionamentos no geral e com seus progenitores. Nessa etapa, predominou um relacionamento colaborativo entre paciente e terapeuta. Nas sessões intermediárias (13, 16, 19 e 22), correspondentes à segunda etapa do processo, o foco das sessões permaneceu em questões que envolviam um desejo de maior autonomia e independência, especialmente pela vontade de ingressar na Universidade. Inicia-se um padrão de interação mais instável. Por fim, as sessões anteriores a internação (25, 28, 31 e 34), que correspondem à terceira etapa do processo, foram marcadas pela mudança da paciente que vai morar sozinha e inicia a graduação em uma Universidade particular.

Nessas sessões, a paciente se mostra mais depressiva, demonstra um humor mais oscilatório e apresenta maior agressividade, o que culmina em uma internação voluntária. As anotações das sessões permitiram, ainda, uma análise qualitativa com base na identificação da orientação temporal (referência ao passado ou ao presente) das intervenções explicativas, de forma a integrar a compreensão do uso de tais intervenções com o processo de psicoterapia investigado.

Dados do caso

O caso em estudo é de uma paciente de 18 anos que buscou tratamento em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, cidade localizada no estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Na entrevista de triagem, a paciente apresentava crises de choro e relatou várias tentativas de cortar-se. Disse ter realizado psicoterapia em diversos momentos de sua vida, com um histórico de abandonos precoces dos tratamentos. Passado um período após a realização da triagem, a paciente foi encaminhada para psicoterapia individual de orientação psicanalítica e também para avaliação psiquiátrica. O diagnóstico realizado pelo psiquiatra durante a etapa inicial do tratamento psicoterápico foi de Transtorno de Personalidade *Borderline*. A paciente iniciou tratamento medicamentoso e, durante o período do processo psicoterápico investigado, não houve mudança de dosagem ou medicação. A psicoterapia teve frequência de duas sessões por semana. Durante o período investigado, a paciente faltou após as sessões 1, 10, 13, 22 e 28.

A terapeuta possui formação em psicoterapia de orientação psicanalítica e tem como referência autores Freudianos. Sua prática é baseada na tríplice formação: seminários teóricos, supervisões e tratamento pessoal. Possui dez anos de experiência em atendimento psicoterápico. Cabe ressaltar que a pesquisadora não é a terapeuta do caso em estudo.

Procedimentos éticos

A paciente e a terapeuta leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Todos os cuidados éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados (Brasil, 2012).

Resultados

A análise das intervenções verbais da terapeuta durante cada uma das 12 sessões, classificadas de acordo com o nível descritivo da CMIP-M, são apresentadas na Figura 1. Essa figura permite visualizar a frequência de cada tipo de intervenção terapêutica utilizada ao longo do processo investigado.

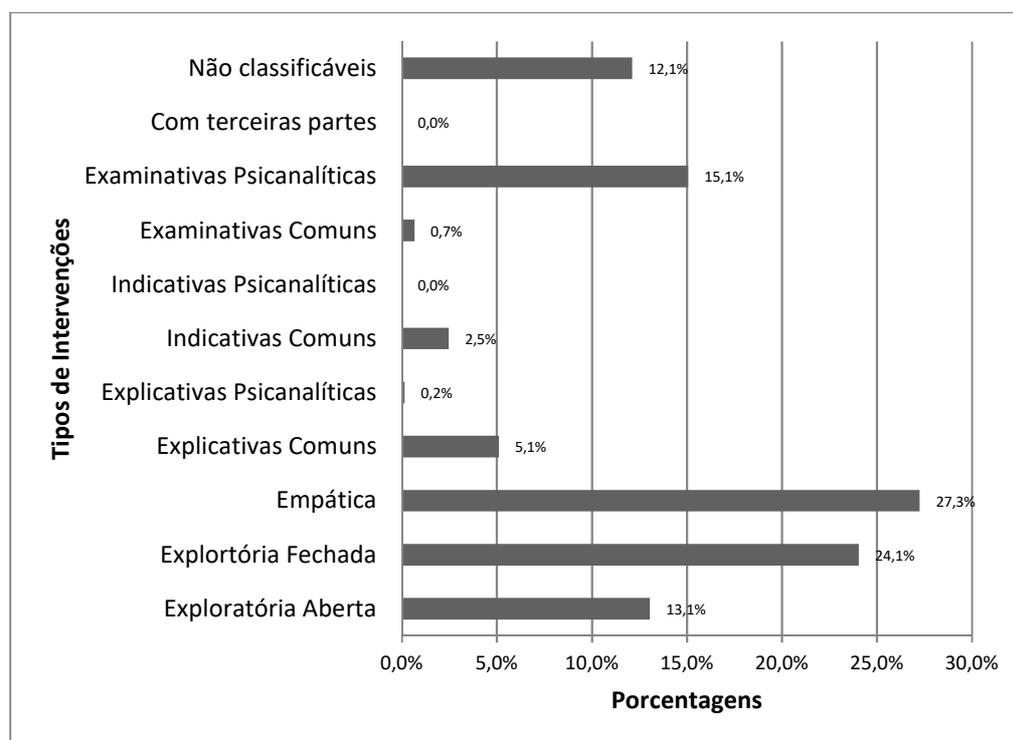


Figura 1. Proporção de cada tipo de intervenção ao longo do processo investigado.

Tendo em vista o foco do trabalho dirigido para as intervenções específicas psicanalíticas realizadas pelo terapeuta, foram identificadas as intervenções Explicativas (interpretação e interpretação transferencial), Indicativas (associação livre) e Examinativas (sinalização e confrontação). As frequências das intervenções específicas psicanalíticas no decorrer do processo investigado de um caso de uma paciente diagnosticada com TPB estão destacadas na Figura 2. Nota-se que predominaram as intervenções Examinativas (15,1%), seguidas das Explicativas (0,2%). Já as intervenções Indicativas não foram identificadas no processo investigado. Percebe-se que as intervenções específicas psicanalíticas representaram cerca de 15% do total de intervenções utilizadas ao longo do processo psicoterápico investigado.

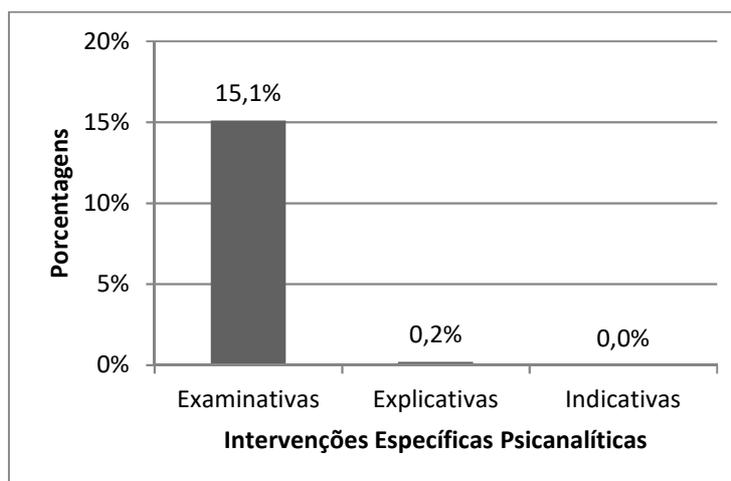


Figura 2. Proporção das intervenções específicas psicanalíticas ao longo do processo investigado.

Considerando somente a análise específica das intervenções do terapeuta classificadas como explicativas psicanalíticas, categoria que inclui a interpretação e a interpretação transferencial, verificou-se que a terapeuta fez uso desse tipo de intervenção por três vezes, em sessões diferentes. Essas intervenções foram realizadas nas sessões 1, 22 e 28, o que corresponde a uma proporção de 0,2% do total dos tipos de

intervenções utilizadas no decorrer do processo investigado. Como não foram identificadas intervenções do tipo interpretação transferencial, o termo intervenções explicativas psicanalíticas é utilizado como sinônimo de interpretação neste estudo.

A análise da associação entre a ocorrência das intervenções explicativas psicanalíticas e os demais tipos de intervenções, indicou correlação positiva com as examinativas psicanalíticas ($r=0,643$; $p=0,24$). Nesse caso, a Figura 3 possibilita observar que nas sessões nas quais ocorreram intervenções explicativas psicanalíticas, a proporção de intervenções examinativas psicanalíticas foi bastante significativa, representando 27%, 20% e 26% do total dos tipos de intervenções utilizadas pelo terapeuta nessas sessões.

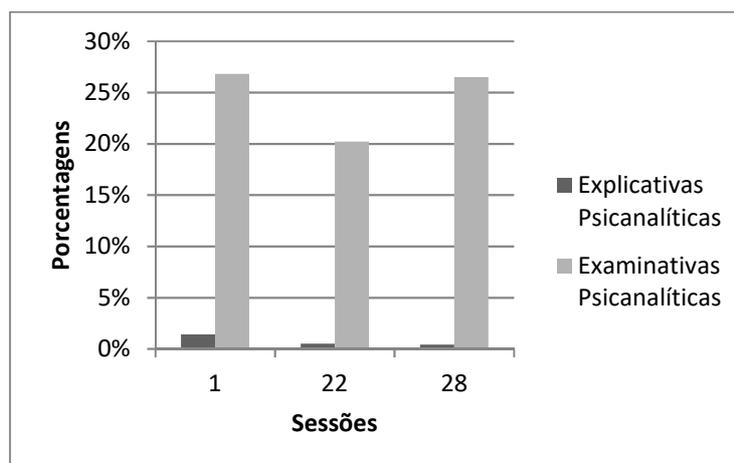


Figura 3. Proporção de intervenções explicativas e examinativas psicanalíticas.

Além disso, este estudo se propôs a explorar em quais etapas do tratamento a terapeuta fez uso das intervenções explicativas psicanalíticas. Assim, a análise das etapas inicial, intermediária e anterior à internação indicou que a terapeuta, independente das temáticas predominantes e das características da interação entre paciente e terapeuta, realizou uma tentativa de introduzir a técnica em cada uma das três

etapas. Dessa forma, a terapeuta fez uma interpretação na sessão 1, correspondente a etapa inicial, outra na sessão 22, correspondente a etapa intermediária, e outra interpretação na etapa anterior à internação, ou seja, na sessão 28.

Por último, utilizando-se das anotações das sessões, fez-se uma análise qualitativa das intervenções explicativas psicanalíticas. Para isso, verificou-se a orientação temporal (passado ou presente), de cada uma das intervenções explicativas realizadas pelo terapeuta, de forma a integrar a compreensão do uso dessas intervenções com o processo de psicoterapia investigado.

Discussão

A classificação das intervenções de um caso de uma paciente diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*, a partir da CMIP-M, indicou que, no decorrer das 12 sessões analisadas, a terapeuta utilizou-se de intervenções específicas psicanalíticas de forma a representar aproximadamente 15% da proporção total de intervenções, distribuídas da seguinte forma: intervenções Examinativas (15,1%), Explicativas (0,2%) e Indicativas (0%). Nota-se que predominaram as intervenções Examinativas, que compreendem a sinalização e a confrontação. Já as intervenções explicativas, ou seja, as interpretações obtiveram uma representatividade baixa, enquanto que as indicativas, que fazem referência a associação livre, não foram identificadas no processo investigado.

Por um lado, o resultado do presente estudo contraria a pesquisa de Koenigsberg et al. (1993) sobre as intervenções psicoterapêuticas com pacientes *Borderlines*, na qual os índices de intervenções expressivas (esclarecimentos, confrontação e interpretação) foram uniformes e variaram de 68% a 98% entre as 12 sessões analisadas. Por outro

lado, o resultado encontrado corrobora com as perspectivas teóricas que costumam sugerir psicoterapia de apoio para pacientes com menos recursos, ou seja, intervenções não focalizadas na transferência e na interpretação (Gabbard, 1998[1984]). Leichsenring e Leibing (2007) afirmam que as intervenções de apoio visam fortalecer habilidades que temporariamente não são acessíveis a um paciente, devido ao estresse agudo (por exemplo, eventos traumáticos) ou que não tenham sido suficientemente desenvolvidas (por exemplo, controle de impulso em Transtorno de Personalidade *Borderline*). Assim, as técnicas de apoio são usadas com frequência no tratamento de pacientes com sérias psicopatologias, visando uma maior estruturação do ego (Gabbard, 2006).

Diante disso, Gabbard et al. (2007) mencionam que o terapeuta deve avaliar cuidadosamente cada paciente para determinar se a ênfase deve ser predominantemente expressiva, suportiva ou um misto de ambas. Os pacientes que possuem déficits maiores podem requerer estratégias mais suportivas com objetivos mais limitados. Os pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* podem precisar de comentários suportivos e de aprovação para conseguir tolerar a interpretação.

Alguns autores entendem que, conforme a sintomatologia do paciente no transcorrer do atendimento, o terapeuta modifica suas intervenções (Goldstajn, 2003; Goodman et al., 2014). Nesse caso, Goodman et al. (2014) verificaram que terapeutas psicanalíticos, frente a pacientes gravemente perturbados, requerem uma flexibilidade temporária da técnica, adotando intervenções mais estruturadas, que servem para a estabilização do tratamento. Corroborando com esse pensamento, Goldstajn (2003) ressalta a importância de se pensar mudanças no processo psicanalítico ao trabalhar com pacientes *Borderlines* e mudar as características do atendimento, de forma a promover continências. Desse modo, pode-se supor que a modalidade de intervenção explicativa transferencial não ocorreu como resultado da sintomatologia da paciente.

Um estudo realizado com o objetivo de analisar a evolução de dois processos de psicoterapias breves psicodinâmicas visando a associação entre as variáveis das pacientes (estágios de mudança e qualidade de eficácia adaptativa) e as intervenções dos terapeutas (expressivas, neutras ou suportivas) constatou que as estratégias de intervenções estavam relacionadas com a evolução dos estágios de mudança, a configuração de adaptação das pacientes, bem como com os diferentes estágios dos processos psicoterapêuticos. Cabe salientar que as pacientes apresentavam dificuldade de relacionamento e não tinham diagnóstico médico (Peixoto, Enéas, & Yoshida, 2015).

Dentre as intervenções psicanalíticas, uma análise específica dos resultados aponta que, durante o processo investigado, a terapeuta utilizou-se de intervenções explicativas psicanalíticas por três vezes, em sessões diferentes, sendo elas as sessões 1, 22 e 28, correspondendo a uma proporção de 0,2% do total dos tipos de intervenções utilizadas pela terapeuta. Assim, buscou-se realizar a análise específica desse tipo de intervenção, a fim de contribuir para o estudo dos mecanismos de ação terapêutica envolvidos nas psicoterapias.

Ao observar esses resultados, faz-se importante discutir sobre suas implicações ao se questionar: Essa proporção é adequada em termos de abordagem teórica e prática clínica? Se considerarmos essa proporção inadequada, o que seria o adequado no tratamento de pacientes *Borderline*?

A ação terapêutica tem sido muito discutida na literatura psicanalítica (Clarkin et al., 2013). Tradicionalmente, a interpretação tem sido descrita como uma das técnicas básicas da psicoterapia psicanalítica (Kernberg, 2003; Kernberg et al., 1991) e o principal instrumento dos terapeutas psicodinâmicos (Gabbard, 2006; Gabbard et al., 2007). Entretanto, atualmente, a maioria dos clínicos e pesquisadores reconhecem que o *insight* por meio da interpretação foi idealizado no passado e que a mudança ocorre

mediante múltiplos modos de ação terapêutica, que variam de paciente para paciente (Gabbard, 2005; Clarkin et al., 2013).

Assim, os mecanismos de mudança são individualizados, conforme as características tanto do paciente quanto do terapeuta. Enquanto que cada paciente utiliza aspectos diferentes do tratamento para facilitar a mudança, no que se refere às contribuições do terapeuta, cabe a ele a flexibilidade de adaptar sua estratégia terapêutica e suas intervenções conforme a psicopatologia e as necessidades individuais de cada paciente (Gabbard, 2005).

Ao observar que, de um total de doze sessões, em apenas três delas ocorreram intervenções explicativas psicanalíticas, buscou-se verificar o que ocorreu nessas sessões que poderia ter levado a terapeuta a introduzir intervenções interpretativas. Para isso, foram analisados os demais tipos de intervenções utilizados nas sessões. Constatou-se que as intervenções explicativas psicanalíticas (interpretação) se associaram as examinativas psicanalíticas (sinalização e confrontação), de forma que nas sessões nas quais ocorreram intervenções explicativas psicanalíticas, a proporção de intervenções examinativas psicanalíticas foi bastante significativa.

A forma como a terapeuta fez uso da técnica psicanalítica nessas três sessões, nas quais houve a presença de interpretação, parece estar de acordo com a literatura, que considera a clarificação, confrontação e a interpretação como os principais aspectos da técnica interpretativa utilizada na psicoterapia psicanalítica (Kernberg, 2003). É importante considerar que as interpretações são mais eficazes quando apresentadas a um paciente preparado emocionalmente. Assim, o uso sequencial de clarificação e de confrontação abrem caminho para uma interpretação propriamente dita (Kernberg et al., 1991).

Além disso, considerando que se trata de uma paciente *Borderline*, evidencia-se que as intervenções examinativas representaram 27%, 20% e 26% das intervenções totais das sessões, enquanto que as intervenções explicativas corresponderam a 1,4%, 0,5% e 0,4% em casa sessão. Desse modo, observa-se que o percentual de intervenções examinativas foi proporcionalmente maior do que as explicativas. Nesse sentido, Kernberg (2003) afirma que com pacientes com psicopatologias sérias, a clarificação e a confrontação ocupam um espaço muito mais amplo do que a interpretação.

Ao analisar as etapas inicial, intermediária e anterior a internação, percebe-se que a terapeuta realizou uma interpretação em cada etapa do processo investigado. O uso de intervenções interpretativas, nesse caso, não está associado às características inerentes às diferentes etapas do processo psicoterápico. Também não parecem estar relacionadas às temáticas predominantes ou as características da interação entre paciente e terapeuta. Outras variáveis podem ter influenciado a decisão da terapeuta. Nessa direção, Krause et al. (2006) e Krause et al. (2007) afirmam que as estratégias interventivas adotadas pelos terapeutas muitas vezes se associam a evolução dos estágios de mudança.

O uso da interpretação em percentuais iguais em cada etapa do processo investigado pode estar relacionado à sintomatologia apresentada pela paciente naquele momento em que foi utilizado esse tipo de intervenção. De acordo com Jones (2000), dependendo das particularidades do terapeuta, bem como da sintomatologia do paciente, diferentes estratégias podem ser utilizadas. Nas três sessões em que a terapeuta fez uso de interpretações, a paciente pode ter apresentado melhores recursos adaptativos. Diante disso, a terapeuta introduziu intervenções mais expressivas (assinalamentos e confrontação) a fim de que a paciente fizesse associações, em uma tentativa de prepará-la para receber a interpretação.

Alguns autores reconhecem que o psicoterapeuta influencia o desenvolvimento e os resultados do processo psicoterápico (Fernández-Alvarez, Gómez, & Garcia, 2015; Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007). Dessa forma, outro aspecto que pode ter determinado o fato da terapeuta ter realizado uma interpretação em cada etapa do tratamento, pode estar associado ao referencial teórico que a terapeuta utiliza, uma vez que tem como referência autores Freudianos. Nesse sentido, os terapeutas psicanalíticos reconhecem que há múltiplos modos de ação terapêutica que variam de paciente para paciente (Gabbard & Westen, 2003) e que com pacientes com psicopatologias graves, intervenções como a interpretação são menos frequentes do que a clarificação e a confrontação (Kernberg, 2003). Assim, a terapeuta pode ter dado maior ênfase a outros mecanismos de ação terapêutica no decorrer das etapas do processo investigado.

Por fim, este estudo se propôs a integrar a compreensão do uso das intervenções explicativas psicanalíticas com o processo de psicoterapia investigado. Nesse sentido, a análise das intervenções explicativas psicanalíticas indicou que as interpretações que ocorreram nas sessões 1 e 22 eram interpretações do passado, enquanto que na sessão 28 a terapeuta fez uma interpretação no “aqui e agora”. Percebe-se que houve, por parte da paciente, reações diferentes de aceitação e não aceitação de acordo com a orientação temporal da interpretação realizada.

Diante das interpretações do passado realizadas pela terapeuta, a paciente demonstrou maior receptividade, sendo que na sessão 1, quando a terapeuta interpretou dizendo: “É disso que você se apavora de noite”, fazendo referência a todas as coisas tristes que a paciente vivenciou, a paciente concorda e diz: “Eu digo isso e ninguém acredita”. Posteriormente, na sessão 22, novamente a paciente aceita a interpretação. Assim, após descrever para a terapeuta uma característica sua de que quando algo ocorre com ela, imediatamente ela extravasa seus sentimentos e depois não sente mais

nada, a terapeuta esforça-se em introduzir uma perspectiva reflexiva sobre o relato da paciente: “Eu vou te dizer que de todas as coisas difíceis que tu viveu tu arranjou uma boa maneira de te cuidar, né!”. Diante dessa interpretação do passado, a paciente se mostra receptiva dando continuidade a fala da terapeuta e questiona: “Não sentindo?”.

Já na sessão 28, a terapeuta faz uma interpretação no “aqui e agora” e a paciente não aceita, refuga e se exalta. Após um diálogo em que a terapeuta menciona sua preocupação com o fato dela estar morando sozinha, a paciente diz que sua amiga tem a mesma preocupação. A terapeuta, ao fazer referência ao fato de que talvez tenha alguma coisa nela que desperta essa preocupação nos outros, interpreta dizendo: “Então quer dizer que isso deve existir em ti?”. A paciente em um primeiro momento ri alto e, em seguida, se exalta e grita dizendo que sempre ficou sozinha. Frente a essa situação, a terapeuta pede calma e solicita que a paciente a deixe terminar de falar. Dessa forma, pode-se analisar que a paciente teve melhor aceitação das interpretações do passado do que da interpretação no “aqui e agora”.

Ao considerar a orientação temporal das interpretações realizadas pela terapeuta, assim como as reações da paciente, essas não parecem condizentes com a teoria de Kernberg (2003). Isso porque tal teoria refere que no tratamento de pacientes com psicopatologias sérias, as interpretações devem focar no que está acontecendo na vida atual do paciente. Somente em estágios mais avançados do tratamento são introduzidas interpretações além do “aqui e agora”, pois a falta de diferenciação e individualização dos objetos interferem com a capacidade para diferenciar os relacionamentos objetivos presentes e passados (Kernberg, 1995; Vidal & Lowenkron, 2010).

Ainda que não fosse o objetivo deste estudo, a análise das intervenções explicativas psicanalíticas também apontou que a paciente faltou em todas as sessões seguintes as que houve interpretação. Assim, percebe-se que na primeira sessão a

terapeuta busca introduzir a técnica, mas não consegue sustentá-la, voltando a realizar esse tipo de intervenção somente nas sessões 22 e 28, quando ocorrem novamente faltas nas sessões subsequentes. Portanto, frente a pacientes *Borderline*, fazer uso de interpretações em momentos em que o paciente não esteja preparado para recebê-las, poderá dificultar a adesão ao tratamento, acionando mecanismos de defesa primitivos, uma vez que esses pacientes possuem uma falha na representação simbólica de si mesmo e dos objetos (Vidal & Lowenkron, 2010).

Embora outros motivos possam estar associados às faltas da paciente, observa-se que a referência às figuras do passado possam ser mais toleradas, visto que não implicam em uma mudança no comportamento atual da paciente. Ao contrário, interpretações do “aqui e agora” trazem mais angústia, já que propõem reflexões mais atuais sobre a vida do paciente.

Considerações Finais

As intervenções específicas psicanalíticas representaram somente 15% da proporção total de intervenções utilizadas pela terapeuta durante o processo investigado. Entretanto, Roussos et al. (2010) colocam que os tipos de intervenções interagem e se complementam. Dessa forma, as intervenções comuns poderiam estar abrindo o caminho para as específicas, isto é, a sua função na psicoterapia poderia ser a de gerar o contexto e o momento certo para as intervenções específicas.

No tocante às intervenções explicativas psicanalíticas, essas ocorreram em apenas três sessões. Contudo, se correlacionaram com as intervenções examinativas psicanalíticas. Neste sentido, Kernberg (2003) afirma que casos graves implicam na

adaptação da técnica, sendo que a clarificação e a confrontação ocupam um espaço muito mais amplo do que a interpretação.

Além disso, neste caso, dois aspectos chamam a atenção. O primeiro deles foi a não aceitação por parte da paciente das interpretações no “aqui e agora” e o segundo refere-se às faltas da paciente nas sessões seguintes as que a terapeuta tentou introduzir interpretações.

Por último, os pontos discutidos acima não significam que a compreensão do caso possa ser generalizada e que coloque em questão as orientações técnicas existentes do trabalho com pacientes *Borderlines*. Entretanto, apontam para a importância de mais estudos relativos ao trabalho com pacientes graves, a fim de investigar as estratégias de intervenções adotadas pelos terapeutas e aprimorar o uso da técnica psicanalítica. Portanto, são necessárias mais pesquisas para confirmar a relevância dos resultados encontrados.

Referências

- Banon, E., Perry, J. C., Semeniuk, T., Bond, M., Roten, Y., Hersoug, A. G., & Despland, J. N. (2013). Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy Research*, 23(2), 121-136. Doi: 10.1080/10503307.2012.745955
- Brasil. (2012). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Retrieved from <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brum, E. H. M. et al. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 259-169. Doi: 10.1590/S0103-166X2012000200012

- Clarkin, J. F., Fonagy, P. & Gabbard, G. O. (2013). *Psicoterapia psicodinâmica para transtorno da personalidade: um manual clínico*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V., & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias psicoterápicas. In: A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.
- 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. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6-34. Retrieved from <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Fernández-Alvarez, H., Gómez, B., & García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84-94. Doi: 10.1080/10503307.2013.856047
- Gabbard, G. O. (1998[1994]). *Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV*. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Repensando a ação terapêutica. *Revista Psiquiatria*, 25(2), 257-273. Doi: 10.1590/S0101-81082003000200003
- Gabbard, G. O., Beck, J. S., & Holmes, J. (2007). *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre : Artmed.
- Goldstajn, J. (2003). Estruturas em cena no processo psicanalítico: O setting psicanalítico para a clínica hoje. *Revista Brasileira de psicanálise*, 37(2/3), 393-408. Retrieved from: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=397179&indexSearch=ID

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), 30-45. Doi: 10.1037/a0035970

IBM Corp. Released (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. London: Jason Aronson Inc. Northvale.

Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: Estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kernberg, O. F. (2003). Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: A. Green (Org.), *Psicanálise contemporânea: Revista Francesa de psicanálise* (pp. 23-49). Rio de Janeiro: Imago Eds.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Koenigsberg, H. W., Kernberg, O. F., Appelbaum, A. H., & Smith, T. (1993). A method for analyzing therapist interventions in the psychotherapy of borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2(2), 119-134. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330333/>

Krause, M., De La Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17(6), 673-689. Retrieved from:

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10503300601158814?journalCode=tps>
r20

- Krause, M., De La Parra, G., Arístegui, R., Tomicic, A., Dagnino, P., Echávarri, O. (2006). Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica. *Revista Latino americana de Psicología*, 38(2) 299-325. Doi: 10.1080/10503300601158814
- Lambert, M. (2013). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. In: K. A. Tompkins, & J. K. Swift (Eds), *Psychotherapy Process Outcome Research*. John Willey & Sons: New Jersey.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 217-228. Doi: 10.1348/147608306X117394
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32-39. Doi: 10.1037/0022-0167.54.1.32
- Owen, J., Drinane, J. M., Idigo, K. C., & Valentine, J. C. (2015). Psychotherapist effects in meta-analyses: how accurate are treatment effects? *Psychotherapy*, 52(3), 321-328. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/pst/52/3/321.pdf>
- Peixoto, E. M., Enéas, M. L. E., Yoshida, E. M. P. (2015). Relações entre intervenções terapêuticas, motivação para mudança e eficácia adaptativa em psicoterapia breve. *Contextos Clínicos*, 8(1), 16-26. Doi 10.4013/ctc.2015.81.02
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma Revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445. Doi: 10.1590/S1413-73722009000300004

- Quadros, E. A., & Yoshida, E. M. P. (2012). Variáveis do terapeuta: análise em periódicos brasileiros (1998-2007). *Interação Psicologia*, 16(1), 63-72. Retrieved from <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/11546/19716>
- Quagliatto, H. S. M., & Santos, R. G. (2004). Psicoterapia psicanalítica e acompanhamento terapêutico: uma aliança de trabalho. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 74-81. Doi: 10.1590/s1414-98932004000100009
- Roussos, A. J., Etchebarne, I., & Waizmann, V. (2005). Un esquema clasificadorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, 8, 41-48. Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a05.pdf>
- Roussos, A. J., Waizmann, V., & Etchebarne, I. (2003). Un esquema clasificadorio para las intervenciones en Psicoterapia. *Memorias de las X Jornadas de Investigación: salud, educación, justicia y trabajo*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Roussos, A. J., Waizmann, V., & Etchebarne, I. (2010). Common Interventions in two single cases of cognitive and psychoanalytic psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(3), 327-346. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2010-17586-004>
- 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
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da SOCERJ*, 20(5), 383-386. Retrieved from: http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf

- Vidal, M., & Lowenkron, T. (2010). Ensino da psicoterapia no atendimento psiquiátrico dos pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4),725-728. Doi: 10.1590/S0102-37722010000400016
- Waizmann, V., Jurkowski, L., & Roussos, A., J. (2006). Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos. *Anuario de Investigaciones*, 14, 41-48.. Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a04.pdf>
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança de processo em psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia*, 18(40), 305-316. Doi: 10.1590/S0103-863X2008000200008

Considerações Finais da Dissertação

O estudo em profundidade dos tipos de intervenções utilizadas por um terapeuta psicanalítico durante o processo de psicoterapia de uma jovem diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline* contribuiu para a investigação da ação terapêutica no modelo psicanalítico de psicoterapia, considerando especificamente a contribuição do terapeuta no processo. Por meio da CMIP-M foi possível ampliar reflexões acerca da escolha da técnica e da modalidade de intervenções com esses pacientes.

No que se refere às intervenções que sustentaram o processo investigado, verificou-se no artigo 1 que prevaleceram as empáticas, as exploratórias fechadas e as examinativas psicanalíticas. Nesse sentido, observa-se que o terapeuta privilegiou o desenvolvimento da aliança terapêutica e o apoio a paciente, adotando uma postura mais diretiva, ainda que utilizasse em menor frequência de intervenções psicanalíticas.

A análise mais específica das intervenções psicanalíticas proposta no artigo 2, apontou que estas representaram cerca de 15% da proporção total de intervenções utilizadas pela terapeuta durante o processo investigado. No tocante as intervenções explicativas, essas ocorreram em pequena proporção e se correlacionaram com as intervenções examinativas psicanalíticas. Dessa forma, nota-se que a terapeuta fez uso tanto de intervenções comuns, como de específicas e se utilizou de intervenções que preparam emocionalmente o paciente antes de realizar a interpretação. Dois aspectos chamaram a atenção: a não aceitação da interpretação no “aqui e agora” e as faltas nas sessões posteriores às que houve interpretação.

Diante da importância do aprimoramento do trabalho psicoterápico com pacientes *Borderlines*, supõe-se ter aberto caminho para novas pesquisas, uma vez que o

estudo apresenta limitações especialmente no que se refere à generalização dos dados. Além disso, ao considerar que há poucas pesquisas sobre as variáveis do terapeuta envolvidas nas psicoterapias, esse trabalho contribuiu para os estudos de processo, de maneira a elucidar conexões entre tipos de intervenções e seus efeitos no processo de mudança.

Referências

- American Psychological Association – APA (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (Nascimento, M. I. C. et al., Trad.), 5. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Banon, E., Perry, J. C., Semeniuk, T., Bond, M., Roten, Y., Hersoug, A. G., & Despland, J. N. (2013). Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy Research*, 23(2), 121-136. Doi: 10.1080/10503307.2012.745955
- Bleichmar, N. M. (1992). *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bourke, M. E. & Grenyer, B. F. S. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 2013, 108. Doi: 10.1521/pedi_2013_27_108
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 31(1), 72-75. Doi: 10.1590/S1516-44462009000100016
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/>
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Refining the Phenotype of Borderline Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Beyond. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(3), 228-246. Doi: 10.1037/a0027953

- Jordão, A. B., & Ramires, V. R. R. (2010). Adolescência e organização de personalidade *borderline*: caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia*, 20(47), 421-430. Doi: 10.1590/S0103-863X2010000300014
- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: Estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Madeddu, F., Aquaro, P., & Preti, E. (2012). Psicoterapia per il disturbo borderline di personalità: revision della letteratura sull'efficacia di quattro trattamenti manualizzati. *Journal of Psychopathology*, 18, 196-209. Retrieved from <http://www.jpsychopathol.it/issues/2012/vol18-3/02Madeddu.pdf>
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma Revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445. Doi: 10.1590/S1413-73722009000300004
- Quagliatto, H. S. M., & Santos, R. G. (2004). Psicoterapia psicanalítica e acompanhamento terapêutico: uma aliança de trabalho. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 74-81. Doi: 10.1590/s1414-98932004000100009
- Roussos, A. J., Etchebarne, I., & Waizmann, V. (2005). Un esquema clasificadorio para lãsintervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones*, 8, 41-48. Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a05.pdf>
- 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>

- Vidal, M., & Lowenkron, T. (2010). Ensino da psicoterapia no atendimento psiquiátrico dos pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4),725-728. Doi: 10.1590/S0102-37722010000400016
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, C. J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states unique to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 201–207. Doi: 10.3109/10673229809000330

**Anexo A – Recorte do Glossário de Intervenções Comuns e Específicas
Psicanalíticas conforme a CMIP-M: Nível Descritivo**

Recorte do Glossário de Intervenções Comuns e Específicas Psicanalíticas conforme a CMIP-M: Nível descritivo			
Grupo de Intervenções	Código	Intervenção	Definição
Exploratórias abertas comuns	11	Demanda de informação aberta	<p>O terapeuta realiza verbalizações ou perguntas com final aberto, solicitando informação geral sobre um tema em particular. Exemplos desta categoria são os que o terapeuta pergunta “Como foi esta semana?”, “Sobre o que queres começar falando hoje?”, “Porque pensas nisso?”, “E você o que lhe disse?”. Também quando o terapeuta diz “Conte-me sobre como você se dá com sua mãe?”, e pede ao paciente que continue falando sobre o tema que acaba de mencionar, dizendo “Como seria isso? Conte-me um pouco mais?”. Por fim, esta categoria inclui também aqueles casos em que o terapeuta solicita ao paciente que lhe explique o significado de termos ou frases, perguntando, por exemplo, “Quando você diz que ‘esta por cima’, a que te referes?” ou “O que é ‘ficar louco’ para você?”.</p> <p>Advertência: Assim como nem toda <<demanda de informação>> é uma interrogação, nem toda interrogação é uma <<demanda de informação>>; como o terapeuta pode realizar outras intervenções em forma de pergunta, frente a uma intervenção apresentada no modo interrogativo, somente poderá se assinalar alguma das categorias de <<demanda de informação>> (aberta ou fechada) presentes nesta tabela, se não puder ser atribuída a nenhuma outra categoria descritiva. Por exemplo, se o terapeuta pergunta “Você notou que quando brigas com teu pai, tu faltas a terapia sem avisar?”, tal intervenção será classificada, unicamente, como um <<assinalamento>> (ou <<observação>> segundo a orientação teórica do terapeuta). Por sua vez, se o terapeuta diz “Será que estas preocupações te ajudam a não pensar em medos mais profundos?”, isto deve ser classificado como uma <<interpretação psicanalítica>>.</p> <p>O terapeuta realiza um pedido de informação concreto que, por seu formato, orienta ao paciente a responder com uma ou duas palavras, como por exemplo, “Sim”, “Não”, “Está bem”, ou com um dado pontual como sua idade,</p>

Exploratórias fechadas comuns	21	Demanda de informação fechada	<p>número do telefone ou endereço. Exemplos desta intervenção são “Quantos anos tens?”, “Tu estas de acordo com isso?”, “Juan, é teu nome ou teu sobrenome?”, “Quantas horas de sono são suficientes pra você?”, etc.</p> <p>Advertência: Tal como acontece com a <<demanda de informação aberta>> para a atribuição desta categoria, a presença do modo interrogativo não é um pré-requisito. Por exemplo, terapeutas podem realizar uma <<demanda de informação fechada>> dizendo “Você não gosta disso?”. Por fim, esta categoria somente poderá ser atribuída sempre e quando não puder assinalar a intervenção em nenhuma outra categoria descritiva da presente classificação. Assim, por exemplo, se o terapeuta diz “Então, o que você está me dizendo é que toda essa incerteza faz com que você fique muito ansioso, né?”, deverá ser classificado como uma <<síntese>>.</p>
Exploratórias fechadas comuns	21	Administração (aplicação) de escalas e/ou questionários	<p>Subtipo de demanda de informação na qual o terapeuta realiza uma avaliação profusa sobre um tema em particular, através da aplicação de algum modelo de entrevista estruturada ou semiestruturada, ou através da administração de questionários formais, tais como escalas diagnósticas, inventários, etc. (modificação da <<interrogação diretiva>> de Etchebarne, Fernández e Roussos (2008). Advertência: uma vez que as escalas e questionários se formam, principalmente, por diferentes tipos de demandas de informação, quando o (a) terapeuta realiza algum tipo de <<demanda de informação>> que forme parte de uma escala ou questionário, essa intervenção deverá ser classificada, unicamente, como uma <<administração (aplicação) de escalas e/ou questionários>>.</p>
Empáticas comuns	31	Antecipação	<p>Confrontado com o silêncio ou obstáculos no discurso do paciente, o terapeuta fornece ao paciente, palavras que poderiam representar o que ele tinha a intenção de dizer. Advertência: somente deverá ser aplicado a esta categoria quando a intervenção se apresente de forma isolada dentro de uma fala do terapeuta, e não pode ser atribuída a essa intervenção nenhuma outra categoria descritiva da presente classificação.</p>
Empáticas comuns	31	Repetição	<p>O terapeuta repete as últimas palavras relacionadas pelo paciente. Advertência: somente deverá ser aplicado a essa categoria quando a intervenção se apresente de forma isolada dentro de uma fala do terapeuta, e não pode ser atribuída a essa intervenção nenhuma outra categoria descritiva da presente classificação.</p> <p>O terapeuta sintetiza ou resume em poucas palavras o que o paciente acaba de relatar. Advertência: somente</p>

Empáticas comuns	31	Síntese	deverá ser aplicado a esta categoria quando a intervenção se apresente de forma isolada dentro de uma fala do terapeuta, e não pode ser atribuída a essa intervenção nenhuma outra categoria descritiva da presente classificação.
Empáticas comuns	31	Intervenção de ordem fática	O terapeuta realiza verbalizações que mantem aberto um canal de comunicação, como por exemplo, utilizando interjeições tais como “mm”, “nj”, etc. e/ou expressões tais como “sim”, “claro”, “eu vejo”, “te escuro”, entre outras possibilidades. Advertência: toda intervenção é por si só de ordem fática; portanto, somente deve-se aplicar esta categoria quando a intervenção se apresente de forma isolada dentro de uma fala (verbalização) do terapeuta. Por outro lado, aquelas intervenções que são atribuídas a esta categoria, serão classificadas como <<interjeições>> em nível de análise de conteúdo das intervenções, e como <<não classificável>> em nível de análise espaço-temporal das intervenções.
Empáticas comuns	31	Aquiescência	O terapeuta realiza um comentário conciso de assentimento ou acordo sobre uma declaração ou conduta (comportamento) realizado pelo paciente (Roussos, Eichebarne e Waizmann, 2006; e Roussos, Waizmann e Eichebarne, 2004). Por exemplo, pode-se afirmar ao paciente que o que ele fez ou diz é correto, que está de acordo com ele sobre algum tema em particular, pode responder em forma afirmativa (dizer “sim”) a uma pergunta direta do paciente, etc.
Empáticas comuns	31	Apoio	O terapeuta realiza um balanço positivo de um comentário, sentimento e/ou conduta realizado pelo paciente. Esta categoria inclui desde uma simples confirmação empática como “Leve o seu tempo”, “A maioria das pessoas se sentem assim” ou “Claro que você é louco!”, até aprovações explícitas e diretas realizando elogios ou atuando como responsável ou patrocinador do paciente, como por exemplo, realizando afirmações tais como “Muito bem!”, “Vamos ainda!”, “É isso aí!”, etc. (Modificação de “Apoio direto” de Eichebarne, Fernández e Roussos, 2008).
			O terapeuta fornece ao paciente informações atuais ou conhecimento popular que este desconhece (por exemplo, lhe explica como pegar um ônibus de seu consultório para casa do paciente, etc. Advertência: esta categoria se diferencia de uma << sinalização >> porque este último não é uma explicação, e sim uma explicitação (mostra,

Explicativas comuns	41	Informação ou explicação geral	<p>O terapeuta proporciona ao paciente informações sobre temáticas psicológicas de caráter geral (monológica) que este desconhece ou não possui conhecimentos suficientes, como por exemplo, informação sobre dados estatísticos de seu transtorno psicológico, princípios gerais da psicanálise ou psicoterapia psicanalítica (por exemplo, o terapeuta explica ao paciente a relação entre os atos falhos e o inconsciente), o funcionamento do modelo teórico de tratamento psicoterapêutico, etc. (Modificação de Antony e Swinson, 2000; Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979; Etchebarne, Fernández e Roussos, 2008). Por fim, para atender essa intervenção em um evento cognitivo, atribua à categoria explicativa cognitiva de <<psico-educação>>.</p>
Explicativas comuns	41	Informação ou explicação psicológica	<p>Advertência: esta categoria se diferencia de uma <<interpretação>> psicanalítica já que esta última também usa de explicação sobre o sentido ou significado de determinados aspectos psicológicos que o paciente desconhece, mas próprios de sua conflitiva inconsciente (ideográfica); ou seja, restrita ao sentido oculto e singular de seus pensamentos, emoções e condutas. Em vez disso, a <<informação ou explicação psicológica>> se refere a temáticas psicológicas gerais. Se o terapeuta apresenta sua forma de trabalhar fundamentalmente e teoricamente (por exemplo, solicitando ao paciente que tome nota de seus sonhos durante o tratamento porque estes são a estrada real para o inconsciente), então não irá ser combinado à categoria de <<informação ou explicação psicológica>> com a de <<instruções ou operações de enquadre>>, e deverão ser atribuídas em ambas as categorias.</p> <p>O terapeuta realiza intervenções cujo objetivo é suas próprias intervenções; ou seja, realiza clarificação do significado e/ou sentido de ter realizado determinada intervenção, questionando sua própria intervenção, etc. (Modificação de "Meta-intervenção" de Fiorini, 1993). Um exemplo desta intervenção pode ser que o paciente não compreenda uma intervenção realizada pelo terapeuta e este requer repetições e/ou explicações; que o terapeuta reconhece que uma intervenção sua foi errada, etc. Advertência: esta intervenção é uma explicação</p>
Explicativas comuns	41	Meta-intervenção	

			focada em uma intervenção ou grupo de intervenções pontuais que não incluem a apresentação do plano geral de tratamento, que é uma <<instrução ou operação de enquadre>>.
Explicativas psicanalíticas	42	Interpretação	Formulação que transcende o que o paciente tem dito ou reconhecido conscientemente, e que fornece um novo significado, razão ou explicação causal de suas condutas, pensamentos ou sentimentos (ou seja, seu significado inconsciente). Como parte desta intervenção, o terapeuta pode estabelecer conexões entre afirmações ou eventos isolados, explicar defesas e/ou resistências do paciente (modificação da definição de Hill, 1948/2009, e de Wallerstein e DeWit, 2000). <i>Subtipo específico de interpretação psicanalítica</i> consistente em formulações do terapeuta referidas, exclusivamente, ao que acontece com o paciente em relação à pessoa do terapeuta, a nível inconsciente. Explica as ideias latentes do paciente, vinculadas a comunicação com o terapeuta; ou seja, vinculadas com aquilo que está acontecendo entre o paciente e o analista, durante a sessão terapêutica (Etchebarne, 2005).
Explicativas psicanalíticas	42	Interpretação transferencial	O terapeuta realiza uma recomendação explícita sobre como o paciente deve se comportar (modificação de Roussos, Etchebarne e Waizmann, 2006; Roussos, Waizmann e Etchebarne, 2004).
Indicativas comuns	51	Sugestão ou conselho	O terapeuta impõe ou exige o cumprimento de requisitos especiais para aceitar ou manter o paciente em tratamento (como por exemplo, o controle de determinados sintomas ou condutas). Todos eles levam consigo a conotação de um ultimato (modificação da definição de Wallerstein e DeWit, 2000).
Indicativas comuns	51	Definição de limites	O terapeuta apresenta ou modifica o plano geral de trabalho, os procedimentos e/ou fases envolvidas no mesmo, bem como as especificações relativas à modalidade de interação, espacial e temporal que irá assumir a relação terapêutica (lugar físico, localização, e papel dos participantes, duração e frequência das sessões, ausências, modificações, retribuições, etc.) (modificação da definição de Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979; Fiorini, 2000).
Indicativas comuns	51	Instruções ou operações de enquadre	O terapeuta solicita ao paciente, de forma explícita que expresse todos seus pensamentos, imagens e emoções, tal como estes se apresentam na sua mente, sem selecioná-los nem omiti-los, mesmo que lhe pareçam incoerentes, inapropriados ou desinteressantes. O terapeuta pode realizar esta solicitação e indicar ao paciente que verbalize
Indicativas		Associação	

psicanalíticas	52	livre	todos seus processos mentais a partir de um determinado elemento (uma palavra, um número, algum aspecto de um sonho, etc.) ou pode solicitar ao paciente que exerça essa atividade sem fornecer qualquer ponto de partida (Laplanche e Pontalis, 1997/1967).
Examinativas comuns	61	Recapitulação	O terapeuta retoma certa ou certas temáticas (de forma sintetizada, em um segundo caso) que o paciente havia mencionado anteriormente dentro da mesma sessão ou no transcurso de outras. Advertência: Uma vez que esta intervenção é apresentada vinculado com outra intervenção, quando esta aconteça, deverá ser atribuída às categorias descritivas que correspondam a essa alocação do terapeuta. Por exemplo, se o terapeuta diz “Você foi irritado a sessão passada” ou “Isso foi o que trabalhamos na sessão passada”, o terapeuta estará recapitulando algo sucedido na sessão previa, mas, além disso, está sinalizando na sessão presente.
Examinativas psicanalíticas	62	Sinalização	Subtipo específico de observação na qual o terapeuta chama a atenção do paciente sobre afirmações e/ou condutas deste. Advertência: esta categoria se diferencia da interpretação quando esta última pode ser uma explicação causal que altera ou dá um sentido desconhecido a certos aspectos do paciente, enquanto que uma sinalização, o terapeuta se mantém próximo do paciente, oferecendo uma meta observação ou descrição pontual sobre um aspecto do paciente (modificação da definição <<esclarecimento>>, de Wallerstein e DeWitt, 2000).
Examinativas psicanalíticas	62	Confrontação	Subtipo específico de sinalização que consiste em dirigir a atenção do paciente para aspectos contraditórios de seus processos de pensamentos, atitudes ou condutas manifestas (Wallerstein e DeWitt, 2000).
Com terceiras partes (comuns)	71	Contatos com terceiras partes	O terapeuta solicita autorização do paciente e/ou estabelece uma forma direta de contato com pessoas externas à triade paciente-terapeuta (por exemplo, familiares, pessoas pertencentes a sua rede social / laboral, outros profissionais da saúde que também estão tratando ou atendo o paciente, etc.).
Ações não classificáveis	81	Não classificável	O terapeuta realiza algum tipo de intervenção não incluída dentro da presente classificação de intervenções ou a intervenção é demasiadamente breve e/ou ambígua para ser claramente identificada.

Ações não classificáveis	81	Interação de intencionalidad e duvidosa	O terapeuta manifesta condutas tais como risos, espirros, tosse ou bocejos que, a partir da perspectiva de um observador externo, se apresentam de forma involuntárias. Advertência: somente deverá ser classificada esta categoria quando a intervenção se apresenta de forma isolada dentro de uma fala do terapeuta.
Ações não classificáveis	81	Ações cotidianas	O terapeuta realiza uma ação cujo caráter psicoterapêutico é duvidoso por responder a rituais e costumes cotidianos, próprios do contexto cultural em que se encontram. Neste subtipo está ações tais como abrir a porta ao paciente, saudações, oferecer algo para o paciente beber, etc. Advertência: somente deverá ser classificada esta categoria quando a intervenção se apresenta de forma isolada dentro de uma fala do terapeuta.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (versão adolescente)

Estamos realizando uma pesquisa para identificar as necessidades emocionais dos jovens em relação ao processo de mudança e amadurecimento associado à psicoterapia nesta faixa etária. Este trabalho está sendo desenvolvido sob minha coordenação, professora Silvia Pereira da Cruz Benetti, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS. Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo que terá grande importância na compreensão das necessidades do adolescente, auxiliando no trabalho de psicoterapia e atendimento psicológico dos jovens.

No caso, seu atendimento psicológico será realizado conforme os padrões de atendimento do PAAS (Projeto de Atenção Ampliada à Saúde), sendo que sua participação envolverá responder alguns instrumentos de avaliação emocional na etapa inicial e final da psicoterapia. Além disso, para permitir o acompanhamento da psicoterapia, as sessões serão gravadas e filmadas e posteriormente será realizada a análise do material. Ainda que o material possa ser divulgado em eventos ou periódicos científicos, a identidade será preservada. Assim, é importante ressaltar que nenhuma informação que possa levar à sua identificação será divulgada, sendo mantido o caráter confidencial deste aspecto.

Sua participação trará grande contribuição para o trabalho, não havendo riscos no atendimento e registro do material. Desde já, agradecemos sua atenção e informamos que você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo do atendimento. Qualquer dúvida ou informação, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável por esse estudo: Psicóloga Silvia P. C. Benetti (99644877).

Solicitamos seu consentimento para participar do trabalho, preenchendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias – uma ficará em sua posse e outra – devolvida para a pesquisadora.

Agradecemos a sua colaboração.

Psic. Silvia Pereira da Cruz Benetti
Responsável pela pesquisa.

Eu _____ declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo. Confirmando, também, ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a participação nessa pesquisa e por isso dou meu consentimento, inclusive para utilização das imagens obtidas nas filmagens.

São Leopoldo, ____ de _____ de 2012.

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 13.1.06/12
.....

Assinatura do adolescente