

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

ANGELA CRISTINI GEBARA

**PESQUISA SOBRE A EFICÁCIA TERAPÊUTICA DA INTERPRETAÇÃO
TEORIZADA NA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA**

**SÃO PAULO
2008**

ANGELA CRISTINI GEBARA

**PESQUISA SOBRE A EFICÁCIA TERAPÊUTICA DA INTERPRETAÇÃO
TEORIZADA NA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ryad Simon

**SÃO PAULO
2008**

FOLHA DE APROVAÇÃO**ANGELA CRISTINI GEBARA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho às pessoas que foram capazes de transformar meus valores e quebrar
minha dureza*

*Ao meu amor **Gustavo**,
A quem muito admiro por sua capacidade,
Inteligência, sensibilidade e integridade.
Por tudo isso, possibilitou uma experiência única em minha vida -
A experiência de amar genuinamente alguém tão valioso.*

*Aos meus filhos **Larissa e Bruno**,
Motivo de meu orgulho.
Constituíram-se de forma íntegra, vencendo adversidades,
Adquiriram boa índole, capacidade de amar e
Maturidade.
Converteram as dificuldades em
experiência e aprendizado.
Exalam pulsão de vida.
Cada qual com suas qualidades:
Bruno, com sua inteligência,
Facilidade no trato com o ser humano, sensibilidade e
Imensa capacidade empática.
Larissa, com sua clareza, força, inteligência,
Obstinação e coragem.
Por eles me sinto vencedora.*

AGRADECIMENTOS

Sou extremamente grata ao meu orientador Prof. Dr. **Ryad Simon**. Agradeço por sua dureza quando necessário e acolhimento nos momentos de escuridão. Transformou a minha vida pessoal e profissional. Ensinou-me a maior das lições - que o caminho da Verdade é a única direção para a saúde e que a mentira leva à loucura. Construções estas que orientarão a minha vida. Um verdadeiro Cuidador e Mestre.

À querida Prof^ª Dra **Kayoko Yamamoto** que com carinho e precisão fez apontamentos valiosos.

Ao Prof. Dr. **José Tolentino Rosa**, pessoa extremamente generosa, por suas contribuições por ocasião da qualificação.

Aos profissionais que generosamente contribuíram para a construção desse trabalho, oferecendo o material clínico, sem nenhum interesse, exceto a confiança, afeto, amor pela profissão e busca pela verdade: **Ana Helena Ferraz, Ana Lauren Simon, Angélica Marques, Adriana F Ferreira, Andrecy S. Linhares, Bernadete Pequin, Carina Salerno, Bianca Bonassi, Bettina Latufi, Carla Ciochetti, Camila do Amaral, Dalvanira, Michelle Foz, Cyntia Galvão, Decirê Arcentalis, Débora, Leila, Roselena, Mariane N Ferreira, Maria Luiza, Marcelo Cavalcanti, Mirian Gomes, Moisés, Roberta Zanelli, Rosicler de Oliveira, Erika AP. da Silva, Sônia Nokui, Susi, Thais S. Puglia Martins, Tereza, Maria Luisa, Valdirene Novaes Pimentel; Vanessa Francisco, Valquíria, Vivian Bissolli, Wagner de Almeida.**

Ao **Gustavo S. Puglia Martins**, por suas valiosas contribuições para confecção deste trabalho.

A meus **alunos** do curso de Graduação em Psicologia e Pós-Graduação em Psicoterapia Breve Operacionalizada, incentivo de minha vida acadêmica.

Aos **pacientes**, objetivo maior de toda esta atividade científica.

Aos professores e colegas do curso de Pós-Graduação, **Sueli Rossini, Kayoko Yamamoto, Maria Geralda V. Heleno, Eliana M. D Felice**, pelo carinho e apoio.

Ao meu pai **Michel** (*in memoriam*) que me transmitiu a verdade e amor por meio da simplicidade e generosidade. À minha mãe **Marlene**, por seu grande coração, proteção e carinho.

À querida **Mirian S. Puglia Martins**, a quem muito admiro e a **Marcos Antonio Puglia Martins**, pelo acolhimento e afeto; apresentaram-me uma família e um lar.

Ao meu querido primo **Ricardo Leite**, pelo carinho e cuidado na revisão do Inglês.

Pela gentileza e colaboração, sou grata a **Daiane Leme da Silva, Tereza Setton e Julio Cesar**.

À **Universidade Paulista – UNIP**, que cedeu espaço para pesquisa dentro da Clínica de Psicologia Aplicada.

“A carta de Samuel Johnson para Benet por ocasião da morte do General Drury contém a passagem que poderia melhor exemplificar a atitude de Melanie Klein em relação a seu trabalho;

Se ver a vida como ela é nos traz algum consolo, eu não sei; mas o consolo que vem da verdade, se é que existe algum, é sólido e durável; o que é derivado do erro pode ser, assim como o original, falacioso e fugidio.” Todo trabalho científico tem como objetivo ver a vida como ela é.”

Bion, W.R., Rosenfeld, H., Segal, H. Melanie Klein. Int. J. Psychoanal. 1961; 42:4-8.

RESUMO

GEBARA, A. C. **Pesquisa sobre a Eficácia Terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve Operacionalizada**, 2009, 162p. Tese (doutorado) – Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

O objetivo deste trabalho foi investigar a eficácia terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO. Os instrumentos utilizados foram a Entrevista Psicológica conforme o Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado – SISDAO – e a Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO. Um grupo experimental (n=30) foi comparado a um grupo controle (n=30) através da aplicação da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO – no início e ao final de um período de três meses para ambos os grupos, constituídos de adultos, de ambos os sexos. O grupo experimental (constituído aleatoriamente) foi submetido à Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO e o grupo controle (constituído de pacientes em fila de espera numa Clínica-Escola de Faculdade de Psicologia) não recebeu nenhum tratamento. Da aplicação da Escala Diagnóstica Operacionalizada - EDAO, por meio de entrevistas no início e ao final, foram obtidos diagnósticos e escores, que foram então comparados. A análise estatística foi feita ao nível de 1% de significância. Além da análise e comparação de escores, foram avaliadas correlações clínicas dentro do grupo experimental; entre elas, graus de adaptação, situações-problema nucleares, os diferentes setores adaptativos e os níveis de melhora. A Interpretação Teorizada é o instrumento principal da Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO e quando se avalia a eficácia da PBO avalia-se também, por extensão, a eficácia da Interpretação Teorizada. Concluiu-se que há claras evidências de que o tratamento com Psicoterapia Breve Operacionalizada - PBO é eficaz: 86,66% da amostra melhorou na eficácia adaptativa e 13,33% permaneceu no mesmo grupo adaptativo. No grupo controle 86,66% da amostra permaneceu no mesmo grupo adaptativo; 6,66% piorou; e 6,66 % melhorou.

Palavras-chave: Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO); Interpretação Teorizada; Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO); Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO); Psicanálise

ABSTRACT

GEBARA A.C, **Research about the Therapeutic efficacy and theoretical interpretation on Operational Brief Psychotherapy**, 2009, 162p. Thesis (Doctorate) – Department of Clinical Psychology, Sao Paulo University, Sao Paulo, 2009.

The goal of this study is investigate the therapeutic efficacy and theoretical interpretation on Operational Brief Psychotherapy - OPB. The instruments employed were Psychological Interviews according to the Adaptive Diagnosis Operationalized System and Brief Psychotherapy Operationalized – OPB. An experimental group (n=30) was compared to a Control group (n=30) through the employment of the Operationalized Adaptive Diagnostic Scale, OADS – at the beginning and the end of a three months time for both groups, formed by adults from both sexes. The experimental group (randomly constituted) was submitted to Operationalized Brief Psychology and the Control Group (constituted by patients queuing for the College's Psychotherapy Clinic) were not given any treatment beforehand. The employment of Operationalized Adaptive Diagnostic Scale, through interviews at the beginning, diagnostics and scores were obtained to be later compared. The statistical analysis was made at 1% significance . Besides analyzing and Scores Comparison were evaluated clinical correlations inside the experimental group, among them adaptation degree, nuclear situation-problems, the different adaptation sections and the levels of improvement. The Theoretical Interpretation is the main tool employed by Operational Brief Psychotherapy, and while evaluating the efficacy of OPB, the efficacy of Theoretical Interpretation is as well evaluated as extension. The conclusion obtained shows clear evidence that the treatment with Operational Brief Psychotherapy is effective: 86,66% of the sample group improved their adaptive efficacy and 13,33% remained in their adaptive group. On the control group results, 86,66% of the sample group remained in the same adaptive group; 6,66% decayed and 6,66% improved.

Keywords : Operational Brief Psychotherapy, Theoretical Interpretation; Diagnostics Scale; Operationalized Adaptive Diagnostic Scale; Adaptive Diagnosis Operationalized System; Psychology.

RÉSUMÉ

GEBARA, A.C. Recherche à propos de l'Efficacité Thérapeutique de l'Interprétation Théorisée dans la Psychothérapie Brève Opérationnalisée. 2009, 162 p. Thèse (doctorat).
Département de Psychologie Clinique, Université de São Paulo, état de São Paulo, 2009.

L'objectif de ce travail a été la recherche de l'efficacité thérapeutique de l'Interprétation Théorisée dans la Psychothérapie Brève Opérationnalisée – PBO. Les instruments employés ont été l'Entrevue Psychologique selon le Système Diagnostique d' Adaptation Opérationnalisé - SISDAO - et la Psychothérapie Brève Opérationnalisée - PBO. Un groupe expérimental (n = 30) a été comparé avec un groupe contrôle (n = 30) à travers de l'application de l'Echelle Diagnostique d'Adaptation Opérationnalisée - EDAO - dès le commencement jusqu'à la fin d'une période de trois mois pour les deux groupes, constitués par des adultes de tous les sexes. Le groupe expérimental (qui a été constitué de manière aléatoire) a été soumis à la Psychothérapie Brève Opérationnalisée (PBO) et le groupe contrôle (constitué par des patients qui font la queue dans une Clinique-École de la Faculté de Psychologie) n'a pas reçu aucun traitement. Suivant l'application de l'échelle diagnostique opérationnelle - EDAO à travers des entrevues au début et à la fin, on a obtenu des diagnostics et des scores, qui ont été comparés. L'analyse statistique a été faite avec 1% de signification. A par l'analyse et la comparaison des scores, les corrélations cliniques parmi le groupe expérimental ont été évalué, entre elles les degrés d'adaptation, les situations-problème nucléaires, les différents secteurs d'adaptation et les niveaux d'amélioration. L'interprétation théorique est le principal instrument de la Psychothérapie Brève Opérationnalisée - PBO et quand on analyse l'efficacité de la PBO on évalue aussi, par extension, l'efficacité de l'Interprétation Théorisée. On a conclu que il y a des évidences claires que le traitement avec la Psychothérapie Brève Opérationnalisée - PBO est efficace : 86,66% de l'échantillon a bien réussi dans l'efficacité d'adaptation et 13,33% est resté dans le même groupe d' adaptation. Parmi le groupe contrôle 86,66% de l'échantillon est resté dans le même groupe d'adaptation ; 6,66% ont empirer et 6,66% ont été mieux.

Mots-clé : Psychothérapie Brève Opérationnalisée – PBO ; Echelle Diagnostique d' Adaptation Opérationnalisée – EDAO ; Système Diagnostique d' Adaptation Opérationnalisé - SISDAO ; Psychanalyse

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1: Análise Descritiva entre Grupo Experimental e Grupo Controle	148
GRÁFICO 2: Comparação dos níveis de evolução entre Grupo Experimental e Grupo Controle	149

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Classificação dos indivíduos do grupo experimental	136
TABELA 2 – Classificação dos indivíduos do grupo controle	137

LISTA DE ABREVIATURAS

A-R: Afetivo Relacional

EDAO: Escala Diagnostica Adaptativa Operacionalizada

f/e₊: Fatores externos positivos

f/e₋: Fatores externos negativos

f/d: fatores defensivos

f/i: fatores internos

f/t: fatores tensionais

f/Oi₊: fatores ligados aos Objeto interno positivo

f/Oi₋: fatores ligados aos Objeto interno negativo

G = C + A: Na qual C representa os fatores internos, constitucionais instintivos; A representa os fatores externos, ambientais; e G o grupo adaptativo resultante dessa interação.

Oe: Objeto externo

Or: orgânico

Pr: Produtividade

PBO: Psicoterapia Breve Operacionalizada

SISDAO: Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado

S-C: Sócio Cultural

S-P: Situação-problema

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Características gerais dos participantes da pesquisa Grupo Experimental	35
QUADRO 2 – Características gerais dos participantes da pesquisa Grupo Controle	37
QUADRO 3 – Quantificação dos setores adaptativos A-R e Pr	41
QUADRO 4 - Classificação inicial	138
QUADRO 5 - relativo à Situação Problema Nuclear e relação entre os setores adaptativos referente ao grupo experimental	144
QUADRO 6 - Mudança nos Pacientes do Grupo Experimental	150
QUADRO 7 - Mudança nos Pacientes do Grupo Controle	151

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
RÉSUMÉ	x
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xi
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
LISTA DE QUADROS	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. A Psicoterapia Breve como método e pesquisa	1
1.2. Histórico da Psicoterapia Breve de orientação analítica	3
1.2.1. Critérios de seleção para Psicoterapia Breve	7
1.3. Psicoterapia Breve Operacionalizada	8
1.3.1. Entrevista em Psicoterapia Breve Operacionalizada	9
1.3.2. Critérios de seleção da Psicoterapia Breve Operacionalizada(PBO)	10
1.4. Interpretação em Psicanálise	12
1.4.1. A Interpretação Transferencial	13
1.4.2. O Analista Como Ego Suplementar do Paciente	15
1.5. A co-transferência e sua utilização	19
1.6. A Interpretação da Transferência Negativa em Psicoterapia Breve	21
1.7. Função da Interpretação Segundo Simon (1999)	23
1.8. Correlação Psicanalítico-Adaptativa utilizando Modelo de Geometria Analítica	25
1.9. Justificativa	32
Objetivo	34
Objetivos Específicos	34
2. MÉTODO	35
2.1. Sujeitos	35
2.2. Ambiente	

2.3. Instrumentos	38
2.3.1. Entrevista Psicológica conforme o SISDAO – Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizada - baseado na teoria da adaptação, desenvolvida por Simon (1989, e reeditada em 2008)	38
2.3.2. Psicoterapia Breve Operacionalizada	42
2.4. Procedimento	43
2.4.1. Análise dos dados	
2.4.2. A análise dos resultados	
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
3.1. Casos do Grupo Experimental	46
3.2. Casos do Grupo Controle	98
3.3. Análise estatística da evolução de indivíduos tratados e não tratados com Psicoterapia Breve Operacionalizada	135
3.3.1 Análise dos dados - Análise descritiva	138
3.4. Considerações Clínicas Sobre o Grupo Experimental	140
3.5. Evolução Adaptativa nos setores de funcionamento após o tratamento da PBO	147
3.6. Análise Inferencial	149
4. CONCLUSÃO	155
5. REFERENCIAS	158

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Psicoterapia Breve como método e pesquisa

Os convênios médicos acabaram cedendo às terapias breves já que estes métodos possibilitam assistência a um número maior de pessoas que necessitam de atendimento na área de saúde mental e ao mesmo tempo atendem às necessidades de ordem econômica e social, barateando o custo do tratamento.

Em virtude da expansão das técnicas breves as pesquisas nessa área se fazem mais necessárias para verificar quais são mais eficientes. Obviamente, este método deverá ser utilizado com discernimento por profissionais experientes e especializados nessa técnica, com objetivos claros e delimitados.

Szpilka & Knobel (1968); Barten (1971), Malan (1981) e Fiorini (1978) preocupados com a realidade social versus saúde mental, salientam a necessidade de se criar técnicas mais breves, que possuam um caráter preventivo e econômico.

Fiorini (1978) estimula pesquisadores a realizar trabalhos científicos nessa área. Sugerem três aspectos no trabalho elaborativo da teoria e da técnica: 1. A necessidade de aprimorar a descrição e a explicação de suas técnicas; 2. O trabalho sobre certos pilares teóricos nos quais possa se assentar a prática clínica e que possam, também, ser enriquecidos por ela; 3. O questionamento ideológico das teorias e das práticas para relacioná-las com determinações do contexto social mais amplo.

Tal enfoque procura constituir uma teoria das técnicas de psicoterapia que inclua uma consideração crítica de algumas de suas bases metapsicológicas. Isso equivale a dizer que uma teoria das técnicas não aceita limitar-se a dar conta de manejos concebidos com fins de mera utilidade, visando obter “resultados” isolados de um amplo quadro social, teórico e ideológico.

Barten (1971) afirma que as terapias breves possuem, como teoria de apoio, a compreensão da dinâmica da personalidade e dos padrões de doenças que foram delineados a partir de técnicas tradicionais; e estas são, algumas vezes, indispensáveis. O problema é sua aplicação indiscriminada.

Para solucionar esse problema Fiorini (1978) propõe uma atitude científico-técnica comprometida com o desenvolvimento desse campo. Assim, refere que devemos:

1. Entendê-lo como um campo em pleno estado experimental, ocasião de uma diversidade de aberturas, antes abrigo de uma dispersão criadora do que lugar de ancoragem de sistemas acabados. Isso quer dizer, terreno fértil para inovações e intuições, abordáveis progressivamente com o rigor de uma exploração científica.
2. Identificar, então, como um dos pontos de urgência, a necessidade de construir teorias, de nos arriscarmos a inventar conceitos e modelos de processos: aventar hipóteses que possamos modificar ao primeiro passo dado sob sua luz provisória.
3. Partir da necessidade de inscrever toda teoria psicológica e psicopatológica e toda conceituação referente a métodos terapêuticos no quadro de uma teoria do homem, de uma concepção antropológica totalizadora.
4. Aprofundar todo esforço de descrição dos fatos que emergem na experiência psicoterapêutica; exigir o máximo das palavras para abrigá-las a dar conta de toda riqueza do acontecer na situação terapêutica; detectar suas múltiplas significações, suas seqüências, suas leis ainda obscuras.
5. Na formação do terapeuta, atribuiu especial importância à experiência de viver e estudar mais de uma técnica de psicoterapia.
6. As psicoterapias individuais são, por certo, os métodos de conceituação e aplicação clínica mais consolidados em virtude da herança de longa experiência psicanalítica e de muitas de suas elaborações.
7. As psicoterapias mais profundamente arraigadas, as mais difundidas e estudadas são, por certo, as verbais; isto é, as que concentram suas expectativas de mudança no poder modificador, revelador, da palavra.
8. Parte integrante do trabalho com a saúde, as psicoterapias compartilham a necessidade de uma revisão epistemológica e filosófica constante. Portadoras de premissas sobre

saúde e doenças das pessoas, as psicoterapias devem ser postas – todas – sob a lente de uma rigorosa crítica epistemológica.

Simon (2005) compartilha a idéia de que devemos trabalhar cientificamente com o material clínico que temos à disposição, de forma a realizar pesquisas científicas na área técnica. Refere que se ficarmos paralisados, à espera de mais elementos para entender os fatos, não haverá criatividade que supere nossos problemas. Sugere que as pesquisas nessa área impulsionem o progresso da ciência, principalmente no campo psicológico em que as incógnitas são infinitas.

1.2. Histórico da Psicoterapia Breve de orientação analítica

A teoria psicanalítica tem sido a grande base de apoio para as psicoterapias breves. O breve histórico da psicanálise foi descrito por Gebara (2001/2003), sendo que apresentaremos de forma resumida alguns pontos relevantes do seu desenvolvimento. Freud aperfeiçoou sua técnica após criar o método catártico junto com Breuer (1895), cujo desenvolvimento veio a se constituir na Psicanálise. O momento mais importante, porém, foi a substituição da hipnose pela técnica da associação livre, aliada à técnica de interpretar, como método para reconstituir a lembrança reprimida. Com as resistências observadas durante tal processo, surgiu a teoria da repressão.

Em 1905 Freud já falava da importância da transferência ao referir-se ao caso “Dora”; entretanto, só em 1912 iria descrever a teoria da técnica da Psicanálise. A questão do tempo despendido na análise, e seu objetivo, começa a ser questionada por Freud em seus trabalhos “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1919[1918]). E bem mais tarde, em “Análise terminável e interminável” (1937). O tempo de análise para a reconstrução genética do passado do paciente foi prolongando, adotando o analista uma postura mais passiva, para permitir a emergência do inconsciente através da associação livre.

Small (1971) e Malan (1963) referem que os primeiros casos clínicos descritos por Freud poderiam ser enquadrados como forma de psicoterapia breve. Desse modo, consideram-no precursor da psicoterapia breve.

Os casos atendidos nesse modelo foram: Estudos sobre histeria (1895), de Freud e Breuer, Fraulein Anna O; Katharina (1895); caso de Emmy von N; Lucy R; Elisabeth von R (atendida entre o outono e o verão de 1893); Caso Dora (1905).

Outro caso descrito é o de Mahler, que sofria de uma impotência e fora atendido em tempo reduzido por Freud. O compositor, após o tratamento, restabelece sua potência após as associações realizadas nas sessões com Freud. Mahler desenvolveu os sintomas por associar a relação estabelecida com a esposa a vivências edípicas infantis. Morreu um ano após o tratamento. Esse trabalho foi descrito por Jones em seu livro *The life and work of Sigmund Freud*, volume II, New York, Basic Books, 1957.

A partir de 1897, já com a técnica adotada de associação livre, Jones identifica, numa referência feita por Freud, a análise à qual Ferenczi se submeteu por três semanas, em outubro de 1914, e por outras três semanas em junho de 1916. O trabalho em que Freud faz referência indireta a tal análise é “Análise terminável e interminável”, segundo nota do editor inglês Strachey.

Autores como Simon (2005); Gebara (2001,2003); Kahtuni (1996) mencionam o trabalho de Freud (1919[1918]), “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, dando ênfase aos métodos “ativos”. Neste trabalho, mostra seu reconhecimento de que a psicoterapia psicanalítica clássica não atinge um número significativo de pessoas. Considerando a enorme “quantidade de miséria neurótica que existe no mundo”, o número de pessoas que se poderia atingir, por meio da psicanálise, era desprezível. Admite, então, que não pode, com esta técnica, fazer nada pelas camadas sociais mais pobres, constituída por muitos que sofrem de neuroses extremamente graves.

Freud (1919[1918]), desde aquela época, estimulava os profissionais a libertarem-se de sua rigidez e onipotência e buscarem soluções mais apropriadas para a realidade, desprovidos de “pré-conceitos”.

Preocupado em alcançar um número maior de pessoas com a Psicanálise, recomendou que se aplicassem abordagens nas quais “ao ouro da psicanálise se fundisse o cobre da sugestão”.

Pessanha (2007), referindo-se à ousadia de Freud, diz que se “Freud não fosse desobediente, hoje não estaríamos falando e escrevendo sobre psicanálise” (p.51).

Em função desta preocupação, alguns profissionais de orientação analítica investiram na busca de soluções mais adequadas para o problema, modificando a técnica tradicional. Kahtuni (1996) chama esses profissionais de transgressores: transgrediram, principalmente, a regra da abstinência da psicanálise, que se refere a não satisfazer os pedidos do paciente, além, obviamente, dos pedidos de ajuda e cura. As Inovações eram as seguintes:

1. Utilizar outras comunicações que não exclusivamente a verbal.
2. Participação oral maior.
3. Da neutralidade para maior atividade, com interpretações mais focadas, clima de acolhimento, desfavorecendo a neurose de transferência - valorizar a realidade atual do paciente.

Dentre eles Kathuni (1996) cita Ferenczi (1919), considerado o Pai da Psicoterapia Breve por alguns autores, que se opõe à posição passiva do analista tradicional e sugere-lhe uma posição mais ativa, rompendo com a regra da abstinência. Chamou esse novo modelo de atendimento de “técnica ativa”. Esta técnica sugere intervenções baseadas na realidade e na diminuição do tempo de tratamento. Não se limitava às interpretações; fazia injunções e proibia certos comportamentos do paciente dentro e fora do contexto analítico.

Em 1914, Freud terminou o tratamento do “homem dos lobos”, usando um método heterodoxo; isto é, o tratamento fora concluído na data marcada pelo analista, julho de 1914. Em outubro e novembro do mesmo ano, Freud escreveu a monografia *História de uma neurose infantil*, período também da análise de Ferenczi. Supõe-se que Ferenczi tenha sabido desta inovação técnica e suas espetaculares conseqüências. Posteriormente, em artigo do Congresso de Budapest, “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, lido em 1918 e publicado em 1919, ao se referir às novas experiências de Ferenczi com a “técnica ativa”, Freud alegou que a idéia original que as encorajara era, na verdade, sua e citou seus dois objetivos técnicos: (1) que os pacientes seriamente fóbicos deveriam, no momento adequado de seus tratamentos, ser induzidos a se expor à situação temida; (2) que, em certos casos, como o do “homem dos lobos”, o analista deveria marcar uma data para o término do tratamento. Tal questão mostrou-se importante na confusão predominante. A “técnica ativa”, em suas primeiras fases, foi reclamada e inteiramente defendida por Freud; mas, em seus estágios posteriores, quase chegou a ser vista como divergência.

Balint (1967) afirma que Ferenczi, em seu trabalho “Indicações para futuros desenvolvimentos”, que começou em 1927 e durou até sua morte, em 1933, pressionado pelas críticas e pelos próprios fracassos, acabou por restringir a indicação de medidas ativas à situação de limite.

Outro autor citado por Kahtuni (1996) como um transgressor, foi Jung (Psicologia Analítica). Em 1914 rompe com Freud, segue o caminho da individuação. Troca o divã pelo

contato face a face; diminuição no número de sessões por semana; ênfase na realidade atual do paciente; manter o contato com a vida cotidiana, maior interesse na atualidade e futuro.

Alexander & French (1946) contribuíram para o desenvolvimento da Psicoterapia Breve através de seu livro *Terapêutica psicanalítica*, considerado um marco na área pela introdução do conceito de *experiência emocional corretiva*. A proposta era um tratamento baseado na terapia psicanalítica, com maior flexibilidade, tempo indefinido e delimitação de foco, para promover uma readaptação emocional por meio da chamada *experiência emocional corretiva*.

Malan (1963, 1981, 1983) descreveu uma técnica de psicoterapia breve com a duração de até 40 sessões. Uma aproximação semelhante, porém, dentro de uma realidade brasileira, é feita por Lemgruber (1984).

Fiorini (1978) foi o precursor da Psicoterapia Focal na Argentina e no Brasil, que estuda um diagnóstico da “situação” histórica e bio-temporo-espacial para propor abordagens terapêuticas de acordo com esses diagnósticos. Enquanto modelo etiológico, enfatiza a necessidade de compreensão psicodinâmica dos determinantes atuais da situação de crise ou enfermidade, levando em conta tanto os recursos egóicos do indivíduo quanto suas condições de vida, que seriam a constelação de vínculos interpessoais que constituem o grupo primário do paciente, e também suas condições de habitação, trabalho, perspectivas de futuro, tensões do grupo social, cultura particular, mitos, preconceitos, e outras formas de cultura alienada, ampliando a óptica terapêutica para o que está fora do tratamento, sendo estas algumas das diferenças entre a Psicanálise e a Psicoterapia Breve. Salienta também a importância da experiência emocional corretiva de Alexandre e French.

Sifneos (1972), na década de 1960, criou uma técnica terapêutica baseada na Psicoterapia Breve e na teoria dinâmica: Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedade – *Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy (STAPP)*. A *STAPP* pretende proporcionar ao paciente uma “experiência emocional corretiva”. O foco tido como mais adequado para essa resolução é a perda e a separação, reações de luto e problemas edípicos não resolvidos, tendo como primeiro plano este último, atendendo tanto ao componente cognitivo quanto ao emocional, por meio de técnicas de neo-aprendizado, auto-compreensão e solução de problemas sistematicamente ensinados ao paciente. A forma de psicoterapia breve oferecida era vista como um intenso processo de interação, solicitando um esforço tanto do médico quanto do paciente para definir os dilemas diagnósticos, para esclarecer problemas e buscar possíveis soluções, sendo a adaptação reforçada pelo apoio ao *ego*. Restabelecido o equilíbrio, termina a relação do tratamento e o paciente é encorajado a prosseguir sem ajuda.

Davanloo (1977) desenvolveu uma psicoterapia dinâmica breve, de foco amplo, para indivíduos com fobias e sintomatologia obsessivo-compulsiva incapacitantes.

Gilliéron (1983) desenvolveu a técnica denominada Psicoterapia Breve de Inspiração Psicanalítica (PBIP) que procura manter o processo mais próximo da Psicanálise.

Braier (1997) consegue adequar os conceitos psicanalíticos tradicionais a uma teoria e prática de Psicoterapia Breve de base estritamente psicanalítica.

Outros que contribuíram para o estudo e pesquisa em psicoterapia Breve foram: Knobel (1986); Devries (1970); Diloreto, em 1984, Zimmerman (1982); Uchôa (1976), e Kesselman (1972).

Mann (1973), com sua psicoterapia de tempo limitado a 12 entrevistas, é capaz de lidar com indivíduos que tenham histórias de separações.

1.2.1. Critérios de seleção para Psicoterapia Breve

Sifneos (1972), Malan (1976), Balint (1967) e Fiorini (1978) concordam que terapeuta e paciente precisam estar de acordo com a meta do tratamento; o paciente deve estar motivado para o tratamento - motivação para o *insight* e motivação para mudança, e não somente para o alívio dos sintomas - delimitação do foco ou situação-problema. Outro ponto de acordo é quanto à contra indicação referente à presença de “psicopatologia severa”. Mann (1973), Malan (1981), Davanloo (1977), Fiorini (1978) e Gilliéron (1986) desaconselham Psicoterapia Breve em pacientes com distúrbios psiquiátricos crônicos, ou casos fronteirços (*borderline*). Romaro (1993), porém, discorda de tal afirmação. Segundo sua pesquisa, pacientes diagnosticados *borderline* se beneficiaram com a psicoterapia breve dinâmica. Yoshida et all (1997) realizaram a análise de um processo de psicoterapia breve bem-sucedido de uma paciente considerada adaptada não-eficaz severa pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Focalizando algumas variáveis envolvidas na relação paciente-terapeuta, tipos de intervenção, aliança terapêutica, transferência e motivação, verificaram que, apesar da motivação do paciente não ter chegado a preencher os critérios de motivação estipulados por Sifneos (1972-89), a postura de continência do terapeuta teria oferecido ao paciente a oportunidade de entrar em contato com sentimentos até então negados, possibilitando uma vivência emocional corretiva, necessária à mudança. Concluíram que os resultados terapêuticos são especialmente determinados pela possibilidade do paciente se beneficiar da aliança terapêutica positiva, independente do tipo de motivação apresentada no início. Yoshida, em 1989, realizou um estudo no qual procurou aferir o grau de validade

preditiva da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), por meio de avaliações retrospectivas de processos de psicoterapias breves realizadas por terapeutas experientes. Os resultados obtidos mostraram que em processos de psicoterapias breves, realizados por psicoterapeutas com maior experiência há mudanças qualitativas, do ponto de vista da adaptação, no que diz respeito às respostas às situações-problema, independente dos sujeitos terem sido inicialmente considerados adaptados Não Eficaz Moderados (grupos 2 e 3) ou Não Eficaz Severos (grupos 4 e 5); sendo que tais mudanças tendem a ser no sentido de melhor adaptação. Acrescenta, ainda, que maior experiência em psicoterapia significa possuir um repertório maior de respostas adaptativas às necessidades do paciente, acumulado no transcorrer de atividades profissionais e pessoais.

1.3. Psicoterapia Breve Operacionalizada

Simon (2005) propõe uma modalidade de psicoterapia breve que denomina Psicoterapia Breve Operacionalizada, baseado na concepção evolutiva de adaptação a programas preventivos no campo da Saúde Mental. O diagnóstico baseia-se na escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (EDAO) (Simon, 1989), desenvolvida por ele com a finalidade de criar um método de avaliação diagnóstica que permita, com brevidade, fazer um levantamento da população e organizar providências para seu atendimento conforme a classificação atribuída a cada indivíduo, segundo o critério adaptativo.

Simon (2000) afirma que o *primeiro passo* seria realizar entrevistas psicológicas detalhadas baseadas na EDAO – Descritas detalhadamente a seguir.

Após a entrevista, o passo seguinte seria - de posse de todos os dados sobre a situação-problema, a pouca adequação atual, e as conjeturas psicodinâmicas, o terapeuta determinar previamente o número de sessões a serem trabalhadas com o paciente. Estas podem variar desde o número de uma sessão, em situação-problema simples, a no máximo doze sessões, quando as situações-problema são complexas ou existe “crise adaptativa”. A frequência é de uma sessão por semana. As situações-problema são trabalhadas por meio de classificações e uso de interpretações teorizadas, tendo por base as conjeturas psicodinâmicas, ajudando o paciente a compreender as razões inconscientes de seu comportamento pregresso e atual. Se a conjetura psicodinâmica é plausível e corresponde a um aspecto inferido corretamente, geralmente provoca novas associações e ressonâncias de significado emocional que ajudam na

compreensão de como se deram as soluções “pouco” ou “pouquíssimo adequadas”, estimulando a procura de soluções mais eficazes.

A atividade do psicoterapeuta é sempre diretiva, evitando associações-livres prolongadas que tornariam o trabalho um arremedo de psicoterapia psicanalítica. Conforme as circunstâncias, usa recursos suportivos como, por ex., sugestão, reassseguramento, orientação e catarse. O terapeuta deve ficar atento para evitar ou contornar a transferência negativa, a qual retira a possibilidade de colaboração e confiança do paciente.

Simon (1991), em seu trabalho “Psicanálise e Psicoterapia Breve”, afirma que o modelo pedagógico dá coerência e sentido à Psicoterapia Breve. Há necessidade de planejar; e para planejar, é preciso o “saber” (para conduzir o paciente por um certo caminho e tempo determinado).

1.3.1. Entrevista em Psicoterapia Breve Operacionalizada

Simon (2005) enfatiza que há necessidade de realizar entrevistas pormenorizadas, já que é preciso ter dados para entender o dinamismo inconsciente que sustenta as soluções inadequadas, e para planejar a psicoterapia breve Operacionalizada. Para isso é necessário, por maior da investigação da história de ida pgressa, detectar minuciosamente as situações-problema; determinar se há uma situação-problema nuclear; compreender as conexões entre as mesmas; formular conjecturas a respeito dos complexos inconscientes que influem na adequação das soluções pgressas e atuais.

Simon (1996,2005) refere que estas entrevistas psicológicas (baseadas na EDAO), devem ser tantas quantas forem necessárias para verificar a adequação das soluções do sujeito *no presente*, determinando-se as situações-problema, as quais são definidas como resultado de fatores ambientais, existentes no presente, interagindo com fatores intrapsíquicos, provocando soluções inadequadas, podendo causar crise adaptativa ou deterioração gradual da adaptação existente. Ele considera que a situação-problema, como decorrente de soluções “pouco” ou “pouquíssimo adequadas”, verificadas no presente do sujeito, são examinadas em cada setor da adaptação (A-R, Pr, SC e Or). Observam-se quais as interações entre estes setores da adaptação e determina-se a situação-problema nuclear. Às vezes, basta ajudar o paciente a encontrar uma solução “adequada” para a situação-problema nuclear para que os demais problemas dela derivados resolva-se espontaneamente. “Situação-problema nuclear” refere-se à situação-problema que se admite estar influenciando em outras situações-problema no momento, designando-se estas últimas de “situações-problemas conseqüentes”.

Simon (2005) sugere os seguintes passos para uma entrevista completa: 1º passo: Investigar a queixa; 2º passo: *anamnese*, isto é, evolução da queixa. Nesse momento averiguar a interação entre fatores internos (f/i) e externos atuais (f/e). Qual a intensidade possível dos fatores tensionais (f/t) e fatores defensivos (f/d), assim como os que favorecem ou dificultam a adequação das soluções às situações-problema. 3º passo: Nessas entrevistas, acompanhar as evoluções do sujeito desde a infância, as relações e acontecimentos significativos de sua história. Nessa investigação será necessário observar os fatores que colaboram, ou não, para soluções encontradas para situações-problema; ou seja, fatores ligados aos objetos internos positivos (f/Oi+) ou negativos (f/Oi-). E, também, situações externas (f/e+ e f/e-) positivas ou negativas interferindo nas soluções. De acordo com os dados colhidos seria possível observar se os padrões revelam os complexos inconscientes, soluções que se estabeleceram na infância e adolescência e “se repetem através das co-transferências, utilizando as situações externas para satisfazer ora ao id, ora ao superego, e, numa solução de compromisso (Freud), a ambas as instâncias” (Simon, 2005, p. 95). O último passo seria a investigação complementar, a fim de preencher as lacunas, permitindo verificar a interação completa de todos os setores de funcionamento. Se necessário, lançar mão de instrumentos psicológicos como testes projetivos e de inteligência, assim como avaliações de profissionais da saúde.

1.3.2. Critérios de seleção da Psicoterapia Breve Operacionalizada(PBO)

O modelo de Psicoterapia Breve Operacionalizada desenvolvida por Simon (1996) não possui critérios de exclusão desde que os objetivos envolvam situações-problema. Àqueles que querem se conhecer em níveis inconscientes mais amplos, recomenda-se a psicoterapia psicanalítica ou psicanálise. Simon (2005) afirma que é preciso não confundir objetivos com diagnóstico. Refere que qualquer que seja o quadro do paciente, se é observado uma situação-problema que perturba o sujeito, é possível tentar ajuda pela PBO. A PBO não se aplica para reestruturação da personalidade. A única situação em que não é aplicada a PBO é quando o paciente pede ajuda para conhecer e compreender seu inconsciente e inexistente situação problema atual. Gebara (2001) conforme já citado, obteve, em sua pesquisa de mestrado, resultados terapêuticos favoráveis relativos aos pacientes de quadros moderados e graves com a PBO. Além de quadros graves, 80% da amostra apresentava crise adaptativa. Observou-se que esta parcela encontrou soluções adequadas, transformando o momento doloroso em elemento de amadurecimento. Isso demonstra a utilidade da Psicoterapia Breve nas situações

emergenciais. Simon (1989) afirma que quando o paciente encontra-se em crise, o interesse total do ego está inundado pelos fatos dolorosos da realidade: desta forma, ele se encontra motivado para sanar ou discutir seus problemas específicos. Assim, a indicação seria para um processo de psicoterapia breve e não para um processo psicanalítico tradicional. Complementando, Simon (1989) afirma que o período de crise pode tornar-se um período de regressão, ou de crescimento, se o terapeuta, por meio de sua intervenção, ajuda o paciente a encontrar soluções mais adequadas.

As entrevistas de *follow-up*, ocorridas 6 meses após o término do tratamento confirmaram que as interpretações teorizadas promoveram mudanças favoráveis; que permaneceram estáveis e favoreceram elaborações posteriores.

Romaro (1993) pesquisou quadros graves diagnosticados *borderline* que eram atendidos sistematicamente em Psicoterapia Breve de apoio. Mostrou que obtiveram uma melhoria na capacidade adaptativa às situações de vida diária. Em 1999 a autora realizou outra pesquisa com pacientes *borderline* e considerou viável o trabalho com estes pacientes, por meio da Psicoterapia Breve dinâmica, verificando a permanência do paciente até o final do processo e uma variação favorável na evolução adaptativa.

Simon (1999) refere que a escolha do modelo a ser utilizado depende do objetivo terapêutico escolhido. Se o objetivo é o “reajustamento” (adaptação às variações da realidade interna ou externa, que exigem do sujeito novas respostas), o modelo imperativo é o pedagógico (desaprender, reaprender), ou seja, a psicoterapia breve.

Simon (2005), no capítulo “Indicações e limites da psicoterapia Breve Operacionalizada”, ressalta a necessidade de mudanças na prática da psicanálise em virtude de vários fatores. Fatores materiais: vicissitudes da economia; crescimento urbano e demográfico desmesurado; congestionamento do tráfego. Fatores sócio-culturais: Mudanças culturais e tecnológicas, mostram uma atitude menos contemplativa do ser humano na realidade atual, com menor tolerância à frustração, busca de resultados rápidos e aumento da voracidade. Fatores teórico-práticos: com a evolução da teoria psicanalítica e a psicopatologia, observou-se que em quadros graves, de fixações mais extensas nas posições esquizo-paranóide e depressiva o modelo indicado seria o kleiniano, no qual o paciente tem a necessidade de um trabalho a longo prazo, seguindo o modelo psicanalítico, promovendo um trabalho regressivo que favoreça a reestruturação da personalidade.

Diante da exposição acima, deve-se considerar os fatores pessoais do paciente (diagnóstico adaptativo e motivação), bem como os fatores materiais (tempo, distância e econômico) para identificação de psicoterapia breve ou psicoterapia psicanalítica.

1.4. Interpretação em Psicanálise

Em *Dinamismos das Interpretações Transferenciais* (1977), Heimann cita o trabalho de Freud (1919), no qual ele se refere ao fato de, na psicanálise, termos que trazer ao conhecimento do paciente os impulsos inconscientes recalçados existentes em sua mente, e que, para esse fim, é necessário o descobrimento de resistências que se opõem a essa extensão do seu conhecimento sobre si mesmo.

Já em 1914, Freud afirmava que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido. Quanto maior a resistência, mais extensiva será a atuação (*acting out*), repetição, que substituirá o recordar. Freud (1914) atenta para a resistência ao trabalho psicanalítico e, muitas vezes, ao agravamento da resistência, como se o paciente criasse certa tolerância a um estado de enfermidade: “a resistência, contudo, pode explorar a situação para seus próprios fins e abusar da licença de estar doente” (Freud, 1914, p.199). Freud (1923), em sua obra “O ego e o id”, faz uma referência sobre a resistência, como “reação terapêutica negativa”. Esta descoberta o levou a reconhecer um sentimento inconsciente de culpa em um grande número de neuróticos, que “desempenha um papel econômico decisivo e coloca os obstáculos mais poderosos no caminho do restabelecimento” (Freud, 1923, p.41). Mais adiante, quando trata mais extensamente sobre “as reações dependentes do *ego*”, afirma que há certas pessoas que, quando, em análise, percebem o progresso como possibilidade, mostram sinais de descontentamento e seu estado invariavelmente se torna pior; isto é, reagem inversamente ao progresso do tratamento. Toda solução parcial que deveria resultar numa melhoria ou suspensão temporária dos sintomas, produz nestas, por um determinado tempo, uma exacerbação de suas moléstias.

Bernfeld¹, citado por Etchegoyen (1987), partindo do conceito de Freud sobre interpretação, assinala três conceitos referentes à interpretação: Finalista, funcional e genética (reconstrução) - *Finalista*: aponta as intenções inconscientes do sujeito que estão isoladas ou incorporadas em outro contexto – as intenções têm o ponto de partida na pulsão, com seu

¹ Bernfeld, Siegfried (1932) “El concepto de ‘interpretacion’ en psicoanálisis”, in *El psicoanálisis y la educación antiautoritaria*, Barcelona: Barral editores, 1973.

corolário de desejo inconsciente ou fantasia; a interpretação *funcional* aponta para a descoberta do papel que cumpre uma determinada ação, a serviço do que esta ação está, pode, por exemplo, uma ação servir para evitar desejos inconscientes; enquanto a *reconstrução(genética)* estabelece o nexo genético de um fenômeno que ficou separado. Para Freud o ponto de partida das interpretações são as pulsões, com seu corolário de desejo inconsciente e fantasia. A interpretação *genética* é o método fundamental. A psicanálise se propõe sempre à reconstrução dos processos psíquicos que se sucederam concretamente, por meio da leitura de suas “marcas” deixadas em sua história. Deve-se salientar que a reconstrução utiliza a interpretação final e funcional.

1.4.1. A Interpretação Transferencial

Segundo Heimann (1977), o instrumento mais específico - e que diferenciou a psicoterapia psicanalítica das outras - é a *interpretação transferencial*. A repetição permite um caminho à modificação, às mudanças dinâmicas no Ego do paciente, porque a interpretação transferencial permite a este Ego perceber suas experiências emocionais, seus impulsos e vicissitudes, tornando-as conscientes, no *momento exato* em que elas são ativadas para uma relação direta e imediata com seus objetos. No processo analítico, as mudanças estão baseadas na mais completa atividade do Ego, isto é, nas percepções realistas e criticamente testadas.

De acordo com a autora, a transferência não é apenas uma compulsão à repetição, nem um mero mecanismo de deslocamento de impulsos libidinosos não gratificados e conflitos não resolvidos. Para ela, na transferência o paciente encontra-se sob o domínio de suas fantasias infantis, quando considera o analista como seus pais. Dessa forma, as interpretações podem ser apreciadas como leite substancioso oriundo do seio da mãe, quando realizam seus desejos; ou amedrontadores ataques do pai castrador, quando ativam a ansiedade.

Klein (1943) acredita que a transferência está presente desde o início da análise, tanto a positiva quanto a negativa, sendo que ela faz uso das interpretações muito cedo na análise. Quando se estabelece uma situação analítica, o analista toma o lugar dos objetos originais e o paciente lida, novamente, com sentimentos e conflitos que estão sendo revividos com as mesmas defesas que usou na situação original. Estes fatos têm relevância para a técnica:

Através da utilização da situação transferencial, o analista se dá conta de que está desempenhando uma variedade de papéis na cabeça do paciente e que não está só representando pessoas reais do presente e do passado do paciente, mas, também, os objetos que o paciente internalizou desde os seus primeiros dias de vida, construindo, assim o seu superego. Desta forma, somos capazes de compreender e analisar, desde seu início, o desenvolvimento de seu ego e seu superego, de sua sexualidade e de seu complexo de Édipo. (Klein, 1943, p.50).

A autora menciona que se formos constantemente, guiados pela situação transferencial, estaremos seguros de não negligenciar as experiências reais presentes e passadas do paciente, pois estas são vistas repetidamente por meio da situação transferencial.

Klein (1943), diferindo de outros analistas, interpreta tão logo quanto possível. Ela acredita que se o paciente está trazendo material é porque desenvolveu a transferência positiva e que demorar a interpretar só traria resistência e angústia. Desta forma, interpretava as fantasias que estavam operando e a ansiedade que as interpretações despertavam, assim que fossem identificadas.

Recebeu críticas, em função de sua postura, tais como descreve Etchegoyen (1987): a interpretação direta poderia levar o paciente a entendê-la como agressiva ou sedutora; ou ainda, uma simples tradução dos símbolos pode levar a resultados como por vias da abreação ou intelectualização. Zimmerman (2004) apresenta as críticas advindas principalmente dos psicólogos do ego, feitas à técnica analítica preconizada por Klein e seus seguidores diretos:

- 1) O paciente adulto estaria sendo encarado e tratado como um bebê sempre insatisfeito, ávido, com desejos destruidores e com um certo menosprezo aos sentimentos amorosos.
- 2) O uso de um estilo interpretativo algo apriorístico, doutrinário e categórico, com verdades acabadas; desse modo, as interpretações só fechariam, no lugar de abrir.
- 3) Essa conduta analítica, paradoxalmente, conduziria a uma maior infantilização do paciente adulto. (...)
- 4) O uso de interpretações com características superegóicas (como se o paciente fosse um permanente “réu”), algo acusatórias, de certo cunho moralista, com o uso de uma terminologia na base de “bom” e “mau”..., e mescladas com expectativas do analista a serem cumpridas pelo paciente, impedindo, assim, a abertura de novos vértices de percepção e pensamentos do paciente e dele próprio.
- 5) Uma ênfase exagerada na interpretação da inveja, além do fato de que a crença na noção de uma inveja primária inata já condiciona negativamente a “atitude psicanalítica” do terapeuta.
- 6) Igualmente, haveria um excessivo radicalismo no *setting* instituído, a ponto de não tolerar a introdução de qualquer parâmetro, por mínimo e necessário que ele fosse.
- 7) Uma não valorização das funções e representações do ego, comparativamente ao id.
- 8) O uso abusivo de interpretações

sistematicamente voltadas para um reducionismo, freqüentemente artificial, centrado no “aqui-agora-comigo”-como “lá e então”. 9) Interpretações centradas em órgãos (seio, pênis...) e funções primitivas podem induzir a uma “doutrinação intelectual” do paciente... (p. 35)

Nesse aspecto, compreendemos que estas são afirmações equivocadas a respeito do verdadeiro trabalho de Klein. Há uma confusão entre os textos escritos por ela e a prática clínica exercida pelos desavisados que se dizem “kleinianos”.

Zimerman (2004) refere, porém, que os psicanalistas pós e neokleinianos têm realizado modificações importantes na técnica, empregando uma maior elasticidade na aplicação dos princípios técnicos rígidos, sem perder sua essência.

Assim como as críticas referidas, o autor discorre, também, sobre o valor terapêutico que Klein atinge devido à interpretação dos ataques invejosos, seguidos pela culpa daí decorrentes, e da necessidade do paciente fazer reparações verdadeiras e construtivas.

Simon (2004) aponta que o modelo kleiniano de interpretação é mais adequado para quadros graves porque, nestes, é preciso alcançar níveis profundos visando à reestruturação da personalidade. O autor lembra que de Klein (1952, p.55), afirma que sua concepção de transferência é mais ampla que a descrita por Freud, na qual, o analista deveria interpretar somente quando fosse citado diretamente. Ela refere que sua concepção de transferência está “enraizada nos estágios mais primitivos do desenvolvimento e nas camadas profundas do inconsciente e acarreta uma técnica pela qual, *da totalidade do material apresentado* [grifos de Simon]os *elementos inconscientes* [grifos Klein] da transferência são deduzidos”. Sendo este conteúdo comunicando sistematicamente ao paciente.

O objetivo da interpretação kleiniana é a reestruturação da personalidade severamente comprometida por conta das extensas fixações nas posições esquizo-paranóide e depressiva, seja por fatores constitucionais ou ambientais.

1.4.2. O Analista Como Ego Suplementar do Paciente

Heimann (1977), apoiando-se nas contribuições de Freud, postula que o analista atua como espelho do paciente. Como um espelho não tem *self* deve-se ter sempre presente que tudo o que o paciente diz e faz está tendo lugar dentro da *situação transferencial* e, por isso, devem-se procurar as razões e significados através das associações do paciente. A ilusão, o delírio e a alucinação substituem a percepção e o julgamento realístico do paciente. Conseqüentemente, o analista não está ali somente, ou primordialmente, para interpretar algo que aconteceu no passado, mas também está acontecendo agora. A pergunta que o analista

tem de se propor, constantemente, é: ***“Por que o paciente está agora fazendo, o que e a quem?”***

A resposta a essa pergunta constitui a ***interpretação transferencial***. Ela define os verdadeiros motivos do paciente, originários tanto de seus impulsos instintivos, como também de suas defesas contra a dor e ansiedade para com o analista, agora, objeto deste.

É a ***interpretação transferencial*** que reinstala completamente o passado no presente e o torna acessível ao Ego do paciente. Este terá a possibilidade de viver com o analista o equivalente de sua vida passada com seus objetos originais que, na verdade, foram intrapsiquicamente preservados.

As modificações realmente válidas do superego resultam das mudanças operadas no Ego através de uma consciente elaboração de seus impulsos, conflitos e ansiedades.

Corroborando essa idéia Malcolm (1986) salienta em seu artigo “Interpretação: o passado no presente” três pontos que julga essenciais: 1. que interpretada a transferência o analista está simultaneamente interpretando passado e presente; 2. que a gênese e a resolução dos conflitos do paciente só podem ser alcançados e conseguidos interpretando-se o relacionamento do paciente com o analista; e 3. que as chamadas “interpretações genéticas”, isto é, interpretações que referem à história passada do paciente, não são o objetivo do trabalho analítico, mas têm a função de dar ao paciente um sentido de continuidade em sua vida.

Etchegoyen (1987), apoiado nos postulados psicanalíticos mais clássicos, chama de “interpretação completa” a interpretação que deve integrar todos os níveis que o material oferece: conflito infantil, conflito atual e transferência.

Outro autor que defende a idéia de que só há mudanças significativas se o trabalho for realizado na transferência é Strachey 1934². Este afirma que a ação terapêutica da psicanálise depende das mudanças dinâmicas que produz a interpretação e, sobretudo, um tipo especial de interpretação, que ele chama de “mutativa” (mutativa com o significado de algo que muda a estrutura do superego arcaico do paciente). Mudanças econômicas, que pressupõem a presença do analista como superego auxiliar, permitem aflorar à consciência um determinado impulso do id que, em princípio, será dirigido ao analista. Esse é o ponto crítico - se o analista não responder como o objeto original, o analisando poderá fazer

² James Strachey. A natureza da ação terapêutica da psicanálise. *International journal*. 1934.

discriminação entre o objeto arcaico e o atual; se o analista puder ser visto como superego auxiliar, em vez do superego arcaico, a interpretação consegue quebrar o círculo vicioso neurótico, e se torna mutativa. Há uma mudança na relação de objeto, tanto interno como externo, desta forma alterando o funcionamento superegóico. O psicanalista ressurgido do processo interpretativo como figura *real*, que é o que mais importa a Strachey em seu artigo. Uma interpretação correta leva sempre implícita uma afirmação do analista em sua função.

Strachey chama, pois, de interpretação mutativa a que produz mudanças estruturais e diz que consiste em dois momentos. Essas duas fases possuem uma delimitação temporal. Podem se dar simultaneamente, como também ficar separadas. As duas fases não são nunca simples e podem ser muito complexas, porém, do ponto de vista genético, existirão sempre. A chave da teoria apóia-se em que o analisando tome consciência de duas coisas: um impulso instintivo e um objeto ao qual esse impulso não se enquadra.

A primeira fase se cumpre quando o paciente se torna consciente da pulsão ou, como diz Strachey, seguindo Freud (1915), de um derivado da pulsão. Isso pode ser alcançado direta e espontaneamente, ou seja, antes de interpretar, mas o mais comum é que o analista intervenha com interpretações sucessivas para que o analisando se dê conta de que há um estado de tensão e angústia. Assim terá que interpretar a defesa do ego, a censura do superego e o impulso instintivo em diversas formas, na ordem adequada, até que o derivado chegue à consciência e se mobilize a angústia em dose que será sempre moderada. Porque uma característica essencial da interpretação mutativa é que a descarga de angústia seria graduada. Se a dose é demasiado baixa, não se terá alcançado a primeira fase, se é alta, sobrevirá uma explosão de angústia que tornará impossível a segunda”. Na segunda fase é importante que o paciente discrimine o objeto real (analista) do superego arcaico.

Segundo Heimann (1977), se a interpretação dinâmica transferencial permanece ausente por muito tempo, e o analista meramente fornece clarificações preparatórias, o que vai acontecer com o paciente é que ou ele irá encontrar mais combustível para suas defesas intelectuais, ou irá experimentar mais uma frustração emocional, o que, novamente, não lhe trará nenhum proveito, como tão freqüentemente acontece em sua vida “lá fora”. A repetição não foi convertida em modificação, e isso, freqüentemente, vai conduzir o paciente a novas repetições; por exemplo, na forma de “*acting out*”.

Etchegoyen (1987) refere que se quiséssemos colocar esse problema nos termos de Paula Heimann, poderíamos dizer que tudo depende dos processos perceptivos que estão em jogo em um momento dado na situação analítica.

Ela diz que poucas vezes o analista é cabalmente o analista para o paciente. Muitas vezes ele é mera projeção dos objetos originais:

O problema que é colocado mais à técnica, talvez, que a estratégia, quando se faz uma interpretação histórica ou atual, é se o analista a faz de verdade ou é meramente o objeto que lhe foi transferido nesse momento. Se este último é o caso, a intervenção será para o paciente ameaça, reprovação, cumplicidade, sedução – tudo menos uma interpretação, porque omitiu o centro de dispersão que estava na transferência. O risco das interpretações extra-transferenciais, então, reside em que o paciente as receba com uma perspectiva transferencial. Em termos de Heimann, não teremos modificado a distorção perceptiva do ego do paciente. (p.241)

O autor salienta que todo mal-entendido pode ser corrigido. Aponta para a possibilidade

de cometermos um erro contrário, fazendo uma interpretação transferencial quando teria sido adequado atender ao conflito infantil ou atual. Se quisermos ser ainda mais precisos, teremos que dizer que toda interpretação vai ser bem compreendida por uma parte do ego (o ego observador) e ao mesmo tempo distorcida pelo ego vivencial, de modo que cada vez que vamos interpretar teremos que pesar ambas as possibilidades. Se o ego observador é suficiente (ou, o que é o mesmo, se contamos com uma aceitável aliança terapêutica), a possibilidade de que a interpretação seja operante é obviamente maior. É nessas condições, justamente, que aumenta o seu alcance da interpretação extra-transferencial.

Etchegoyen (1987), porém, enfatiza, corroborando com Heimann, que se permanecemos nas interpretações transferenciais os possíveis deslizes poderão ser corrigidos de imediato, no aqui - agora. Refere que se aceitamos sem reparos a teoria da transferência, podemos afirmar que, na medida em que corrigimos a intromissão do passado no presente, temos mais oportunidades de operar como analista.

Zimerman (2004) apresenta uma postura inovadora diante da perspectiva até então apresentada. Recorre ao paradigma da *vincularidade*, situando-a à psicanálise contemporânea, em que, o processo analítico não fica tão centrado *na* pessoa do analisando, tampouco *na* do analista, mas sim no campo que se estabelece *entre* eles. Isso implica na saída do analista como observador que passa a ser participante ativo, de modo que cada um

deles do par analítico influencia e é influenciado pelo outro. O autor fala dos caminhos que a interpretação tomou: refere que a princípio a via de acesso ao inconsciente se dava pela interpretação do simbolismo dos sonhos; num segundo momento, cedeu lugar à interpretação sistemática do “aqui-agora-comigo” da neurose de transferência. Na atualidade, a transferência não está sendo entendida como simples repetição do passado, levando em conta outros fatores, inclusive a pessoa real do analista.

Segundo Zimmerman (2004), de acordo com a perspectiva atual da psicanálise vincular, nem tudo que o paciente traz à análise possui o objetivo de comunicar, pelo contrário, seu discurso pode ter como objetivo, controlar, induzir o analista a falar aquilo que ele *deseja* ouvir, a fim de triunfar sobre ele ou para não sofrer, nem fazer verdadeiras transformações e mudanças na sua personalidade.

O autor alerta para a possibilidade de ocorrer uma contratransferência patológica em virtude das projeções maciças do analisando no analista. Se isso acontecer a capacidade empática do analista ficará comprometida. O objetivo principal da interpretação seria o *insight*, de modo que a convergência e inter-relação de diversos *insights* parciais é que vai possibilitar o trabalho de uma elaboração psíquica e, conseqüentemente, a aquisição de verdadeiras mudanças caracterológicas.

1.5. A co-transferência e sua utilização

É justamente com relação à interpretação transferencial e suas implicações que Simon (2005) traz uma inovação técnica muito bem fundamentada teoricamente, que pode representar uma *mudança de paradigma*. Simon (2001, 2005) sistematiza e fundamenta o que chamou de “*co-transferência*”. Utilizando o próprio conceito de Freud (1914) a respeito da transferência, Simon (2001, 2005) menciona que esta pode ocorrer fora da relação analítica (*co-transferência*), com intensidade semelhante ou até maior. Para Simon, a vivência emocional experimentada pelo paciente fora da relação analítica pode ser interpretada em seus aspectos defensivos ou irrealisticamente gratificantes, trazendo *insight* sobre as origens inconscientes em relação ao passado, ou na fantasia. Segundo o autor, interpretações co-transferenciais realizadas no processo terapêutico podem levar a mudanças significativas nas relações afetivas com objetos externos atuais. Simon afirma que a utilização de tal técnica em psicoterapia psicanalítica para quadros medianos e psicoterapia breve é estrategicamente apropriada, já que não há necessidade de trazer continuamente a vivência do paciente para a

relação com o terapeuta; evita-se, desse modo, a regressão indesejável e o risco do fortalecimento da neurose de transferência. Segundo o autor, tecnicamente, a recomendação psicanalítica é trabalhar-se na transferência no “aqui-e-agora”. Simon (2005, p.19), baseado nesta proposição, desenvolveu o seguinte raciocínio:

...não é o “aqui” (isto é, um aspecto espacial, o aqui com o psicoterapeuta, objeto da emoção e da fantasia inconsciente), mas o “agora” (o aspecto temporal, ou seja, a intensidade e qualidade do impulso e da emoção, ou aquilo que está sendo vivido agora; não necessariamente neste momento, mas na atualidade). O objeto do envolvimento vivencial do paciente é casual (poderia ser este psicoterapeuta ou outro), é o objeto transferido do passado ou da fantasia inconsciente. Reitero que o importante é a intensidade da experiência que está sendo vivida, seja “aqui” com o psicoterapeuta (transferência) ou “lá”, com outra pessoa na atualidade (co-transferência).

Simon (2005) comenta que a análise da transferência, segundo o modelo kleiniano (transferência total) é excelente quando se trata de reestruturar a personalidade do pacientes que designou como “quadros graves”. Ela é útil para estimular a neurose (ou psicose) de transferência, permitindo ao paciente trazer seus traços psicóticos para a relação terapêutica e, assim, serem elaborados intensivamente. Ele atenta para o uso sistemático e excessivo das interpretações transferenciais, pois pode levar o analista a não dar a devida importância às relações co-transferenciais, isto é, às relações transferenciais intensas com pessoas da vida atual do paciente, o que contribuiria para que permanecessem inalterados os distúrbios do relacionamento atual extra-analíticos não cobertos pelo trabalho terapêutico.

O autor conclui que quando ocorre a transferência e/ou co-transferência, a percepção do objeto é distorcida, por ser continente de uma identificação projetiva, seja de partes do *self* ou objetos internos. Simon (2005) chama a atenção, também, para o fato dos próprios “objetos originais” não serem “originais” no sentido real. “São já objetos distorcidos por projeções fantasiosas e colocados no objeto externo para atender a um desejo, um impulso, uma angústia, ou uma defesa” (p.19). Na realidade, são estas distorções da percepção que devem ser interpretadas.

Simon (2005) classifica os quadros medianos como aqueles que já teriam ultrapassado, com sucesso, o período compreendido pelos estágios evolutivos do primeiro ano de vida, nomeados por Klein como posição esquizo-paranóide e depressiva, ficando apenas ligeiros resíduos de fixação nessas etapas. Neste caso, ele não vê necessidade de retroceder

sistematicamente aos estágios primitivos do desenvolvimento, em busca de estragos evolutivos que não ocorreram. Dessa forma, refere que é desnecessário insistir na instauração da neurose (ou psicose) de transferência – que seria útil se fosse visada uma reestruturação da personalidade. Essa concepção teórica influenciou na escolha do tipo de interpretação, pois, se, por hipótese, no indivíduo incluído nos quadros medianos, os conflitos inconscientes estão fixados ao redor dos estágios neuróticos do desenvolvimento infantil – implicam pouca distorção na estrutura da personalidade e na percepção da realidade –, suas repercussões são menos decisivas nos relacionamentos atuais. Assim sendo, bastaria ao terapeuta concentrar-se nas interpretações co-transferenciais, ajudando o paciente a superar mais rapidamente as situações-problema existentes nas relações presentes. Supõe-se que, assim, se reduzirá o risco de neurose de transferência e *acting outs*.

1.6. A Interpretação da Transferência Negativa em Psicoterapia Breve

Simon (2000/2005) afirma que na Psicoterapia Breve Operacionalizada o terapeuta deve evitar interpretações transferenciais para não estimular a neurose de transferência. Porém, deve interpretar a transferência negativa no momento que surge, para não inviabilizar o trabalho terapêutico. Segundo Simon (2004), quando utiliza as interpretações co-transferenciais, segue o modelo freudiano. Em “Recomendações aos médicos que exercem psicanálise” e “Sobre o início do tratamento”, Freud (1912,1913), recomenda que a transferência só deve ser interpretada diante da resistência, evitando as interpretações transferenciais se a comunicação entre paciente e analista ocorre de modo fluido. Freud aconselha, então, que o analista deve interpretar a transferência negativa ou positiva quando o psicoterapeuta é diretamente mencionado pelo paciente, ou então, quando a transferência é negativa, mas surge indiretamente através de atuações (“faltas e atrasos injustificados, pedido de redução do número de sessões, silêncios prolongados, verbalização escassa ou superficial, recusa sistemática em aceitar interpretações plausíveis, esquecimento de pagamento ou atraso sem fundamento econômico, e muitos outros” (p.15). O autor reforça que se não houver interpretação da transferência negativa pode ocorrer o impasse terapêutico ou desistência, assim como incentivo de modos de *acting outs* acima referidos.

Para Fiorini (1978) as interpretações transferenciais não intervêm na psicoterapia breve com o sentido e o caráter sistemático que assumem na técnica psicanalítica. Esse critério diferencial se funda em várias considerações dinâmicas.

1. As condições de enquadre da terapia breve limitam as possibilidades de regressão transferencial, por sua menor frequência de sessões, pela intervenção mais pessoal e ativa do terapeuta (manejo diferente dos silêncios, por exemplo), e por ser feita “frente a frente”. O controle visual coloca muito mais o paciente em “situação de realidade”, permite-lhe maior discriminação do terapeuta em sua pessoa e papel objetivos, ao passo que as condições do enquadre analítico induzem muito mais a ligação com um objeto virtual, a projeção transferencial.
2. Numa instituição, reduz-se a possibilidade de concentrar a transferência exclusivamente na relação com o médico.
3. O tempo limitado de tratamento torna indesejável o desenvolvimento de uma intensa neurose transferencial, cuja elaboração exige, claramente, outro enquadre. Surge como condição técnica primordial em psicoterapia breve a necessidade de autocontrole por parte do terapeuta, que deve regular as interpretações transferenciais em função da manutenção da relação médico paciente num nível ótimo. Esse nível parece consistir num grau moderado de transferência positiva estável.

Sifneos (1989) enfatiza que no início da “Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedade” há um predomínio da transferência positiva. Ele afirma que isto se deve ao extensivo trabalho feito pelo avaliador e a alta motivação para mudança do paciente. Para ele, devido a estes fatores, quaisquer sentimentos de transferência positiva, que poderão aparecer bastante cedo, deverão ser discutidos com o paciente, em vez de esperar pelo aparecimento da transferência como resistência, para só depois interpretar. Malan (1983) concorda com a necessidade de interpretar a transferência desde muito cedo, afirmando que tais sentimentos surgem quase inevitavelmente durante um tratamento que ultrapasse algumas poucas semanas, podendo aparecer desde o primeiro momento e, às vezes, até antes do paciente chegar ao consultório.

1.7. Função da Interpretação Segundo Simon (1999)

Psicanálise: A Interpretação é utilizada para dar conhecimento do novo e do desconhecido, ou dos mecanismos empregados para manter a mentira, visando evitar a dor da verdade sobre a **pessoa** e suas relações com o analista e com a realidade.

Psicoterapia Psicanalítica Quadros Graves: Focalizada na análise de transferência e da resistência. Tradução dos motivos inconscientes, das emoções emergentes no momento e baseadas nas associações livres. [Uso de “construções” no intuito de compreender as origens genéticas (histórias) dos conflitos]. Interpretação alcançando o ‘nível psicótico’.

Psicoterapia Psicanalítica Quadros Medianos: Interpretações dirigidas, de preferência, a situações-problema atuais. Interpretações transferenciais para reduzir a idealização do terapeuta, ou intensidade da transferência negativa. O rastreamento de situações do passado é circunscrito à compreensão das dificuldades atuais. Interpretação das camadas menos profundamente reprimidas dos conflitos, visando à compreensão das soluções pouco adequadas do paciente. Embora a comunicação interpretativa ocorra em nível neurótico, é preciso que o psicoterapeuta mergulhe até os níveis psicóticos para ter clareza de quais angústias e defesas estão operando no momento, visando apurar a precisão sobre o alvo.

Psicoterapia Breve Operacionalizada: Esclarecimento das situações-problema e suas interações nos setores adaptativos (Simon, 2005). Utilização da “Interpretação Teorizada.”

Sobre a Interpretação Teorizada³ em Psicoterapia breve Operacionalizada (PBO)⁴: Segundo Gebara (2001), a *interpretação teorizada* (termo desenvolvido por Simon) difere da interpretação utilizada na Psicanálise na medida em que a primeira se baseia na teoria analítica para reconstruir a história do paciente, porém esta reconstrução é feita com base nos dados colhidos nas primeiras entrevistas, enquanto que a segunda utiliza o material que emerge das sessões. Na psicanálise, as interpretações são realizadas dentro da relação paciente-terapeuta; na transferência, eventualmente se utilizam informações passadas, porém já vividas na relação paciente-terapeuta. A ênfase é no aqui-agora.

³ Termo desenvolvido por Simon para caracterizar a técnica utilizada em PBO. Inicialmente, Simon chamou a interpretação de “intelectualizada”, depois optou por “teorizada”, a fim de evitar confusão com outro contexto no qual a intelectualização é reconhecida como defesa, um pseudoconhecimento, e não uma abertura para compreensão do inconsciente. Simon (2005).

⁴ Modelo de Psicoterapia Breve idealizado por Simon.

Para formular uma *interpretação teorizada*, o terapeuta tem de compreender os dinamismos inconscientes do paciente, considerando sua vida pgressa, avaliando-a de acordo com as teorias analíticas e sua possível interferência na situação-problema atual. Desta maneira, formula-se uma *hipótese interpretativa*; esta *interpretação* explicaria aquele conjunto de atividades do paciente no passado e no presente. Quando se formula uma *interpretação teorizada*, supõe-se que o terapeuta tenha dados suficientes a respeito da situação-problema do paciente e uma conjectura sobre como os complexos inconscientes deste estão organizados. Simon (1996) utiliza a *interpretação teorizada* como principal recurso no processo de Psicoterapia Breve Operacionalizada, idealizado por ele.

A Interpretação Teorizada tem elementos de apoio na psicanálise e na teoria da adaptação. Ambos elementos se articulam na elaboração do que se define por situação-problema, levando à proposição de uma hipótese interpretativa. Esta gerará a Interpretação Teorizada.

Bem sucintamente a *teoria da adaptação* trabalha com a identificação de padrões de enfrentamento ao longo da vida, com a identificação de estratégias utilizadas pelos indivíduos para solucionar crises ou situações-problema. Estas estratégias podem ser eficientes/ineficientes; eficazes/ineficazes, gratificantes/não gratificantes.

Essas interpretações provenientes da teoria e baseadas nos dados de entrevista, quando plausíveis, dão ao paciente a convicção de que aquilo é verdadeiro e funcionam terapeuticamente como a vivência de um conteúdo reprimido, experimentado no aqui-e-agora da transferência na psicoterapia psicanalítica.

Segundo Simon (2005), a *interpretação teorizada* difere do que Freud denominou “construções em análise” apenas no que se refere ao modo na acumulação de dados, pois, na Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) o tempo é curto, enquanto na análise a relação estabelecida é longa e permite maior reunião de evidências. Contudo, no que se refere ao conteúdo, há poucas diferenças. Simon (2005) esclarece que

a força da sugestão transferencial não vai no sentido de reforçar a repressão, como na terapia suportiva. Pelo contrário, a sugestão atua no sentido de levar o paciente a levantar a repressão, de induzir a que algo que estava inconsciente venha à consciência. (p.164)

De acordo com Freud (1910/1970), em seu artigo “*Psicanálise Silvestre*”, a interpretação precoce pode aumentar a resistência; porém, em “*Construções em Análise*”, Freud (1937/1974) fala do objetivo da psicanálise, que é o de induzir o paciente a abandonar as repressões próprias a seu primitivo desenvolvimento e substituí-las por reações a condições psicologicamente mais maduras. Desse modo, o paciente é induzido a recordar certas experiências e os impulsos por elas invocados, os quais não são passíveis de recordação. Seus sintomas e inibições atuais são conseqüências de repressões deste tipo, constituindo um substituto para as coisas que esqueceu. Freud (1937/1974 p.293, 300) coloca como a função do terapeuta:

completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, construí-lo. (...) o modo como nossa conjectura se transforma em convicção do paciente(...) Com bastante freqüência não conseguimos fazer o paciente recordar o que foi reprimido. Em vez disso, se a análise é corretamente efetuada, produzimos nele uma convicção segura da verdade da construção, a qual alcança o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança recapturada.

Após essa colocação, ele sugere uma investigação a respeito do assunto.

Na verdade, quando Freud (1937) fala em construções em análise, acaba se contradizendo com a afirmação feita em 1910, em relação a interpretações precoces.

Simon (2005) recomenda que a interpretação na PBO deve restringir-se à co-transferência. Quanto à transferência negativa, deve-se interpretá-la assim que surgir; a positiva, porém, não precisa ser abordada. A não-elaboração da transferência negativa pode provocar fracasso ou reduzir o sucesso da PBO. A co-transferência poderá ser interpretada teorizadamente em níveis profundos em pacientes de “quadros graves”, se o terapeuta sentir que o paciente tem acessibilidade à compreensão inconsciente.

1.8. Correlação Psicanalítico-Adaptativa utilizando Modelo de Geometria Analítica

Simon (2005) propõe estabelecer uma relação entre a teoria kleiniana e Teoria da Adaptação, fazendo uso da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Propõe substituir a proposição: “*aplicar a EDAO*” por “*aplicar o SISDAO*” (Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado), segundo o autor o SISDAO é um método clínico de avaliação que permite obter os dados do entrevistado; a partir destes usa-se a Escala, a qual, segundo um procedimento Operacionalizado, constitui o Diagnóstico Adaptativo.

Simon (2005) sugere que há indivíduos com propensão crônica para escolher soluções inadequadas para as situações-problema apresentadas pela vida. E, em consequência, têm sua adaptação diagnosticada como “severa” ou “grave”. Relaciona essas escolhas com fixações extensas no primeiro ano de vida, mais especificamente nas posições esquizo-paranóide e depressiva.

Simon (1986), baseado na teoria Kleiniana, afirma que a linha de separação entre psicose e neurose está na fixação da libido no estágio anal. Segundo o autor, o que irá determinar as características do distúrbio mental e relação objetal será a fixação em determinado estágio da evolução da libido - Se há o predomínio do sadismo (estágio sado-oral e sado-anal) corresponderão angústias e defesas drásticas, levando a um quadro psicótico. Se há fixação onde predomina mais a carga libidinal (segundo estágio anal e genital infantil), haverá relações objetais menos violentas, gerando angústias e defesas menos drásticas, assim como defesas menos destrutivas, acarretando um quadro neurótico.

Klein (1946) refere que as deficiências mais sérias referentes ao desenvolvimento e doenças psíquicas surgem quando situações de alimentação desfavorável (influência externa) se aliam a um sadismo oral constitucionalmente fortalecido, prejudicando o prazer do bebê no sugar. Outro fator que pode influenciar o aumento do sadismo seria um ambiente muito desfavorável, podendo impedir um desenvolvimento normal da evolução da libido e ser danoso à saúde mental.

Grassano (1977), Klein (1946), Bion (1957), Simon (1986, 2005) concordam com o fato de que a evolução dos níveis primitivos de funcionamento mental para os níveis neuróticos se apóia na possibilidade de se estabelecer vínculos objetais continentais. A passagem a níveis neuróticos supõe a transformação de um nível de funcionamento mental com predomínio de mecanismos violentos de identificação projetiva evacuativa, equação simbólica e pensamento concreto, a um crescente desenvolvimento das funções de percepção e discriminação das realidades externa e psíquica, das funções de juízo da realidade, manejo simbólico e progressiva aquisição de sentido de realidade. O desenvolvimento de mecanismos obsessivos de controle adaptativo e o estabelecimento da repressão como mecanismos evolutivo permitem a organização do aparato psíquico.

Bion (1957), concordando com Klein (1946), afirma que são quatro os traços essenciais do **psicótico**: predominância dos impulsos destrutivos (mesmo o impulso de amor é inundado por eles e transformado em sadismo); um ódio da realidade, interna e externa, que se estende a tudo que contribui para percepção dela; um terror de aniquilação iminente (Klein 1946) e, finalmente uma formação prematura e precipitada de relações destrutivas de objeto. Bion (1957) considera a psicose e a neurose como dois modos de funcionamento mental que coexistem em toda personalidade. Interessa determinar, neste sentido, o grau de participação da parte psicótica na personalidade total. Segundo sua afirmação na psicose estes ataques são dirigidos ao aparato psíquico e têm por objetivo destruir todas as funções destinadas a manter o contato com a realidade externa e interna: percepção, memória, atenção, juízo de realidade, funções de vinculação.

Simon (1986) atenta para o uso que Klein faz do termo “posição”; este é usado no lugar de “estagio” ou “fase”, para deixar claro que apesar de descrever a “constelação psíquica (conjunto de angústias, determinados objetos, defesas, relações internas e fantasias inconscientes correspondentes)” (p.70), o sujeito, sendo normal ou perturbado, pode transitar pelos estados descritos por ela, de acordo com o estado afetivo da pessoa.

Melanie Klein (1946) formulou as origens do desenvolvimento psicótico estabelecendo uma relação entre um modo exagerado de inveja constitucional, com a presença de uma mãe ou substituta incapaz de empatia com as necessidades biológicas e psicológicas da criança.

Simon (2005) afirma que pessoas com fixações predominantemente na posição esquizo-paranóide tornaram-se pessoas muito desconfiadas, arredias, introvertidas, voltadas demasiado para a vida de fantasia. Suas relações objetais são prejudicadas por preconceitos rígidos e concepções infundadas.

Conforme Klein (1946), na posição esquizo-paranóide há um predomínio de mecanismos de defesa primitivos contra a ansiedade - mecanismos de cisão de objetos e de impulsos, idealização, negação da realidade interna e externa e abafamento das emoções; a principal defesa nesta posição é a identificação projetiva. Esta constrói as relações de objeto narcísicas, onde objetos externos são equacionados com partes excindidas e projetadas para fora do *self*.

Simon (2005) afirma que o indivíduo fixado na posição esquizo-paranóide fará uso exacerbado da identificação projetiva e terá distorção da percepção da realidade. Sendo assim, sua percepção estará contaminada por questões subjetivas e as buscas de soluções para as situações-problema resultariam em respostas inadequadas.

Correlaciona também a fixação na posição depressiva às soluções inadequadas - as pessoas com fixação na posição depressiva foram descritas como sendo tristes, desanimadas, masoquistas, assumindo cargas e culpas que independem de sua participação. São pessoas incapazes de serem felizes; suas relações pessoais costumam ser acompanhadas de muito sofrimento. Devido excesso de culpas persecutórias sua percepção das situações-problema é inconscientemente influenciada por necessidade de punições, acarretando respostas geralmente inadequadas às situações-problema.

Pessoas com amplas fixações nas posições iniciais da evolução comporão o conjunto adaptativo dos *Quadros Graves*.

Klein (1935) postulou e manteve por toda a vida a asserção de que a superação dos entraves da posição depressiva seria o grande divisor entre o grupo de indivíduos que desenvolverão a psicose ou a neurose.

Segundo Grassano (1977/1984), na **neurose** o aparato psíquico conseguiu se organizar em função dos mecanismos adaptativos de repressão. Os fracassos no desenvolvimento estão centrados em alterações parciais na resolução do conflito inerente à situação depressiva infantil; cada modalidade neurótica elaborou diferentes métodos defensivos que tendem a evitar a dor, através de novas dissociações e paralisações do objeto. A instalação da situação depressiva corresponde ao momento do desenvolvimento das funções de discriminação, juízo de realidade, princípio de realidade e instalação de repressão como mecanismo evolutivo; marca, portanto, a passagem da psicose à neurose.

Para a autora, como consequência desta evolução alcançada na neurose, observamos evidências de um aparato psíquico capaz de organização intrapsíquica, em função do mecanismo da repressão (consciente-inconsciente), que possibilita o desenvolvimento do pensamento simbólico e o estabelecimento de relações simbólicas com a realidade, assim como desenvolvimentos atingidos nas funções de realidade, discriminação e sentido de realidade. Os fracassos parciais na elaboração depressiva marcam as zonas de bloqueio e

inibição ou ainda falhas de simbolização, mas estas funções estão, em seu aspecto geral, conservadas.

Para explicar como acredita que a personalidade e distúrbios mentais são construídos, Simon (2005) cita em seu artigo de 1977, “as séries complementares de Freud como base para uma história natural dos distúrbios mentais”⁵,

Freud cita três espécies de séries complementares nas “Lições Introdutórias”: uma que envolve os fatores congênito-hereditários (constituição) interagindo com experiências infantis, resultando uma disposição sexual (fixação); outra série abrangendo a complementaridade entre disposição sexual (fixação) e as experiências atuais; e uma terceira, que considera as relações complementares entre fixação provocada pelas experiências infantis (inibição evolutiva) e a intensidade das frustrações atuais (provocando regressão) p.65.

Baseado nesse pressuposto, Simon (2005) trabalha com os conceitos de **constituição e ambiente**, como fatores etiológicos que se combinam quantitativamente na determinação dos distúrbios mentais e seus efeitos adaptativos.

Simon (2005) utilizou um modelo cartesiano da geometria analítica, no qual representou fatores internos, constitucionais instintivos correlacionados a fatores externos, ambientais. Refere que por meio dessa compreensão o raciocínio clínico é facilitado; portanto, o diagnóstico, prognóstico e indicação terapêutica são melhor delimitados.

Com relação a *fatores da adaptação*, Simon (2005) considera como *fatores externos* os fatores ambientais.

E *fatores internos* os fatores constitucionais, os objetos internos, suas relações entre si e com o *self*, as fixações, as experiências armazenadas no pré-consciente e no inconsciente, as fantasias e os processos do id.

Refere que um *Ambiente rejeitador* funciona como fatores externos negativos; exemplo disso seriam:

- agressões físicas.
- agressões afetivas (por meio de retirada do amor).

⁵ SIMON, R., As séries complementares de Freud como base para uma história natural dos distúrbios mentais. *Jornal de Psicanálise*, Ano 9 n. 22, p. 17-31, 1977.

- permissivo, que gratifica em excesso, não coloca limites, não impõem disciplina - priva o sujeito de enfrentar situações de angústia que são necessárias para desfazer, pela “prova da realidade”, os temores fundados mais na fantasia que na realidade.

Segundo Simon (2005)

O ambiente pode favorecer padrões de conduta provocando uma rígida relação de objetos externos, que são a seguir internalizados. Estes tendem a ser projetados nas relações atuais – e passam a fazer parte dos fatores internos, constitucionais, mas de uma ordem relacional, não pulsional. Mas, embora não pulsionais funcionam do mesmo modo que estes. É preciso distinguir, então, o ambiente atual, como fator externo, estimulador; do ambiente passado, formador da personalidade e que atua como fator interno relacional. Para simplificar a exposição, se não houver referência explícita, considerarei como fatores internos, constitucionais, apenas os pulsionais. (p.71)

Simon (2005) define o que representa um *Ambiente acolhedor*. Neste predominam os fatores externos positivos:

- relação de amor.

- respeito à individualidade, com frustração suficiente para ensinar a criança/adulto a respeitar os limites e encorajá-lo a enfrentar as situações atemorizantes da fantasia e os perigos reais compatíveis com seus recursos, diferenciando-os, promovendo a integração do ego e conseqüentemente, auxiliando a eficácia da adaptação.

Quanto aos **Fatores internos (constitucionais)**, Simon (2005) refere-se à dupla instintividade vida e morte.

Do *instinto de morte excessivo* (fator interno negativo): A carga do instinto não pode ser aferida diretamente. Sua intensidade se deduz da força de seus derivados: Derivam-se a inveja, voracidade, e ódio excessivos, que interferem desde o nascimento com a experiência de saciedade, gratificação e amor, dificultando a instalação no mundo interno do bebê de um objeto bom inteiro; e de relações confiáveis do *self* com esse objeto (Klein, 1957). O autor salienta que o instinto de morte em dose adequada, preserva a vida, pois funciona como fator de agressão adaptativa.

O *instinto de vida* (fator interno positivo), segundo Simon (2005), representa integração, movimento, unir/reunir, preservar, unidades maiores, pulsões sexuais.

Seguindo esses conceitos, fez uma correlação entre os aspectos constitucionais e os fatores ambientais, desta forma determinando a influência desses fatores na eficácia da adaptação do indivíduo.

Simon (2005) adotou um modelo no qual ampliou o representado anteriormente pela EDAO. Inicialmente, quando desenvolveu a teoria da adaptação, propôs três grupos diagnósticos adaptativos (eficaz, ineficaz moderado e ineficaz severo – além dos estados de crise). Tinha inicialmente o objetivo de realizar uma triagem para grandes grupos populacionais (baseados na triagem de estudantes da Escola Paulista de Medicina). Com o modelo atual propõe ampliar os quadros diagnósticos com finalidades de melhor indicação psicoterápica e pesquisa em psicologia clínica. Desta forma, surgiu a Revisão da EDAO com os cinco diagnósticos atuais. Criou, então, o que denominou de modelo geométrico, aborda a relação estabelecida entre elementos constitucionais interagindo com fatores ambientais. Determinou 16 subcategorias diagnósticas.

Refere baseado em sua experiência e apoiado pelas idéias de Freud (1937a) que o prognóstico de uma neurose de origem traumática, submetida à análise, é melhor do que aquele determinada predominantemente por fatores constitucionais. Nesses casos, seria possível falar em análise definitivamente terminada. Simon (2005) afirma que os fatores externos também podem atuar sobre os instintos; mas seu efeito é mais limitado. Klein (1957), em seu trabalho “inveja e gratidão”, sustenta essa afirmação quando refere que os aspectos constitucionais podem limitar os resultados da análise, porém refere que mesmo com um alcance limitado é possível contribuir para uma melhor eficácia na adaptação do paciente se este for submetido à análise.

A fórmula proposta por Simon (2005), considerando os princípios psicanalíticos descritos por Freud (1895, 1905, 1916, 1917), foi: **equação etiológica:** $G = C + A$, na qual **C** representa os fatores internos, constitucionais instintivos; **A** representa os fatores externos, ambientais; e **G** o grupo adaptativo resultante dessa interação. Desenvolveu um modelo de geometria analítica plana, no qual as abscissas representam fatores constitucionais, enquanto as ordenadas representam fatores externos (ambientais); – e seu interjogo influência na determinação da adaptação.

A equação etiológica, entre outras utilidades, serve para formulação do prognóstico de qualquer tipo de psicoterapia.

1.9. Justificativa

Justifica-se a pesquisa, inicialmente, como continuação da pesquisa anterior intitulada “*Eficácia Terapêutica da Interpretação Intelectualizada*”⁶ na *Psicoterapia Breve Operacionalizada*” (Gebara, 2001), na Universidade Metodista, por ocasião do mestrado, por possuir objetivo semelhante. Gebara (2001) observou que a Interpretação Teorizada no processo de Psicoterapia Breve Operacionalizada foi eficaz sob o ponto de vista da concepção evolutiva. Foram estudados 10 casos, em 90% dos casos houve mudanças significativas dos grupos diagnósticos. Do total, 80% apresentou crise no diagnóstico inicial e (por meio da Interpretação Teorizada), conseguiu lidar de forma adequada com a mesma, tornando esse momento doloroso em elemento de amadurecimento. Isso demonstra a utilidade da Psicoterapia Breve nas situações emergenciais. As entrevistas de *follow-up* realizadas após 6 meses do término do tratamento, confirmaram que as interpretações teorizadas promoveram mudanças favoráveis e duradouras; bem como favoreceram elaborações posteriores. No período não foi possível lançar mão de um grupo controle em comparação ao experimental, o que sustentaria um resultado mais sólido e com possibilidades estatísticas mais precisas. A atual pesquisa ampliou a amostra para 60 sujeitos – 30 no grupo experimental (aqueles que receberam o tratamento de Psicoterapia Breve Operacionalizada) e 30 do grupo controle (que não se submeteram a nenhum tratamento).

A Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), vinha, à época, sendo estudada e aplicada como método terapêutico por alguns pesquisadores. Destes, Oliveira (2000), que tinha como objetivo verificar a eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada quando aplicada a um grupo de cinco pacientes com quadro clínico de hipertensão, concluiu que houve melhora do grupo na eficácia adaptativa. A pesquisadora relata que três pacientes evoluíram de grupo, enquanto dois deles mantiveram-se no mesmo grupo, porém com o relato de maior bem estar. Alves (2001) estudou 48 adolescentes de 16 a 18 anos da escola pública. Suas considerações finais foram que apesar de não observar modificações na estrutura dos pacientes, considerou que o modelo de Psicoterapia Breve foi eficaz, possibilitando um maior controle dos impulsos e uma percepção mais integradora entre pacientes e mundo. Em 1999, Romaro realizou outra pesquisa: “*A variação da eficácia adaptativa de pacientes **borderline***” e concluiu ser viável o trabalho com estes pacientes por meio da Psicoterapia Breve Dinâmica, verificando uma aderência ao tratamento e uma variação no processo adaptativo.

⁶ Termo utilizado por Simon, na ocasião. Este foi substituído por “teorizada” em 2005, pois “intelectualizada” poderia ser confundido como defesa – intelectualização e não abertura para compreensão do inconsciente.

Por se tratar de uma técnica terapêutica, a Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), baseada na teoria da adaptação e fundamentada pelo método analítico apresenta como característica a curta duração do atendimento; porém, com a profundidade necessária para se chegar à compreensão nuclear do conflito que motiva a ineficácia da adaptação.

Reconhecemos a necessidade de uma revisão epistemológica e filosófica constantes dos métodos psicoterápicos e de premissas sobre saúde e doenças; daí o interesse pela pesquisa. Além do fato de que sem pesquisa cientificamente verificada temos de nos restringir às pesquisas empíricas que se apóiam muito nas preferências subjetivas do clínico.

Considerando a relevância do emprego da interpretação teorizada na Psicoterapia Breve Operacionalizada, um estudo bem minucioso de sua eficácia confere maior segurança e confiança em seu uso.

Objetivo

Investigar a eficácia terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve Operacionalizada.

Objetivos específicos

1. Verificar se a situação-problema nuclear é resolvida por Interpretações teorizadas e se as conseqüentes, (quando houver) também o serão, independente de abordagem direta.
2. Investigar se as interpretações teorizadas contribuem para melhor adaptação e adequação da resolução das situações-problema.
3. Confirmar se há melhoras na adequação do setor adaptativo em que está inserida a situação-problema e possíveis relações com outros setores adaptativos.
4. Compreender a evolução do processo psicoterapêutico com a utilização das interpretações teorizadas.

2. MÉTODO

2.1. Sujeitos

Grupo Experimental

A amostra referente ao grupo experimental foi constituída por 30 sujeitos, de ambos os sexos, dentro da faixa etária de 18 a 69 anos. Foram atendidos em Psicoterapia Breve Operacionalizada, pela pesquisadora e por profissionais habilitados e competentes em Psicoterapia Breve Operacionalizada. Esta amostra foi constituída por conveniência. Foram considerados os seguintes critérios de seleção: situação-problema, motivação e disponibilidade.

O **quadro 1**, traz características gerais dos participantes da pesquisa. Foram dados nomes fictícios por razões de sigilo pessoal de ética profissional. Houve uma procura maior por participantes do sexo feminino - 73,3% (e 86,6 no grupo controle) evidenciando maior procura de ajuda psicológica por parte das mulheres.

QUADRO 1 – Características gerais dos participantes da pesquisa

GRUPO EXPERIMENTAL

Caso	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão	Diagnóstico Inicial – Final
1	Feminino	28	Superior	Solteira	Advogada	G3 – G1
2	Feminino	26	Superior	Casada	Psicóloga	G2 – G2
3	Masculino	33	Superior (cursando)	Casado / Separado	Comerciante	G3 – G2
4	Masculino	20	Superior Incomp.	Solteiro	Estudante	G3 – G1
5	Masculino	18	2º Grau Comp.	Solteiro	Ferramenteiro	G3 – G1
6	Feminino	30	Superior Incomp. (cursando)	Casada	Vendedora	G4 – G3
7	Feminino	38	Superior	Solteira	Secretária	G3 – G2
8	Feinino	23	Superior Incomp.	Solteira	Freira	G4 – G2
9	Feminina	34	2º Grau Comp.	Solteira	Freira	G4 – G2
10	Feminina	30	2º Grau Comp.	Solteira	RH	G4 – G3
11	Masculino	25	Superior Comp.	Solteiro	Analista de Sistemas	G4 – G2
12	Feminino	63	1º Grau Comp.	Divorciada	Aposentada do Funcionalismo Público	G5 – G4
13	Masculino	23	Superior Incomp.	Solteiro	Músico	G5(crise) – G2

14	Feminino	23	2º Grau Comp.	Solteira	Repositora	G4 – G3
15	Feminino	54	1º Grau Comp.	Casada	Empregada Doméstica	G3 – G2
16	Feminino	23	Superior Comp.	Solteira	Gerente em Escritório de Contabilidade	G3 – G1
17	Masculino	18	2º Grau Incomp.	Solteiro	Estudante	G3(crise) – G2
18	Feminino	69	1º Grau	Divorciada	Aposentada (Empregada Doméstica)	G4(crise) – G3
19	Feminino	18	2º Grau Comp.	Solteira	Estudante	G4 – G2
20	Feminino	20	Superior Incomp.	Solteira	Estudante	G4 – G3
21	Feminino	65		Viúva	Contadora Aposentada	G5 – G3
22	Feminino	19	Superior Incomp.	Solteira	Estudante	G2 – G1
23	Feminino	31	2º Grau Comp.	Casada	Desempregada	G4 – G3
24	Masculino	28	Superior Incomp.	Solteiro	Auxiliar de Enfermagem	G3 – G3
25	Feminino	28	Superior Comp.	Solteira	Coord. Educacional	G4 – G4
26	Masculino	41	2º Grau Comp.	Casado	Serralheiro	G3 – G3
27	Feminino	28	Superior Completo	Solteira	Diretora de Creche	G3 (crise) – G1
28	Feminino	44	Superior Comp.	Casada	Enfermeira	G3 – G1
29	Feminino	30	2º Grau Comp.	Separada	Balconista	G4 – G2
30	Feminino	44	Superior Comp.	Divorciada	Assistente de Administração	G4 – G3

Grupo Controle

A amostra do grupo controle foi constituída por 30 sujeitos, dentro da faixa etária de 18 a 64 anos, que aguardavam na fila de espera da clínica-escola da Universidade Paulista para atendimento psicológico. Sabe-se que entre o cadastro e a convocação para o atendimento a espera é de aproximadamente dois anos. Desta forma, não houve retardo voluntário no início do tratamento psicológico de nenhum sujeito da amostra, preservando-se

assim, a ética profissional. Num primeiro momento foram entrevistados e avaliados, por meio da EDAO. Daí foi gerado o diagnóstico adaptativo inicial. Após três meses, aqueles sujeitos que não receberam nenhuma espécie de tratamento foram reavaliados, obtendo-se o diagnóstico adaptativo final. Os entrevistadores possuíam conhecimento e experiência com a EDAO.

O **quadro 2**, traz características gerais dos participantes da pesquisa.. Houve uma procura maior por participantes do sexo feminino - 86,6%.

QUADRO 2 – Características gerais dos participantes da pesquisa

GRUPO CONTROLE

Caso	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão	Diagnóstico Inicial – Final
1	Feminino	38	2º Grau Comp.	Casada	Vendedora	G2 – G2
2	Masculino	33	Superior Incomp.	Casado	Encarregado	G4 – G4
3	Feminino	32	Superior Comp.	Solteira	Investigadora (Advogada)	G4 – G4
4	Feminino	25	Superior Incomp.	Casada	Secretária	G4 – G4
5	Feminino	54	Técnico Comp.	Casada	Auxiliar de Enfermagem	G3 – G3
6	Feminino	27	2º Grau Comp.	Casada	Vendedora	G2 – G3
7	Feminino	33	Superior	Solteira	Secretária	G3 – G3
8	Feminino	40	2º Grau Comp.	Casada	Auxiliar de Enfermagem	G3 – G3
9	Feminino	24	2º Grau Comp.	Casada	Dona de Casa	G3 – G3
10	Feminino	59	1º Grau Comp.	Casada	Aposentada (Costureira)	G2 – G2
11	Feminino	19	2º Grau Comp.	Solteira	Secretária	G2 – G2
12	Feminino	35	2º Grau Comp.	Casada	Dona de Casa	G3 – G3
13	Feminino	26	2º Grau Comp.	Solteira	Acompanhante de uma Senhora	G5 – G5
14	Feminino	22	Superior	Solteira	Agente de Bordo	G3 – G2
15	Feminino	22	2º Grau Comp.	Solteira	Atendente de Empresa	G2 – G2
16	Feminino	64	2º Grau Comp.	Solteira	Aposentada	G4 – G4
17	Feminino	47	2º Grau Comp.	Casada	Dona de Casa	G5 – G5
18	Masculino	31	2º Grau Comp.	Casado	Cartazista	G3 – G3
19	Feminino	46	1º Grau Incomp.	Casada	Dona de Casa	G4 – G4
20	Feminino	36	1º Grau Comp.	Casada	Dona de Casa	G4 – G4
21	Feminino	47	2º Grau Incomp.	Casada	Dona de Casa	G4 – G4
22	Feminino	26	Superior Incomp.	Solteira	Estudante	G3 – G2
23	Feminino	46	2º Grau Comp.	Amasiada	Técnica de Laboratório	G2 – G2
24	Feminino	22	Superior Comp.	Solteira	Desempregada	G4 – G4

25	Masculino	30	Superior (Pós)	Casado	Empresário de Transações de Futebolísticas	G3 – G3
26	Feminino	30	Superior Comp.	Solteira	RH	G2 – G2
27	Masculino	27	2º Grau Comp.	Solteiro	Técnico em Manutenção	G5 – G5
28	Feminino	49	Superior	Divorcida	Funcionária Pública	G4 – G4
29	Feminino	49	1º Grau	Casada	Serviços Gerais em Escola	G2 – G3
30	Feminino	20	2º Grau Incomp.	Solteira	Diarista	G3 – G3

2.2. Ambiente

O grupo experimental foi atendido em Psicoterapia Breve Operacionalizada na Clínica Psicológica da Universidade Paulista UNIP ou consultório particular de profissionais especializados em PBO, ou que estejam em formação em nível de pós-graduação *lato-sensu* em Psicoterapia Breve Operacionalizada sob a supervisão de um especialista na área.

Os pacientes que compõem o grupo controle são aqueles que procuraram a Clínica Escola da UNIP – Sorocaba e aguardavam por atendimento psicológico em uma fila de espera.

2.3. Instrumentos

2.3.1. Entrevista Psicológica conforme o SISDAO – Sistema

Diagnóstico Adaptativo Operacionalizada - baseado na teoria da adaptação, desenvolvida por Simon (1989, e reeditada em 2008)

A EDAO (Simon, 1989, p.13) foi criada para possibilitar “com brevidade um levantamento da população e organizar providências para seu atendimento, conforme a classificação atribuída a cada indivíduo”.

Esta escala visa facilitar a avaliação da seguinte forma: ao permitir atender maior número de entrevistados em menor tempo, poucos casos ficariam sem avaliação; e proporcionando maior consenso entre os avaliadores do diagnóstico, por causa da operacionalização.

As entrevistas psicológicas que visam à EDAO avaliam o nível da eficácia adaptativa dentro da concepção evolutiva, analisando a dinâmica do indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial, possibilitando o delineamento da situação-problema ou situações-problemas atuais, que deverão ser trabalhada na Psicoterapia Breve Operacionalizada.

A teoria da adaptação tem como princípio norteador a *adaptação* e *adequação* do indivíduo a seu meio.

Simon (1989, p.14) define *adaptação* como “um conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida”.

- A adaptação é avaliada segundo a *adequação* do conjunto de respostas que o indivíduo apresenta para a satisfação de suas necessidades nos quatro setores de funcionamento:
- *Setor Afetivo-Relacional (A-R)*: compreendendo os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante no relacionamento interpessoal e intrapessoal (do indivíduo consigo mesmo).
- *Setor de Produtividade (Pr)*: Sentimentos, atitudes e ações relacionadas ao trabalho, estudo, ou qualquer atividade, mesmo que seja de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como ocupação principal do sujeito no período avaliado;
- *Setor Sociocultural (SC)*: abrangendo os sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, aos recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive;
- *Setor Orgânico (Or)*: compreendendo o estado e o funcionamento do organismo do sujeito, bem como sentimentos atitudes e ações em relação ao próprio corpo.

Com vistas a operacionalizar a avaliação de cada setor da adaptação o autor adotou três tipos de adequação: “adequado”, “pouco adequado” e “pouquíssimo adequado”. O conjunto de respostas de setor é avaliado de acordo com três critérios: (1) solução do problema; (2) grau de satisfação com as soluções encontradas; e (3) intensidade do conflito intrapsíquico ou ambiental com as soluções adotadas.

Existem três tipos de adequação possíveis [quando atende ao requisito recebe um sinal positivo (+)]:

Adequadas (+++): (1) resolvem o problema (+); (2) são satisfatórios (+); (3) não criam conflito intrapsíquico nem ambiental (+).

Pouco adequadas (++): (1) resolvem o problema (+), mas apenas (2) são satisfatórias (+) e (3) criam conflito. Ou: 2) não são satisfatórias, embora (3) não criem conflito (+).

Pouquíssimo adequadas (+): (1) resolvem o problema (+), mas (2) sem satisfação, e (3) com conflito.

Em particular, se o sujeito está às voltas com um problema vital, e não consegue em curto prazo encontrar uma resposta, estará “Em Crise”.

Quanto mais o conjunto de respostas for adequado, mais *eficaz* será a adaptação do sujeito. Desta forma, a classificação da adaptação, originalmente, divide-se em dois grupos: adaptação Eficaz e Não Eficaz.

A falta de adequação ocorre quando há intensidade maior ou menor que a necessária para a solução adequada e o que esta provoca (conflito).

Em trabalho publicado no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, intitulado “Do diagnóstico à Psicoterapia Breve” (1996), Simon percebeu que, caso trabalhasse quantitativamente apenas com os setores *afetivo-relacional* (A-R) e *produtividade* (Pr), considerados clinicamente mais importantes, e deixasse de quantificar os setores *sociocultural* (SC) e *orgânico* (Or), avaliando estes apenas qualitativamente, chegaria a um resultado preciso e coerente. Isto porque se nos setores (SC e Or) houvesse um comprometimento significativo, este se refletiria nas áreas *afetivo-relacional* (A-R) e da *produtividade* (Pr); e vice-versa. Chegou-se, assim, à atual proposta de quantificação:

QUADRO 3 – Quantificação dos setores adaptativos A-R e Pr

SETOR	TIPO DE ADEQUAÇÃO		
	Pontuação		
	<i>Adequado</i>	<i>Pouco</i>	<i>Pouquíssimo</i>
A-R	3	2	1
PR	2	1	0,5

Modificando-se a operacionalização da escala, e usando-se apenas os setores A-R e Pr para qualificação e quantificação, resultaram cinco grupos de diagnósticos:

Grupo 1 – Adaptação Eficaz: personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos. (5,0 pontos)

Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve: sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições. (4,0 pontos)

Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada: alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos. (De 3,0 a 3,5 pontos)

Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa: sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos. (De 2,0 a 2,5 pontos)

Grupo 5 – Adaptação Ineficaz Grave: neuroses incapacitantes, *bordelines*, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracterológica. (1,5 pontos)

Quando houver “crise”, essa designação seguirá a classificação principal, dispensando um agrupamento próprio. O fator original da crise ocorre com a possibilidade de perda ou ameaça da perda; ou por aquisição (ou expectativa). A crise se deve ao aumento ou redução significativa do espaço no universo pessoal; o indivíduo apresenta intensa angústia diante do novo e desconhecido.

2.3.2. Psicoterapia Breve Operacionalizada

Simon, em 1996, publicou a base de seu modelo de psicoterapia breve, que foi chamada posteriormente de “operacionalizada”, para distingui-la de outras abordagens.

Em primeiro lugar, ela se baseia na concepção da evolução adaptativa e tem como objetivo melhorar a eficácia da adaptação do paciente.

A avaliação da adequação das soluções às situações-problema, e onde estas se encontram “pouco” ou “pouquíssimo adequadas” – ou em crise, assim como o planejamento do processo terapêutico, é realizada com o auxílio da teoria da evolução da adaptação, situada no sexto capítulo do livro de Simon, *Psicologia Clínica Preventiva*, de 1989.

Nas entrevistas procurar-se-á acompanhar a evolução do sujeito desde a infância até o presente, conforme tenham sido suas soluções e relacionamentos nos quatro setores adaptativos. Esse histórico permitirá conjecturar a respeito da dinâmica inconsciente e a constituição de seus complexos inconscientes que influenciam, geralmente, as soluções “pouco adequadas” na atualidade.

1. A terapia é realizada na posição face-a-face;
2. A terapia possui tempo pré-determinado de uma a 12 sessões de 50 minutos, dependendo da complexidade da situação-problema, com a frequência de uma vez por semana.
3. A terapia é individual, porém, quando necessário, pode ocorrer o atendimento de algum membro da família;
4. Terapia é não regressiva;
5. Não é estimulada a neurose de transferência; porém deve-se interpretar a transferência negativa para evitar impasse terapêutico; e, com atitudes afáveis e respeitadas, estimular a transferência positiva, da qual se obtém a possibilidade de colaboração e confiança do paciente;

6. São delimitadas as situações-problema a serem trabalhadas por meio de clarificação e uso de interpretações teorizadas, tendo por base as conjecturas psicodinâmicas, ajudando o paciente a compreender as razões inconscientes de seu comportamento pregresso e atual;
7. A posição do terapeuta é mais ativa do que nas psicoterapias tradicionais. A atividade do terapeuta é sempre diretiva, evitando associações-livres prolongadas que tornariam o trabalho um arremedo de psicoterapia psicanalítica;
8. São utilizadas interpretações teorizadas baseadas na teoria psicanalítica; em particular a teoria kleiniana. Conforme a circunstância, utilizam-se recursos suportivos, como, por ex., sugestão, reassseguramento, orientação e catarse.

2.4. Procedimento

Foi realizado um contato inicial com os pacientes do *grupo experimental* e, neste mesmo encontro, utilizou-se a EDAO como instrumento de avaliação diagnóstica. Foram realizadas de uma a seis entrevistas para gerar o diagnóstico adaptativo inicial e psicodinâmico e a delimitação da situação problema. Após diagnóstico houve a indicação para Psicoterapia Breve Operacionalizada, tendo sido realizadas 12 sessões.

Cabe salientar que a técnica da Psicoterapia Breve Operacionalizada pode ser aplicada na prática entre uma e, no máximo, doze sessões; no caso desta pesquisa, utilizamos doze sessões a fim de padronizar o procedimento. Após o término da terapia, foi realizada uma avaliação diagnóstica. (reavaliação da EDAO). Ao término do processo foi solicitado aos pacientes a permissão para utilizar os dados obtidos nas sessões, garantindo-lhes o sigilo, por meio de um termo de consentimento livre esclarecido [**anexo**].

Após a entrevista inicial foram selecionados, dentre os que buscaram ajuda psicoterápica espontaneamente, os trinta participantes deste estudo, segundo os seguintes critérios estabelecidos: situação problema delimitada, motivação e disponibilidade.

Durante o processo terapêutico, e ao término deste, foi investigado se houve melhora na adequação das soluções dos pacientes e se esta alterava a classificação da eficácia adaptativa. Isto de acordo com o seguinte critério: análise comparativa das *interpretações* para

verificar se ampliavam a compreensão das *soluções* inadequadas e se houve soluções mais adequadas encontradas pelo paciente.

Em relação ao grupo controle, foram convidados a realizar uma entrevista de triagem aqueles indivíduos que estavam cadastrados na Clínica Psicológica Aplicada da Universidade Paulista de Sorocaba, para atendimento psicológico. A fila de espera é composta por vários elementos, inclusive já triados aguardando uma vaga para iniciar o tratamento. Preferimos chamar indivíduos recentemente ingressados na clínica para compor a amostra, inclusive para coletar dados suficientes para se chegar ao diagnóstico adaptativo pela EDAO. Os entrevistadores foram treinados a não realizar nenhuma intervenção terapêutica que pudesse comprometer a amostra. Após três meses os pacientes foram chamados novamente para outra entrevista. Nesta foram reavaliados de acordo com os critérios estabelecidos pela EDAO. Assim, pudemos observar se a situação problema, sintomas e angústias apresentados na entrevista inicial estavam presentes ou se o sujeito havia encontrado soluções mais adequadas para a situação-problema apresentada. Alguns pacientes não retornaram e outros realizaram algum tipo de tratamento; estes foram descartados da amostra, ficando apenas aqueles que não receberam nenhum tipo de intervenção. Não interferimos no processo de convocação para o atendimento psicológico, mesmo porque, não houve necessidade, já que haviam outros candidatos na fila de espera (aproximadamente 1 a 2 anos).

Do grupo controle, assim como do experimental, obtivemos dois diagnósticos adaptativos, um inicial e outro final.

2.4.1. Análise dos dados

Foram anotadas as situações-problema, assim como a inadequação das soluções encontradas. Verificamos se estas soluções geravam conflitos e/ou traziam, ou não, gratificação. Observamos se as situações-problema eram decorrentes de soluções “pouco” ou “pouquíssimo adequadas” verificadas no presente do sujeito, sendo que estas eram detectadas em cada setor de adaptação (A-R, Pr, SC e Or), estimando-se se haveria interações entre estes setores de funcionamento e determinando-se a situação-problema nuclear (quando houvesse).

Verificamos se depois da Psicoterapia Breve Operacionalizada houve mudanças de grupo adaptativo, permanência no mesmo grupo; piora, ou aumento, da eficácia adaptativa.

Comparamos os resultados quantitativos e qualitativos obtidos por meio da EDAO entre o grupo experimental e o grupo controle, no que se refere à eficácia adaptativa, adequação das soluções encontradas pelo paciente e comparação entre o nível adaptativo nos setores de funcionamento.

2.4.2. A análise dos resultados

1. Foi realizada uma análise matemática e estatística dentro do *grupo experimental*, comparando o diagnóstico inicial com o final, para avaliar a evolução dos indivíduos com o tratamento da PBO. Foram observados os níveis de evolução adaptativa, permanência ou regressão e a relação desta com o grau de comprometimento do indivíduo.
2. No *grupo controle*, foi realizada uma análise estatística, a fim de verificar se houve melhora da eficácia adaptativa espontânea, sem que houvesse nenhum tipo de intervenção.
3. Foi realizada uma comparação estatística entre *grupo controle e grupo experimental* para verificar se indivíduos tratados pela PBO obtinham o mesmo tipo de evolução adaptativa daqueles não tratados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os casos foram apresentados e discutidos em itens, para facilitar a compreensão dos resultados, na seguinte seqüência de apresentação:

1. Dados do paciente e contextos;
2. Queixa;
3. Anamnese da queixa
4. Situação problema
5. Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada
6. Soluções encontradas
7. Diagnóstico Adaptativo Inicial
8. Diagnóstico Adaptativo Final

CASOS DO GRUPO EXPERIMENTAL

Caso 1

Dados da paciente e contextos: Mulher de 28 anos, filha única, pai falecido há 5 anos, atualmente mora com a mãe; sempre apresentou uma relação de cumplicidade com o pai, enquanto a mãe era excluída. Os relacionamentos amorosos e sexuais eram conhecidos e consentidos pelo pai. Após um ano da morte do pai, a mãe refez sua vida amorosa e atualmente namora um homem de 54 anos, quatro anos mais velho que ela. A paciente não o aceita.

Queixa: Estava dividida entre dois amores.

Anamnese: Um dos rapazes de seu interesse fora seu namorado durante dois anos; romperam, porém continuaram se correspondendo. A paciente lhe dava conselhos amorosos a respeito de sua atual relação e pedia que omitisse as conversas que tinha com a companheira. O mesmo começara a se recusar a responder às mensagens pelo caráter invasivo de suas investidas. Não obstante, a paciente realizou com o rapaz um “pacto” de casarem-se no dia 10/10/2010, dia e mês da data do aniversário da morte do pai. O outro protagonista estudara direito com ela e namoraram por um ano após o término da 1ª relação da paciente; esta, por sua vez, mantinha contato com ambos e cada um deles sabia da existência do outro. Essa situação de manter dois

[RL1] Comentário: Ângela, “este”, aqui, seria o rapaz que fora namorado da paciente? Deu a entender que ela o aconselhava a respeito de uma relação que ele, o rapaz, mantinha com outra pessoa, depois de ter terminado o namoro com a paciente. É isso mesmo? A alteração proposta faz sentido se minha leitura estiver correta.

homens sempre fez parte de suas relações amorosas. Dizia que era muito honesta e, por essa razão, contava para ambos que mantinha tais contatos.

Situação Problema: Impossibilidade de fazer escolhas por temor de ficar sozinha.

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada: Foram realizados apontamentos referentes ao temor da paciente de ficar sozinha. Dessa forma, ficava com um “pé em cada barco”, de maneira que mantinha a ilusão da fartura, mas, de fato, nada tinha, já que não se envolvia francamente com ninguém. A questão edípica fora abordada e associada à relação “perversa” estabelecida entre ela e o ex-namorado. A data prevista para o pretendido casamento parecia representar a união com o pai. No período, a paciente não aceitava o relacionamento amoroso da mãe, exibindo claramente o desejo de ver longe o atual parceiro da mãe. Fora apontado a ela o ciúme e o desejo de controlar sua mãe, como se, com isso, se introjetasse o pai morto e ciumento, garantindo, assim, que seu lugar nunca fosse tomado. A questão de “falar a verdade” estava ligada ao desejo de provocar ciúme no parceiro, livrando-se do seu próprio ciúme.

Soluções encontradas: A paciente, percebendo a inadequação das respostas encontradas para solucionar seus conflitos, compreendendo o caráter sado-masoquista de suas ações e o desejo de excluir o terceiro, passou a conter seus impulsos destrutivos. Voltou com o namorado, que estabeleceu novas regras para a relação seguir de forma mais saudável. Entre elas, a fidelidade e a exclusão do contato com o ex-namorado. A paciente refere que não estava mais confusa em sua escolha, percebia agora que o desejo de reatar com o 1º namorado estava relacionado com o desejo de disputar com a outra (situação edípica). Parou de se comunicar com o mesmo. Estava gratificada com o namorado. Apropriou-se de seu ciúme, desta forma, perturbando menos seu parceiro com suas estratégias. Após ter resistido à idéia de estar tentando controlar a mãe, respondendo negativamente à intervenção da terapeuta, acabou percebendo e criando menos conflito com a mesma e o namorado desta.

Diagnóstico Adaptativo inicial: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): A solução encontrada para sua carência não lhe trazia gratificação, pois o namorado a havia deixado por não suportar as dúvidas da paciente e a exposição à qual era submetido. Dessa forma, era produzido um conflito externo e interno. (Pouquíssimo adequado). No setor de **Produtividade (Pr)**, demonstrava prazer na atividade exercida. (Adequado). **Orgânico (Or)** (Adequado) e **Sócio cultural (S-C)** (Adequado).

Diagnóstico Final: Grupo 1 – adaptação Eficaz.

Afetivo Relacional (A-R): passou para adequado. Os outros setores se mantiveram adequados. Decidiu-se pelo segundo namorado e abriu mão da necessidade de controlar o namoro de seu primeiro parceiro

Caso 2

Dados da paciente e contextos: Julia tem 26 anos, uma irmã de 21, é casada há cinco anos e psicóloga bem sucedida. Seu marido era um empresário de 28 anos, também bem sucedido profissionalmente.

Julia havia se submetido a três anos de análise, porém, após ter participado de uma palestra sobre PBO, achou que talvez o método lhe fosse mais eficaz. Informou que a relação com a família era boa, possuía uma ligação maior com o pai e assumia funções maternas, evitadas pela própria mãe (acompanhava o pai em situações e eventos em que a mãe se ausentava). O nascimento da irmã, segundo a paciente, fora vivido de forma tranqüila. Justificava a ausência de ciúmes alegando que sempre cuidara despretensiosamente da mesma. Porém, após uma investigação mais aprofundada, evidenciou-se um ciúme projetado. (dizia que a sua cachorrinha sentia tanto ciúme da irmã que tiveram que livrar-se dela temendo que esta atacasse a irmã; referia que ela era invejada pelos demais).

Queixa: não conseguia engravidar.

Anamnese: Seu desejo de engravidar surgira há um ano, em conseqüência do medo de que *“se demorasse muito, seu pai poderia não conhecer o seu filho”* (sic). Engravidou, porém abortou, o que lhe trouxe muito pesar. Vivenciou um período de luto e, a partir desse evento, cada menstruação era vivida como a perda do bebê sonhado. No período em que procurou a psicoterapia, apresentava uma disfunção hormonal leve que não justificava a infertilidade.

Situação-Problema: Infertilidade sem causa orgânica identificada.

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada: Foi-lhe apontado que a vinda de uma irmã representava a perda da condição de filha única, e o ódio conseqüente levava ao ataque à barriga da mãe. Tal ataque levou à reintrojeção de um objeto danificado e persecutório. Reforçando tais pressupostos, acrescentou outras lembranças relacionadas a ataques sádico-onipotentes no período de gestação da irmã (fantasias de que fora responsável por sangramento gestacional da mãe, perda da gravidez de uma vizinha por lhe ter causado um “susto”, e sonhos e devaneios correlatos). Considerava-se uma assassina de bebês, desta forma não era justo que tivesse um filho.

Com relação aos conflitos edípicos, foram-lhe apontadas fantasias de ter um filho “com o pai” ao invés de “para o pai” - tudo isto, reforçado pela real falta de interdição da mãe.

Solução encontrada: A desconstrução de fantasias de ansiedade persecutória possibilitou a busca de tratamento eficaz.

Dados obtidos no follow-up: Descobriu então que possuía uma incompatibilidade por imunidade contra o feto. Fazendo o tratamento proposto, engravidou e deu à luz.

Diagnóstico Adaptativo inicial: Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve (4,0 pontos).

No setor Afetivo Relacional (A-R), encontrava-se gratificada com o marido, porém em conflito, pois desejava ter um filho e não conseguia engravidar. Buscava como solução consulta com médicos que mantinham uma atitude passiva diante de suas angústias. Produtividade (Pr) - adequado. No orgânico (Or) apresentava uma conduta relativamente passiva diante da situação problema. Essa situação gerava conflito. (Pouco adequada). Sócio cultural (S-C) - adequado

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve (4,0 pontos).

A paciente buscou solução mais adequada para seu problema, porém ao término da Psicoterapia Breve Operacionalizada ainda não havia detectado o problema que causava a infertilidade. Dessa forma, manteve-se em conflito com seus objetos internos. (A-R - pouco adequada). É possível conjecturar que as interpretações teorizadas levaram a paciente a elaborar a relação com os objetos internos e livrar-se da culpa persecutória, pois conseguiu tratamento que lhe permitisse engravidar.

A única mudança foi o setor Orgânico (Or), no qual começou a cuidar de forma adequada do problema (Adequado).

Caso 3

Dados do paciente e contextos: Homem de 33 anos, curso superior completo, comerciante. Permanecera casado por nove anos, tendo um filho pequeno desse relacionamento.

Queixa: No período em que me procurou, encontrava-se em crise por estar em processo de separação.

Anamnese: a mulher apaixonara-se por outro homem. Mostrou-se profundamente angustiado por acreditar que sua vida havia acabado e que sem a sua “alma gêmea” não mais sobreviveria. Tinha como valor moral a crença de que esse casamento deveria durar a vida toda, mas mantivera algumas relações extraconjugais, sem, contudo, envolver-se emocionalmente. Ao investigar sua história, percebi que o paciente já havia passado por situação semelhante à que estava vivendo atualmente: seus pais se separaram quando ele era pequeno. A mãe, que era uma mulher fálica, não refizera completamente sua vida amorosa, mas estabeleceu relações relativamente longas. O pai, porém, não conseguira refazer sua vida amorosa e, anos depois,

morrera em condições trágicas: sozinho, longe dos familiares, levando, inclusive, dias para que estes tomassem conhecimento do fato. Dessa forma, após ter se identificado com o pai frágil, o paciente imaginara que seu fim também seria infeliz e trágico como o daquele.

Situação Problema: Apresentou crise por perda e temor exacerbado quanto ao futuro.

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada: Após trabalho de co-transferência, o paciente se recordou de que o pai havia comentado que os envolvimento que tivera com mulheres, após a separação do casal, eram apenas superficiais, e que a esposa era “a mulher de sua vida”. O paciente, também para camuflar a insatisfação sexual na relação com a mulher, envolvia-se com outras mulheres sexualmente, visando manter o casamento em equilíbrio. Segundo informações fornecidas por ele, havia seis meses que não se relacionava sexualmente com a esposa. Outra identificação projetiva estabelecida pelo paciente era com o filho, que era tratado como se não tivesse condições de defesa, recebendo superproteção.

Obs.: Este caso durou três meses com sessões de duas vezes na semana nos dois primeiros meses e uma vez no último.

Soluções encontradas: Após dissolução desta distorção da percepção o paciente pôde se acalmar em relação às fantasias trágicas quanto ao futuro dele e do filho. No terceiro mês da psicoterapia já se encontrava menos confuso, conseguindo separar quais fatores pertenciam a ele e quais pertenciam à ex-esposa. Já não acreditava mais que morreria sem a mulher. Nesse caso, a “morte” se referia à incapacidade de amar. Começara a se relacionar com uma mulher de sua idade, a qual lhe despertara muito desejo e perspectiva. Esse relacionamento desfizera a fantasia de que nunca mais restabeleceria a capacidade de amar.

Diagnóstico inicial: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada. Em crise.

Setor Afetivo Relacional (A-R): Paciente não se sentia gratificado no casamento, procurava outras mulheres, sentia-se culpado. (pouco adequado). No setor de Produtividade (Pr), gostava do que fazia, porém passava por crise financeira. (pouco adequado). Setor Orgânico (Or): adequado; Setor Sócio-cultural (S-C) adequado.

Diagnóstico final: Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve.

O paciente apresentou gratificação na nova relação e, com a integração dos aspectos projetados, diminuiu as vivências terroríficas de que morreria só e sem recursos (Afetivo-relacional (A-R): Adequado). O setor de Produtividade (Pr), apesar de mais organizado, ainda trazia conflitos em razão da dívida que o mesmo havia adquirido (pouco adequado). Orgânico (Or) e sócio-cultural (S-C): adequados

Caso 4

Dados do paciente e contextos: Homem de 20 anos, uma irmã de 18. Namorara durante dois anos, rompendo o namoro em função da mudança de cidade para fazer faculdade. Sempre fora protegido pelos pais, que controlavam suas ações. O pai era uma figura forte e determinada.

Queixa: O paciente procurou terapia por indicação de um psiquiatra, com a hipótese diagnóstica de crises de ansiedade, com sintomas físicos e preocupações hipocondríacas. Apresentava os seguintes sintomas: formigamento nos braços, dores no peito, taquicardia, sudorese etc.

Situação Problema: Dificuldade de adaptação à mudança de cidade em função do medo de não saber se cuidar sozinho.

Interpretação Teorizada: Projetava toda potência no pai. Dessa forma, ficava esvaziado quanto à possibilidade de se cuidar sozinho. Manteve sempre um posicionamento infantil nas relações estabelecidas; agora, diante das exigências externas, teria que mudar seu posicionamento, passar a ser seu próprio “pai e mãe”. A princípio pensava não poder cumprir tais exigências, além de ter que enfrentar o término do namoro que, ao final, trouxe-lhe alívio. Temia crescer e se ressentia por ter que abandonar a posição infantil.

Soluções encontradas: Recorria menos aos pais para tomar decisões, sentia-se mais seguro. Buscava gratificação afetiva realizando atividades sociais apropriadas para sua idade (festas, encontros etc.)

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 - Adaptação Ineficaz Moderada

No setor Afetivo Relacional (A-R): apresentou angústia pelo término do namoro, um sofrimento que julgara necessário. Na ocasião, alimentava dúvidas a respeito de seu amor (Pouco adequado); No setor de Produtividade (Pr), apesar de gostar do que fazia, apresentava conflitos por ainda estar em processo de adaptação. Pouco adequado. No Orgânico (Or) e no setor Sócio Cultural (SC) apresentava-se adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 1 – Adaptação Eficaz

No setor afetivo relacional: Diante de situações de estresse não apresentou mais as crises de ansiedade com sintomas físicos, nem as preocupações hipocondríacas, apresentados no início do tratamento. Não apresentava mais conflitos e buscava adequadamente relações afetivas. Não apresentava dúvidas quanto à decisão que tomara em romper com a ex-namorada. (Afetivo Relacional (A-R): adequado). No setor Produtividade (Pr) deixara de apresentar

conflitos, pois estava mais adequado. Os setores Orgânico (Or) e Sócio Cultural (SC) mantiveram-se adequados.

Caso 5

Dados do paciente e contextos: Rapaz solteiro, com 18 anos de idade, um irmão com 14 anos, colegial completo. Namora há três anos. Sua relação é prejudicada pelo ciúme excessivo da namorada. Pais separados desde que tinha 10 anos. Com a mãe estabelecia um bom relacionamento; esta era compreensiva e sua confidente. Com o pai adicto a relação era ruim. No episódio em que se deu o início da PBO o pai estava acamado com cirrose e demência.

Queixa: Apresentava dúvidas quanto à escolha da formação profissional.

Situação problema: Medo de crescer (não tinha um modelo masculino adequado)

Interpretações Teorizadas: A dúvida quanto à formação representava o temor ao crescimento, já que a figura masculina nessa família era depreciada. Passar de menino, posição infantil assumida até então, para homem, representava se tornar o próprio pai. Frente a tal colocação, o paciente confessa, emocionado, que por diversas vezes se via, no futuro, prostrado feito o pai moribundo. Outra questão trabalhada na PBO fora a necessidade de provocar ciúmes na namorada, livrando-se assim de sua insegurança enquanto homem.

Soluções encontradas: Reduziu as fantasias relativas à equação de crescer e se transformar no pai fracassado e depreciado. Mais seguro e consciente de suas provocações, controlou seus impulsos de incitar ciúmes na namorada. Esta, menos ansiosa, parou de pressioná-lo, deixando-o mais livre, diminuindo assim os conflitos.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada.

No setor Afetivo Relacional (A-R), encontrava gratificação no namoro, porém havia conflitos internos e externos em função do ciúme patológico da namorada, muitas vezes provocados pelo paciente. (pouco adequado). No setor de Produtividade (Pr), era ferramenteiro e apresentava conflitos quanto à escolha profissional. (pouco adequado). No setor orgânico (Or) e Sócio-cultural (S-C), encontrava-se adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 1 – Adaptação Eficaz.

No setor Afetivo Relacional (A-R) passou a adequado. No setor de Produtividade (Pr) assumiu uma condição mais madura. Optou por fazer engenharia, entrou na faculdade. A empresa na qual trabalhava lhe apoiava financeiramente com 50% de bolsa. Dessa forma, seus

conflitos desapareceram e, por se sentir valorizado com o apoio do chefe, sentia-se mais gratificado. Nos outros setores manteve a adequação.

Caso 6

Dados da paciente e contextos: Mulher de 30 anos, casada, possui três filhas, de 10, 8 e 6 anos, sendo a primeira concebida antes do casamento e portadora de mielomeningocele. É estudante do 4º ano de psicologia. Trabalhava desde os 15 anos com o pai, como feirante. Quando esta tinha 17 anos o pai adoecera, sendo este obrigado a parar de trabalhar. A paciente ajudou a manter a casa financeiramente a partir de então. A mãe montou, com suas reservas, uma lanchonete, e a partir daí contribuía com as despesas da casa. A paciente, porém, dizia que a ajuda era insignificante frente à sua, pois a lanchonete era um fiasco. A paciente é a filha mais velha de três irmãos, sendo que sua irmã gêmea morreu no terceiro mês de gestação. O irmão do meio morreu há 4 anos em função do que a paciente julga ter sido um erro médico. Quando casou, há aproximadamente 10 anos, parou de trabalhar para se dedicar à maternidade. Hoje a paciente trabalha vendendo bijuterias e roupas indianas.

Tinha muita dificuldade no relacionamento com a mãe. Acusa a mãe de não ter desempenhado a função materna adequadamente. Refere que *“teve a obrigação de desempenhar tal função e cuidar dos irmãos, assumindo, ela própria, a função materna”* (sic).

Situação Problema: Relações estabelecidas predominantemente de forma competitiva criando conflitos internos e externos.

Interpretação Teorizada: O sentimento predominante da paciente era o de inveja, e a conduta, de rivalização. Queria atender a todas as expectativas alheias a fim de ocupar um lugar de destaque. Por conta disso, não se sentia gratificada com as relações estabelecidas, pois se desgastava e sentia-se “sugada” pelos demais (marido, filhas, empregada). Seu aspecto voraz estava sempre projetado. Escolhia objetos externos para representar seu sadismo, sua voracidade e sua inveja. Não reconhecia sua dependência para com os demais, ficando apegada ao passado e às situações de rivalização e disputas infantis.

Soluções encontradas: Relativa diminuição das rivalizações, gerando diminuição nos conflitos externos.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 04 – Adaptação Ineficaz Severa

Afetivo – Relacional (A-R) – respostas pouquíssimo adequadas.

Paciente voraz que não se gratifica com as relações objetais, cria conflitos internos e externos, pois causa confusão nos grupos que frequenta, já que se alia a um elemento e, por meio de “insinuações” e manipulações, tenta excluir os que julga interferir na relação dual. O conflito se dá com figuras femininas. Com relação aos homens, mantém um comportamento sedutor. A paciente se apresentava arrogante nas relações, inclusive com a terapeuta, atando as suas intervenções. Na Produtividade (Pr) – respostas pouco adequadas: sente-se gratificada, porém suas relações de rivalidade criam conflitos externos. Orgânico (Or) – respostas adequadas. A paciente possui boa aparência, dorme e alimenta-se bem. Já sofreu cirurgia de redução de estômago, pois era obesa. Começou a engordar ao nascer sua última filha. Sócio – Cultural (S-C) – respostas **pouco adequadas**: Estende as rivalizações aos grupos sociais nos quais está inserida.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3: Adaptação Ineficaz Moderada

Afetivo – Relacional (A-R) – respostas pouco adequadas: a paciente havia se dado conta das suas dependências, rivalizações e fantasias. Produtividade (Pr) – respostas pouco adequadas: realizava, ainda, atuações que criavam conflitos externos. Orgânico (Or) – respostas adequadas; Sócio – Cultural (S-C) – respostas pouco adequadas: manteve-se da mesma forma.

Caso 7

Dados da paciente e contextos: Sara, 38 anos. Solteira. Escolaridade: superior. Ocupação: secretária de Escola Pública Municipal. Possui um filho de 7 anos portador de Síndrome de Marfan, descoberta aos 3 anos de idade. Após a terceira pneumonia deste, raios-X do pulmão indicaram o coração aumentado; problema de dilatação da aorta; hipertireoidismo e hipoglicemia. O filho conheceu o pai aos 3 anos, na geneticista, por exigência do casal. Sua paternidade foi reconhecida por DNA.

Estava se relacionando há 2 anos com R., policial, quando engravidou. Nesse momento, R. contou que era casado, tinha uma filha de 5 meses e falou que não iria assumir o filho. No período, a paciente pensou em suicídio. Pensou também em abortar, aos 3 meses de gestação, mas não tinham dinheiro. O namorado sumiu. Quando Sara estava com 4 meses de gestação, R. reapareceu dizendo ter o dinheiro para o aborto. Como nesse estágio da gestação tal procedimento representaria um alto risco para a mãe, acabou por desistir. Assumiu a gravidez sozinha, com dificuldades financeiras que a fizeram chegar a passar fome. O parto foi acompanhado por sua única irmã, filha de outro pai, com quem nunca se deu muito bem. Acusa a mãe e a irmã de promiscuidade, refere que ambas tiveram filhos “bastardos”, e comenta: *“Parece que a gente copia a mesma história... sempre igual... estou querendo sair*

deste círculo". A mãe não apoiava seus estudos, dizia: "*quem nasceu pobre, morre pobre*", situação que Sara fez questão de confrontar, conseguindo se formar em Pedagogia.

Sua mãe faleceu há dois anos, devido a um câncer no intestino. Era alcoólatra. A relação com a mãe era péssima. Não conheceu seu pai biológico. O segundo marido de sua mãe assumiu Sara como filha legítima, e é quem atualmente ela chama de pai. Comenta que sua mãe nunca gostou deste companheiro.

Queixa: Possui o que chama de depressão crônica. Segundo a paciente, essa depressão está relacionada com a doença de seu filho. Teme perdê-lo.

Situação Problema: Ambigüidade em relação ao filho e conflito amoroso (o namorado não a assume)

Considerações Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada: Fora apontado à paciente que, quando entra em angústia, defende-se da mesma buscando relações erotizadas (Exacerbação da sexualidade - defesa compulsiva.). A paciente constrói o "*script*" de sua vida baseada nas palavras da mãe: "você não vai conseguir". Seu filho representa um entrave: ansiedade, morte, culpa. A paciente acredita que seu filho só trouxe discórdia, pois quando soube da gravidez, o namorado a deixou e revelou que era casado. Seu ódio pelo filho, por não poder senti-lo, é atuado. Sente-se culpada pela doença do filho, possivelmente pela rejeição que este sofreu.

Trabalhamos questões relacionadas à questão Edípica: quando a paciente trouxe a relação sexual vivida entre ela e um casal amigo.

Soluções encontradas: Compreende melhor a ambigüidade relativa ao filho, diminuindo seu temor quanto à morte repentina.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3, Adaptação Ineficaz Moderada.

No setor Afetivo Relacional (A-R) apresentava-se "pouquíssimo adequada". Não se sentia gratificada e ainda apresentava conflitos intra e extra-psíquicos. Não aceitava a doença de seu filho.

No setor da Produtividade (Pr), Sócio - Cultural (S-C), e Orgânico (Or) encontrava-se adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2 - Adaptação Ineficaz Leve.

No setor afetivo-relacional (A-R) a paciente evoluiu de "pouquíssimo adequado" para "pouco adequada". Consegue entender melhor que sua angústia está associada à sua impotência perante a doença de seu filho.

No setor produtividade (PR); No setor sócio-cultural (SC); No setor orgânico (Or), manteve-se adequada.

Caso 8

Dados do Paciente e contextos: Mulher de 23 anos, solteira, brasileira; ensino médio completo, técnica em informática. Havia iniciado o curso superior em Terapia Ocupacional, mas teve que abandoná-lo por dificuldade financeira. Freira há três anos.

Com relação à constelação familiar, a paciente era a terceira filha, de quatro irmãos, sendo duas irmãs mais velhas (30 e 27 anos) e um irmão mais novo (19 anos). Relatava que seus pais estavam “separados” há 13 anos, e que o matrimônio sempre foi conflituoso, pois seu pai não tinha compromisso com o emprego, era alcoolista, e tinha relações extraconjugais. A mãe praticamente sustentou a casa sozinha, era vítima de agressões verbais e físicas. Pediu a separação judicial, após ser espancada e jogada contra o muro do quintal. Foi apoiada pelos filhos na decisão que tomou. O ex-marido passou a morar com a mãe (avó paterna da paciente). As casas eram geminadas. Continuou próximo da família, mas impedido judicialmente de frequentar a casa dos filhos). Manifestava de forma disfarçada, um amor erótico pelo padre.

Queixa: A queixa manifesta trazida pela paciente foi de ansiedade e nervosismo. Refere ter conflitos com as outras irmãs no convento.

Situação Problema: Estava insatisfeita no setor de produtividade - a motivação para ser freira fora motivada pelo conflito edípico. No Afetivo-relacional, estava frustrada; possuía um amor proibido.

Conjectura Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada:

No que se refere à relação da paciente com o outro, pode-se perceber que estava marcada por um comportamento infantilizado, necessidade de aprovação e cuidados. Por conta da fixação edípica deseja “meter-se” e espiar as relações alheias, “descartar” o terceiro que possa “ameaçá-la”, desta forma contraindo conflitos externos, além do sofrimento dos internos. Desenvolveu um amor proibido pelo padre, amor este idealizado. Projetou em sua figura o pai perfeito, aquele com o qual poderia viver um amor pleno, profundo, puro, porém, proibido, incestuoso e estéril. Disputava com as freiras, suas rivais, um lugar privilegiado. Entrava em conflitos, já que todos notavam sua falta de vocação e seu comportamento provocativo e erotizado, que acabava causando conflitos por destoar dos objetivos comuns da “comunidade” na qual estava inserida.

As interpretações realizadas referiam-se a essa problemática inconsciente. Já no primeiro mês, foi trabalhada a motivação pela escolha religiosa. A princípio, a paciente pensava que tinha dom para a carreira, porém lhe foi apontado o desejo de realizar “um

casamento” divino com a figura do padre idealizado. Uma escolha infantil e com representações incestuosas. Esses apontamentos foram cruzados com os dados trazidos pela paciente a respeito da conduta perversa do pai e das experiências frustradas relatadas pela paciente. O padre seria uma representação do amor sagrado e puro, um cuidador ideal.

Seus conflitos refletiam a situação de disputa: convivendo com muitos “irmãos”, não havia um lugar privilegiado que pudesse ocupar e seu amor erótico não era correspondido.

Soluções encontradas: Com os apontamentos a paciente foi se apropriando da realidade e diluindo o amor idealizado pelo padre. Pôde dar-se conta de que se metia nas outras relações alheias com o intuito de rivalizar, a fim de conseguir um espaço de filha predileta. Dessa forma, conteve seus impulsos bisbilhoteiros causando menos conflitos internos e externos. Seus anseios pelo amor do padre diminuíram.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa

No setor Afetivo - Relacional (A-R) a paciente encontrava-se “pouquíssimo adequada”. Sentia-se julgada e explorada por todos ao seu redor. Estabelecia vínculos de dependência, e se escondia atrás do hábito, não deixando transparecer seus aspectos infantis.

No setor da Produtividade (Pr) a paciente encontrava-se “pouco adequada”, pois não trabalhava de modo assalariado. Apesar de desenvolver trabalhos voluntários na comunidade, não se sentia gratificada.

No setor Sócio – Cultural (S-C) a paciente encontrava-se “adequada”.

No setor Orgânico (Or) a paciente encontrava-se “adequada”.

Diagnostico Adaptativo Final: Grupo 2 - Adaptação Ineficaz Leve.

Com o processo terapêutico a paciente mostrou desenvolver relações mais próximas da realidade, diminuindo o nível de dependência da figura do padre. Passou a se preocupar menos com o julgamento das pessoas ao seu redor. Resgatou sua auto-imagem, procurando confiar mais em si mesma. Mesmo não ocorrendo uma mudança no ambiente no qual vive, a paciente foi capaz de fazer um movimento positivo, mudando sua maneira de agir, impondo-se mais quantos aos seus pensamentos e atitudes. Buscou amadurecimento, encarando os acontecimentos de modo adulto. Afetivo Relacional (A-R): adequada

Procurou reaproximar-se de seu pai, assim como de alguns amigos da infância. Procurou utilizar seus dias de folga de modo a manter um convívio social mais saudável.

A paciente ainda encontrava-se pouco adequada no setor da produtividade (Pr), pois, apesar de assumir mais horas de trabalho fora do mosteiro, seu emprego não trazia retorno financeiro que possibilitasse a conclusão de seus estudos.

No setor Sócio – Cultural (S-C) a paciente continuava “adequada”.

No setor Orgânico (Or) a paciente continuava “adequada”.

Caso 9

Dados da paciente e contextos: Mulher de 34 anos, 2º grau completo, é a terceira filha de 12 irmãos (3 mortos), sendo o intervalo de 1 ano para cada filho. Auxiliava a mãe no parto dos menores, cena que descreve com horror. A mãe era amarrada, pois ameaçava fugir. Diz que aos 10 anos já sabia que nunca iria se casar, as amigas já tinham namorado mas ela não se interessava. Com 9 anos, trabalhava na roça e cuidava dos irmãos. Aos 14 anos saiu do interior da Bahia para trabalhar em uma casa de família na capital Salvador. Havia rivalizações com as filhas dos patrões.

Seu primeiro contato com o convento, ocorrido na adolescência, não foi satisfatório, pois as freiras lhe pareciam tristes.

Diz que agora vive “na infância”, quer bonecas, colchas cor de rosa, porém o ambiente do convento não permite tal regalia, pois tem que dividir o quarto com outra irmã.

Refere que seus pais são muito rígidos, sua mãe é seria, quase não sorri, não muda a feição; é uma mulher trabalhadora. O pai, muito rígido, não a deixava namorar nem estudar. Só começou a estudar com 15 anos, e no período fez até a quarta série. Seus pais se separaram quando a paciente tinha 14 anos. O pai tem mais 6 filhos com outra família. Atualmente, o pai voltou pra casa e a mãe (abençoada) o aceitou novamente. A atitude de rivalização perdura desde a infância, com os irmãos, até a vida adulta, no convento, com as “irmãs”. Deseja exclusividade com a “irmã” chefe e o padre e sofre muito quando preterida. Contou que batia nas irmãs e *“infelizmente nas irmãs com que convive hoje não pode bater” (sic)*.

Queixa: problemas de relacionamento inter-pessoal.

Situação Problema: Mantém uma relação objetal infantil, busca cuidados, ao invés de cuidar-se. Sua atitude é de rivalização, trazendo conflitos internos e externos.

Conjecturas psicodinâmicas e Interpretação teorizada: A paciente é muito infantilizada, busca cuidados das figuras representativas do padre (pai) e da Mãe (mãe); por não conseguir a predileção, fica ressentida manifestando comportamentos de birra. Repete no ambiente de trabalho a rivalidade com as muitas irmãs da família original. Rivaliza com as “irmãs” do mosteiro, sente-se a “gata borralheira”, aquela que sofre, é explorada e excluída. Possui o “desejo delirante” de agradar a todos, ser boa, e, com isso, ser privilegiada. Tenta controlar o comportamento do outro por meio da submissão. Viveu com uma mãe inexpressiva e pouco afetiva, reproduz a mesma relação com a mãe superiora. A paciente é

muito voraz; Veste uma “máscara da alegria”, porém na verdade é triste; busca a igreja, a fim de ser cuidada (representante da mãe). Condição de mulher é ruim- nega condição feminina.

Soluções encontradas: Continha seus impulsos agressivos por percebê-los antes de atuá-los. Reconheceu sua necessidade de ser exclusiva e seu comportamento infantil. Dessa forma, diminuíram os conflitos, pois as situações cotidianas no convento foram interpretadas de formas mais realísticas, menos persecutórias.

Diagnóstico Adaptativo inicial: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa

Setor Afetivo Relacional (A-R): Encontra-se pouquíssimo adequada;

Produtividade (Pr): Pouco adequada, sente-se explorada (conflito). No setor Orgânico (Or) e Sócio-Cultural (S-C) não apresentou problemas.

Diagnóstico Adaptativo final: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve.

Setor Afetivo Relacional (A-R): encontra-se pouco adequada, pois diminuíram os conflitos, inclusive os externos; Produtividade (Pr) adequada, percebeu a razão de sua submissão (controle), diminuiu o conflito. No setor Orgânico (Or) e Sócio-Cultural (S-C) não apresentou problemas.

Caso 10

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 30 anos, curso técnico, trabalha numa empresa multinacional no setor de RH. Namora, há um ano e meio, um rapaz de vinte anos, filho do Psicólogo ao qual se submetia à terapia há dois anos. Interrompeu o processo em razão do início do namoro. A paciente mora com a mãe e o irmão de trinta e dois anos. Os pais são separados desde que tinha treze anos. Sentiu-se traída pelo pai por este namorar uma mulher mais jovem. Desde a infância tem a fantasia onipotente de ser responsável pela separação dos pais: *“na outra terapia, fiz regressão e descobri que antes do meu nascimento, meus pais se davam bem” (sic).*

Durante as brigas dos pais, desenvolveu sintomas conversivos (desmaios), com os quais controlava o pai e a mãe. A mãe a levava, e ao irmão, para o bar a fim de conseguir trazer o pai de volta pra casa.

Queixa: Foi demitida do emprego, não está adaptada ao novo emprego, dificuldade nas relações interpessoais. Não possui gratificação sexual, muitas brigas no namoro.

Anamnese:

Suas experiências amorosas foram frustrantes. Sentia-se usada e excluída. Realizava

relações triangulares. Por volta de 28 anos começou a beber e estabelecer relações promíscuas: “saía com todos os homens (...) não me perdô por isso”. Começou a namorar o atual, que é bem mais novo que ela, logo após a morte da mãe do rapaz. O namorado lhe parece bom, porém infantil. Apresenta comportamentos agressivos. A paciente refere que, em nome da verdade, revela intimidades que teve com outros homens. Refere que a mãe possui inveja dela.

Situação Problema: Cria situações de conflito na relação amorosa e no trabalho devido triangulação (rivalizações).

Conjecturas psicodinâmicas e Interpretação teorizada

Fixação edípica. Na transferência e co-transferência, em função de sua forma de funcionar, criava conflitos em função das rivalizações. Defendia-se da inveja provocando inveja nos outros - o sujeito tenta inverter a situação: de sentir inveja para o de ser invejado. Entretanto, isso aumenta a persecutoriedade do sujeito e gera culpa ao causar inveja no objeto amado.

Soluções encontradas: Compreendeu melhor seu funcionamento (fixação edípica), contendo melhor suas pulsões e atritos.

Diagnóstico adaptativo inicial: Grupo 04 – Adaptação Ineficaz Severa

Afetivo Relacional (A-R): A busca de satisfação afetiva era motivada pelo conflito edípico inconsciente, gerando conflitos internos e externos; Produtividade (Pr): sentia-se insatisfeita no trabalho, pois não era valorizada, não se sentia gratificada, não estava adaptada no seu novo emprego. Competia com os colegas de trabalho, por tentar ser a predileta. Orgânico Or: possuía boa aparência; não se alimentava direito, tinha insônia, tomava calmantes, não tinha gratificação sexual. Na sua história de vida pregressa apresentou sintomas do tipo histérico-conversivo (desmaios), e uso compulsivo de álcool. Pouquíssimo adequada

Sócio Cultural (S-C): Ana não tinha mais amigos, pelo fato de haver se decepcionado muito. Não confiava mais em ninguém (persecutoriedade), também não saía, pois tinha receio de voltar a beber. Ana é espírita e acredita que veio para ser o suporte dos outros. Pouquíssimo adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 03 – Adaptação Ineficaz Moderada.

Chegou a obter compreensão de sua problemática e do significado da dinâmica inconsciente.

No setor Afetivo Relacional (A-R), Ana manteve-se “pouco adequada”, pois ainda existiam

conflitos relacionados às rivalizações; traz, porém, mudanças significativas no aspecto integração; No setor Produtividade (PR), passou para pouco adequado, pois o trabalho passou a causar-lhe satisfação. Passa por uma avaliação na empresa e o chefe a parabeniza pela melhora obtida no quesito sociabilidade. No setor Orgânico(Or), passou de “pouquíssimo adequada”, para “adequada”, deixa de ter insônia, possui gratificação sexual com o namorado, começa a se preocupar com a aparência e alimentação. No setor Sócio Cultural (S-C), passou de “pouquíssimo adequado para “pouco adequado”, pois assume uma postura menos paranóica em relação ao grupo social em que estava inserida.

Caso 11

Dados do Paciente e contextos: Homem de 25 anos; solteiro; ensino superior completo – cursando Pós-Graduação; analista de Sistemas; tem irmã mais velha. Namorava há 2 anos com uma mulher de 27. Refere que a namorada era muito liberal, fato que o incomodava.

Apresentava conflito referente à relação sexual, já que considerava sexo antes do casamento um pecado. Pais religiosos e rígidos. A mãe interferia em suas relações amorosas. Pai, modelo idealizado, descrito como introvertido.

Queixa: Insatisfação no trabalho

Anamnese: não via possibilidade de crescimento profissional, queria chegar ao cargo de gerente, apresentava desânimo no ambiente de trabalho, pois o chefe não reconhecia seus esforços, descrevia-se como introvertido e que esta característica o atrapalhava no emprego, pois ele trabalhava em equipe.

Situação Problema: Paralisação no desenvolvimento profissional e afetivo.

Considerações psicodinâmicas e Interpretação teórica: Fixação edípica. Possuía um *superego* muito rígido, projetado ora na mãe, ora em Deus; obtinha uma postura infantil em relação às figuras de autoridade, elegendo figuras idealizadas. Desejava crescer, porém isso correspondia a superar o pai. Superar o pai, por sua vez, representava simbolicamente castrá-lo, o que atraía a represália de ser castrado. Esse conflito interno o deixava paralisado.

Soluções encontradas: Conseguiu efetivação no emprego depois que conseguiu “enfrentar o chefe-pai”, dizendo-lhe o que a empresa precisava para melhorias, e passou a se colocar mais nas reuniões de equipe.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 04 – Adaptação Ineficaz Severa

Afetivo – Relacional (A-R) – respostas pouco adequadas. O paciente apresentava-se “pouco adequado”, pois estabelecia suas relações de criança para adulto. Produtividade (Pr) –

respostas pouquíssimo adequadas. Sentia-se insatisfeito no trabalho, achava que não era valorizado, não tinha mais gratificação em seu emprego. Orgânico (Or) – respostas pouco adequadas. Conflitos com relação à sexualidade. Sócio – Cultural (S-C) – adequado

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2 - Adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo – Relacional (A-R): Manteve-se com adaptação “pouco adequada”, pois ainda existiam conflitos derivados de rivalizações. Suas ações passaram a ser conduzidas por seu referencial interno. Produtividade (Pr): Passou de “pouquíssimo adequado” para “adequado”, pois o trabalho passou a causar-lhe satisfação, e não lhe causava mais conflitos externos e/ou internos. Orgânico (Or) – Manteve-se “pouco adequado”, pois a sexualidade ainda lhe causava conflitos; porém pôde compreender a projeção do superego em Deus e diminuiu a persecutoriedade. Sócio – Cultural (S-C): Manteve-se “adequado”.

Caso 12

Dados da paciente e contextos: Mulher de 63 anos; 1º grau completo, aposentada do funcionalismo público. Há 7 anos, quando se aposentou, mudou-se para o interior a fim de se afastar da família. Relacionamentos amorosos conturbados; após romper um noivado, relacionou-se com um ex-namorado da adolescência; engravidou, e descobriu que o mesmo era casado. O mesmo revelou que só se reaproximou dela para “fazer-lhe mal” (sic). Sugeri que esta fizesse o aborto; assim se sucedeu. Após essa decepção, saía com homens ricos e os fazia pagar tudo pra ela: jantar, bebida e motel caro, mas ela os embebedava e não tinha qualquer troca carinhosa ou sexual. Anos depois, relacionou-se com um homem por meses e engravidou. Ficou surpresa, pois engravidou depois dos 40 anos e sempre acreditou que nessa idade não poderia mais engravidar. Casou-se, mas o relacionamento durou apenas 2 anos. Tem um filho de 22 anos, com quem tem grande dificuldade de se relacionar. Este veio morar com ela, que, por sua vez, quer livrar-se do filho. Em sua infância moravam na mesma casa: ela, os irmãos, os pais, um tio, a avó paterna, e um pensionista. Ela, os pais e os irmãos dormiam no mesmo quarto. Quando ela tinha mais ou menos 10 anos seus pais se separaram, e a mãe levou os filhos para morarem em outro lugar, por sinal bem distante do pai, que ficou com a casa. Em seguida, a mãe foi morar com o pensionista, que a tratava muito mal, principalmente porque a mãe deste reclamava dela. A mãe teve um filho com esse homem.

Relatou que o irmão está internado, com problemas mentais, pois viu a mãe com o padrasto e tem verdadeira obsessão por ela. O padrasto também adoeceu mentalmente,

fazendo a paciente pensar que a mãe era responsável pela loucura de ambos – irmão e marido. Teme que seu filho enlouqueça, pois ele também é obcecado por ela.

Queixa

Fobia de lagartixa, com comportamento evitativo. Dificuldade de se relacionar com o filho.

Situação Problema: Idem queixa

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada

Medo de lagartixa equacionado a feto (paciente associa lagartixa com algo frio, parecendo morto e semelhante a feto). Teme retaliação do feto abortado. Encontra-se na posição esquizo-paranóide, a ansiedade predominante é a persecutória. A modalidade relacional é perversa (sado-masoquista). Fora exposta a uma situação de humilhação e ataques e submete os homens a essa condição. Tem dificuldade de relacionar-se com o filho, pois está associado a um casamento infeliz. Temia contato próximo com o filho; sua hostilidade para com o mesmo, foi interpretada como uma defesa contra o incesto.

Soluções encontradas: Aproximou-se do filho após compreensão das fantasias incestuosas. Conseguia compreender melhor a diferença entre equação simbólica e realidade.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 5, adaptação ineficaz

Afetivo relacional (A-R): encontra-se “pouquíssimo adequada”. Ela buscava solução para os problemas afetivos, porém não encontrava gratificações e apresentava conflitos, intra e extra-psíquicos. A paciente demonstrava mínima capacidade para amar, dava escasso afeto, principalmente para o filho, e queria receber muito; sentia qualquer aproximação como intromissão ou invasão. Era incapaz de aprender com as experiências. Explorava e esgotava as pessoas. Desconfia das pessoas.

Produtividade (Pr): “pouquíssimo adequada”. Aposentada, sobra-lhe afazeres da casa, que não lhe trazem prazer. Sobrecarrega-se e tem conflitos. **Sócio Cultural (S-C):** a paciente encontra-se “pouco adequada”, pois aprecia pouco diversões públicas, raramente participa de festas ou reuniões sociais, principalmente por temer encontrar alguma lagartixa. Tem, portanto, um comportamento evitativo e pouco adequado.

Apresenta pouco interesse pelos acontecimentos coletivos próximos e remotos. Geralmente não participa das datas e atos cívicos e religiosos. Rejeita e despreza muitos costumes, adota padrões de comportamento da cultura por conveniência. **Orgânico (Or):** A paciente encontra-se pouco adequada, pois sua alimentação é escassa por falta de apetite e não tem vida sexual ativa há vários anos. Não obtém prazer com o corpo.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 4

No setor Afetivo Relacional(A-R), a paciente passou de “pouquíssimo adequado” para “pouco adequado”, na medida em que conseguiu se livrar do terror que sentia pela lagartixa, e também conseguia se relacionar com o filho de uma maneira mais afetiva. Porém, ainda apresentava dificuldade de se relacionar com os amigos e familiares.

No setor Produtividade(PR): manteve-se pouco pouquíssimo adequado

No setor Orgânico(Or), ainda não obtinha prazer.

Sócio Cultural (S-C): a paciente manteve-se “pouco adequada”

Caso 13

Dados do paciente e contextos: Homem, 23 anos, é o terceiro filho, antecedido por duas irmãs. É músico, porém ganha muito pouco com essa atividade, tem apenas uma aluna. Sua mãe faleceu de um câncer diagnosticado em um mês, quando o mesmo tinha 14 anos; esta já tinha 58 no período. O pai é descrito como uma figura frágil, isolada e depreciada. Quando a mãe morreu, o pai ficou sem se comunicar por um ano e hoje mantém um contato pobre, vivendo em devaneio. O pai tinha uma grande ligação com a mãe, que era descrita como uma cuidadora - de todos. Sua morte foi um marco; deixou uma família órfã.

Queixa: Auto estima rebaixada, ideação suicida.

Anamnese: Chegou após uma “tentativa” de intenção suicida. Foi ao Rio de Janeiro pensando em pular do arpoadoiro. Refere que o motivo é imaginar que seu pênis é pequeno, apesar de saber racionalmente que o tamanho de seu pênis está dentro da média. Essa idéia começou a atormentá-lo após a reconciliação com a namorada, que como forma de vingança pelas humilhações sofridas durante o namoro de um ano relatou, num episódio em que bebeu, que transou com um “cara com um pênis enorme e grosso”.

Situação-Problema: Sentimento de menos valia, supunha que seu pênis era muito pequeno.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada: Houve uma tentativa de realizar uma psicoterapia breve com o casal. A moça compareceu a um encontro, no qual foi apontada a relação sado-masoquista. Tentativa de vingar-se do namorado dos ataques sofridos anteriormente. Fizemos, na sessão, uma relação do sofrimento ao qual se submetia na relação com o pai, descrito como sádico (modelo introjetado referente ao pênis mau), com a posição masoquista que assumiu durante o namoro, e agora a inversão num modelo sádico. Como a moça havia iniciado uma psicoterapia, preferiu realizá-la individualmente. Com relação ao rapaz, mostrou-se desvitalizado, depressivo, não havendo ainda solucionado o luto pela mãe. Durante os atendimentos começou a resgatar sentimentos e lembranças de sua relação com a mesma e sua doença e morte. Dizia pensar não ter se importado com sua morte, já que pensa não ter sentido sua falta. O pai, uma figura diminuída, depreciada, servia-lhe de modelo de

identificação. Sendo assim, a auto-estima baixa estava relacionado com tal identificação. O problema era de ordem narcísica. Seu “pênis pequeno” correspondia a uma identificação com uma criança; que, por sua vez, era identificada ao “pai fraco”.

Solução encontrada: Compreendeu a relação sado-masoquista contendo seus impulsos agressivos e amainando os conflitos amorosos. Estudou e passou num concurso público que lhe possibilitará investir em seu sonho profissional.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 5: Adaptação Ineficaz Grave. Em crise.

Afetivo Relacional (A-R): encontra-se pouquíssimo adequado: Não possui gratificação e apresenta conflitos. Intenção suicida. Produtividade (Pr): Não encontra prazer no que faz (abandono da faculdade); toca bateria, porém tem apenas um aluno que não lhe traz sustento (conflito). No setor orgânico (Or) e Sócio Cultural (S-C): adequado.

Diagnóstico adaptativo Final: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve

No setor Afetivo Relacional (A-R): descreve que está mais seguro. A namorada voltou a tratá-lo com afeto e consideração; confessou que estava bêbada e que a experiência sexual a que se submetera fora sem importância; reconheceu que queria atacá-lo para vingar-se. Ele ficou com raiva da namorada após o reconhecimento dos ataques, porém tinha consciência de que fora sádico e de que tentara humilhá-la anteriormente. Dessa forma, conteve seus impulsos hostis, evitando conflitos externos. Relatava que se sentia inferior, apesar de amainada a angústia. Pouco adequado.

Produtividade (Pr): Estudou para concurso, para trabalhar como analista de sistemas; possuía curso técnico na área. Essa atividade lhe agradava. Investiu muito nesse estudo, acertando 75% da prova. Havia apenas três vagas e o grau de exigência era grande; conseguira ficar entre os 3 primeiros. Disse estar feliz, pois agora se sentia “aliviado”, já que diminuíram as exigências familiares e poderia investir no curso de produtor musical, que era seu objetivo. Adequado.

Manteve-se adequada nos outros setores.

Caso 14

Dados da paciente e contextos: Mulher de 23 anos, 3º colegial completo, é repositora; pai, 48 anos; mãe, 45; irmão, 22 e irmã, 14. O pai é alcoolista e agressivo com a paciente; a mãe é próxima afetivamente, porém exigente. Rivaliza com a irmã, e com o irmão estabelece uma relação amistosa. Quanto ao trabalho, contenta-se em ser repositora e não almeja crescer, pois teme não possuir potencial para isso. Relação amorosa: namorou por três anos; havia 2 anos

que terminara. Rompeu o relacionamento porque sentia-se mal ao se relacionar sexualmente; por diversas vezes teve que ser socorrida e levada ao hospital com sintomas como náuseas, vômitos e vertigens. É religiosa fervorosa. Diz que dos 15 aos 17 anos abandonou a igreja, freqüentou “baladas”, não orou mais, e acredita ter sido punida por Deus, por isso a razão da angústia.

Relata um episódio em que diz que, quando criança, fora “*incorporada por uma entidade do mal*” – era evangélica na ocasião – que dizia: “*vou acabar com esta família*” (Sic). Foi acometida por essa entidade um pouco antes da irmã nascer. A paciente relata que uma amiguinha veio ensinar sexo para ela e para o irmão e a mãe viu; a partir daí, a mãe a proibiu de ver a amiga, diz que o que estavam fazendo era “*uma coisa horrível*” (Sic). Alguns dias depois, a paciente, durante a noite (dormiam todos no mesmo quarto) ouviu barulhos e levantou para ver o que era: era a mãe e o pai mantendo relações sexuais. Quando estes viram, deram-lhe uma bronca e mandaram-na dormir. O sentimento e pensamento da paciente na ocasião foram os seguintes: “*fiquei com raiva, já que minha mãe tinha me dito que fazer aquilo era uma coisa horrível, porque ela tava fazendo?*” (sic).

Queixa: Ansiedade, Medo, Sentimento de Inferioridade, Depressão.

Situação Problema: Temor em enfrentar situações sexuais e aspectos agressivos da personalidade. Rivalidade com a irmã.

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretações Teorizadas: O momento em que começou a “receber” a entidade tem relação com o nascimento da irmã e a manifestação da raiva de forma dissimulada, nos moldes impostos pela igreja. O seu jeito mirrado está relacionado ao desejo de ser a filha caçula e receber os privilégios que a irmã recebe. Quanto às questões sexuais, parece relacionar o sexo à oralidade; parece ter permanecido com a idéia de que o sexo (coito que supõe ter assistido entre os pais) está relacionada ao sexo oral sádico; desta forma sente enjôo, nojo, imaginando que os pais deleitavam-se de prazeres orais. Ela, hoje, manifesta sintomas orais frente ao sexo. É como se engravidasse a cada coito, daí então precisa “vomitar” os bebês (Vomitar = abortar). Um misto de desejo edípico, do qual fora privada, e um ódio terrível que a fez realizar em sua realidade psíquica, ataques possivelmente oral-sádicos, uretrais e anais. Atacou também a irmã. Temendo ser punida, atribui sua destrutividade ao demônio, por meio da projeção. Sua ansiedade é basicamente persecutória, desta forma teme ser aniquilada - então há um predomínio de defesas da posição esquizo-paranóide.

Solução Encontrada: Diminuição da auto-agressão verbal. Amenizadas as auto-acusações superegóticas.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 4: Adaptação Ineficaz Severa

Afetivo-Relacional (A-R): Encontra-se pouquíssimo adequada, não possui gratificação nas relações afetivas, pois sua conduta atual é a de evitar contatos, já que teme que os sintomas voltem (náuseas e vômitos) ou que seja possuída pelo demônio. Apresenta conflitos.

Produtividade (Pr): pouco adequado, gosta do que faz, porém quando é solicitada para ficar como caixa entra em ansiedade. Recusa-se a aceitar promoções.

Sócio-Cultural (S-C): pouco adequado, relações religiosas rígidas, apresentado conflitos severos.

Orgânico (Or): pouquíssimo adequado, atualmente diz que dorme melhor; se alimenta muito pouco e que muitas vezes não toma o café da manhã. Relata que seleciona muito os alimentos, não gostando do cheiro de carne ao molho e de beterraba. Tem muitas espinhas no rosto, já com cicatrizes. Com 14 anos menstruou e sempre foi regular, porém há um ano e meio não vai ao ginecologista. Queria ser mais encorpada, mas come pouco e não consegue engordar; algumas vezes tentou comer bastante, mas vomitou.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3: Adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): Pouco adequado. Houve uma melhora na angústia, a paciente assume uma posição menos rígida. Compreende melhor seus conflitos, apresenta-se menos persecutória. Produtividade (Pr): Pouco adequado: ainda temia crescer. Sócio-Cultural (S-C): pouco adequada e Orgânico (Or): pouquíssimo adequada.

Caso 15

Dados da Paciente e contextos: Mulher de 54 anos, 1º grau incompleto; empregada doméstica; casada, 2 filhos (filha com 29 anos e filho com 24 anos). A paciente é a terceira filha de 5 irmãos. Seu pai faleceu quando tinha 7 anos de idade. Foi criada sob um regime de forte controle e apelo emocional, por parte de mãe. Casou-se há 30 anos, com um homem que amava intensamente, apesar de ser contra a vontade de sua mãe na época. Foi criada dentro da doutrina católica, da qual é praticante até hoje. Sua mãe ainda exerce um domínio sobre os filhos.

Queixa: Sofrimento relacionado ao alcoolismo do marido e seu filho esquizofrênico.

Anamnese: Desejava separar-se do marido, porém acredita que casamento é para a vida inteira. Refere que o marido não terá pra onde ir caso se separem.

Situação Problema: Paciente em alto grau de co-dependência com o marido; não consegue fazer suas escolhas em detrimento das necessidades de controle de comportamento/sofrimento do outro (marido). Não consegue renunciar a sua situação de “comando”.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada:

Aqui o setor Sócio-Cultural (valores religiosos) está interferindo no Afetivo-Relacional. Possivelmente, ter um marido era tão importante que se submetia ao desprezo e agressão do marido para manter-se casada. Possui um componente masoquista – presa a situações de sofrimento. Possui um superego muito rígido, no qual ter necessidades sexuais, desejos e fantasias, representavam a promiscuidade. Repete os padrões impostos pela sua mãe castradora e dominadora que colocava limites antagônicos: “*Ou serás freira ou serás puta*” (*sic*). Sentir-se uma mulher livre, que pode fazer suas próprias escolhas, sem se sentir culpada, estava fora de questão.

Soluções encontradas: Enxerga a sua situação e a do marido de forma mais realística (providenciou internação do marido). Diminuição da culpa onipotente.

Diagnóstico Adaptativo inicial: Grupo 03 Adaptação Ineficaz Moderada

Dados relevantes de cada setor adaptativo:

Afetivo-Relacional (A-R): Pouco gratificada com o marido e com muitos conflitos. Pouquíssimo adequada.

Produtividade (Pr): Diz estar gratificada com o que faz e pretende manter-se assim Adequada.

Sócio-Cultural (SC) e Orgânico (Or): Adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve

No setor afetivo relacional (A-R), a paciente passou a compreender melhor sua situação, embora até o término do nosso trabalho ainda não tenha encontrado uma solução mais adequada para suas carências afetivas e sexuais. Porém, seus conflitos foram diminuindo, à medida em que ela percebeu que pode fazer suas próprias escolhas, independentemente da aprovação de seus familiares. Com isso, houve uma melhora em sua adaptação neste setor para “pouco adequada”.

Produtividade (Pr) e Sócio-Cultural (S-C); mantiveram-se “adequados”.

No setor Orgânico (Or): passou a se cuidar melhor. Houve diminuição na frequência de utilização dos remédios. Ainda não estava com gratificação no setor sexual, pois até o término deste trabalho seu marido ainda não tinha retornado da clínica e não temos como saber qual será sua reação quando do retorno. Pouco adequado.

Caso 16

Dados da Paciente e contextos: Mulher de 23 anos, graduada em marketing, trabalha com seu pai em um escritório de contabilidade (gerenciando); tem um irmão de 18 anos. Possui

uma boa relação com o pai; sente-se controlada e exigida pela mãe. Refere que a mãe a aconselha à discricção. Fala que mulheres que andam atrás de homens não prestam. Homens divorciados e com filhos não prestam. Segundo a paciente, a mãe controla o pai, ligando para ele várias vezes ao dia. Numa ocasião o pai traiu a mãe, o que acentuou sua atitude de controle sobre o marido.

Queixa: Não consegue manter relação amorosa.

Anamnese: Refere que quando namora superestima o objeto e subestima a si própria. Conta que há aproximadamente 5 anos envolveu-se com um rapaz que, após 6 meses de namoro, mudou-se pra o exterior. Falaram-se por telefone e *internet* por mais um ano, trocando declarações de amor e promessas; ao retornar, o rapaz terminou com ela. Outra relação recente acabou repentinamente, de modo desagradável; o rapaz com o qual saía apareceu num bar com outra garota; no mesmo local estava a paciente com o grupo de amigos comuns ao casal. A relação atual é com um vocalista de uma banda; este tem 40 anos e 3 filhos de dois casamentos fracassados. A paciente se encontra com ele aos finais de semana, quando vai aos shows. Durante a semana não há comunicações. A relação que estabelece é de muito pouca intimidade. Teme ser invasiva e acaba por assumir uma postura passiva. Nunca toma iniciativas, nem impõe limites em seus relacionamentos. Possui boa aparência e refere que o contato inicial é fácil; fala em “*falsa propaganda*” (*sic*), porém, manter um relacionamento íntimo sem que haja cumplicidade é quase impossível. Estabelece relações vazias e com frequência é abandonada, pois, se El mesma se subestima, não pode receber estima do parceiro.

Situação Problema: dificuldade em estabelecer relações de intimidade, em especial no setor amoroso.

Conjecturas Psicodinâmica e Interpretação Teorizada:

A paciente possui um superego muito rígido, imagina que sua curiosidade representa meter-se na vida do outro, o que sugere questões de ordem edípica. O modelo da mãe controladora a incomodava muito, temia reproduzi-lo. Outro fator que contribuía para sua dificuldade de criar intimidade referia-se à “ladainha” da mãe, de que uma boa menina não deveria “correr” atrás dos homens, deveria permanecer numa posição passiva, feito uma bonequinha de porcelana, para não parecer vulgar. A paciente, revestida de tais idéias, mostrava-se passiva; não conseguia impor limites claros referentes a seus desejos, nem poderia mostrar nenhuma falha para o parceiro. Os homens que se interessavam por ela eram descartados, os mais concorridos eram disputados. Mesmo quando conseguia vencer a disputa, não conseguia dar continuidade ao relacionamento por não acreditar que poderia

oferecer alguma coisa ao sujeito. Esse distanciamento e pouca afetividade acabavam por afastar o parceiro, reproduzindo a história do pai, que buscava relação extra-conjugal.

Soluções encontradas: Após re-integração de aspectos projetados (superego- preconceito com relação à idade e filhos do namorado), aproximou-se do rapaz que dizia amar e iniciou uma relação de maior intimidade devido aquisição de auto-estima.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 - Adaptação Ineficaz Moderada

Afetivo Relacional (A-R): Pouquíssimo Adequado. Apesar de buscar relacionar-se, essa busca era ineficaz. Por essa razão, sentia-se frustrada e entrava em conflito, por desconhecer a razão dos abandonos. Estes sugeriam a idéia de que não era interessante (considerava-se uma farsa).

Produtividade (Pr): Estava satisfeita com o que fazia (Adequado) e, por dominar o assunto, sentia-se valorizada. Fazia, no período, a fantasia de que era indispensável. **Sócio-Cultural (S-C):** e **Orgânico (Or):** Adequado

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 1 – adaptação Eficaz

Afetivo Relacional (A-R): Ao término do processo de PBO havia se aproximado do vocalista de que gostava, mantendo com este um relacionamento amoroso. Aproximara-se do filho deste, mantendo um bom vínculo. Segundo a mesma, a relação de intimidade estava se estabelecendo lentamente. Após dois anos de relacionamento manteve relações sexuais, colocando à prova a idéia passada pela mãe de que os homens buscam apenas relacionar-se sexualmente para depois abandonar a mulher. Dizia-se satisfeita apesar de reconhecer que era possível melhorar. Adequado. No setor de **Produtividade (Pr)**, após trabalharmos sua onipotência, pode agora viajar para descansar. Nos outros setores manteve-se adequada.

Caso 17

Dados do paciente e contextos

Homem de 18 anos, cursa 3º ano do ensino médio, é o último filho de uma prole de seis irmãos, dos quais três faleceram devido à desnutrição. Mudaram-se do interior para São Paulo a fim de buscar recursos financeiros. O pai tornou-se metalúrgico e a mãe diarista. Após quatorze anos do nascimento do último irmão, a mãe engravidou e nasceu o paciente. Fora cuidado por uma irmã, em virtude do trabalho da mãe, e afeiçoou-se muito pela mesma. Dormiu no quarto dos pais até 8 anos, por temer dormir sozinho. Mamou até 3 anos no seio. Relata que o pai é alcoolista, e quando alcoolizado o humilha muito; nestes momentos chega a desejar sua morte, *“como uma forma de se livrar do problema, podendo então ficar em paz e feliz ao lado de sua mãe” (sic).*

Ao mesmo tempo diz que não poderia ser feliz por completo ao lado de sua mãe, pois guarda um segredo: relacionou-se sexualmente com o primo por quatro anos, dos sete aos quatorze anos, e sente-se atraído por homens. Relacionou-se com um vizinho, quando possuía 11 anos e o menino 10 (duas relações sexuais). Nas relações sexuais posicionava-se tanto como passivo quanto ativo. Nunca se relacionou com mulheres. Teme revelar seu segredo e ser desprezado pela mãe.

Queixa: O paciente relata estar com medo de sair de casa e andar de ônibus. Ao fazê-lo passa mal, manifestando taquicardia, sudorese e tremor nas mãos.

Situação Problema: O paciente desenvolveu sintomas fóbicos, apresentando medo de sair de casa e andar de ônibus, com fantasias persecutórias, acreditando que as pessoas perceberiam que ele mantinha um grande segredo. O segredo seria revelado, por não conseguir conter suas preferências nessa situação específica.

Conjecturas psicodinâmicas e Interpretação teorizada

A busca de satisfação afetiva é inadequada por ser regredida, o afeto que deveria ser deslocado do objeto original para outras figuras representativas não aconteceu, ele ficou preso à mãe. A relação estabelecida é infantilizada de criança para adulto; apresenta conflitos internos em função das fantasias homossexuais.

Idealizava a morte do pai e a união com a mãe, devido a busca da gratificação no setor afetivo relacional era frustrada pela interdição do pai e pelo caráter proibitivo de seus desejos. Com isso, nunca conseguia satisfação de fato.

Em função da fixação edípica ficou paralisado no desenvolvimento psicosexual. Sentia grande ciúme da relação dos pais, confessa tê-los espiado no quarto e a raiva que sentiu, após vê-los se relacionando sexualmente. Questiona-se por que motivo sua mãe ainda vivia com seu pai alcoolista e agressivo. Não se conformava por ela aceitá-lo incondicionalmente. O paciente referia que sua mãe viveria melhor se o pai morresse e os dois vivessem juntos. Porém, com o desejo, vem junto o temor à castração. Temia ser castrado pelo pai. Dessa forma, os desejos homossexuais funcionavam como defesa à castração e ao incesto, ou seja, fingia-se de “menininha” para não ser castrado pelo pai.

A experiência vivida com o primo parecia uma forma de evitar o incesto e amenizar o terror pelo pênis mau do pai. Essas relações homossexuais da primeira infância possivelmente diminuiriam o temor pelo pênis do pai e aumentaram a confiança no “bom” pênis do parceiro; as relações homossexuais trazem os seguintes reassuramentos: “(1) o pênis real é confirmado como inofensivo (2) portanto o próprio pênis também é inofensivo (3) não há

consequência desastrosa dessa relação (4) equivale a uma relação fraterna secreta” Simon (1986, p.66).

Como o paciente era obcecado pela mãe e sua angústia de base era paranóide, o objeto amado homossexual parecia esconder um fim heterossexual - afastar o pai da mãe, castrá-lo, apossar-se do seu pênis e esperma para poder frustrá-la. As relações homossexuais servem para constatar em que o pênis do pai se distingue do seu pênis e como se tornar mais hábil e potente nas relações sexuais com a mãe.

Possuía fantasias com relação à figura combinada.

Com relação ao sintoma fóbico, medo de andar de ônibus, levantamos como hipótese o ônibus representar o interior do corpo materno que se torna ameaçador por conter o pênis aterrorizador do pai, principalmente baseado na suposição de que o paciente é muito regredido e seu funcionamento era psicótico.

Outra possibilidade interpretativa seria a de que nessa situação “social” pudesse manifestar sua ambivalência quanto aos desejos homossexuais, não conseguindo conter seus impulsos, já que nessa situação o contato de “encostar” nas pessoas é comum; e, ao mesmo tempo, o terror de que seu “segredo” fosse revelado. Portanto, evitar andar de ônibus era uma forma de se esquivar da ambivalência provocados por essa situação.

Soluções Encontradas: Quando o conflito inconsciente pôde ser revelado, abandonou os sintomas que o mantinham confinado.

Diagnóstico adaptativo Inicial: Grupo 3, com adaptação ineficaz moderada. Em crise.

Setor Afetivo Relacional (A-R) – Pouquíssimo adequado, pois apresenta conflitos intra-psíquicos. Sente-se atraído por homens, porém não se permite relacionar-se com os mesmos; não possui gratificação afetiva. Dirige seu afeto somente à mãe, porém teme a represália por parte do pai.

Setor Produtividade (Pr) – encontra gratificação nos estudos, produzindo sem desgastes. Adequado, sem conflitos internos ou externos.

Setor sócio – cultural (S-C) – pouco adequado; suas relações afetivas se restringiam aos contatos estabelecidos na igreja, onde encontrava gratificações nas amizades, aceitando as regras sociais. Porém, em função do conflito referente à identidade sexual, sentia-se um pecador, apresentando conflitos internos severos, fantasiando que seria punido por Deus por ter infringido as leis divinas, que preconizam que Ele criou o homem e a mulher para se unir e procriar, o que não acontece com pessoas do mesmo sexo. Dessa forma, optando pelo homossexualismo não iria ser aceito por Deus.

Setor Orgânico (Or) – adequado

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2. Adaptação Ineficaz Leve

No setor Afetivo – Relacional (A-R): pouco adequado. O paciente deixou de se referir à angústia persecutória, estabelecendo vínculos sociais; no familiar, embora não aceite o pai alcoolista, manteve uma relação mais saudável.

O setor de Produtividade (Pr) – se manteve adequado durante toda a terapia.

Setor Sócio-Cultural (S-C) – passou de pouco adequado para adequado, participando mais ativamente das atividades religiosas, sem se sentir culpado pela homossexualidade. No setor Orgânico (Or) – se manteve adequado durante o processo.

Caso 18

Dados do paciente e contextos: Mulher de 69 anos, mora com um filho solteiro dos oito que possui. É separada há 18 anos, porém ainda não se divorciou. Atualmente é dona de casa e aposentada, trabalhou na roça e como empregada doméstica. A paciente diz que foi obrigada a se casar com o marido por escolha e seu pai, que era agressivo e autoritário. Gostava de outro homem, que não fora aprovado pelo pai; quando se casou, tinha relações sexuais forçadas.

Queixa: Referia estar deprimida.

Anamnese: Dizia que coisas ruins passavam pela sua cabeça a partir do momento em que encontrou seu ex-marido e seu filho, bêbados e caídos no chão; também encontrou um “camisinha” na carteira que havia emprestado para seu filho e, ao questioná-lo, o mesmo respondeu que a camisinha era “*para ele usar com uma mulher gostosa e que não era para ela*” (sic). A paciente refere que ficou muito triste na ocasião. Temia que o filho a deixasse.

Situação Problema: Colocara o filho no lugar de um parceiro amoroso e agora temia perdê-lo por este se envolver sexualmente com outras mulheres.

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada: A paciente sentiu-se traída pelo filho; o “pacto” edípico acabara de se romper. Até então, entre mãe e filho havia um pacto inconsciente de viver e cuidar um do outro. Para isso teriam que abrir mão de prazeres amorosos, como ela fez com o homem por quem se interessou após a separação do marido. De repente, vê o filho compactuando com o pai, num “jogo” sexual, promíscuo e de prazeres indescritíveis com mulheres gostosas, sendo ela a excluída.

Conjectura-se que esses vínculos incestuosos já permeavam as relações familiares da paciente. O fato de o pai tê-la obrigado a casar-se com um homem que não amava, tendo que

abrir mão do amor de sua vida, indica que o pai estava atuando seu ciúme incestuoso. A filha, por sua vez, submeteu-se às ordens do pai, provavelmente por compactuar com os fatores inconscientes envolvidos nessa relação.

Possui um superego rígido.

Soluções encontradas: Conteve seu impulso de controlar o filho e reaproximou-se dos amigos de fé; voltou a freqüentar a igreja.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 4 Adaptação ineficaz moderada. Em crise.

No setor Afetivo-elacional (A-R), a paciente apresentava-se *pouquíssimo adequada*, já que não encontrava satisfação e apresentava conflitos em suas relações afetivas.

No setor Produtividade (Pr), encontrava-se pouco adequada, pois apesar de realizar os afazeres domésticos, como limpar a casa e cozinhar, não encontrava mais satisfação.

No setor Sócio-cultural (S-C), apresentou-se pouco adequada, pois sentia prazer em estabelecer contatos sociais na igreja em que freqüentava, porém em função dos conflitos e do estado depressivo em que se encontrava evitava os contatos sociais estabelecidos. Teve uma diminuição significativa na participação nos cultos da igreja.

No setor Orgânico (Or), apresentava-se “pouco adequada”, possuía problemas referentes à pressão arterial e insônia, e disse nunca ter sentido prazer sexual.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 Adaptação Ineficaz moderada.

No setor Afetivo Relacional (A-R), passara a pouco adequado. Não obtém gratificação, porém houve diminuição dos conflitos. Produtividade (Pr) Pouco adequado: após diminuição dos conflitos no setor AR, realiza as tarefas domésticas com prazer, porém com conflitos; Sócio Cultural: adequado, pois voltou a se relacionar com os colegas da igreja e a realizar tarefas comunitárias. Orgânico (Or) pouco adequado. Ainda mantinha ainda dificuldade com relação ao sono, apesar da insônia ter diminuído.

Caso 19

Dados da Paciente e contextos: Tem 18 anos; uma irmã de 20 anos; pais falecidos – mora com avôs paternos. A paciente perdeu seu pai quando tinha um ano de idade, em um acidente de carro. Quatro meses depois, sua mãe também morreu sem uma causa aparente, segundo a família, “*morreu por amar demais*” (*sic*). Seus avós paternos a criaram desde então; refere que a avó é rígida. Com a irmã tem um relacionamento difícil desde que esta se casou e

perdeu a pensão paterna, que ficou para a paciente. A Irmã e o cunhado acham injusto o dinheiro ter ficado para a paciente, até que complete vinte e um anos.

Refere que gostaria que seus pais fossem vivos; a paciente interpreta que não é compreendida em seus desejos pelos avós, em função da idade avançada de ambos – estes implicam com seu namoro. A paciente estuda, mas não tem muitos amigos, diz não gostar de se relacionar, acredita não possuir atrativos. Mostra-se tímida.

Queixa: Gastos compulsivos.

Anamnese: A paciente refere que há dois meses retirou quatro mil reais de sua pensão e comprou roupas e presentes para amigas. Seus familiares ficaram muito preocupados, pois temiam que ela estivesse usando drogas. Demonstra culpa pelo ocorrido, temendo que os avós morram devido à decepção que lhes causou.

Situação Problema: As relações eram pautadas por ressentimento e mágoa pelo suposto abandono da mãe. *Acting out*, ocorriam nos setores afetivo relacional (A-R) e de produtividade (Pr).

Conjectura Psicodinâmica e interpretação teorizada:

Luto não elaborado. Essa filha não conseguiu salvar a mãe da dor da perda do pai. Não conseguiu mantê-la viva. Não despertou nela amor suficiente para torná-la uma mãe desejosa dos cuidados da filha. Este fracasso redundou em uma grande desconfiança de si mesma e de sua capacidade para realizar-se na vida. Sentia ódio da mãe por isso. O dinheiro da pensão era desperdiçado, como expressão da raiva desses pais que a abandonaram. Não podia nem explorar sua história pregressa com os avós, já que esse assunto era “proibido”, em função da dor que causava. Achava que os avós cuidavam dela por falta de opção (culpa) e não por amor. Isso a fazia retribuir cuidados baseados na culpa e não no afeto.

Soluções encontradas: Percebendo os avós de forma mais amorosa, ofereceu seus cuidados mais por amor e gratidão do que por culpa. Fez investimentos financeiros mais adequados, já que o dinheiro não mais representava o abandono dos pais. Houve uma melhora na auto-estima.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: **Grupo 4** – Adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo Relacional (A-R): Apresenta carência afetiva quanto às relações familiares. Relações pobres no contexto escolar. Sente-se angustiada e “sem vontade de viver” (sic). Pouquíssimo adequada.

Produtividade (Pr): Gosta de estudar, porém gostaria de trabalhar. Em função dos cuidados que tem que dispensar aos avós, fica impedida de trabalhar. Esse fator gera conflitos internos. Pouco adequada.

Sócio Cultural (S-C): Possui poucos relacionamentos sociais, sente-se prisioneira dos avós. Sente-se isolada do convívio social. Pouco adequada.

Orgânico (Or): Adequada.

Diagnóstico adaptativo Final: Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo relacional (A-R): conscientizou-se de sua dinâmica, livrando-se assim da culpa onipotente pela morte dos pais e compreendeu as atuações (gastos como forma de ataque simbólico contra os pais). Ao invés de desperdiçar o dinheiro com futilidades, passou a investir em um terreno, o que diminuiu muito sua culpa. Melhorou as relações afetivas com o avós, pois agora se sentia amada. Como mudou a modalidade das relações interpessoais, antes dar por culpa e agora dar por amor, pôde diminuir os conflitos e sentir-se mais gratificada. Mudou de escola e fez amizade com duas garotas. Ainda possuía timidez, porém já enfrentava suas dificuldades. Adequado.

Produtividade (Pr): Os avós a deixaram trabalhar. Porém optou por cuidar dos mesmos, já que o dinheiro da pensão era suficiente, e a tarefa de cuidar dos avós lhe parecia menos sacrificante, e necessária, já que estavam muito idosos. Pretendia trabalhar fora futuramente. Pouco adequado.

Sócio Cultural (SC): Melhora nos contatos sociais. Esta participando, com certa dificuldade, do convívio social. Pouco adequado.

Orgânico (Or): Manteve-se adequada.

Caso 20

Dados da Paciente e contextos: Tem 20 anos, cursava Terapia Ocupacional, tem dois irmãos mais velhos e um mais novo que moram com os pais. Relata que nunca teve uma relação boa com os irmãos e com a mãe, pois os mesmos sempre a maltratavam e diziam que ela não servia para nada. Tinha uma grande ligação com o pai, referia que ele a mimava muito. Presenciou, na infância, traições da mãe; espiava ela e o amante no quarto relacionando-se sexualmente, no período em que o pai fora trabalhar no Japão. Chora pela ausência do pai e diz que quer morar com ele.

O pai voltou para o Brasil, permaneceu alguns anos e há 3 foi morar no Japão. Desde a partida do pai, começou a freqüentar uma igreja evangélica, na qual passa boa parte de seu tempo. Acredita que o sexo deve somente ser feito após o casamento. Masturbação excessiva associada à culpa.

Contou que durante sua fase escolar sempre fora desprezada pelos professores e cresceu achando que era burra e que não fazia nada direito. Atualmente sente muito sono e não consegue se concentrar na faculdade. Está tirando notas baixas.

Queixa: Não consegue manter um namoro por mais de 3 meses. Está indo mal na faculdade por falta de concentração.

Anamnese: Teve alguns namorados, mas diz que não consegue manter a relação por muito tempo; quando começa a sentir desejos sexuais termina seu relacionamento. Vê o sexo como sendo algo sujo e obsceno.

Situação Problema: A situação-problema nuclear é a dificuldade nos relacionamentos amorosos. A situação-problema conseqüente é a falta de concentração nos estudos.

Conjecturas psicodinâmicas e interpretação teorizada: Ficar com um rapaz por um período muito longo significava manter intimidade sexual. A paciente temia ser penetrada. O sexo era pecaminoso, principalmente por conter impressões incestuosas. A paciente disse, numa ocasião, quando apontado seu medo de manter relações sexuais: *“É verdade, tenho medo de transar, além de não querer transar eu sempre comparo os homens ao meu pai. Eu queria um namorado que tivesse o perfil do meu pai”*(sic). A paciente completa: - *“Em alguns momentos sinto-me como a mulher de meu pai, pois sou a única que cuida dele”* (sic). O que podemos observar é que a paciente apresentava em sua fantasia o desejo de possuir o objeto de amor (pai) e destruir a rival (mãe). Parecia ter certa limitação intelectual.

As dificuldades sexuais eram sustentadas pela situação edípica e auto-estima rebaixada

Soluções Encontradas: Sua angústia parece ter amainado, trazendo alívio nos sintomas orgânicos, porém ainda não havia encontrado uma solução para seus problemas.

Diagnóstico adaptativo Inicial: Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa:

Afetivo Relacional (A-R) Não possuía gratificação em seus relacionamentos afetivos e ainda apresentava conflitos. Pouquíssimo adequado; **Produtividade (PR):** Gostava do que fazia,

porém encontrava dificuldade no curso, possivelmente em razão dos conflitos emocionais e por dificuldade intelectual, em virtude da falta de estímulo na infância; Sócio cultural (S-C): Frequentava a igreja, porém a rigidez da mesma trazia-lhe conflitos. Orgânico (Or): Pouquíssimo Adequado. Come mal, apresenta náuseas, não se permite sentir prazer.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada

Afetivo Relacional (A-R) Ainda não possui gratificação em seus relacionamentos afetivos e ainda apresentava conflitos. Pouquíssimo adequado.

Produtividade (Pr): Melhorou sua atenção, o que refletiu em uma melhora nas notas. Adequado. Sócio cultural (S-C): manteve-se pouco adequado. Orgânico (Or): os sintomas foram amenizados, voltou a recuperar o peso (adequado).

Caso 21

Dado da Paciente e contextos: 65 anos, viúva há 20 anos, contadora aposentada. Tem um filho de 33 anos que mora com a paciente, cursa faculdade e trabalha em casa consertando computadores. O marido era alcoólatra e a agredia física e verbalmente. Seu filho era muito ligado ao pai, e após sua morte começou a beber. Quando alcoolizado chora a morte do pai e refere que quem deveria ter morrido era a mãe. A relação com a mãe é péssima; após a morte do pai, passou a agredi-la, como ele fazia.

Numa ocasião, flagrou o seu marido com o pênis exposto e o filho acariciando-o. Brigou com o marido alimentando a suspeita de que o menino sofria abusos. Em sua história pregressa, ela própria fora submetida a abuso sexual por parte do irmão mais velho, que no período tinha 20 anos e ela 9. Narra que lhe agradavam as carícias no clitóris, não havia penetração. Após confessar-se com o padre, interrompeu esse comportamento temendo ser punida. Seus pais separaram-se quando a paciente tinha 7 anos; o pai casou-se com uma sobrinha. Era a caçula de uma prole de 9 irmãos. Três deles eram alcoolistas, inclusive o que a molestava.

Queixa: Sofre agressões físicas e verbais por parte do filho, não consegue colocar limites. Não consegue posicionar-se de forma assertiva com os demais.

Situação Problema: Submissão às agressões realizadas pelo filho e falta de assertividade.

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada:

A paciente submeteu-se a um ambiente desfavorável na infância e na atualidade. Recebera pouco afeto de mãe e pai. No contexto familiar não havia divisão entre afeto e erotismo. Vivências intensas de relações incestuosas na vida pregressa: irmão e irmã; pai e sobrinha. Refere ter gostado das relações com o irmão (fixação nas relações infantis).

Quando estava casada presenciou o pai (falecido há 20 anos) e filho manipulando-se (no período o filho tinha 5 anos). Ela, por sua vez, reproduzindo uma relação sado-masoquista com o marido e, na falta deste, com o filho. Possui um superego sádico e um ego masoquista. Diz não ter coragem de internar o filho, que tem ataques de fúria quando alcoolizado e/ou drogado. Nesses frequentes episódios, os moradores do prédio chamam a polícia, que o prende em cadeia comum. Isso que chama de “falta de coragem” e “pena” parece representar a atuação inconsciente de seu ódio. Quando o filho é preso, o processo é violento e fica junto de outros criminosos comuns.

Foi realizada uma tentativa de integração dos elementos excindidos de sua personalidade, baseados nos pressupostos acima. A paciente melhorou, muito provavelmente, no que chamamos cura pela transferência. Idealizou o processo terapêutico e a terapeuta.

Soluções encontradas: Não se identifica mais com as projeções do filho; submete-se menos a ele. Resgata os vínculos afetivos com os amigos, obtendo mais gratificação no aspecto afetivo.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 5 adaptação Ineficaz Grave.

Afetivo Relacional (A-R): não estabelece relações satisfatórias. A relação com o filho é baseada na culpa, relação sado-masoquista. Depois da morte do marido, o único vínculo que estabeleceu, por poucos meses, foi com um amante que a subjugava e desprezava. Desenvolveu, inclusive, um vaginismo. Pouquíssimo adequada. Produtividade (Pr): Sentia prazer em seu trabalho, porém, ao se aposentar, teve que assumir as atividades do lar. Odeia esses afazeres, que são agravados pelas exigências do filho. Pouquíssimo adequado. Sócio Cultural (SC): Isolamento e dificuldade nas relações sociais, que têm, como agravo, os escândalos do filho, que obrigam a vizinhança a solicitar auxílio da polícia. Orgânico (Or): Tem prótese mamária, uma delas rompida, refere não possuir recursos financeiros para o

reparo; não vai ao médico, sua aparência é desleixada. Tem vaginismo e refere não possuir mais desejos sexuais. Pouquíssimo adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada

Afetivo relacional (A-R) Há uma diminuição da culpa. Dessa forma, quando o filho a acusa e ataca, absorve menos as identificações projetivas, diminuindo então a culpa e os conflitos. Pouco adequado. Produtividade (PR): continua com os afazeres domésticos, porém agora se permite ter períodos de lazer e descanso. Pouco adequada. Sócio Cultural (S-C): Começa a participar do centro espírita e fazer academia ampliando o círculo de amizade. Adequado. Orgânico (Or): Vai ao médico, que irá encaminhá-la para um serviço público a fim de resolver a questão da prótese rompida. Coloca os dentes que lhe faltavam na boca e se arruma melhor (adequado).

Caso 22

Dados da paciente e contextos:

Mulher de 19 anos; curso superior incompleto; solteira. Tem um irmão mais velho, hoje com 26 anos. Sua mãe tem 46 anos e seu pai, 51. Os pais são separados desde que a paciente tinha 3 meses. Esta relaciona a separação dos pais com o seu nascimento. Relata que seu pai não queria mais filhos e sua mãe engravidou propositalmente e isto fez com que aumentassem as brigas entre o casal, e logo que ela nasceu seu pai os deixou. Depois da separação, ela, seu irmão e sua mãe foram morar com os avós maternos, pelos quais a paciente tem profunda admiração. Tinha como referência da figura provedora masculina o avô, que faleceu quando ela tinha 9 anos. Com sua avó teve muita convivência, coloca que era “a neta preferida”, pois esta realizava todos os seus desejos - faleceu quando a paciente tinha 16 anos.

Teve contato com seu pai até os doze anos de idade, de uma forma restrita. Sua mãe não proporcionava muitos contatos e a colocava contra seu pai; dizia que ele havia abandonado a família. A paciente tinha “adoração” pela mãe e acreditava que tudo que ela dizia estava correto; assim, fora perdendo o contato com o pai e faz sete anos que não o vê, nem mantém contato. Já seu irmão, sempre teve bom relacionamento com o pai, chegou a morar com ele em sua adolescência, contra a vontade da mãe.

Com a mãe, tem uma relação simbiótica. Com o pai refere ter uma indiferença. Seu irmão casou há cerca de um ano. Um “amigo” passou a morar com a mãe há 7 anos, suspeita que os dois tenham algum relacionamento amoroso, porém esquiva-se dessa idéia, que lhe causa ciúme.

Sua adolescência foi normal, teve alguns envolvimento com meninos, mas poucos, comparado com suas amigas. Ocupava-se mais com estudos; esforçou-se e conseguiu entrar numa faculdade pública. Há quatro meses iniciou seu primeiro namoro; diz gostar de seu namorado. Foi a partir desse relacionamento que começou a ter dificuldade para se alimentar.

Sua mãe, no começo do namoro, foi contra, dizia que ela tinha que estudar primeiro para depois pensar em namorados, mas ela persistiu e hoje a situação é aceita.

Queixa: Dificuldade para alimentar-se, por diversas vezes tem enjôo e chega a vomitar. Perdeu aproximadamente 6 kg. O sintoma piora diante de situações de estresse.

Anamnese: Isto acontece principalmente quando, aos finais de semana, o namorado está presente ou até mesmo quando pensa nele. Essa situação traz desconforto e constrangimento.

A dificuldade em se alimentar começou a partir do momento em que ela fora instada pelo namorado a manter relações sexuais. Vê-se apavorada diante dessa possibilidade.

Conjecturas psicodinâmicas e Interpretação Teorizada

Encontra-se fixada no período de latência, teme relações sexuais, que são associadas simbolicamente à oralidade: “comer”, enjoar. A paciente equaciona a comida ao sexo; comer (“Comer do fruto proibido” – ligação bíblica) com o namorado, em sua fantasia é manter relações sexuais com ele. A ligação entre sexo, anorexia e vômito seria pela culpabilidade. É possível a elaboração sobre as associações, com a aceitação transferencial da terapeuta num papel menos rígido atenuasse a culpa pela sexualidade.

Seu nascimento já foi um processo traumático, pois sua mãe engravidou propositalmente, contra a vontade de seu pai, na tentativa de uma reconciliação. Quanto a isso, Aberastury (1979) diz que “um filho que nasce com a missão de unir o casal em vias de separação leva o selo deste esforço” (p83), mas nesse caso a missão fracassou, pois, após três meses de seu nascimento, o pai as deixou. A autora diz que quando não acontece esta união, que seria a missão da criança, este fracasso determinará nela uma grande desconfiança de si mesma e de sua capacidade para realizar-se na vida.

Soluções encontradas: Compreendeu a relação entre comer e sexo e desfez a conexão, podendo alimentar-se e estabelecer relações mais íntimas e maduras com a diminuição da rigidez superegógica.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz leve.

Afetivo – Relacional (A-R) – respostas pouco adequadas. A paciente apresentava dificuldade no relacionamento com o namorado, gostava dele, mas sentia-se mal nos momentos em que se encontravam e isto gerava conflitos, pois não entendia o que estava acontecendo.

Produtividade (Pr) – adequada.

A paciente estava cursando a faculdade em período integral, gostava e se dedicava muito aos estudos, sente-se gratificada com isto.

Orgânico (Or) – respostas pouco adequadas.

A paciente apresentava dificuldade em se alimentar, sentia enjôo, por muitas vezes não comia e por isso perdeu peso. Assim, sentia-se feia por estar muito magra. A questão sexual estava reprimida, ela não conseguia sentir nenhuma satisfação com os carinhos do namorado e mostrava-se muito ansiosa ao falar deste assunto.

Sócio – Cultural (S-C) – “respostas adequadas”. Sente-se gratificada com sua vida social.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 1- adaptação eficaz, onde pode compreender que a dificuldade em se alimentar estava simbolizada no relacionamento sexual, onde equacionava a comida com o sexo; com isso, conseguiu se alimentar e ter um melhor relacionamento com o namorado.

Afetivo Relacional (A-R) – Obteve “respostas adequadas”, deixou de sentir-se mal quando estava com o namorado, com isso sentia gratificação em sua companhia. Durante o tratamento não teve contato com o pai, mas no término não apresentava conflitos, conseguiu admitir que tinha afeto por este, mesmo não querendo contato. Não sentia mais dificuldade em sair com os amigos, nem com o namorado, pois não sentia enjôos, que vinham acontecendo antes do tratamento.

Produtividade (Pr) – adequada, continuava cursando a faculdade, sentia-se gratificada, começaria um estágio, mas ainda não estava sendo remunerada, por isso sentia-se ainda dependente financeiramente da mãe.

Orgânico (Or) – “respostas pouco adequadas”, a paciente eliminou o sintoma apresentado no início, a dificuldade em se alimentar, ganhou peso e começou a sentir prazer com os carinhos do namorado, porém ainda apresentava conflitos quanto a isto.

Sócio-Cultural (S-C) – “respostas adequadas”. Manteve o interesse e aceitação pelas questões sociais.

Caso 23

Dados da paciente e contextos: Mulher de 31 anos, 2º grau completo. Está casada há 4 anos e tem um filho de 3 anos. O casamento foi motivado pela gravidez de seu único filho. Recentemente realizou a laqueadura, alegando que seu relacionamento amoroso vai mal e não quer mais filhos. Engordou 30 quilos durante a gravidez, e há sete meses faz uso de medicamentos moderadores de apetite. Essas fórmulas que usa deixam-na irritadiça e hostil com o marido e familiares. O medicamento foi receitado por seu médico endocrinologista. Atualmente, está com 54 quilos. Além deste medicamento, toma também antidepressivo.

Há seis meses está desempregada devido à sucessão de doenças e seu estado emocional. Trabalhava como auxiliar de cabeleireira desde os 17 anos, época em que saiu de casa. Tem quatro irmãos – dois mais velhos por parte de pai e um irmão menor por parte de pai e mãe. A mãe foi embora com outro homem, deixando-a com 2 anos de idade; levou consigo apenas o menino de seis meses, que fora “devolvido” ao pai quando completara 4 anos. A paciente relata que nunca recebeu afeto de seu pai, pelo contrário: revela que este a agredia constantemente. Não mantém um bom relacionamento com a mãe, embora esta tenha tentado reaproximação por várias vezes quando a paciente já estava casada. O pai faleceu há 3 anos, e a paciente foi a única filha que permaneceu com ele até o fim da vida. Não há relação com os dois irmãos mais velhos.

Queixa: Insatisfação no casamento

Anamnese: Após o uso da “fórmula para emagrecer”, intensificaram-se as brigas entre o casal e a rivalidade estabelecida entre ela e a sogra. Reclama que o marido é introvertido e que é muito passivo diante da mãe; diz que o mesmo não estabelece o limite necessário para manter sua privacidade. Conta que há uma escada de acesso entre a casa da sogra e a dela e isso a incomoda terrivelmente. Diz que os sogros interferem em sua criação e relação com o filho; esta relação está muito desfavorável, sente-se agredida pelo filho de 3 anos.

O marido é formado em jornalismo, contudo, nunca exerceu a profissão e trabalha como vendedor.

Situação Problema: Problemas conjugais assentados na reprodução das vivências infantis de abandono da mãe; dificuldade em discriminar fantasia de realidade.

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretações teorizadas:

Aqui ocorre uma reatualização da relação estabelecida na infância com a mãe. Aos dois anos fora deixada pela mãe. Possivelmente, em sua fantasia inconsciente fora responsável pela separação do pai e mãe. Na atualidade, reproduz a história de possibilidade de abandono com o filho (mesma relação estabelecida entre ela e a mãe), refere que não sabe

ser mãe. Na verdade, priva-se do direito à maternidade, por imaginar que, por meio de seus desejos onipotentes, agiu de modo semelhante com a mãe. Identificada com sua mãe, faz laqueadura, e deseja deixar seu filho. A medicação foi introduzida para manter o “script” de sua história. Magra, em sua concepção “mais desejável”, também arrumará um amante e deixará marido e filho. Ela facilitara a apresentação da hipótese interpretativa dizendo: “*eu sei que estou repetindo a história de minha mãe, mas não consigo evitar*” (sic). O uso de medicamentos altera seu humor, acentuando algumas características que estão atrapalhando suas relações afetivas. Em função do estado constante de ódio, não consegue raciocinar objetivamente; suas ações são motivadas pela emoção; ocorre um estreitamento mental.

Projeta na sogra a mãe má e ataca-a. Na transferência, reproduziu a fantasia de que não era compreendida, nem acolhida. A transferência negativa foi trabalhada sistematicamente.

Soluções encontradas: Ao final do processo, abandonou o uso de medicamentos e arrumou um emprego. Quanto ao relacionamento entre o casal, houve uma melhora em função da diminuição das projeções (o marido perdeu o emprego no final do processo psicoterápico; daí então, a paciente viu a necessidade de trabalhar).

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 4: Adaptação ineficaz severa.

No setor Afetivo-relacional (A-R), a paciente encontra-se pouquíssimo adequada. Não apresenta gratificação e apresenta conflitos. Os relacionamentos são permeados por ódio; só deseja receber, não se dispõe a dar. Vitimiza-se, colocando sempre os outros como culpados por suas mazelas.

No setor Produtividade (Pr), a paciente mostra-se pouco adequada, prejudicada pelo problema no setor orgânico, não está trabalhando, mas julga que está impossibilitada, já que está doente – não há conflitos em estar parada.

Na área Sócio-cultural (S-C), encontra-se pouco adequada, pois aprecia diversões públicas, passeios, mas se vê impedida e limitada, por falta de dinheiro, e em função de seu estado físico.

No setor orgânico (Or) apresentava-se pouquíssimo adequada. Desde os 13 anos possui uma fissura anal, sente muita dor, mas recusa-se a realizar a cirurgia de restauração. Embora demonstre preocupação com o corpo no âmbito estético, a medicação que toma tem uso simbólico, trazendo prejuízo para os setores Afetivo e Relacional (A-R), Produtividade (Pr) e Sócio-cultural (S-C). Tem dificuldade para dormir. Em relação ao auto-cuidado nas cirurgias a que foi submetida (laqueadura e hérnia de disco), não fez o repouso recomendado pelo médico e, conseqüentemente, teve seu estado de saúde agravado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 Adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): Pouquíssimo adequada, com a compreensão de que não tivera culpa pelo abandono da mãe e destruição do casamento dos pais. Dessa forma, controlava melhor seus impulsos. Por ser um caso grave ainda terá muito trabalho analítico a ser realizado. Ainda apresenta muita resistência e um posicionamento infantil. Produtividade (PR): Adequado, se antes se mostrava acomodada com a situação financeira e profissional, o retorno ao mercado de trabalho a fez se sentir produtiva, aumentando as possibilidades de conseguir sair da casa da sogra;

Sócio Cultural (S-C), mantém-se pouco adequado.

Orgânico (Or): Adequado, considerando a melhora na condição física (fez a cirurgia referente à fissura) e pelo fato de ter parado com os moderadores de apetite.

Caso 24

Dados do paciente e contextos: Homem de 28 anos, está no 3º ano do curso de psicologia; trabalha como auxiliar de enfermagem; é o segundo filho de quatro; seu pai é trabalhador rural e sua mãe é do lar. Atualmente mora com uma irmã, tendo vindo do interior.

Os pais se separaram quando o mesmo possuía 7 anos de idade, em função da traição por parte da mãe; esta levava o amante para casa na ausência do pai. A mãe morou com o amante por mais ou menos um ano, levando as duas filhas mais novas para morar com ela. O paciente e o irmão mais velho ficaram com o pai. Após esse período, o pai se reaproximou da mãe e retomaram o casamento. A mãe tornou-se evangélica. Com a separação, o pai começou a beber e só parou com a reconciliação. Após dez anos, o pai voltou a beber e começou a sair com várias mulheres, mas tinha uma amante fixa; a mãe e os filhos sabiam dessa traição. O pai levou a amante para morar perto da casa deles; nesse momento, a mãe não agüentou mais e pediu o divórcio.

Depois de alguns meses a mãe descobriu um câncer na mama, que foi tratado e extirpado. O pai foi morar com a amante, mas depois de alguns meses pediu para a esposa aceitá-lo de volta. Ele dissera que terminara com a amante, mas, após algum tempo, perceberam que se tratava de um manejo para reaproximar-se da esposa; nesse momento a mesma tentou divorciar-se, mas o pai recusou-se, permanecendo na casa. Atualmente moram na casa o irmão mais novo do paciente, o pai que continua bebendo e a mãe.

Teve duas namoradas com histórias de traição de ambas; seus últimos relacionamentos duraram no máximo três meses.

Queixa: A princípio não especificou a queixa; chegou dizendo que queria conhecer o processo psicoterápico.

Situação Problema: Logo nas primeiras entrevistas foi possível identificar a dificuldade no estabelecimento e manutenção das relações amorosas.

Considerações psicodinâmicas e interpretação Teorizada

O paciente mantinha relações objetais parciais; utilizava a mulher de acordo com seu prazer, descartando-a a seguir – quando tinha desejo sexual, utilizava-a como vagina, desconsiderando o desejo do objeto. Sua escolha objetal era motivada pelo conflito edípico não laborado. Escolhia, com frequência, mulheres comprometidas a fim de realizar a disputa e humilhar o parceiro. Quando era preterido, sentia-se excluído e subestimava-se. A reatualização da situação vivida com a mãe ficara clara durante os atendimentos. O Édipo, no caso, era vivido a quatro: pai, mãe, filho e amante. Ora identificava-se com o pai traído, ora com o amante e outras com o terceiro excluído. O contato com o mundo interno era ínfimo; utilizava-se de racionalizações constantes durante todo processo de PBO. Parecia estar motivado a romper as regras de abstinência da terapia, a fim de conquistar a terapeuta e destruir o processo de terapia. Era flagrado em atitudes perversas, isentas de culpa.

Soluções encontradas: Não houve evolução.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada.

No setor Afetivo – Relacional (AR): “Pouquíssimo adequado”, o paciente não estabelece vínculos gratificantes, sente-se só e deseja ter alguém; encontra dificuldade para conquistar e manter um vínculo.

Produtividade (PR): Não apresenta problemas no trabalho ou na faculdade, gosta do que faz.

Orgânico (Or): “Adequado”, não apresenta nenhum problema de saúde, na parte sexual não tem nenhum problema.

Sócio – Cultural (SC): “Pouco adequado”, aceita as regras sociais, já frequentou a igreja, mas sai muito pouco de casa.

Diagnóstico Adaptativo final: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Manteve-se da forma que estava; o paciente parecia associar e comover-se com os apontamentos, porém era uma farsa para agradar a terapeuta.

Caso 25

Dados da Paciente e contextos: Mulher de 28 anos; formada em Letras, trabalha como coordenadora educacional. Possui dois irmãos, sendo a filha do meio; mora com a mãe de 48 anos, vendedora, e a irmã de 26 anos. O irmão mais velho, de 31 anos, é peão de boiadeiro; reside em outra cidade, a mesma que o pai (criador e comerciante de animais). Aos 7 anos de

idade, seus pais se separaram. Ela, a mãe e a irmã foram morar com a avó materna, enquanto o irmão permaneceu morando com o pai. Segundo ela, ele não se adaptou na cidade, preferiu a vida do campo.

O motivo que desencadeou a separação dos pais foi uma agressão física, na qual o pai empurrou a mãe e com a queda a mesma fraturou a clavícula. O pai já tinha uma amante. No primeiro ano de separação, o pai visitava a família com frequência, mas com o passar do tempo as visitas deixaram de ocorrer. Já naquela época, achava que as visitas aconteciam somente pelo fato do pai ter a pretensão de reatar o relacionamento com a mãe, ficando ela em segundo plano.

Quando tinha 18 anos foi morar com a tia em São Paulo, pois queria estudar e trabalhar. Após algum tempo, a mãe optou por mudar-se de cidade, preferindo Sorocaba pela tranquilidade; e a paciente a acompanhou, mudando-se novamente.

Ela descreve a mãe como vencedora, trabalhadora, amiga e confidente. Já o pai, percebe-o como fechado, distante e ausente. Sobre a infância, lembra de uma cena em que o pai bateu no irmão, deixando manchas de sangue no chão, mas não recorda o motivo. Após a separação, a mãe da paciente teve outros dois relacionamentos e o pai encontra-se casado há vinte anos.

Queixa: Não consegue manter relações amorosas duradouras. No início, fica empolgada, mas começa a ver os defeitos e desiste da relação.

Anamnese: Teve três relacionamentos mais sérios; duraram por volta de um ano. Acaba perdendo o interesse pelo parceiro e o abandona. Mantém relações sexuais desde os 18 anos.

Situação Problema: No que se refere às relações amorosas, abandona o parceiro antes de ser abandonada – confirma o “script” montado em sua fantasia.

Conjecturas psicodinâmicas e Interpretação Teorizada: A paciente apresenta dificuldades nos relacionamentos amorosos, pois teme ser abandonada, como fora pelo pai. Para evitar que sua fantasia de abandono se realize, ela efetua o abandono, deixando o parceiro. Quando a relação estabelecida com o parceiro encontra-se satisfatória, atua num processo destrutivo de “auto-inveja”.

Estabelece uma relação de objeto parcial com o pai. A fim de evitar a dor do abandono, tem retida em sua memória apenas lembranças negativas a respeito de sua história com o pai.

Soluções encontradas: Ainda não havia encontrado na prática soluções mais adequadas; o que houve foi uma amenização da angústia advinda da compreensão do problema.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 4: Adaptação Ineficaz Severa.

No setor Afetivo-Relacional (A-R), a paciente encontra-se pouquíssimo adequada. Mantém abafado o afeto, estabelecendo um distanciamento do parceiro, pois teme ser abandonada.

No setor Produtividade (Pr), encontra-se pouco adequada, já que consegue obter uma produção normal, com prazer e satisfação, porém com conflito em função dos atrasos nos pagamentos dos salários. Possui bons relacionamentos no trabalho.

No setor Sócio-Cultural (S-C), apresenta-se pouco adequada. Segue os valores culturais. Sente-se pressionada pelos familiares que lhe cobram o casamento.

No setor Orgânico (Or): Adequada, não apresentando nenhum problema que a impossibilite, embora tenha procurado o dermatologista devido à queda de cabelos, que disse que isso ocorria devido ao estresse.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 4 Adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo Relacional (A-R): Pôde reconhecer a dificuldade de se envolver afetivamente, devido ao medo de perder o amor das pessoas, imaginando sempre um abandono, o que amainou sua angústia. Suas escolhas ainda pareciam comprometidas (manteve relação e interesse por um primo de 1º grau – relação proibida e sem possibilidade de êxito). Houve uma maior integração na percepção da figura paterna; ainda possuía o ressentimento, porém já era possível entrar em contato com a dor do abandono e fantasias associadas. Pouquíssimo Adequado.

Produtividade (Pr): Gostava da atividade e identificava-se com as crianças que atendia, em função do abandono. A angústia se dá pela falta de pagamento. Pensa em mudar de profissão. Pouco adequado.

Sócio Cultural (S-C): Ela cobrava-se menos a respeito de casar-se, desta forma a cobrança familiar não a afetava mais. Adequado.

Orgânico (Or): manteve-se adequada, com a diminuição da queda dos cabelos.

Caso 26

Dados do paciente e contextos: Homem de 41 anos; quatro irmãos, sendo ele o terceiro filho. A quarta e última filha fora adotada. Sua esposa, que foi sua segunda namorada, tem 28 anos; é casado há 10 anos. Não tem e não quer ter filhos. É técnico em design, porém atua como serralheiro; tinha uma empresa de médio porte em sociedade com a mãe e irmãos. Quando os negócios começaram a deteriorar, a família, prevendo a falência, deixou-lhe o prejuízo e mudou-se para outro Estado, montando um nova empresa, da qual o paciente fora excluído. Pagou as dívidas e montou uma nova empresa no nome da mulher. Esta começou a

caminhar para a falência em virtude de atitudes onipotentes. Confiou em um intermediário, por conta da idealização, e se deu mal. Contraiu dívidas em nome da esposa; a mesma sentiu-se muito prejudicada e ressentida com o marido. Num acidente de trabalho, cortou parte do dedo, o que lhe causa muito pesar.

Quando ele nasceu, após 3 meses de vida a mãe adotou uma criança (menina). Nesse período foi morar com a avó materna, enquanto a mãe cuidava da caçula.

Queixa: Impotência. Não mantém a ereção; quando esta ocorre, há ejaculação precoce.

Anamnese: A iniciação sexual se deu com prostitutas. A primeira namorada era evangélica; apenas a manipulava sexualmente, não havia penetração. Depois de terminar com a namorada, pensou em ser um solteirão. Não se masturba. Com a segunda mulher, no início manteve relações sexuais. Sentia prazer, até se casar. A esposa engravidou e fez um aborto espontâneo há 10 anos; aí começou o problema sexual. Até hoje se manipulam.

Situação Problema: Problemas sexuais (problemas com a potência e ejaculação precoce)

Considerações Psicodinâmica e Interpretação teorizada: A impotência está relacionada à idéia da mulher ser identificada com a mãe; a auto estima era muito baixa, iniciando com a história da adoção da filha caçula quando o paciente tinha apenas três meses e fora deixado sob os cuidados da avó. A mãe possivelmente desejara uma menina. Os ataques da mãe, pela troca e abandono, foram incisivos; deixaram a idéia de que teme que a mulher engravide e tenha uma menina, acarretando no abandono do paciente, como aconteceu na infância. Se o paciente não penetra a mulher, não há risco de gravidez. Com o aborto da mulher, houve uma constatação de que danificara de fato o interior do corpo materno, exacerbando a fantasia primitiva de conteúdos perigosos. Teme o interior do corpo materno (feminino). Mantém uma relação regredida de masturbação com a mulher. Outro fator estressante foi o corte no dedo, interpretado pelo paciente como a concretização da castração.

Recusava-se a “superar” o pai, temendo castração.

Soluções encontradas: Não houve progresso no setor afetivo relacional; manteve a mesma conduta com a mulher. Posiciona-se de forma um pouco mais madura no setor de produtividade evitando intermediários e assumindo o papel de patrão.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): Gratificação infantil com a mulher. Gera conflitos principalmente com a mulher que deseja ter um homem. Pouco adequado.

Produtividade (Pr): Gosta do que faz, porém preferiria trabalhar como empregado e não como patrão. Onipotência quase o levou à falência. Pouco adequado.

Sócio-Cultural (S-C) : Mantém-se mais isolado, acata as regras sociais; Aceita e apóia-se nos determinantes religiosos. Adequado.

Orgânico (Or): O dedo cortado incomoda-o muito. Tem vergonha de expor-se socialmente por essa razão; pensa que todos ficam observando-o. Pouco adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada.

Os setores mantiveram-se da mesma forma; a única variação fora uma maior aceitação da condição de padrão.

Caso 27

Dados da Paciente e contextos: Mulher de 28 anos, possui 3 irmãs mais velhas. É psicóloga, trabalha em uma instituição como diretora e desenvolve há pouco tempo um trabalho temporário como psicóloga contratada em creches e pré-escolas municipais, incluindo aquela que dirige. Seu pai, falecido há 2 anos, era considerado um bom homem, com o qual se identifica. Com a mãe havia conflitos desde muito cedo. Refere que a mãe só valorizava a irmã mais velha. Tentava obedecer, porém era alvo das críticas maternas. Essa irmã a fazia compartilhar de suas trapaças, à medida em que não podia revelar suas mentiras para os pais. O pai era depreciado pela mãe, assim como ela. Só na vida adulta, em virtude das decepções que a irmã causara, a mãe reconheceu seu valor.

Queixa: Está muito insegura no trabalho relativo à psicologia e não consegue realizar relatórios dos casos que atende.

Anamnese: Com relação ao cargo de diretora, sempre foi segura, porém, agora que assumiu o cargo de psicóloga sente-se perseguida pelas coordenadoras das creches, em especial de uma delas, e fica paralisada diante da elaboração dos relatórios.

Situação Problema: Sentimento de incapacidade para realizar suas tarefas.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada: A paciente tinha a profissão de psicóloga idealizada. Exigia de si o impossível. Dessa forma se sentia uma farsa como psicóloga. Parece ter introjetado um superego materno cruel e implacável; uma identificação com o pai diminuído; esse superego projetado nas coordenadoras, em especial numa delas, a deixava perseguida. Sua atitude, em razão disso, era a de esquivar-se dessas pessoas e assumir uma posição agressiva e ameaçadora. A coordenadora, por sua vez, parecia persecutória, imaginando que a paciente estava nas instituições para fiscalizar sua atuação; e que o conteúdo dos relatórios que não podiam ser entregues (pois nem mesmo eram elaborados)

referia-se a acusações à sua pessoa, daí a postura hostil assumida. O círculo vicioso fora criado.

Soluções encontradas: Por volta da sexta sessão, consciente de sua persecutoriedade e do que esta provocara, assumiu uma postura menos defensiva e entregou os relatórios confeccionados, relativos aos atendimentos. Diante de dados da realidade, no caso relatórios com dados técnicos, sem acusações, ocorreu a quebra do círculo vicioso. Houve necessidade de a paciente esclarecer um relatório e quebrar as angústias geradas. O contrato de trabalho era de 6 meses. No início do tratamento, dizia que não via a hora que acabasse, mas, ao final, disse lamentar pelo tempo estar acabando, já que agora, com expectativas mais realísticas da profissão, por meio da supervisão que iniciou, percebia que podia e desejava fazer algo pelas crianças.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada em crise (por aquisição). *Self* subestimado e objeto superestimado.

Afetivo relacional (A-R): Afetivamente encontrava-se satisfeita com o relacionamento amoroso e sem conflitos. Adequado.

Produtividade (Pr): Encontrava-se perseguida e sem prazer. Pouquíssimo adequado.

Sócio Cultural (S-C) e Orgânico (Or): Adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 1: adaptação eficaz.

Afetivo relacional (A-R): Adequado.

Produtividade (Pr): Numa perspectiva mais realista encontrou prazer e livrou-se do conflito. Adequado.

Sócio Cultural (S-C) e Orgânico (Or): Manteve-se adequado.

Caso 28

Dados da Paciente: Mulher de 44 anos. Nível Superior. Era a primeira filha de um casal, sendo seguida por três irmãos homens. Relatou que se dava muito bem com os pais e irmãos, e que apenas rivalizava com o terceiro, por este ser muito agressivo, assim como ela. Quanto aos pais, nunca os vira brigar, ao contrário: todas as decisões da casa eram compartilhadas por ambos. Casada. No período em que conheceu o marido, ela tinha 26 anos e ele, 38. Era casado e estava se separando da esposa. Tinha dois filhos: um menino com oito anos e uma menina com seis. Nesse período, a paciente manteve a primeira relação sexual. Relata que, na ocasião em que foram morar juntos, sonhava com um “príncipe”, alguém que, a exemplo do seu pai, compartilhasse os problemas, que a acolhesse e lhe desse segurança. Porém, deparou-se com uma situação problemática: a ex-mulher do marido era uma mãe relapsa, não queria ficar com

os filhos. Dessa forma, as crianças passavam todos os finais de semana com eles, chegando, por fim, a morar com o casal. Ela, que era jovem e sonhava em viver uma lua de mel interminável, sofreu muito com essa situação, que enfrentava calada, porém de “cara feia” (enfezada). O marido, por essa razão, ficara magoado e até aqueles dias lhe jogava na cara que ela não tratara bem seus filhos. A paciente admitiu que sentia raiva dos filhos do marido, mas, ao mesmo tempo, disse sentir pena e culpa por tê-los desprezado. Com o marido teve dois filhos.

A paciente contou que mantinha relações sexuais com o marido e que isso lhe trazia gratificação, bem como para ele.

Queixa: Dúvida quanto a continuar casada ou não.

Anamnese: Dizia não saber se amava realmente o marido em função das mágoas decorrentes da relação conturbada, e por temer estar prejudicando os filhos com as brigas constantes com o esposo, as quais, ultimamente, envolviam até ameaças físicas. Relacionou que o marido começara a beber com maior frequência, conforme os conflitos aumentavam na relação conjugal.

Situação Problema: Problemas conjugais, sustentados pelos desejos de gratificação infantis e por rivalidade entre o casal.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada: Neste caso, houve um trabalho na co-transferência, na qual o marido representava seu terceiro irmão, com o qual rivalizava e tinha sempre de vencer. A paciente rivalizava também com seu filho mais velho (filho do casal). Aqui também houve uma projeção do irmão no marido e no filho mais velho, além de uma identificação com o menor. Essa situação de ciúme e disputa infantil acabou por criar um círculo vicioso maligno, no qual a paciente, mesmo desejando o marido sexualmente e afetivamente, conforme pôde reconhecer no decorrer do processo terapêutico, atacava-o. Invejava os filhos do primeiro casamento do marido e, por isso, desrespeitava-os, o que gerava ressentimento e insatisfação nele. Ele bebia e a atacava; ela, magoada, revidava os ataques, porque queria ser amada e tê-lo por perto. Porém, quando ele estava junto dela, já frustrada, ela cobrava mais atenção e dava um jeito de falar mal dos filhos dele e só dava atenção para os próprios filhos, afastando-se do marido. Este ficava magoado e com ciúme, porque também queria a atenção da mulher, bebia para criar a coragem de atacá-la, uma vez que, sóbrio, não tinha essa coragem. No dia seguinte, pela manhã, a mulher o agredia verbalmente pelos ataques da noite anterior, pois este já estava sóbrio e sem coragem para revidar. Dessa forma, o ciúme reinava na família, trazendo relações de hostilidade e destruição.

A possibilidade de uma terapia familiar, ou mesmo de casal, havia sido desconsiderada, pois o marido recusava-se a isso em função das duas experiências terapêuticas anteriores, quando fora acusado de ser o único responsável pelos conflitos familiares.

Soluções encontradas: Após a compreensão do círculo vicioso maligno, da repetição dos sentimentos de infância com relação ao irmão, e com a maneira mais realista com que começou a encarar a relação “ideal” dos pais, a paciente, na tentativa de resgatar o amor do marido, começou a tratar os filhos dele com mais respeito, atitude que também dirigiu ao marido. O marido respondia imediatamente ao gesto de carinho da esposa com mais afeto. Foi um trabalho árduo, pois o ciúme que a paciente tinha da família do marido era grande, a ponto de cegá-la; porém, passo a passo, ela foi conscientizando-se de seus impulsos e melhorando a relação com o marido e com o filho mais velho, deixando-o mais seguro e oferecendo-lhe mais carinho e autonomia, deixando o ambiente familiar mais acolhedor.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): Buscava solucionar sua carência buscando o marido, porém em função das projeções e ciúme, não encontrava gratificação e ainda entrava em conflito. Pouquíssimo Adequado.

Produtividade (Pr): Gostava do que fazia e não apresentava conflitos: adequada.

Sócio- Cultural (S-C) e Orgânico(Or): Adequados

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo1: Adaptação eficaz.

Afetivo Relacional (A-R): Amava o marido, a confusão se dava devido ao desejo de uma relação perfeita e de muito ciúme. Desfeita a fantasia obteve mais gratificação e os conflitos diminuíram significativamente. Adequado.

Produtividade (Pr); Sócio-Cultural (SC) e Orgânico(Or): Mantiveram-se adequados.

Caso 29

Dados do paciente e contextos: Mulher, 30 anos. A paciente é a penúltima filha de 7 irmãos: 3 mulheres e 4 homens; possui o 2º colegial completo. Possui dois filhos. Aos 13 anos a paciente apaixonou-se, e manteve um relacionamento afetivo e sexual com o rapaz aos 15 anos. Quando completou 16 anos, quase fora abusada por esse mesmo rapaz. Ele era mais velho que a paciente, tinha 25 anos e era casado. Com 21 anos tornou-se amante do mesmo rapaz e engravidou do 1º filho (menino de 8 anos). Mantinha relações sexuais na casa do amante, na cama do casal. Quando a paciente estava aos seis meses de gestação, seu amante deixou a esposa e assumiu um namoro com a paciente. Depois do nascimento do filho, ele a

rejeitou, deixou a paciente e voltou com a mulher. Nesse período, descreve um ciúme patológico relacionado à esposa do amante. Continuou como amante até a criança completar 4 anos, rompendo o relacionamento.

Iniciou uma segunda relação com um rapaz descrito como agressivo e descompensado; desse relacionamento nasceu seu segundo filho (menino de 1 ano de idade). Nesse relacionamento competia com a sogra. Ficou casada durante 2 anos e separou-se há 3 meses. Foi, com os dois filhos, morar com os pais. Nessa casa moravam mais duas irmãs e um sobrinho de 21 anos, filho da irmã mais velha; havia animosidade e ciúme com relação a essa irmã, assim como conflitos com relação aos pais. Referia que estes interferiam na educação de seus filhos. Não trabalhava quando iniciou a PBO.

Queixa: Possuía sintomas obsessivos compulsivos: mania de limpeza; somava números das placas dos carros; contava janelas dos lugares que entrava. Se tais rituais não fossem executados, temia que algo ruim poderia acontecer com ela e com os filhos.

Anamnese: Havia percebido tais sintomas por volta de nove anos antes; estes foram intensificados na gravidez do primeiro filho.

Situação Problema: Paciente invejosa e voraz. Mantinha uma atitude competitiva no contexto familiar amoroso e profissional. Criava conflitos com frequência.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada:

A paciente tinha muitas fantasias, projetava seu desejo sexual no objeto externo. Mantinha uma conduta sedutora, dissimulada, manipuladora e histriônica. Rivalizava em todos os setores. Fixação na situação edípica infantil. Os sintomas do transtorno obsessivo compulsivo eram um substituto de seus impulsos e desejos, principalmente hetero e auto-agressivos.

Soluções encontradas: Diminuição dos sintomas obsessivo-compulsivos e das rivalizações. Ampliou a percepção de sua conduta manipuladora.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo Relacional (A-R): Quando chegou, estava separada há 3 meses, sem gratificação e com conflitos. Tinha dúvidas quanto a retomar ou não o casamento - se baseado na esperança sim, se na experiência não. Paciente era competitiva e paranóide. Pouquíssimo adequada.

Produtividade (Pr): No período em que esteve desempregada fazia “bicos”, trabalhava na padaria como balconista, gostava; queria algo fixo, porém temia que seu filho menor fosse roubado pelo ex-companheiro. Pouco adequado.

Sócio Cultural (S-C): Pouca participação social. Pouco adequada.

Orgânico (Or): Cuida-se, porém tinha muitos pesadelos e perturbação do sono. Não tinha prazer sexual, justificou a causa por ter sido quase violentada pelo pai do primeiro filho. Conta outro episódio, no qual saiu para um bar e foi levada à força para um motel, onde houve penetração, mas desconfia que o sujeito não ejaculou. Tem dúvida quanto à paternidade do primeiro filho. Pouco adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo Relacional (A-R): Diminuíram os conflitos parentais, o ciúme da irmã foi amenizado e houve uma aproximação. Não estava gratificada na afetividade, porém decidira confiar mais na experiência e não retomar o casamento. Pouco adequada.

Produtividade(Pr): Foi efetivada na padaria; assumiu uma postura mais adequada, rivalizando menos com as companheiras. Adequado.

Sócio-Cultural (S-C): Iniciou um contato maior com a religiosidade e ampliou o contato com as pessoas. Pouco adequada.

Orgânico (Or): Não apresentava mais pesadelos após psicoterapia breve, melhorou a qualidade do sono. Apresentava anorgasmia. Pouco adequado.

Caso 30

Dados da Paciente e contextos: Mulher, 44 anos; divorciada; superior completo; advogada, assistente administrativo. Possui dois filhos. Filha única, veio do nordeste ainda criança, com a mãe, que veio trabalhar como empregada doméstica em casa de família. Segundo a paciente, viveu alguns anos com patrões que eram bons.

Aos 16 anos a paciente foi buscar um encontro com o pai que não conhecia. O mesmo foi descrito como frio e distante, causando a impressão de rejeição à paciente. Casou-se jovem e separou-se por conta do envolvimento do ex-marido com uma conhecida. Figura materna presente e bem definida, figura paterna ausente.

Ex-marido descrito como “paizão” (sic).

Namoros fugazes após a separação.

Último namorado muito atencioso e carinhoso, porém rompeu relacionamento de um mês abruptamente, causando sofrimento à paciente.

O filho mora com a paciente e a filha adolescente mora com o pai, o que causa um desconforto à paciente, que sente a filha distante.

Queixa: A paciente queixa-se de solidão e tristeza por conta do fim de seu casamento e do rompimento abrupto com o ex-namorado. Relata sentir-se triste e solitária dizendo que “ninguém quer nada sério com ela” (sic).

Situação problema:

A paciente tem baixa tolerância à frustração e não consegue ficar sozinha consigo mesma (sente um vazio, não tolera a angústia)

Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada:

A situação problema nuclear está situada no setor afetivo relacional, e tem relação com seu histórico da ausência da figura paterna e sentimento de rejeição.

A paciente parece estar na posição depressiva, pois não conseguiu integrar o objeto pai-bom;pai-mau. O objeto é inteiro, mas cindido. Indentifica (pai/homens), apenas como objeto mau.

Apresenta ego fragilizado, fazendo-a sentir-se desamparada, solitária e deprimida, por conta da ausência e rejeição da figura paterna introjetada na infância. A paciente demonstra um medo de ser analisada e julgada (medo de ser rejeitada novamente), assim como uma ligeira fobia (claustrofobia), que representa um deslocamento da angústia (ódio do pai).

Quer um relacionamento sério mas envolve-se com homens comprometidos que não poderão corresponder a seus desejos.

assim como idealiza a figura paterna e masculina.A paciente demonstra insegurança e baixa auto-estima.

Soluções encontradas:

Analisando-se o diagnóstico adaptativo da paciente, percebeu-se que ela obteve uma melhora de eficácia adaptativa no setor Afetivo-Relacional, pois a mesma demonstrou estar menos deprimida, menos ansiosa, mais consciente de suas carências. No setor da Produtividade também foi perceptível uma melhora, pois a paciente pareceu mais determinada. Está se preparando para passar em um concurso público, assim como no exame da OAB.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 4: Adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo Relacional (A-R): Tristeza por conta dos seguintes acontecimentos: fim do casamento, traição do ex-marido, término de namoro, relacionamentos fugazes, amizades superficiais. Não é seletiva na escolha dos namorados - busca o amor paterno que foi ausente,

em cada nova relação.

Verbaliza que não quer homens casados, mas recentemente iniciou um relacionamento com um rapaz comprometido e ao mesmo tempo flertou com outro casado. Pouquíssimo Adequada.

Produtividade (Pr): Trabalha como auxiliar administrativo – gosta do emprego. Não consegue passar no exame da OAB – disse não ter se preparado, demonstra insegurança, medo do fracasso e de repetir situações de exclusão. Pouco adequado.

Sócio Cultural (S-C). Sai pouco – alega falta de companhia e de dinheiro. Procura manter-se bem informada – política. Pouco adequado.

Orgânico (Or): Adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final Grupo 3 Adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional(A-R) Conheceu um rapaz, está consciente de sua carência e de sua precipitação. Pouco adequada.

Produtividade (Pr): mantém-se Pouco adequada.

Sócio Cultural (S-C): mantém-se pouco adequada.

Setor Orgânico (Or): adequado.

CASOS DO GRUPO CONTROLE

Os casos Grupo controle são apresentados e discutidos em itens, para facilitar a compreensão dos resultados, na seguinte seqüência de apresentação:

Dados do paciente e contextos;

1. Queixa;
2. Anamnese da queixa
3. Situação problema
4. Conjecturas Psicodinâmicas e Interpretação Teorizada
5. Diagnóstico Adaptativo Inicial
6. Diagnóstico Adaptativo Final

Caso 1

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 38 anos, segundo grau completo, vendedora de perfumes; possui três filhos: um de 13 anos do primeiro casamento; e, da relação atual, um de dois anos e meio e outro de um ano. Casou-se pela segunda vez em virtude de ter engravidado. É a filha do meio. Tem uma irmã mais nova e um irmão mais velho. Refere ter pais afetuosos e unidos. Porém, se contradiz dizendo que sua mãe, por vezes, a infernizava. O marido tem 35 anos, técnico em informática, faz uso de cocaína 1 vez na semana. Diz se dar muito bem com ele, porém quando brigam “é terrível” (sic) – o que é freqüente. Gosta muito do marido e sexualmente se dão muito bem. Narra situações de conflitos entre o casal, em seguida refere que vivem bem. Dá elementos para supor que a relação com o filho mais velho está baseada na culpa. Refere que não tem tempo para cuidar dele. Lamenta a distância, no entanto, deixa evidente que conciliar o casamento e morar com o filho “seria muito complicado”.

Queixa: Sente culpa com relação ao filho mais velho.

Anamnese: Do primeiro casamento, teve o referido filho mais velho. Quando este tinha cinco anos, separou-se. Voltou, junto com ele, a morar com a mãe. Refere que era jovem e queria sair e se divertir; então, deixava o filho com a avó. Há 3 anos casou-se novamente. O filho não se adaptou em razão da rivalidade com o padrasto. Ele, então, voltou a morar com a avó

materna. Há um ano foi morar com o pai. Agora, deseja voltar com a mãe - e a paciente recebe esta perspectiva. Relata que quer reparar os cuidados que não pôde dar ao filho.

Situação Problema: Paciente tem problemas reais no relacionamento conjugal e nega-os.

Conjectura Psicodinâmica: Procurou o serviço de atendimento psicológico, porém demonstra claramente receio em se deparar com a realidade. Teme descobrir que sua vida é uma farsa; nega as situações e problemas reais - o marido é adicto, teve uma decadência financeira quando casou, demonstra pouco interesse e falta de consideração pela mulher; não fez nada para se dar bem com o enteado; demonstra claramente sua insatisfação na relação, casou-se por tê-la engravidado (antes tinham apenas um caso); apenas a paciente desejava uma relação de maior compromisso.

Ao mesmo tempo que quer ajuda terapêutica, teme a confrontação com a realidade. Existe busca por relações ideais (como esposa e como mãe); quer controlar tudo – por exemplo, procurou tratamento para o marido e já ligou para a terapeuta do mesmo. Ao tentar controlar a catástrofe que está por vir, acelera o processo atormentando o marido. A confusão de idéias tem a função de paralisar o processo de separação (fantasia que a relação é muito boa). Tentativa de segurar o marido com os dois filhos. Relação primitiva. Descreve relações “sexuais magníficas”, muito gratificantes.

Diagnóstico adaptativo Inicial: Grupo 2 Adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo Relacional (A-R): Sente prazer com o marido, porém tem conflitos. Possui muito ciúmes do marido, principalmente com relação à ex-namorada, pela qual ele fora apaixonado. Pouco adequado.

Produtividade (Pr): Gosta do que faz – se diz a melhor vendedora e não possui conflitos. Adequado; **Sócio-Cultural (S-C)** e **Orgânico (Or):** Adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2 Adaptação Ineficaz Leve.

Na re-triagem, a conflitiva e os contextos se mantinham.

Caso 2

Dados do Paciente e Contextos: Homem de 33 anos, encarregado numa empresa na qual o irmão é chefe de seu chefe; mulher grávida de 5 meses; casado há dois anos, após um namoro de 3 anos; tem dúvida se a ama. Tem dois irmãos gêmeos (quatro anos mais novos). Trava brigas violentas (agressões físicas) com os irmãos, desde a infância até a vida adulta. Com o pai também rivalizava. A mãe, que compareceu à primeira entrevista de triagem, mostrou-se autoritária - tentou conversar com o terapeuta alegando que sem suas informações os dados não seriam conclusivos. O pai, alcoolista, faleceu aos 53 anos, há 10 anos. Nessa ocasião, o

paciente teve que parar a faculdade (curso de veterinária, 3º ano). O pai tinha um comércio de madeira. O paciente teve que assumir a empresa, mas ela foi à falência. Familiares responsabilizam-no pelos maus resultados. Depois da falência, foi para a Argentina morar com o tio paterno; entrou no curso de Veterinária; brigou com o tio e tentou morar sozinho. Desenvolveu crises de pânico, pensou que morreria sozinho. Um dado relevante é que o pai, quando morreu, estava só; a avó também morreu na solidão e o paciente interpreta que isso só ocorreu por se tratar de pessoas más. Durante a briga com o tio, o mesmo lhe disse que por ser uma pessoa má também morreria sozinho. Conheceu uma médica argentina e se casou com ela. Vieram para o Brasil, porém a esposa não está conseguindo revalidar o diploma e trabalhar. Ele está empregado, mas frustrado por não ter concluído a faculdade e por não trabalhar com Veterinária. Receia voltar a ter crises de pânico se voltar à Argentina para concluir os estudos. Hoje mora com a mãe, a mulher e um irmão.

Queixa: Não consegue ter bom relacionamento com a mãe e os irmãos.

Situação Problema: Frustrado no trabalho; mau relacionamento com mãe e irmãos; teme que a mulher o deixe de lado depois que o bebê nascer.

Considerações Psicodinâmicas: Personalidade Infantil. Não elaboração do luto pela perda da faculdade, nem do pai. O paciente oscila entre onipotência e impotência (alterna valores extremados – não se contenta com o que julga insuficiente e injusto, mas também não se dispõe e não dispõe de recursos para alcançar seus objetivos, desqualificando aquilo que lhe seria possível). Mãe e pai são objetos idealizados. Não havia elaborado o luto pela perda do pai e do curso de veterinária. Busca incessante de um pai. Sente-se culpado pela morte do pai. Não se perdoa por não ter salvo o pai, nem seus bens.

Sente-se abalado pela gravidez atual da esposa, que não foi planejada - o contrato inconsciente de que seria filho único, foi rompido com a gravidez. Agora, sente-se traído pela gravidez da esposa, como a mãe o traiu tendo os irmãos gêmeos. Ele desejava ser cuidado e se frustra quando vê que vai nascer uma criança; para complicar, a esposa também deseja ser cuidada. Não encontra um seio pra saciar sua fome. No lugar, encontra “outras bocas famintas”.

Diagnóstico Adaptativo inicial: Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo Relacional (A-R): Gratificação infantil com a mulher, conflito com relação ao rompimento do acordo inconsciente com a mulher. Pouco adequado.

Produtividade (Pr): Pouquíssimo adequado.

Sócio-Cultural (S-C) e Orgânico (Or): Adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa.

Na re-triagem a conflitiva e os contextos se mantinham.

No Afetivo Relacional (A-R): A informação trazida que confirmou a hipótese interpretativa foi que vira uma enfermeira e se interessara por ela, por parecer-lhe uma mulher forte e imponente (uma cuidadora substituta).

Caso 3

Dados da Paciente e Contextos: A mãe ligou para marcar a entrevista de triagem da filha. Mulher de 32 anos, filha única, possui nível superior (direito), é investigadora de polícia. Atuou no direito cível. Quer ser delegada, está estudando para prestar concurso. A família tinha uma situação financeira muito boa, porém, depois do “Plano Collor”, houve um declínio significativo. No período, cursava engenharia química, refere que gostava, mas teve que abandonar o curso em virtude dos problemas financeiros. Nessa ocasião morava sozinha, voltou a morar com os pais. Estes se mudaram para a casa da avó paterna. O pai e ela deprimiram. Com 20 anos, vendo o pai prostrado, teve que assumir os problemas. Após um ano, depois de quase tudo resolvido no aspecto financeiro, tomou uma cartela de remédios da mãe, para dormir, por ter acabado o noivado. Foi internada e fizeram lavagem estomacal. Fora obviamente uma tentativa de suicídio disfarçada. Após esse episódio a mãe assumiu os seus cuidados. Nesse período engordou e chegou a pesar 105kg. Teme ser punida por Deus em razão desse ato. Teve que fazer a FAD – curso de direito; por ser a primeira aluna, ganhou bolsa de 50%. Fez o curso, mesmo sem gostar, para não desperdiçar a oportunidade. Os pais possuem obesidade mórbida. Na casa, apresenta comportamento de dependência. Namorou durante três anos, não se relacionou sexualmente, pois o parceiro queria casar primeiro. Por conta da rivalidade com a mãe do namorado, rompeu o relacionamento e se deprime, pois o ex-namorado casou com outra mulher em 6 meses.

Seus pais são evangélicos; o pai é autoritário; a mãe e filha fizeram cirurgia bariátrica. A paciente, até os 14 anos, fora evangélica fervorosa: cabelos compridos, usava apenas saia e participava do coral. Deixou a igreja aos 15 anos, cortou os cabelos e usou calças; começou a frequentar as baladas, apoiada pela mãe. Justificou a mudança em razão de determinadas circunstâncias - no ensino médio mudou de escola, e foi alvo de chacota, em razão de seus hábitos e vestimentas (religião). Nesse mesmo período perdeu um amigo de 17 anos, assassinado; deprimiu-se e começou a questionar a religião; acabou por deixar a religião e, por um ano e meio, viveu uma fase de rebeldia. A mãe, em conluio com a filha, escondia do

pai as festas e bebedeiras da filha, entre outras peripécias da adolescência. Fez regime com fórmulas. Há 3 anos atrás a mãe fez cirurgia bariátrica e passou muito mal; nesse período, cuidou da mãe e engordou 45 kg. Resolveu submeter-se à cirurgia bariátrica há 10 meses. Não houve problemas; hoje possui o peso que julga satisfatório.

Queixa: Insegura quanto aos cuidados pessoais; insegura quanto à prova para delegada federal.

Anamnese: Sentia-se atraída pelo primeiro namorado; queria se relacionar sexualmente, trocaram intimidades (17 anos), mas ele se recusara a relacionar-se sexualmente, pois queria casar com uma mulher virgem; terminaram, pois ela queria relacionar-se sexualmente e não casar. Pelo segundo namorado apaixonara-se, também queria relacionar-se sexualmente, ele não queria por razões religiosas. Não se dava bem com a mãe do namorado, pois esta achava a paciente muito “avançada”. Por essa razão terminaram; deprimiu-se. Engordou no período, tinha 19 anos. Com o terceiro namorado ficou seis anos, mas não se relacionaram sexualmente. Permaneceu virgem.

Situação Problema: Medo da penetração; daí, então, a dificuldade em relacionar-se amorosamente. Insegurança no concurso para delegada.

Conjectura Psicodinâmica: Fixação edípica infantil. Teme ser penetrada; deve fazer fantasias terríficas e primitivas. Projeção de seus conflitos nos parceiros. Homem alto, objeto de desejo; homens baixos e peludos, objeto aversivo. Discrepância entre queixa e situação problema, indicando distanciamento da realidade psíquica, pois, nem suspeitava que a dificuldade em estabelecer relacionamentos amorosos e sexuais poderiam estar relacionados com suas próprias dificuldades, estas sempre estavam atribuídas aos parceiros. Paciente muito infantilizada. Falso *self*. Superego rígido. Modelo paterno forte. Modelo materno depreciado (sinônimo de muita fragilidade). Oscila entre Impotência e Onipotência. Trata-se de problema de maturidade: criança x adulto.

Diagnóstico Adaptativo Inicial Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo Relacional (A-R): Raiva pelo fato do pai ter se tornado apático, não a gratifica - busca de gratificação infantil. Pouquíssimo adequada.

Produtividade (Pr): Segura no trabalho, gratificada e com conflito. Pouco adequado.

Sócio Cultural(S-C): Frequente a igreja na atualidade, mas sem rigidez. Adequado.

Orgânico(Or): Adequado.

Diagnóstico adaptativo final; Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa.

Manteve as mesmas situações-problema, mesmas angústias e conflitos.

[RL2] Comentário: Esse “idem” fica assim, solto?

Caso 4

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 25 anos, dois irmãos mais novos, casada; universitária, cursa Serviço Social. Trabalha como secretária. Seus pais a deixaram com os avós maternos desde os seis anos até a adolescência. Os avós, por pressão dos tios, a mandaram embora quando era adolescente. A razão para a mãe tê-la deixado sob os cuidados dos avós é que o pai não se dava bem com ela. Esses tios (dois irmãos mais novos da mãe), sentiam ciúmes dela, por ser a predileta dos avós. Nesse período, retornou a casa dos pais. Seu pai a maltratava; dois anos depois, fora morar sozinha. Namorou um primo 14 anos mais velho, engravidou depois de seis anos de namoro; quando o filho tinha 6 meses, casou-se. O marido está desempregado e fazendo bicos. Ele é filho de um dos tios; que a expulsou da casa dos avós. Acredita que o marido é influenciado pelo tio, isso a incomoda muito e a faz pensar em separação.

Queixa: Desânimo; ideação suicida.

Anamnese: Havia tentado suicídio há 4 anos e meio atrás. Nesse período, fez psicoterapia (1 ano e meio) e tratamento psiquiátrico (anti-depressivo). Relatou melhora. A razão principal para a tentativa de suicídio fora o desemprego do marido e a intromissão do tio na vida do casal.

Situação Problema: Problemas familiares - conflito com marido e sogro (representação do pai).

Conjectura Psicodinâmica: A relação estabelecida com o pai fora muito ruim. Não pôde contar com o apoio da mãe, que era submissa ao pai. O pai, segundo a paciente, a maltratava, e a mãe assistia. Hoje, com o tio, na co-transferência estabelece uma relação de rivalidade marcante. O marido, como a mãe, submete-se às ordens do pai, o que a deixa irada. Parece que reproduziu na co-transferência o protótipo da relação que tinha com os pais. Odeia o sogro, que equivale ao pai que rejeita; e detesta o marido, que equivale à mãe, que não a protege.

Diagnóstico adaptativo inicial: Grupo 4 - adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo Relacional (A-R): Dificuldade nas relações inter-pessoais. Pouquíssimo Adequado.

Produtividade (Pr): é estudante (Serviço Social), com uma bolsa de 100%. Trabalha de dia e estuda à noite. Gostava do que fazia apesar de estar desanimada, e está em conflito, já que se sente culpada por deixar o filho na creche. Pouco adequada.

Sócio-Cultural S-C: Não tem um convívio social intenso, porém não tem conflitos (Pouco adequada).

Orgânico (Or): Adequada.

Diagnóstico adaptativo final: Grupo 4 - Adaptação Ineficaz Severa.

Manteve-se com a mesma queixa e mesmas angústias. O marido ainda não havia se estabilizado profissionalmente. Ainda tinha idéias suicidas, e segundo sua fala, o que continha seus impulsos era o filho.

Caso 5

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 54 anos, auxiliar de enfermagem, tem cinco filhos e cinco netos. Os dois primeiros, de 32 e 31 anos, são casados. Os outros três - 20, 26, 29 anos, moram com ela e o marido de 60 anos. Refere que há 2 anos fora traída pelo marido. Não se separaram por questões financeiras (sic), porém, desde então, não mantém relações sexuais. Tem uma grande mágoa do marido e relata que o sonho de ter um casamento feliz se desfez com a idade. Relata que, se o marido a traísse quando os filhos eram crianças, teria a chance de ser feliz numa outra relação. O marido é agressivo e depressivo; é aposentado e faz “bicos”. A filha de 26 é bipolar e tem problemas de relacionamento com o pai. Referente a sua vida pregressa, narra uma infância pobre, teve que começar a trabalhar com 10 anos.

Queixa: Problemas de relacionamento com o marido. Sente-se deprimida.

Situação Problema: Relação amorosa insatisfatória.

Anamnese: Desde que o marido a traiu entrou em depressão.

Conjectura psicodinâmica e interpretação teorizada

Possivelmente, a paciente construiu uma imagem de si distorcida. Nesse momento de sua vida, sente-se uma “velha”, sem atrativos e sem nada a oferecer. Não enxerga a possibilidade de reconstruir sua vida, apesar de ainda sonhar com uma relação amorosa pautada no amor e respeito. Parece ter se culpado por ter empregado a sua vida numa relação que não frutificou, e esta é uma culpa real, já que, durante sua vida, sua concepção se baseou apenas no sonho de ter um casamento feliz. Quando foi traída, desejou morrer. Engordou excessivamente e teve um infarto. Puniu a si e ao marido, atribuindo-lhe o peso da infelicidade. Luto não elaborado. Não consegue perdoar e aceitar o marido infiel.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo relacional (A-R): Depois da traição do marido, não teve mais gratificações e apresentou conflitos. Pouquíssimo adequado.

Produtividade (Pr): Gosta de trabalhar no hospital. Lá, possui bons vínculos. Adequado.

Sócio Cultural (S-C): Frequenta religião e não se opõe à cultura em que vive. Adequado.

Orgânico (Or): Após a traição do marido, engordou em demasia e teve um infarto. Hoje toma medicação para controlar obesidade, para problemas cardíacos e anti-depressivo. Organicamente sente-se bem e cuida-se. Adequado.

Diagnóstico adaptativo final: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Mantiveram-se a queixa e a angústia, sem nenhuma alteração dos setores.

Caso 6

Dados da Paciente e Contextos: Mulher, 27 anos, casada há 4 anos, 2º grau completo, vendedora de roupas em uma loja; espírita praticante. Perdeu uma filha há 11 anos atrás, de meningite. A criança tinha um ano e um mês de vida. Essa filha foi fruto de seu primeiro casamento, que durou quatro anos. Segundo seu relato, o casamento já não ia bem. Com a perda da filha e por dificuldades financeiras, o relacionamento foi definitivamente rompido. Há quatro anos casou-se novamente. Não tem um bom relacionamento com o atual marido, refere que não há diálogo, nem compreensão entre o casal, porém diz que não consegue viver sem o mesmo, por ter se acostumado com ele. É vendedor de carros, autônomo.

Tem uma irmã um ano mais nova. Os pais se separaram quando a paciente tinha um ano, a mãe estava grávida da irmã. Segundo a mesma, fora criada apenas pela mãe, que não se casou temendo que o suposto companheiro pudesse fazer algum mal às filhas. O pai não manteve vínculo afetivo com as filhas.

Referiu ter tido duas depressões prévias, período em que perdeu a filha e se separou.

Queixa: medo de ter filhos e de doenças; dificuldade no relacionamento conjugal. Medo difuso, não caracterizando fobia.

Anamnese: Família cobra gravidez.

Situação Problema: Percepção depreciativa da figura masculina (ex.: pai padrasto e marido); medo de engravidar.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada.

O modelo masculino nessa família, além de depreciado, era tido como ruim. A mãe não se casou em razão de preservar as filhas de homens “cruéis ou perversos”. O marido não lhe parece bom, no entanto, não vê perspectiva de encontrar algo melhor em função de suas pré-concepções a respeito da figura masculina.

Diagnóstico Adaptativo Inicial Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve.

Afeivo relacional (A-R): Diz gostar do marido, porém sente-o distante. Isso gera conflitos. Pouco adequado.

Produtividade(Pr), Sócio Cultural (S-C) e Orgânico (Or) adequados.

Diagnóstico Adaptativo Final Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional: Pouquíssimo adequado. Na entrevista realizada após 3 meses, a paciente vem com a mesma queixa, porém agora acrescenta como dado que não sabe se quer engravidar, ou se quer engravidar do marido. Chora copiosamente e relata que pensa em se separar, porém, teme preconceito por já ter tido uma separação. Teme, ainda, não conseguir se manter financeiramente e ficar sozinha. As brigas se intensificaram. O marido é ciumento, possessivo e controlador. Relata que o marido é paciente psiquiátrico e já foi internado. Mantém uma atitude distante da paciente (sic).

Os outros setores mantiveram-se adequados.

Caso 7

Dados do Paciente e Contextos: Mulher, 33 anos, cursando T.O., fez administração antes, trabalha como secretária, tem um irmão quatro anos mais velho. Namorou a sério duas pessoas. O último queria uma relação perfeita, a vestia, não permitia que se expressasse. Tentou se livrar da perfeição escolhendo suas roupas e impondo suas vontades e fora abandonada. Sofreu com a separação e se aproximou da mãe; tinha medo de dormir sozinha. (regrediu). Nunca mais se relacionou de forma aprofundada. Quer ir para o exterior, teme que algo aconteça à mãe. Era apegada ao pai, que era alcoólatra. Com 12 anos, disse que o pai a rejeitou quando tentou sentar no seu colo. Pensou que o mesmo fez isso pensando que ela estava se oferecendo sexualmente. A relação dos pais é de enamoramento. Com cinco anos foi atropelada, em uma ocasião em que seguia o irmão, que entrava no mato com os amigos, mas foi mandada embora por ele.

Queixa: Vai viajar para o exterior e teme que algo aconteça à mãe.

Anamnese: Mãe saudável; a filha teme que ela fique doente e morra antes dela regressar.

Situação problema: Postergação do luto pelo namorado; e temor quanto a suas fantasias agressivas sobre a mãe.

Conjecturas Psicodinâmicas.

O primeiro trauma que julga sofreu refere-se ao fato de que se julga punida pelo desejo de espiar o irmão com os colegas, no mato. Foi atropelada, o que redundou na instalação de um superego de forma terrível.

Segunda rejeição, sentida como abandono: o pai, quando ela tinha 12 anos, lhe ordena que saia de seu colo – confirma a idéia de que desejara provocar o incesto. Não entendera que a contenção do pai representava amor pela filha; este abre mão do desejo, pelo amor.

Terceiro abandono: o namorado a deixou quando demonstrou seus desejos (ela não podia demonstrar nenhum impulso, nem sexual nem agressivo). A Terapia Cognitiva Comportamental só confirmou que, caso se mostrasse, seria abandonada, pois não houve compreensão da situação. Suponho que, por não ter compreendido seu funcionamento, tenha mudado drasticamente de comportamento para agradar à terapeuta e com isso afugentando o parceiro.

Sua atitude é de competição com as mulheres; conta que, para se exibir, beijou o cara mais bonito da escola, mesmo não se interessando por ele; Queria apenas fazer inveja para as amigas; compete também com os homens, profissionalmente. Já que não pode tê-los, compete com eles.

Vai viajar para não se envolver com ninguém já que o “script” da sua vida já está pronto: será rejeitada.

Diagnóstico Adaptativo Inicial Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): Busca solução namorando alguns rapazes, porém sem criar intimidade. Dessa forma, a gratificação é só imediata, trazendo conflitos posteriores (“falam que ela é legal, porém nunca ficam com ela”). Pouco adequado.

Produtividade (Pr): Gosta do que faz, ganha bem, porém não vê perspectiva de crescimento, tanto que irá se demitir. Comprometida por essa competição. Pouco Adequado.

Sócio Cultural (S-C): Adequado.

Orgânico (Or): Adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Idem

Caso 8

Dados do Paciente e Contextos: Mulher de 40 anos, segundo grau completo (técnico em enfermagem). Auxiliar de enfermagem, possui dois empregos, um filho de 18 anos e um de 8. Casada há 18 anos. É a sexta, de oito filhos. Pais separados há 22 anos. O pai já tinha um relacionamento extra-conjugal há dois anos. A mãe falava muito mal do pai. A paciente sentiu muito a separação dos pais. Hoje se relaciona bem com eles. O marido é calado, não a acompanha, não lhe parece carinhoso. Estava durante três meses sem relação com o marido. Teve um amante quando tinha 7 anos de casada. Tem boa relação com os filhos. O pai é seco com os filhos, porém quem cuida é ele. Pensava em separar-se do marido.

Queixa: Dificuldade no Relacionamento conjugal.

Anamnese: Posiciona-se como a mãe do marido. Manda no marido – sado-masoquista. Não quer se separar por causa das crianças.

Situação Problema: Problemas na relação com o marido.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada:

Busca relação idealizada, não se dá conta de que o marido não dá porque não tem, não por falta de amor. Parece identificada com o pai (amante): na autoridade e na busca de amantes. Deve supor que a amante era muito mais interessante que a mãe. Na co-transferência, o marido representa a mãe. Culpa a mãe submissa, por não ser interessante e deixar o pai ir embora. Ela agride o marido para, em sua fantasia, punir a mãe. Ora identifica-se com o pai, enquanto trai o marido, ora com a amante do pai. Só vai conseguir se separar se integrar as partes projetadas no marido. Tem que controlar os impulsos agressivos, caso contrário vai se deparar com a culpa. Mantendo o casamento, simbolicamente mantém pai e mãe juntos, devido ao modelo sado-masoquista infantil. Sendo assim, poupa os filhos da dor da separação que sentiu.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): Não ama o marido e deseja separar-se, porém teme que este não suporte a separação e morra e teme não conseguir manter-se financeiramente. Pouquíssimo adequada.

Produtividade(Pr): Gosta do que faz e sente-se muito bem em seu ambiente de trabalho. Adequada.

Sócio Cultural (S-C): Adequada.

Orgânico (Or): Adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Idem.

Caso 9

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 24 anos. Tem um irmão mais velho e uma irmã mais nova. Possui colegial completo, casada há quatro anos, namorou o mesmo rapaz desde os 16 anos, único homem com quem relacionou-se sexualmente. Tem um filho de dois anos. A mãe é muito autoritária e rigorosa. Quando descobriu, nos pertences da paciente, anticoncepcional, obrigou-a a casar. Há seis anos mudaram-se do sul para SP. Revela que a relação com o marido era boa, até passarem por dificuldade financeira e serem obrigados a morar nos fundos da casa da sogra. Rivaliza muito com a mesma e recrimina a relação que o

marido tem com a mãe. Com o marido estava em conflito há três anos, período da gravidez, quando foram morar perto da sogra e de um cunhado. Seu relacionamento sexual ficou muito prejudicado com o nascimento do filho, que recebe todo o cuidado, afeto e exclusiva atenção por parte da mãe. Seus pais se separaram quando a paciente tinha 12 anos. O pai refez a vida amorosa. Por muitos anos odiou o pai por isso, hoje enxerga a situação de outra forma. Vê a atual esposa dele de forma positiva.

Queixa: Fantasias trágicas com relação ao filho; dificuldade na relação com o marido.

Anamnese: Os pensamentos referentes a algo mau que possa acontecer com o filho referem-se a colocá-lo na creche, ou deixá-lo sob os cuidados de outras pessoas e estas cometerem um ato cruel ou de descuido que possa levá-lo à morte. Também nutre fantasias referentes a doenças. A criança parece ser sensível à lactose, tendo uma evacuação irregular. Sendo assim, fica atenta ao menino quando ele está acordado ou mesmo dormindo; nesse caso, confere se a criança está respirando.

Situação Problema: Ligação simbiótica com o filho. Dificuldade de relacionamento com o marido e rivalidade com a sogra.

Conjecturas Psicodinâmicas

A paciente estabelece uma relação narcísica com o filho, está enamorada do mesmo, deixando o marido de lado. Este, ressentido, a ataca, provocando-a com a mãe ou fazendo comentários depreciativos com relação a seu corpo; ao mesmo tempo, faz comentários a respeito da perfeição das outras mulheres. A paciente posiciona-se de forma infantil, imaginando que os que a cercam deveriam compreender seu sofrimento por estar longe de sua família de origem e, por isso, cuidar dela. Seus pensamentos trágicos quanto ao filho parecem estar ligados à negação da ambigüidade. Por reprimir o ódio e perdas representadas pela gravidez e aquisição deste filho, desenvolve sintomas. Delírios trágicos quanto ao futuro do filho.

Diagnóstico Adaptativo Inicial Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo relacional (A-R): Encontra gratificação na relação mãe-filho, porém apresenta conflitos internos e externos. Pouco adequada.

Produtividade (Pr): Cuidava da casa e do filho, gratificava-se com os cuidados com a criança, porém não dava conta do serviço da casa, sentia-se injustiçada e prejudicada. Tinha conflitos internos e gerava conflitos externos. Pouco Adequada.

Sócio-cultural (S-C): Não tinha vínculos sociais, mas não tinha uma atitude de oposição aos acontecimentos sociais. Pouco adequado.

Orgânico (Or): Estava acima do peso e se depreciava por essa razão. Não conseguia se cuidar. Estava dormindo mal, consultou uma psiquiatra, porém, não adaptada à medicação, abandonou o tratamento. Pouquíssimo adequada.

Diagnóstico adaptativo Final Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo relacional (A-R): Manteve o mesmo padrão relacional. Pouco adequada.

Produtividade (Pr): Manteve mesma conduta. Pouco Adequada.

Sócio-cultural (S-C): Manteve-se. Pouco adequado.

Orgânico (Or): Ainda estava insatisfeita com o peso e com o corpo. Não cuidava-se. Pouquíssimo adequada.

Caso 10

Dados da Paciente e Cotextos: Mulher de 59, casada há 27 anos, instrução primeiro grau, tem uma filha de 24 anos e um filho de 22 anos. A filha fora desejada, e o filho não. Na gravidez do menino refere ter sentido um gosto amargo na boca, sem explicação orgânica. Hoje refere ter ótima relação com ambos. Com o marido refere ter uma relação muito ruim. Diz que o mesmo é introvertido, dá-lhe pouca atenção e é frio. Relativo à vida pregressa, fora criada pela avó até os 13 anos, pensando que esta fosse sua mãe; ao chegar nessa idade, fora revelado o segredo e a mesma passara a morar com sua mãe natural. Apenas fora dito à paciente que sua irmã mais velha não era sua irmã e sim sua mãe, porém nada mais fora explicado sobre sua origem. A mãe e a avó são descritas como rígidas; dessa forma, não questionava sua história. Descreve uma mãe distante, introvertida e fria.

Queixa: Sente que o marido não a ama; pensa em separar-se do mesmo em razão disso.

Anamnese: Diz que se gratifica com a filha.

Situação Problema: Relação narcísica com a filha e exclusão do marido.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada.

É uma mulher ressentida com a mãe e o marido. Associou o marido com a mãe, que a abandonara. Na co-transferência, o marido representa a mãe, e possui uma ligação simbiótica e narcísica com a filha; rejeitou o filho. Parece querer resgatar a relação de maternagem com a menina. O conflito se intensifica na medida em que a filha, hoje mais velha, almeja casar-se e constituir sua própria família, quebrando a simbiose.

Diagnóstico adaptativo inicial Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo Relacional (A-R): Encontra gratificação na relação com a filha, porém apresenta conflitos internos e externos. Frustrada com o marido. Pouco adequada.

Produtividade (Pr): Fazia atividades da casa e apreciava cozinhar para os filhos e cuidar dos mesmos. Adequado.

Sócio Cultural(S-C): Tem amigos na comunidade e igreja que frequenta. Adequado.

Orgânico (Or): Alimenta-se e cuida-se bem. Adequado.

Diagnóstico adaptativo final Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve.

As queixa e os conflitos mantiveram-se. Idem.

Caso 11

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 19 anos, possui o segundo colegial completo, trabalha na oficina do pai como secretária. Possui cinco irmãos: gêmeos de 10 anos (um menino e uma menina); um de 14, uma moça de 17, outra mulher de 23 anos (com quem briga) e um rapaz de 26 anos. Diz ter tido apenas um namorado, que a deixou há cerca de 4 meses. Relata que desde pequena era terrível. Quando ela tinha 5 anos, sofreu um atropelamento. Quando a mãe estava grávida dos gêmeos, tiveram, ela e a irmã, que morar com a avó pois *tinha muita gente na casa*. Nesse período se ligou muito à irmã que atualmente tem 23 anos. Ficou um ano com a avó até nascerem os gêmeos. Teve um namorado durante 4 meses, que recentemente a deixou por outra. É obesa. O irmão do sexo masculino é valorizado pelos pais. Desde pequena fora obesa. Relação com o pai é boa.

Queixa: Rivalidade com as irmãs, mais com a de 23 anos e com a mãe.

Anamnese: Ciúme da relação da irmã com o namorado. Fica com raiva quando a irmã dorme com o namorado sem o consentimento da mãe. Acha que a mãe protege as irmãs.

Situação Problema: Posiciona-se de forma infantil perante a vida.

Conjectura Psicodinâmica e Interpretação Teorizada.

Paciente muito infantil e invejosa. Voraz, talvez entenda que o alimento representa afeto. A figura masculina é valorizada. Gêmeos: fora descartada nesse período. Paralisada no desenvolvimento, para recuperar o que ela sente que faltou. Édipo infantil. Parece que não quer crescer para ficar agarrada ao peito, pois se deixá-lo tem muitos concorrentes.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve:

Afetivo Relacional (A-R): Terminado o namoro com o namorado, sem gratificação nesse aspecto, gratifica-se de forma infantil com o pai; Não se sente predileta, principalmente em relação à mãe; dessa maneira, apresenta conflitos. Possui poucos amigos; destes, a maioria é virtual; Pouco adequada.

Produtividade(Pr): Sente-se muito gratificada por trabalhar com o pai. Adequado.

Orgânico (Or): Obesa; incomoda-se, não consegue se controlar. Pouquíssimo adequado. Sempre fora “gordinha”. Na 8ª série, “pegaram no seu pé”.

Sócio- Cultural(S-C): Fica presa nas vivências de competições familiares, ignorando a vivência social. Pouquíssimo adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve:

Afetivo Relacional (A-R): ainda sem namorado, gratificando-se apenas na relação com o pai. Deseja um namorado. Conflito presente. Pouco adequada.

Sócio-Cultural (S-C): Amigos virtuais. Poucos foram a seu aniversário. Poucos relacionamentos. Pouquíssimo adequado.

Orgânico (Or): Mantém-se obesa. Na família, a tia e a avó também apresentam obesidade.

Caso 12

Dados da Paciente e Contextos: Mulher, 35 anos, 2º grau completo, casada, uma filha de seis anos. É dona de casa, e o marido metalúrgico. Trabalhou dos 18 aos 28 anos (nascimento de sua filha) como corretora de seguros, pretende voltar a trabalhar, mas teme deixar a filha aos cuidados de outrem. Tem hipertensão arterial. Dorme com a filha no mesmo quarto e na mesma cama, enquanto o marido dorme em outro quarto. Após o casamento, seguiu para a lua de mel, mas precisou voltar às pressas, pois sua mãe havia falecido de infarto. Sente-se culpada pela morte da mãe, à qual era muito apegada. Pai e dois irmãos mais jovens, alcoolistas; o primeiro morreu de cirrose. Seus sobrinhos são adictos e ela tenta administrar suas vidas. Gosta e mantém uma boa relação com o marido, porém não há prazer sexual.

Queixa: É estressada, tem crises de enxaqueca, teme que algo lhe aconteça e a filha fique desamparada.

Anamnese: Em razão da enxaqueca e estresse, fez acompanhamento psiquiátrico e neurológico, tomou várias medicações (antidepressivo; estabilizador de humor), mas diz que nada resolveu o seu caso, apenas engordou 10Kg e, depois de parar a medicação e submeter-se a um regime, perdeu 5kg.

Situação Problema: Fantasias predominantes referem-se a finais trágicos.

Conjecturas Psicodinâmicas: Predomínio do pensamento onipotente. Imagina que tenha matado a mãe pela separação. Mantém hoje uma relação simbiótica, narcísica e regredida com a filha. Teme a separação, que em sua fantasia representa a morte. Inconscientemente mantém um conluio com a filha: “se permanecer criança, então não posso morrer, pois tenho de cuidar-lhe.”

Diagnóstico Adaptativo Inicial Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo relacional (A-R): Tem gratificação com a filha, o marido não ameaça a relação de ambas, pois submete-se a dormir em outro quarto. Porém, está em conflito, pois sabe que para o bem da saúde mental da filha, tem que possibilitar o processo de crescimento e individuação, separando-se dela, porém, diante dessa possibilidade, supõe um final trágico. Pouco adequado.

Produtividade (Pr): Gosta de cuidar da filha e da casa, porém sente necessidade de trabalhar fora, mas teme deixar a filha sob os cuidados alheios. Pouco Adequado.

Sócio Cultural (S-C): Não sente falta de contatos, respeita as normas e regras vigentes (adequado).

Orgânico (Or): É hipertensa e submete-se ao tratamento de forma adequada; possui distúrbio do sono (pouco adequada).

Diagnóstico Adaptativo Final Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Idem

Caso 13

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 26 anos, 2º grau completo, trabalha como acompanhante de uma senhora de 83 anos; mora no local de trabalho. Possui três irmãos: um rapaz de 22, uma moça de 20 e outra de 19 anos. O pai faleceu há três anos e a mãe, há um, casou-se novamente. Os filhos, em função do novo casamento da mãe, tiveram que sair da casa onde moravam com a mãe. Os irmãos tentaram fazer um financiamento para casa própria, mas a mãe recusou-se a ser fiadora. Refere que a mãe fora ausente desde sua infância. Relata que fora abusada, aos 15 anos, por um rapaz mais velho, por ocasião de uma festa. Não contou a ninguém, nem denunciou o rapaz. Temia não ser compreendida.

Teve alguns relacionamentos amorosos nos quais mantinha relações sexuais; no segundo namoro, conseguiu chegar ao orgasmo. Atualmente mantém contato com rapazes pela *internet*. A partir desses contatos, saiu com dois rapazes com quem manteve relacionamento sexual, porém sem afeto, o que a deixou frustrada.

Queixa: Está frustrada e com uma raiva difusa do mundo.

Situação Problema: Frustrada com o trabalho; com a situação familiar e com as condições sociais.

Conjecturas Psicodinâmicas

Paciente sente que o mundo contraiu uma dívida para com ela, então mantém uma posição passiva esperando receber sem despende esforços. Termina frustrada.

Sente-se excluída pela mãe, e esse modelo relacional foi assumido como protótipo de todas as relações. Em todos os contextos, sente-se rejeitada e preterida. Reclama que não fora acolhida pelas instituições pelas quais passou (CAPS; Clínica Aplicada UNIP; Ambulatório de saúde mental). Esse ressentimento e ódio permeiam todos os seus relacionamentos. Conseqüentemente, assume uma postura hostil com as pessoas, provocando um afastamento delas. Na primeira entrevista, queixou-se de ter que relatar seu caso, pois já havia passado por outros serviços e se refere a eles de “saco-cheio” (sic), diz que tem a impressão de estar numa entrevista de emprego. Desejo inconsciente de que o entrevistador estabeleça com ela uma relação primitiva, onde a compreensão não depende da linguagem verbal, quer que por identificação projetiva a entrevistadora entre dentro de sua cabeça e assim estabeleça as comunicações. Ressente-se também com o pai que faleceu e deixou numa situação difícil.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 5 – adaptação Ineficaz Grave.

Afetivo relacional (A-R): Não se gratifica, por sua atitude hostil e ao mesmo tempo passiva. Sai com rapazes, porém o único prazer é sexual. Dessa forma, não tem gratificação afetiva e está em conflitos. Pouquíssimo adequada.

Produtividade (Pr): Não gosta da paciente que atende, nem da atividade que exerce. Por ter que morar na casa com a senhora de 83 anos, sente-se usada. Pouquíssimo adequada.

Sócio-cultural (S-C): Conflitos com relação às restrições da igreja. Sente as instituições e serviços sociais como entidades injustas. Pouquíssimo adequada.

Orgânico (Or): Vai ao ginecologista uma vez ao ano para fazer prevenção, porém não cuida do problema cardíaco que diz possuir. Pouquíssimo adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 5 – adaptação Ineficaz Grave.

Na re-triagem, manteve a mesma agressividade, queixa e angústia trazidas na primeira entrevista.

Caso 14

Dados da Paciente e Contextos: A paciente tem 22 anos e é formada em Letras. Ocupação: desempregada, porém aguardando ser chamada para vaga de Agente de Bordo, concurso no qual passou. É filha única e adotiva. Mora com os pais adotivos. Sobre a família biológica, disse saber muito pouco, apenas ouviu da tia que a mãe era uma vagabunda e saía com vários homens. Aos sete anos de idade, referiu ter sofrido abuso sexual por um primo que tinha aproximadamente 20 anos. Foi contar para a mãe apenas aos 14 anos, pois tinha medo de ser acusada de ter provocado o abuso. Com essa idade, achou que a mãe fosse apoiá-la; porém,

conforme a paciente, não foi o que aconteceu. O primo, posteriormente, chegou a morar com os pais. Quando a paciente tinha 19 anos, a mãe sofreu um derrame e disse que ela era culpada, pelo fato dela ter contado que havia tido a primeira relação sexual. Recentemente, decidiu contar ao pai sobre o abuso e ele disse que já sabia e falou pra que ela perdoasse o rapaz; ficou furiosa com o pai. Descobriu que o mesmo relacionava-se com a mulher deste primo e com outras mulheres de seu contato.

Há 3 anos ficou grávida e decidiu realizar um aborto em virtude de ter visto uma mensagem de outra mulher no celular do ex-namorado. Disse ter se sentido mal por ter abortado; depois de uma semana, conheceu um outro rapaz e começaram a namorar; referiu que sofrera agressões físicas dele, mas mesmo assim sentira dificuldades para romper o namoro, pois gostava muito de sua família.

Na ocasião da entrevista, estava namorando há 8 meses e, conforme narrou, esse relacionamento era tranqüilo. Haviam se relacionado anteriormente, mas ele terminou com a justificativa de que ela era muito “certinha”. Decidiu que queria esquecê-lo, começou a beber e a relacionar-se sexualmente com todos. Contou que chegou a traí-lo, no primeiro mês de namoro, depois que voltaram.

A família dele é evangélica e controla sua conduta. Em função da religião, sente-se culpada ao relacionar-se sexualmente, porém sente prazer.

Queixa: Refere que deseja melhorar a relação com os pais, principalmente por conta da idade e problema de saúde da mãe, que além das seqüelas do derrame, possui alzheimer.

Situação problema: Caracteriza-se por uma busca infantil de um companheiro.

Conjectura Psicodinâmica: A paciente nutre uma ferida narcísica em função de sua história pregressa de adoção e sucessivos abandonos. Seu conflito principal é que, junto com um companheiro, quer ser adotada pela família dele. Por essa razão, teme o julgamento desta. Caracteriza-se uma busca infantil: ela não quer encontrar apenas um homem, quer resgatar a ligação com os pais, através dos sogros.

Em contrapartida, na fantasia, identifica-se com a mãe biológica, uma “vagabunda”, promíscua (em razão de sentir desejos sexuais). Para ser boa moça, deve ser casta. Superego muito rígido.

Diagnóstico Adaptativo Inicial Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): Como solução para sua carência, namora com um moço por quem nutre algum afeto, porém teme que sua família reprove sua conduta. Tem gratificação, porém apresenta conflitos. Pouco adequado.

Produtividade. (Pr): Está desempregada, pois o contrato com a prefeitura acabou (trabalhava com crianças); aguarda um emprego como agente de bordo, para o qual já foi aprovada. Boa expectativa. Pouco adequado. Não tem satisfação, porém ter sido aprovada lhe trouxe esperanças.

Sócio cultural (S-C) e Orgânico (Or): adequado.

Diagnóstico Adaptativo final: Grupo 2 - adaptação Ineficaz Leve.

Na re-triagem, a paciente refere que aparentemente melhorou, porém quando algo foge de seu controle, age impulsivamente. Refere ter tido uma mudança externa, porém internamente refere que nada mudou.

Afetivo relacional (A-R): mantém-se com os mesmos conflitos (pouco adequado). No setor de Produtividade (Pr): foi chamada para a vaga almejada de agente de bordo. Adequada. Manteve-se adequada nos setores Orgânico (Or) e Sócio Cultural (S-C).

Caso 15

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 22 anos, trabalha como atendente numa empresa de cartão de crédito há um ano e sete meses. Seus pais são separados. Até os cinco anos de idade, época em que os pais se separaram, moravam em São Paulo, ao lado da casa da tia, irmã de seu pai. Esta trouxe da Bahia uma moça para morar em sua casa, e depois descobriu-se que era amante do pai. Este se separou da mulher e foi morar na Bahia com a amante; permanecem juntos há 19 anos. Depois dessa separação, veio junto com a mãe e a irmã, que é 4 anos mais velha, para Sorocaba.

A mãe, depois de 3 anos, casou-se novamente, e deste relacionamento nasceu sua irmã caçula (12 anos). Assim, convivem na mesma casa: a mãe, o padrasto, ela e as duas irmãs. Informou que não gosta do padrasto e conversa estritamente o necessário com ele. Só fica perto dele por alguns minutos. No início, contou que era “grudada” com ele e diziam que era a filha dele. Refere que tudo mudou depois que a irmã nasceu, mas logo em seguida, negou, dizendo que a mudança se deu, na verdade, na adolescência, pois ele se “metia muita na vida dela e da irmã.”

Ela percebe o pai como indiferente e falou que não sente a falta dele, tanto ela quanto a irmã.

Contou que briga muito com a mãe, que parece tolerante, considerando seu relato.

Possui problemas visuais no olho esquerdo desde os 5 anos e só enxerga 20% com ele. Está namorando há 2 anos e 8 meses e, segundo ela, é um bom relacionamento, inclusive na parte sexual.

Queixa: O motivo da procura, segundo ela, é o estado de nervosismo e irritação constante.

Anamnese: Contou que desde criança é assim. Briga com todos e na casa tudo a estressa.

Situação Problema: Problemas de relacionamento devido a posição de ressentimento que assume. Sente-se preterida.

Conjectura Psicodinâmica: Perdeu o pai para a amante, aos cinco anos, a mãe para o padrasto e a posição de filha caçula. Ela ficou enciumada quando a mãe foi morar com outro homem. Sentiu-se excluída, ficando irritada com tantas perdas. A mãe procura agradar, ao fazer a comida que ela gosta e na hora que ela quer, já que, segundo a própria paciente, é chata para comer e faz escândalo quando as coisas não estão do seu jeito. A mãe ainda se oferece, às vezes, para lavar as suas roupas, mesmo trabalhando de segunda a sábado em período integral. Nestas ocasiões, a paciente aceita e se livra da culpa ao dizer que foi a mãe mesma que ofereceu. Talvez ela sinta que a mãe está em dívida com ela. Ela é ressentida, por ter sido excluída, substituída. Procura afastar as pessoas. É uma boa pessoa, mas que coloca uma couraça e assim se vê protegida de outras coisas ruins. Tem medo de sofrer de novo. Defende-se de ser rejeitada, se afastando, brigando e isto está ligado às perdas iniciais. Ela gosta da mãe, mas briga o tempo todo com ela. Fica sempre de prontidão nos contatos com as pessoas para não ser rejeitada.

Diagnóstico adaptativo Inicial: Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo Relacional (A-R): Diz que ama o namorado e deseja casar-se com ele, porém, quando analisa a personalidade do mesmo sente-se insegura, pois o acha pouco comprometido com os estudos e o trabalho. Tem gratificação, porém conflito interno. Pouco adequado.

Produtividade (Pr): Encontra-se satisfeita, pretende fazer faculdade e tem ambições. Adequado.

Sócio Cultural (S-C): Adequada.

Orgânico (Or): A deficiência visual do olho esquerdo não interfere em seus relacionamentos e profissão, adequado.

Diagnostico Adaptativo Final: Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve.

Na re-triagem, afirmou que não houve melhoras durante os três meses transcorridos desde o primeiro contato, sendo os sintomas persistentes.

Idem.

Caso 16

Dados da Paciente e Contextos: Mulher, 64 anos, solteira, 2º grau completo; aposentada (funcionária pública – trabalhava no setor de ISS da prefeitura); um irmão quatro anos mais jovem e uma tia de 70 anos. Todos moram na mesma casa. A relação com a mãe era boa, porém, com o pai, péssima. Relata que cansou de assistir os maus tratos deste para com a mãe. O pai era alcoolista, mulherengo e agressivo. Ele era médico da marinha e a mãe dona de casa. Em função de seu trabalho, tinham que deslocar-se de cidade, o que na infância afetava seus vínculos e o seu desempenho na escola. Em razão disso, ficou num colégio interno dos 7 aos 11 anos. Conta que ela e seu irmão não tiveram sorte em suas vidas, nas quais nada deu certo. Nutre um profundo ressentimento pelo pai. Na vida amorosa, nunca se apaixonou, temia reproduzir a história de seus pais, porém, admite que a mãe era apaixonada pelo pai. Relata que ele era um homem bonito. Culpabiliza os familiares maternos pela morte da mãe (por infarto), devido a desavenças por causa da herança. Com relação ao pai, diz que nem queria tê-lo conhecido, e que torcia para ele morrer logo. Seu sonho era ter tido apenas a mãe e morar numa casa de praia com ela. Sente que todos querem seu mal ou se aproximam por interesse. A única coisa que lhe agrada hoje é cuidar de seus animais.

Queixa: Está desmotivada, queixa-se de não ter um marido, filhos e um lar. Diz não acreditar em ninguém, deseja morrer o tempo todo.

Situação problema: Não vê nada na vida que a atraia.

Conjectura psicodinâmica: A paciente ficou fixada na mãe, acreditando que os homens são maus, baseada no modelo paterno. Não estabeleceu vínculos, amorosos ou afetivos. Lamenta não ter tido uma vida de investimento afetivo. Parece ter uma culpa real por ter se protegido em demasia da vida, uma vida vazia. Desconfiança nas relações. Apresenta ambivalência quanto à ajuda. Quer ajuda, mas não pode aceitá-la, pois isso aumentaria a culpa de não ter se cuidado e aproveitado a vida.

Diagnóstico Adaptativo Inicial. Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo relacional (A-R): Mulher amarga, sem investimento afetivo e em conflitos. Pouquíssimo adequado.

Produtividade (Pr): Gosta de cuidar de seus animais, lembra do trabalho que exercia com orgulho. Hoje, não se sente motivada a realizar nada com prazer. Pouco adequada.

Sócio Cultural (S-C): Não tem vida social ativa e nem muitos amigos. Comunica-se apenas com duas delas, de outra cidade. Não gosta de Sorocaba, diz que as pessoas são invejosas e falsas. Pouco adequado.

Orgânico (Or): Tem hipotireoidismo, porém se trata, alimenta-se bem e dorme mal. Pouco adequada.

Diagnóstico Adaptativo final. Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa.

Na re-triagem, relata que está desanimada, que compareceu apenas para dar uma satisfação, mas que não acredita em mais nada. Mantém a mesma queixa e estado de humor.

Grupo 17

Dados da Paciente: Mulher com 47 anos, 2º grau completo, casada há 12 anos, possui uma filha adotiva de 4 anos. Segundo a paciente, ela e o marido optaram pela adoção em virtude de ambos possuírem problemas para gerarem filhos. A paciente sempre trabalhou como promotora de vendas, mas há dois anos não trabalha para cuidar da filha. Segundo sua descrição, a filha possui um atraso significativo no desenvolvimento. Não fala, não interage socialmente e pouco estabelece contato visual. A criança já passou por diversos profissionais, que dizem que a criança possui um atraso intelectual, emocional e um comprometimento significativo. A paciente, no entanto, nega e acusa os profissionais de incompetentes: “*É impressionante, ninguém descobre o que essa menina tem!*”. Conta que se relaciona bem com os dois irmãos mais novos e não se dá bem com a mais velha. Diz identificar-se com a mãe, por ser falante, fumar e gostar de limpeza. Estabelece uma relação de superproteção com a filha.

Queixa: Traz como queixa o fato de “*estar com a cabeça cheia, e sem tempo para fazer outra coisa, senão a peregrinação de levar a filha a diversos profissionais: T.O., Fisioterapeuta; psicóloga; neurologista; geneticista etc.*” (sic),

Situação Problema: Não aceitação da deficiência da filha.

Conjectura Psicodinâmica: Paciente de difícil acesso. Posiciona-se de forma arrogante, nega a deficiência da filha, pois não a aceitaria se enxergasse o atraso significativo da menina. Nega a realidade, possui intolerância à frustração, mínima capacidade de *insight*. Refere que a filha é superdotada. Uso da situação para satisfaz seu desejo de ser mãe.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 5 – adaptação Ineficaz Grave.

Afetivo relacional (A-R): Nega completamente a realidade e dedica-se a essa filha com devoção, acreditando que por meio de seu esforço onipotente irá curá-la. O marido pouco aparece em cena. Pouquíssimo adequado.

Produtividade (Pr): A paciente encontra-se pouquíssimo adequada, uma vez que possui uma atitude de pouca satisfação em relação aos cuidados com a filha, diz estar cansada da rotina.

Demonstra organizar seus horários de forma meticulosa, o que consome muita energia. Demonstra dificuldades para aceitar as limitações de sua capacidade de realização, bem como a dos semelhantes. Geralmente exige, de si e dos demais, mais do que o possível.

Sócio-Cultural (S-C): Pouco adequada, uma vez que demonstra possuir pouco interesse pelos acontecimentos coletivos; mantém-se preocupada apenas com que lhe aconteça.

Orgânico (Or): adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final Grupo 5 – Adaptação Ineficaz Grave.

Na re-triagem, manteve um discurso onipotente, criticando os profissionais incompetentes que não conseguem reconhecer o potencial da filha. Relata que tem conhecimento de várias patologias do DSM IV, e que sua filha não se encaixa em nada descrito ali. Diz que descobriria, mais cedo ou mais tarde, o que, afinal, tinha acometido a filha. Manteve-se no mesmo grupo.

Caso 18

Dados do Paciente e Contextos: Homem, 31 anos, casado, 2º grau completo, tem um filho natural de 4 anos e um enteado de 8, sendo esse último fruto de uma relação incestuosa entre a esposa e o padrasto desta, que durou 7 anos. Tem duas irmãs e um irmão epilético; o paciente é o caçula. A mãe era alcoolista desde que eram pequenos; em virtude disso, passaram fome. O pai parecia-lhe um homem bom, porém batia muito na mãe. Morreu quando o paciente tinha 12 anos. Quando conheceu a esposa, o que lhe atraiu fora o “ar de tristeza” que via nela. Diz que a esposa nunca sentiu prazer sexual com ele. Refere que a mesma faz questão de visitar o padrasto. A mãe dela freqüentemente demonstra certo ciúme.

Queixa: Dificuldade no relacionamento conjugal e conflitos e culpa pelo que sente em relação ao enteado.

Anamnese: O segredo familiar se mantivera quanto à paternidade do enteado do paciente. A criança traz de diversas formas sua desconfiança quanto a sua origem.

Situação Problema: Idem

Conjectura Psicodinâmica:

O paciente percebe inconscientemente que a mulher está presa à situação de abuso na infância. Parece estar ligada afetivamente e sexualmente ao padrasto. O filho dessa relação incomoda, em função dele representar essa ligação infantil. O paciente teve uma vida miserável no quesito afetivo e físico em sua vida pregressa. Hoje mantém essa modalidade relacional, também miserável, com a mulher. Tentou salvar a mãe na infância; hoje tenta salvar a mulher da suposta “tristeza” que o atraiu.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo reacional (A-R): Pouquíssimo adequado. Busca afetividade na mulher, porém não encontra gratificação, e por essa razão entra em conflito. Ama a esposa, porém esta o repele. Ela trata-o mal e não demonstra desejo sexual por ele.

Produtividade (Pr): Trabalha em uma empresa como cartazista e sente-se gratificado. Tem perspectivas de crescimento. Adequado.

Sócio-cultural (S-C): pouco adequado. Queixa-se da vida monótona e isolada pela recusa da esposa em participar mais dos eventos sociais.

Orgânico (Or) – Pouco adequado. Não consegue gratificar-se sexualmente. Quanto à alimentação e sono, tudo está em ordem.

Diagnóstico adaptativo Final: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Na re-triagem, manteve os mesmos conflitos trazidos anteriormente. Manteve-se no mesmo grupo adaptativo.

Caso 19

Dados da Paciente e Contextos: Mulher, 46 anos, casada há 25, três filhos (22,19 e 16 anos), 1º grau incompleto, dona de casa. O marido tem 48 anos; a paciente mantém uma relação de extrema dependência dele. Nunca sentiu prazer com o esposo. No oitavo mês do seu casamento engravidou, e no terceiro mês de gestação teve um aborto espontâneo. Foi ao ginecologista e envolveu-se com ele. Teve um relacionamento extraconjugal que durou três meses. Apesar de acreditar que este lhe daria prazer sexual, frustrou-se. Engravidou do marido oito meses depois, tendo a primeira filha. Com 15 anos de casamento teve seu segundo envolvimento extraconjugal com um amigo do casal. O marido parecia aceitar passivamente a situação. Mais tarde descobriu que ele também tinha uma amante. Depois de três meses rompeu com o amante. O segredo fora revelado à família do marido; como este já sabia e aceitara a situação, nada aconteceu.

A paciente é a segunda filha de uma prole de oito irmãos. Cuidou dos menores. Seus conflitos começaram quando ela descobriu que o marido manteve uma relação extraconjugal por 12 anos, e teve um filho com a amante (a criança está agora com sete anos). Quando foi flagrado, deixou a amante. Isso ocorreu há dois anos.

Queixa: Está obcecada pela idéia da traição do marido. Pensa nisso o tempo todo e desconfia dele.

Situação Problema: Intenso ciúme do marido. Baixa auto-estima.

Conjecturas Psicodinâmicas:

Fixação edípica infantil. Ficava “espiando” o marido 24 horas por dia. Simbolicamente, assistia aos pais no coito como a 3ª excluída. Apresentava delírios de ciúmes.

No caso da anorgasmia, a sua atitude na relação sexual é muito passiva, não obtém prazer. Surgem reações defensivas, como repressão e resistência contra o instinto. A idéia é que há uma persistência inconsciente de uma fixação incestuosa da paciente em seu pai. Este foi o grande amor de sua infância. Mais tarde, a proibição moral e o temor à vingança de sua mãe impedir-na de todo gozo sexual.

Diagnóstico Adaptativo Inicial Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa.

No Setor Afetivo Relacional (A-R), encontra-se pouquíssimo adequada, Sente-se inferiorizada, não se gratifica e está em constantes conflitos intrapsíquicos.

Produtividade (Pr): Pouco adequado. Não gosta muito de cozinhar, porém, tal tarefa não lhe traz tantos conflitos.

Sócio Cultural (S-C): Pouco adequada. Pouco prazer em relação ao convívio social.

Orgânico (Or): Pouco adequada. Não se gratifica sexualmente.

Diagnóstico Adaptativo Final Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa.

Na re-triagem manteve a mesma queixa, acompanhada da mesma ansiedade e delírios de ciúme.

Caso 20

Dados da Paciente e Contextos: Mulher, 36 anos, 1º grau completo; casada há 20 anos, três filhos homens; do lar; marido trabalha como cozinheiro. É a oitava filha de uma prole de catorze irmãos; a mãe morreu quando a paciente tinha quatro anos. Namorou durante três anos, por carta, e viu o namorado somente quatro vezes antes do casamento. Casou-se com dezesseis anos. Engravidou logo após se casar. Hoje, o filho mais velho tem 19 anos. O segundo filho tem 16 anos. Na ocasião, desconhecia o fato de estar grávida e tomou um chá para menstruar. Descobriu, alguns dias depois, que estava grávida, o que gerou arrependimento e culpa. Com o terceiro filho, de oito anos, aconteceu o mesmo. Refere que seu casamento não está bem nos últimos seis meses, pois não há comunicação com o marido. Estabelece uma relação de superproteção com os filhos, preocupando-se exageradamente com a saúde e bem estar de cada um.

Queixa: Teme que os filhos morram. Relata que o primeiro filho teve meningite com sete anos, e o segundo havia apresentado fortes dores abdominais há alguns meses. Dessa forma,

imagina que isso fora um “castigo de Deus”. Relata que se sente deprimida, sozinha e sem vontade para nada.

Situação Problema: Expectativas trágicas com relação à saúde e futuro dos filhos. Dificuldade de comunicação com o marido.

Conjecturas Psicodinâmicas: Os temores referidos aos filhos estão ligados aos próprios impulsos agressivos inconscientes. A ambigüidade materna, que não pode ser suportada pela paciente, por reprimir os impulsos hostis, apresenta como sintomas fantasias terríficas e trágicas com relação aos filhos. Não há dados de realidade que confirmem tais temores. Possui, como convicção, que doença é resultado de um castigo Divino. O castigo seria devido ao desejo de abortar ao perceber-se grávida.

Diagnostico Adaptativo Inicial: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo-Relacional (A-R): pouquíssimo adequado. Encontra-se insatisfeita e em conflito no casamento. Sente-se mal amada e sozinha. Preocupa-se exageradamente com os filhos, o que causa angústia.

Produtividade (Pr): pouco adequada, não encontra mais prazer nos afazeres domésticos.

Sócio-Cultural (S-C): pouquíssimo adequada; comporta-se de maneira conformista, aceitando sem críticas o que lhe desagrade; prefere ficar em casa a sair.

Orgânico (Or): pouquíssimo adequada; não tem relações sexuais, alimenta-se de maneira inadequada, sente muito cansaço e mal estar físico e chora freqüentemente.

Diagnostico Adaptativo Final: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa.

Na re-triagem, manteve a mesma queixa, insatisfeita e com dificuldade de lidar com sua fantasia de destruição.

Caso 21

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 47 anos, possui o segundo grau incompleto; casada há 25 anos. Tem dois filhos: uma mulher de 24, casada, e um homem de 18, que a pressiona muito para se tratar. Na ocasião do nascimento do filho, teve crises nervosas, largou os filhos com o pai e sumiu durante três dias, não tendo consciência do que fez. O marido e o filho dizem que se ela não melhorar e vier a fazer alguma besteira, eles não a perdoarão. Está sob medicação (Fluoxetina). Refere que precisa melhorar logo, pois teme que o filho não a ame mais.

Queixa: refere estar muito agitada, não pára de andar, não se lembra das coisas. Isso se agravou por volta de três anos atrás. A primeira crise foi no nascimento do filho.

Situação Problema: Sentimento de rejeição e medo de ser abandonada pelos familiares.

Conjecturas Psicodinâmicas: Tendência a largar tudo quando não suporta a responsabilidade, leva a temor de represália. Isto é, medo de ser descartada quando cria problemas para os familiares. Como diagnóstico e descrição clínica apresenta: crises dissociativas (histéricas). discurso pautado por apelos afetivos, postura histriônica e infantil.

Diagnostico Adaptativo Inicial: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo-Relacional (A-R): pouco adequado. O casamento é bom, porém alguns conflitos são criados por conta das crises dissociativas. Sente-se muito só.

Produtividade (Pr): pouquíssimo adequado. Não consegue realizar as tarefas diárias sem conflitos.

Sócio-Cultural (S-C): pouquíssimo adequado. Não se relaciona socialmente.

Orgânico (Or): pouquíssimo adequado. Usa medicação para agitação; dorme mal.

Diagnostico Adaptativo Final: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa.

Na re-triagem, manteve a mesma queixa, dizendo inclusive ter aumentado a quantidade de medicações; chora sem motivos aparentes e não consegue ter um discurso coerente, quando nervosa.

Caso 22

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 26 anos, estudante de nutrição, pais separados desde seus três anos de idade. Mora com a mãe e tem um irmão de 25 anos, que mora com o pai desde os quatro. Estava num relacionamento de quatro anos com um homem de 38, e que havia terminado há duas semanas. Ele é agressivo e persecutório; achou que ela o havia traído, então a agrediu. Moraram por dois anos juntos, porém o namorado não quis se casar porque ela não conseguia ser a esposa ideal. A paciente refere que não tem muitas lembranças da infância: relata que a versão da mãe quando esta se separou era a de que o pai era muito agressivo verbalmente; em contrapartida, a versão do pai era a de que a mãe consumia desenfreadamente. Descreve o pai como ausente e “pão-duro”. Refere a mãe como “castradora”, e que foi muito reprimida por esta durante a adolescência; assim, sempre teve de ser “boazinha”. O irmão sempre foi rebelde, cursa o último ano de Biologia e hoje está afastado do trabalho por ter crises de pânico. Refere que a princípio queria fazer Direito, mas acha os advogados mentirosos e falsos. A escolha pela Nutrição foi aleatória: “*caiu de pára-quedas*” (sic). Não trabalha, pois passa boa parte do tempo cuidando da mãe, que está com câncer pela terceira vez. A paciente apresentou um discurso muito infantilizado e regredido. Sente-se excluída pelo pai e apresenta pouco afeto pela mãe. Seu discurso é apelativo. Sente-se com frequência prejudicada.

Queixa: Estava em conflitos com seu namorado.

Situação Problema: Problemas no relacionamento amoroso.

Conjecturas Psicodinâmicas: A paciente possui um ressentimento quanto ao abandono do pai; Com o namorado, mantém uma relação de dependência infantil. A relação com o mesmo possui um caráter perverso – sado-masoquista. É infantil e carente.

Diagnostico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo-Relacional (A-R): pouquíssimo adequada. Encontra-se insatisfeita e em conflito na relação amorosa, bem como na relação com os pais e com o irmão.

Produtividade (Pr): Adequada. Apesar de não trabalhar, gosta de estudar e aluga quartos da casa para estudantes, sem apresentar conflitos.

Sócio-Cultural (S-C): pouquíssimo adequada. Não encontra prazer nas atividades sociais, sente-se muito só.

Orgânico (Or): pouco adequada. Não se gratifica sexualmente, veste-se e alimenta-se de forma inadequada.

Diagnostico Adaptativo Final: Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve.

Na re-triagem, havia se reconciliado com o namorado, porém ainda tinha conflitos com ele, pois continuava agredindo-a e humilhando-a; dizia, porém, estar melhor assim. **Afetivo Relacional (A-R):** pouco adequada.

Nos outros setores manteve-se com a mesma adequação.

Os outros setores mantiveram-se inalterados.

Caso 23

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 46 anos, irmã mais nova de 38 anos, 2º grau completo, técnica em laboratório. Tem uma filha de oito anos de seu primeiro relacionamento, que foi interrompido após o nascimento da criança. Há um ano mantém outro relacionamento. Moram ela, a filha, a irmã e o companheiro, numa casa deixada por herança da mãe. Realizou cirurgia bariátrica com a perda de 70 kg. Sua atitude frente à família sempre foi de cuidadora. Cuidava da mãe, que se mostrava frágil, e da irmã. O pai era ausente e alcoolista. A relação com a filha é de muita proximidade, tem dificuldade de tirá-la de sua cama. Teve dificuldade para tirá-la do peito, o que só conseguiu quando a criança tinha três anos.

Queixa: Dificuldade no relacionamento com a irmã, por esta influenciar na educação da filha, e dificuldade em lidar com a resistência da filha para com essa nova relação da mãe com o padrasto.

Situação problema: Estabeleceu uma relação de culpa com a irmã e a filha, submetendo-se às chantagens emocionais de ambas. Reforça a infantilização da filha.

Conjecturas Psicodinâmicas: A paciente possui um superego muito rígido, estabelecendo relação de culpa quando sente desejos referentes à realização pessoal e amorosa. Projeta o superego sádico na filha e na irmã, e ela, portadora de um ego masoquista, submete-se. Acredita que a boa mãe é aquela que não frustra e sempre gratifica. Possui muita dificuldade em estabelecer limites, confundindo assertividade com agressividade. Quando tem que pôr limites na filha, fica identificada com a mesma e teme que esta não tolere o sofrimento de uma frustração. Para essa paciente, sofrer é igual a morrer. Contribui para infantilização da filha para atender sua gratificação maternal.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo Relacional (A-R): Pouco adequado. Satisfaz-se com o novo companheiro, porém está em conflito em razão da pouca aceitação, por parte da filha e da irmã, de seu novo relacionamento.

Produtividade (Pr) Demonstra satisfação, sem conflitos: adequada.

Sócio Cultural (S-C): Adequada.

Orgânico (Or): Cuida-se, mantém relações sexuais com frequência e com gratificação. Adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve. Na re-triagem, 3 meses depois, mantém a mesma queixa.

Caso 24

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 22 anos, superior completo, pedagoga desempregada há uns três anos. Mora com a mãe, de 50 anos, e tem um irmão de 18, que mora com o pai.. Seus pais se separaram quando ela tinha 12 anos, e não possuem novos companheiros fixos. Refere que, a partir de então, parou de escrever poesias e perdeu a alegria. Já fez terapia antes. Teve uma paixão não correspondida aos 15 anos e um relacionamento sofrido e violento quando morou com um namorado, aos 17 anos. Relata que nesse período passou fome e sofreu agressões verbais e físicas, voltando para casa da mãe alguns meses depois. Sonha com um príncipe encantado que irá salvá-la. Atualmente gosta de um amigo, mas não tem coragem de contar para ele. Tem vontade de andar de bicicleta, ir a baladas e passear, mas, como sua mãe “pega no pé”, ela “perde a vontade” e fica irritada. Sente a mãe áspera e não consegue um bom contato com ela. Tende a querer agradá-la e tenta

fazer tudo de acordo com a vontade dela. Com o pai mantém um distanciamento afetivo. Queixa-se muito de dores nas costas e no joelho.

Queixa: Baixa auto-estima por sentir-se muito magra e dificuldade no relacionamento com a mãe.

Situação Problema: Insegurança quanto a ser compreendida (A-R); submissão à mãe.

Conjetura Psicodinâmica: Paciente muito infantil, que projeta no objeto externo suas potencialidades. Gratifica-se na fantasia, “vive de sonhos”. Enquanto procura um príncipe encantado, descuida de buscar seus recursos. Oscila na busca da mãe e de um pai ideais. Sua percepção está distorcida pelo desejo. Dessa forma, os objetos se tornam idealizados, chegou a morar com um namorado, imaginando que este seria o príncipe, que na realidade se revelou como um homem sem recursos materiais e emocionais. Está cego pelo desejo. Sua magreza pode representar um controle rígido de sua voracidade e um desejo de permanecer “criança”, pequena.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa.

Afetivo Relacional (A-R): Pouquíssimo Adequada. Não há gratificação afetiva e apresenta conflitos.

Produtividade (Pr): Pouco adequada, dá algumas aulas particulares para crianças com dificuldades, gosta da atividade, porém frequentemente está sem alunos; dessa forma, tem conflitos.

Sócio Cultural (S-C): Pouco Adequada. Tem poucos amigos e está sempre em conflitos por sentir-se pouco interessante.

Orgânico (Or): Pouquíssimo adequada. Paciente queixosa relata dores no joelho e na coluna. Alimenta-se mal, é muito magra. Sente-se feia e sem recursos.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa.

Na re-triagem, manteve exatamente as mesmas queixas e sintomas. Manteve-se no mesmo grupo diagnóstico. **Afetivo Relacional (AR):** Pouquíssimo Adequada. Gosta de um amigo mas teme revelar-se pela auto imagem rebaixada. Os outros setores permaneceram inalterados.

Caso 25

Dados do paciente: Homem, 30 anos, casado há quatro anos, curso superior de Administração, é micro-empresário.. A mulher tem 29 anos, curso superior, e está afastada do trabalho com diagnóstico de depressão. Tem uma filha de 4 anos. Os pais são vivos, a mãe tem 60 anos e o pai 64 e moram em outra cidade. Tem uma irmã de 35 anos e um irmão de

32. Saiu de casa com 16 anos para morar na Argentina. Lá permaneceu até os 22 anos. Estabelece uma relação simbiótica com a mãe, fala com ela todos os dias ao telefone. Idealiza o pai, identifica-se com ele, porém sente-o distante e fechado.

Queixa: Dificuldade no casamento.

Anamnese: Diz que nunca se separou por Deus. Há uns três meses a esposa começou a desconfiar dele e de sua mãe. Ela temia que a sogra viesse a roubar sua filha em conluio com o marido. Desconfiava de sua honestidade quanto aos negócios e de infidelidade. A esposa tornou-se agressiva.

Situação Problema: Dificuldade em lidar com a perturbação emocional da esposa.

Conjeturas Psicodinâmicas: Possui uma fixação edípica infantil. Tem uma ligação simbiótica com a mãe, rivaliza com o pai e tenta ser o filho predileto por meio das conquistas profissionais. Tinha um controle excessivo sobre a mulher, até o surgimento das desconfianças e o início da rivalidade dela com a sogra. Ficava com raiva da mulher quando ela se opunha à mãe. Queria que fosse a esposa ideal. A dificuldade em lidar com a doença da esposa foi dificultada em razão dela tornar-se mais questionadora e emitir suas opiniões. Posicionou-se de forma mais ativa e “enlouqueceu” o paciente por este perder o controle sobre as coisas.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo Relacional (AR): Gostava da esposa, tinha relações sexuais satisfatórias. Porém, com a possibilidade de perdê-la, apresentava conflitos. Pouco Adequado.

Produtividade (PR): Gostava do que fazia, mas tinha caixa 2 (bens não declarados, nem conhecidos pela esposa). A mulher começou a desconfiar e isso lhe trazia conflitos (internos e externos). Pouco adequado.

Orgânico (Or) e Sócio cultural (SC): Adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 – adaptação Ineficaz Leve.

Na re-triagem, manteve a mesma queixa.

Caso 26

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 30 anos, curso superior, trabalha em uma multinacional. Tem uma irmã de 26 anos, que reside em outra cidade. Pais vivos, com 58 anos cada. O primeiro namoro durou 10 anos. Após o namorado demonstrar desejo de casar, a paciente se separou dele. Seu namorado atual (um ano de relacionamento), possui ejaculação precoce, e a trai com outras mulheres. Ela também o trai com o ex-namorado, com quem sente prazer sexual. Sente necessidade de manter relação sexual. O pai é submisso à mãe. A mãe

conta que quando namorava o pai, este a traía (mulherengo), porém, depois de se casarem, fora “colocado na linha”. O pai controla a paciente quando esta sai, liga de 10 em 10 minutos. Refere que possui um boa relação com a mãe, porém lhe esconde coisas que considera ruins.

Queixa: Conflito refere-se às traições com o ex-namorado.

Situação Problema: Relações amorosas conturbadas. Não consegue ter e não consegue perder o parceiro amoroso.

Conjectura Psicodinâmica: Predomina o teor do pênis “mau” interno e a prova pela realidade se fará com um “bom” pênis externo. Busca de um companheiro sádico para tentar convertê-lo.

Parece que há oscilação entre a fé no “bom” e no “mau” pênis. Nesse caso, encontra: Oscila entre perceber o parceiro como objeto parcial e objeto total.

- hesitação entre dois objetos externos: um protetor e outro ameaçador;
- ansiedade compulsiva de renovar os atos sexuais ou os parceiros amorosos;

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve.

Afetivo relacional (A-R): Diz gostar do namorado, porém, em função de sua ejaculação precoce busca relações fora do namoro. Tem gratificação, porém apresenta conflitos.

Produtividade (Pr): Orgânico (Or) e Sócio-Cultural (S-C) está adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve.

Caso 27

Dados do Paciente e Contextos: Homem de 27 anos, 2º grau completo, tem uma irmã de 26 anos e um irmão, por parte de pai, de quatro anos. A mãe tem 56 anos, o pai 54. Separados efetivamente há 8 anos, após 3 tentativas de separação anteriores. Na primeira, o paciente tinha sete anos. Gostava de outra pessoa, mas, por terem religiões diferentes, deixou-o. A mãe ficou três meses namorando o pai e engravidou dele. Após separação mãe não refez a vida afetiva e tornou-se pastora da igreja quadrangular. O paciente trabalhava com o pai em manutenção de computadores. Contava para o filho das relações extraconjugais, inclusive que muitos destes contatos eram realizados via *internet*. Quando saiu de casa, deixou de trabalhar com o filho e foi morar em outra cidade com a mulher. O paciente namorou dos 19 aos 26 anos. Achou que não tinha nada a oferecer para a mulher, deixando-a em comum acordo com

ela. Teme abandoná-la feito o pai. Quando foi entrevistado estava há seis meses sozinho. Conta que, com quatro anos, a empregada abusava dele. Até sete anos. Nunca contou pra mãe.

Queixa: Viciado num jogo da internet, *seconde life*, há 6 meses.

Anamnese: Permanece o dia todo no computador; lá, tem seus amigos e seus relacionamentos virtuais. Nesse jogo pode assumir o personagem que desejar (do bem ou do mal) e “construir” uma vida imaginativa, com casa, mulher, filhos, amigos...

Situação Problema: luto não elaborado com relação ao abandono do pai.

Conjectura psicodinâmica: Parecia ter regredido após o abandono do pai. Fazia um conluio com este quando falavam das mulheres. Sente que o pai o traiu e abandonou, e foi ter um novo filho. Buscava gratificações na fantasia, pois lá podia evitar frustrações e exercer sua voracidade.

Diagnóstico adaptativo Inicial: Grupo 5 Adaptação Ineficaz Grave.

Afetivo Relacional (A-R) Sentiu-se trocado pelo pai. O pai era confidente, e de repente fora deixado por ele. Pai ausente. Pouquíssimo Adequado.

Produtividade (Pr): O jogo fez com que deixasse de lado o trabalho. Pouquíssimo. Adequado.

Orgânico (Or): Gordo, sem cuidados. Pouquíssimo adequado.

Sócio Cultural (S-C): só internet – tudo na fantasia.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo5 - Adaptação Ineficaz Grave.

Na re-triagem, manteve a queixa e angústias

Caso

28

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 49 anos, superior completo, trabalhava como funcionária pública há 20 anos. Há três, estava separada do marido, com quem foi casada por 28 anos. Tem dois filhos homens, um de 25 anos e outro de 27 anos. Era a segunda filha de uma prole de quatro irmãos. O pai é descrito como uma pessoa muito doente (síndrome do pânico, transtorno bipolar). Refere sentir vergonha do mesmo. A mãe é descrita como pessoa extremamente presente em sua vida. A paciente a cita como sua melhor amiga; forte, alegre, decidida, completamente o avesso de sua pessoa. Mantém um envolvimento amoroso há cerca de dois anos com um homem casado, que reluta em assumir uma posição frente à situação amorosa. Essa situação causa muito sofrimento e reprovação por parte dos filhos. Durante toda sua vida não tomou decisões, deixando a cargo da mãe e do marido a resolução dos seus problemas. A paciente é uma mulher elegante e bem cuidada, porém extremamente frágil,

insegura e de auto-estima comprometida.

Queixa: Dificuldade de aceitar o resultado de uma cirurgia plástica no nariz.

Anamnese: A paciente conta que um dia o irmão sugeriu a plástica, e ela achou que seria interessante. Logo em seguida resolveu fazer, porém, no dia da cirurgia, arrependeu-se, recusando-se a ir para a clínica, refugiando-se com uma amiga. A amiga, no entanto, insistiu para que ela fosse fazer a cirurgia, uma vez que ela já estava marcada. A paciente menciona que comentou com o médico sua relutância, mas que, mesmo diante de sua insegurança, a cirurgia fora realizada. Reagiu bem ao resultado da cirurgia. No entanto, assim que se encontrou com o amante e foi reprovada quanto à cirurgia, não consegue se olhar no espelho. Fez uma segunda cirurgia, para agradar o amante, mas nada conseguiu. A paciente não aceita sua aparência, não conseguia se olhar no espelho e tem dificuldade para estar em público.

Situação-Problema: Paciente muito infantil, possui dificuldade em lidar com os problemas decorrentes do cotidiano. Quando casada, tinha o marido para cuidar de si, mas agora se sentia desamparada.

Conjecturas Psicodinâmicas: O posicionamento da paciente perante a vida é muito regredido. Procura um cuidador; sua potencialidade está projetada. Durante toda sua vida, ela delegou responsabilidade a terceiros. Quer mostrar-se perfeita ao amante. Não havia aceitado o fato dele tê-la rejeitado. Em relação aos conflitos edípicos, demonstrava o desejo de excluir o pai da relação e ficar com a mãe. O pai é visto como “o louco”, o feio e sujo. A cirurgia parece ter sido uma vontade de apagar os traços desse pai, uma vez que o nariz dela era descrito como sendo idêntico ao do pai.

Diagnóstico Adaptativo inicial: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa. No setor afetivo relacional (A-R), encontrava-se sem nenhuma gratificação; não se relacionou mais com ninguém após o afastamento do amante. Não conseguia sequer olhar-se no espelho. Pouquíssimo adequada.

No setor produtividade (Pr) Gostava do que fazia, porém sofria por ter que entrar em contato com o público neste momento de sua vida. Pouco adequada.

No orgânico (Or): Após cirurgia, sentira-se mutilada e deformada. Parecia apática, sem vontade de sair de casa. Chorava muito e dormia em demasia.

Sócio-Cultural (S-C) – tinha amigos. Frequentava uma religião que amainava relativamente suas angústias, e participava de eventos culturais. Adequado.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa. Na re-triagem,

apresentou-se com a mesma queixa. Não aceitava sua nova imagem e não conseguia restabelecer a relação com o amante. Seu humor era deprimido.

Caso 29

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 47 anos, serviços gerais em uma escola, possui o 1º grau, casada há 33 anos, tem quatro filhos (um de 23, outro de 19, uma menina de 16 e por último um menino de 15 anos). É filha adotiva; sua mãe biológica bebia muito e vira seu pai só uma vez aos quatro anos de idade. Um casal de idosos, vendo em que condições a menina vivia, resolveu adotá-la quando ela estava com seis anos.

Queixa: conflitos conjugais.

Anamnese: O marido a traiu pela segunda vez. Conta que aos 16 anos de casados descobriu a primeira traição; ele já se relacionava com a amante há cinco anos, e desse relacionamento nasceu uma filha. Ele só não deixou a mulher na ocasião porque a amante não o queria mais. A segunda traição ocorreu há nove meses. Desta, o marido também teve um filho, que hoje tem um ano e seis meses. Ele pede paciência para a mulher, pois diz que pretende ficar com ela, apenas precisa de tempo para levantar uma quantia em dinheiro para mandar a amante embora com o filho. Após a descoberta da traição, engordou 20kg. Por meio do endocrinologista que lhe receitou uma fórmula para emagrecer, perdeu os 20 kg ganhos.

Situação Problema: Não quer deixar o marido, porém não quer dividi-lo com a amante; este, por sua vez, parece querer manter o dois relacionamentos.

Conjectura Psicodinâmica: Aos 14 anos conheceu o marido e logo se casou. Tem-no como objeto idealizado e no qual sempre depositou todas suas possibilidades. Não consegue ficar com ele, tão pouco deixá-lo, porém exige uma fidelidade que ele não quer oferecer; o marido promete que será fiel, e a paciente, baseada na esperança, mantém a relação.

Diagnóstico adaptativo Inicial: Grupo 2 Adaptação ineficaz Leve

Afetivo Relacional (A-R): Gosta do marido, porém está indecisa, se fica ou não com ele. Pouco adequado.

Produtividade (Pr): Gosta da atividade que exerce, sem conflitos.

Sócio cultural (S-C): frequenta igreja, tem seus amigos lá, não apresenta nenhum oposicionismo.

Orgânico (Or): Cuida-se adequadamente – adequado.

Diagnóstico adaptativo Final: Grupo 3 Adaptação Ineficaz Moderada.

Na re-triagem, o marido ainda pedia calma, dizia não ter ainda condições de mandar a amante embora. Flagrou o marido na festa de aniversário do filho, há um mês, na casa da amante.

Pelo fato de ter ido à casa da amante, apanhou do marido na frente dela, o que se configurou numa situação de humilhação para a paciente. Pediu a separação, porém, arrependida, desistiu. Os conflitos se intensificaram, sua esperança diminuiu, porém ainda não conseguiu deixá-lo, nem, tampouco, aceitar essa situação. Passou de pouco para pouquíssimo adequado no setor Afetivo Relacional. Os demais setores mantiveram-se.

Caso 30

Dados da Paciente e Contextos: Mulher de 20 anos, segundo grau incompleto, diarista; possui quatro irmãs mais novas, duas por parte de pai e duas por parte do padrasto. Refere que o pai é alcoolista e agressivo. Ela dizia que “ela não era sua filha”, pois os pais eram morenos, e ela, loira. A mãe também é agressiva e, por trabalhar muito, deixa os filhos, irmãos da paciente, sob os seus cuidados. Apesar de preocupar-se muito com as crianças, sente que essa tarefa é pesada. O noivo a pediu em casamento, porém sente-se responsável pelas irmãs e diz não poder casar. Refere que o noivo faz tudo por ela, que é o oposto de seu pai, porém não sente prazer sexual com ele.

Queixa-se de dores de cabeça constantes; associa estas à disritmia que tratou há 10 anos, mas que hoje não possui acompanhamento neurológico. Refere que há oito anos teve que retirar um rim comprometido que lhe causava infecções freqüentes, e que a cirurgia foi um sucesso.

Queixa: frigidez sexual.

Anamnese: ginecologista a encaminhou; a paciente namora e refere que o namorado tem muita paciência, pois não lhe agrada o contato físico e não possui prazer no ato sexual. Supõe que esse sintoma esteja ligado à relação estabelecida com o pai; diz ser ele um alcoólatra, agressivo, que dava surras nela, nas irmãs e na mãe. Conta que o pai tentou matá-la diversas vezes. A mãe se separou dele e casou-se pela segunda vez com outro homem agressivo. Relata que o padrasto também tentou matá-la. A mãe se separou novamente e diz que “os homens não prestam”.

Situação Problema: Rejeição do casamento

Conjecturas psicodinâmicas: A paciente descreve um parceiro completamente diferente do pai. Diz que ele lhe faz tudo o que quer, que lhe agrada e tem muita paciência - oposto do pai. Depois justifica que não sente prazer sexual com os homens, mais especificamente com o parceiro, em razão da crença de que os homens são maus – afinal é o que lhe diz a mãe. Esta contradição mostra o quanto a paciente se defende de seus desejos incestuosos. Na infância, o pai, objeto incestuoso de seus desejos, hoje representa uma ameaça. Então, utilizando-se da

repressão, nega desejos sexuais, garantindo que não entrará em contato com o conflito instalado com a introjeção do superego.

Fixada no pai sádico, mas temendo ser maltratada, escolhe noivo inofensivo; porém, não consegue amá-lo, porque não o identifica com o pai interno. (co-transferência negativa). Daí então a frigidez.

Essa dedicação à mãe e às irmãs parece uma reparação pelos danos causados por meio de seus ataques onipotentes à relação do casal. A escolha pelo objeto sexual tem como fator propulsor o conflito edípico.

Diagnóstico Adaptativo Inicial: Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada.

Afetivo Relacional (A-R): Gosta do noivo, porém este quer ter relações sexuais e casar. Isso a assusta, causando-lhe conflitos internos e externos. Pouco Adequado.

Produtividade (Pr): É diarista, porém trabalha em poucas casas. Sente que sua principal ocupação, além de estudar, é cuidar das irmãs menores para a mãe poder trabalhar e estudar. Tem conflitos, pois, apesar de gostar das irmãs, acha injusto ter que assumir a função de cuidar delas. Pouco adequado.

Sócio Cultural (S-C): Tem amigos na escola que frequenta e na igreja. Adequada.

Orgânico (Or): Refere dores de cabeça constantes e não busca ajuda médica. Não possui prazer sexual (frígida). Pouquíssimo adequada.

Diagnóstico Adaptativo Final: Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada.

Manteve-se exatamente com a mesma queixa na re-triagem.

3.2 Análise estatística da evolução de indivíduos tratados e não tratados com Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)

Foram selecionados para a pesquisa 60 pacientes, sendo 30 submetidos ao tratamento PBO (grupo experimental) e 30 não submetidos a nenhum tratamento (grupo controle).

Os pacientes foram classificados em diferentes grupos de diagnósticos:

Grupo 1 – adaptação Eficaz: personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos. (5,0 pontos)

Grupo 2 – adaptação Ineficaz Leve: sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições. (4,0 pontos)

Grupo 3 – adaptação Ineficaz Moderada: alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos. (De 3,0 a 3,5 pontos)

Grupo 4 – adaptação Ineficaz Severa: sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos. (De 2,0 a 2,5 pontos)

Grupo 5 – adaptação Ineficaz Grave: neuroses incapacitantes, *bordelines*, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracterológica. (1,5 pontos)

A classificação, em grupos diagnósticos, ocorreu, por meio da Escala Diagnóstica Adaptativa operacionalizada - EDAO, antes e após o tratamento para os indivíduos do grupo experimental. No grupo controle, a classificação ocorreu, também pela EDAO, em duas etapas - na primeira entrevista gerando o diagnóstico inicial e depois de três meses sem nenhum tipo de tratamento relativo aos sintomas psíquicos, o diagnóstico ao final desse período, a fim de verificar se houve melhora espontânea. Os dados da pesquisa são listados a seguir.

Tabela 1 – Classificação dos indivíduos do grupo experimental

<i>INDIVÍDUO</i>	<i>Antes do tratamento</i>	<i>Após o tratamento</i>
Caso 1	G3	G1
Caso 2	G2	G2
Caso 3	G3	G2
Caso 4	G3	G1
Caso 5	G3	G1
Caso 6	G4	G3
Caso 7	G3	G2
Caso 8	G4	G2
Caso 9	G4	G2
Caso 10	G4	G3
Caso 11	G4	G2
Caso 12	G5	G4
Caso 13	G5	G2
Caso 14	G4	G3
Caso 15	G3	G2
Caso 16	G3	G1
Caso 17	G3	G2
Caso 18	G4	G3
Caso 19	G4	G2
Caso 20	G4	G3
Caso 21	G5	G3
Caso 22	G2	G1
Caso 23	G4	G3
Caso 24	G3	G3
Caso 25	G4	G4
Caso 26	G3	G3
Caso 27	G3	G1
Caso 28	G3	G1
Caso 29	G4	G2
Caso 30	G4	G3

Tabela 2 – Classificação dos indivíduos do grupo controle

<i>INDIVÍDUO</i>	<i>Antes</i>	<i>Depois</i>
Caso 1	G2	G2
Caso 2	G4	G4
Caso 3	G4	G4
Caso 4	G4	G4
Caso 5	G3	G3
Caso 6	G2	G3
Caso 7	G3	G3
Caso 8	G3	G3
Caso 9	G3	G3
Caso 10	G2	G2
Caso 11	G2	G2
Caso 12	G3	G3
Caso 13	G5	G5
Caso 14	G3	G2
Caso 15	G2	G2
Caso 16	G4	G4
Caso 17	G5	G5
Caso 18	G3	G3
Caso 19	G4	G4
Caso 20	G4	G4
Caso 21	G4	G4
Caso 22	G3	G2
Caso 23	G2	G2
Caso 24	G4	G4
Caso 25	G3	G3
Caso 26	G2	G2
Caso 27	G5	G5
Caso 28	G4	G4
Caso 29	G2	G3
Caso 30	G3	G3

3.2.1 Análise dos dados - Análise descritiva

Estudando os resultados dos grupos experimental e controle da pesquisa, observou-se, num olhar preliminar, os seguintes agrupamentos:

Dos 30 indivíduos do *grupo experimental*:

- 26 melhoraram = 86,66%
- 4 permaneceram iguais = 13,33%

Dos 30 indivíduos do *grupo controle*:

- 2 pacientes melhoraram – 6,66
- 2 pacientes pioraram – 6,66
- 26 pacientes permaneceram iguais – 86,66

Somente esse resultado já bastaria para demonstrar a eficácia do método da PBO, bem como da interpretação teorizada, sem precisar qualquer refinamento estatístico.

Poder-se-ia argumentar que o resultado ocorreu porque houve favorecimento de indivíduos com adaptação mais eficaz no *grupo experimental*. Comparando o dois grupos, antes da intervenção da PBO, temos:

QUADRO 4 - Classificação inicial

<u>Grupo</u>	<u>Experimental</u>	<u>Controle</u>	<u>Diferença Controle-experimental</u>
<u>G-1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
<u>G-2</u>	<u>2</u>	<u>8</u>	<u>+6</u>
<u>G-3</u>	<u>12</u>	<u>10</u>	<u>-2</u>
<u>G-4</u>	<u>13</u>	<u>9</u>	<u>-4</u>
<u>G-5</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>0</u>
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>30</u>	<u>0</u>

Pela *Classificação Inicial* é possível concluir que a população do grupo controle foi inintencionalmente favorecida, pois inclui 6 indivíduos do G-2 a mais que o *grupo experimental* ($8 - 2 = 6$). Enquanto que a população do *grupo experimental* foi, também, inintencionalmente desfavorecida, pois contém a mais 2 indivíduos do G-3 ($12 - 10 = 2$) e mais 4 indivíduos do grupo G-4 ($13 - 9 = 4$).

Portanto, o resultado obtido após o experimento não dependeu de favorecimento amostral; até pelo contrário.

Por outro lado, procurando aferir a “*eficácia curativa*” da PBO utilizando como parâmetro o nível de melhora, isto é, quantos níveis de eficácia adaptativa o paciente evolui após a terapia, temos, teoricamente, as seguintes possibilidades:

1. Melhora de 1 nível:

G-5 G-4

G-4 G-3

G-3 G-2

G-2 G-1

2. Melhora de 2 níveis

G-5 G-3

G-4 G-2

G-3 G-1

3. Melhora de 3 níveis

G-5 G-2

G-4 G-1

4. Melhora 4 níveis

G-5 G-1

Pela pesquisa foram encontradas as seguintes evoluções no grupo experimental:**1. Melhora 1 nível**

G-5 G-4 = 1 indivíduo

G-4 G-3 = 7 indivíduos

G-3 G-2 = 4 indivíduos

G-2 G-1 = 1 indivíduo

Total 13 pacientes = 43,33%**2. Melhora 2 níveis**

G-5 G-3 = 1 indivíduo

G-4 G-2 = 5 indivíduos

G-3 G-1 = 6 indivíduos

Total 12 pacientes = 40,00%

3. Melhora 3 níveis

G-5 G-2 = 1 indivíduo

G-4 G-1 = 0

Total 1 paciente = 3,33%

4. Não houve melhora de 4 níveis

(G-5 G-1)

5. Sem melhora

G-2 G-2 = 1 indivíduo

G-3 G-3 = 2 indivíduos

G-4 G-4 = 1 indivíduo

Total 4 pacientes = 13,33%

(Esses resultados inspiram novas pesquisas para investigar por que alguns pacientes evoluem mais de um nível, e outros permanecem iguais.)

3.4.Considerações Clínicas Sobre o Grupo Experimental

No grupo experimental podemos fazer uma inferência da “*eficácia terapêutica*” da PBO utilizando como parâmetro o nível de melhora. Conforme foi apresentado nos resultados, 43,33% da amostra (13 pacientes) evoluiu um nível na eficácia adaptativa.

Melhoras de um nível – G5 para G4 - (apenas 1 caso – caso 12). A título de ilustração podemos conjecturar que a melhora na adaptação no caso 12 se deu por meio das interpretações teorizadas, levando à compreensão das fantasias persecutórias, o que possibilitou uma razoável discriminação dos aspectos da fantasia e da realidade. Contudo, por se tratar de uma paciente de difícil acesso, desenvolveu rapidamente uma resistência na forma de psicose de transferência e a terapeuta passou de objeto idealizado para depreciado - transferência negativa. A terapeuta tentou manejá-la com interpretações transferenciais,

conforme a técnica exige, porém não foi possível desfazê-la. Assim, apesar de ter ocorrido uma melhora sintomática (perdeu a fobia de lagartixa e se reaproximou do filho), terminou o processo de PBO com uma postura arrogante e de desvalorização da terapeuta. Neste caso, confirmamos as afirmações de Simon (2005) a respeito da possibilidade de trabalhar com casos graves (G5 e G4), objetivando, porém, exclusivamente uma melhora adaptativa. Se o objetivo é a reestruturação da personalidade, por conta de fixações extensas nas posições esquizo-paranóide e depressivas, seja por fatores constitucionais ou ambientais, Simon (2005) indica o modelo de interpretação da psicoterapia psicanalítica para casos graves. Este resultado confirma a resposta que Gebara (1999) obteve em sua pesquisa de mestrado, no qual houve resultados favoráveis na adaptação de pacientes em quadros graves e severos com a PBO.

Melhora de um nível – G4 para G3 - (sete indivíduos – casos: 06, 10, 14, 18 (crise), 20, 23 e 30).

Podemos observar que nestes casos, também de pacientes mais seriamente comprometidos, o uso de interpretações transferenciais foi necessário. Nos casos 6, 10 e 23, por exemplo, os sentimentos predominantes de inveja e de rivalidade desenvolveram-se no vínculo terapêutico. Tal fenômeno não necessariamente ocorre como uma característica sempre presente nesses tipos de paciente, mas, naturalmente, a probabilidade de seu surgimento é maior. E cabe acrescentar que a PBO não estimula, mas procura evitar o desenvolvimento da neurose de transferência. Porém, quando as transferências negativas ocorrem, as interpretações transferenciais se fazem necessárias para que as mesmas não se constituam em fatores impeditivos do trabalho. O mesmo se aplica, por exemplo, quanto à arrogância (predomínio da pulsão de morte) destes pacientes – a ligação terapêutica era permeada por disputa e desconfiança e, caso não fossem trabalhadas, levariam a um impasse terapêutico.

Não foi necessário lançar mão da interpretação transferencial em quatro casos (14, 18, 20 e 30) considerados graves (G4), pois o vínculo estabelecido entre paciente terapeuta foi satisfatório. Nestes, observamos uma fragilidade egóica, acompanhada de um superego avassalador e dificuldade sexual, em virtude do posicionamento infantil e fixação edípica. Por meio da compreensão oferecida pela Interpretação Teorizada na co-transferência as angústias decorrentes da exigência superegóica foram apaziguadas.

De acordo com esses resultados, podemos supor quanto aos casos graves, em que a escolha do modelo psicoterápico a ser utilizado depende do *objetivo* escolhido, se o objetivo for o

“reajustamento” (adaptação às variações da realidade interna ou externa, que exigem do sujeito novas respostas), o modelo imperativo é o pedagógico (desaprender, reaprender), ou seja, a psicoterapia breve. Simon (1999) .

Melhoras de um nível – G3 para G2 - (5 casos – Casos: 03, 07,15 e 17)

Caso 3: o sujeito estava em crise e saiu da mesma encontrando soluções mais adequadas para o problema e com uma percepção mais clara da realidade.

Casos 7e 15: puderam obter uma visão mais realística da situação problema, encontrando soluções mais adequadas.

No caso 17 a situação problema era confusão quanto à identidade sexual, o sintoma relacionado a esse conflito era a fobia (medo de andar de ônibus). Após interpretação teorizada houve dissolução dos sintomas.

Mudança de um nível G2 para G1, (apenas 1 caso: Caso 22).

Esse resultado apenas confirma a idéia de que pacientes que encontram-se em grupos leve e moderado beneficiam-se da PBO, principalmente por possuírem recursos para o trabalho de elaboração. Supomos que em casos de adaptação leve e moderado o aparato psíquico dispõe de uma organização intrapsíquica razoável, em função do mecanismo de repressão, que possibilita o desenvolvimento do pensamento simbólico e o estabelecimento de relações simbólicas com a realidade, discriminação e juízo de realidade. Podem ocorrer falhas parciais na elaboração de determinados conflitos, bloqueio e inibição ou ainda falhas de simbolização, mas estas funções estão, de modo geral, conservadas.

Com exceção do caso 7, não houve necessidade de interpretações transferenciais; o trabalho foi realizado utilizando-se como recurso a interpretação teorizada na co-transferência.

Desta forma, observamos que houve uma dissolução da distorção da percepção do fato e/ou objeto, atingindo o objetivo primeiro da psicoterapia. Ampliando a capacidade de discriminação foi possível, para a amostra citada, atingir uma melhor eficácia adaptativa.

Conforme os resultados, 40% da amostra (12 pacientes) evoluíram **dois níveis** na eficácia adaptativa.

Melhora de dois níveis – G5 para G3 - (1 indivíduo – caso: 21);

Melhora de dois níveis G4 para G2 – (5 indivíduos – casos: 08, 09, 11, 19 e 29);

Foi interessante notar que não houve necessidade de um trabalho transferencial nos grupos (G5 e G4) com melhora de dois níveis. A maior resistência foi observada no caso 9, porém a paciente colaborou e absorveu o “leite” oriundo das interpretações oferecidas.

Uma melhora adaptativa significativa foi observada nesses grupos considerados severos e graves, confirmando o benefício da PBO.

Melhora de dois níveis G3 para G1 - (6 indivíduos – casos: 01,04,05,16,27 e 28)

Nesses casos não houve resistência, nem necessidade de trabalho transferencial, confirmando o descrito acima a respeito do aproveitamento dos recursos de sujeitos pertencentes a quadros medianos. Obtiveram uma evolução adaptativa significativa com a interpretação teorizada na co-transferência e em virtude de uma visão menos turva do objeto externo, podendo encontrar soluções mais adequadas para situação problema.

Da amostra apenas um paciente evoluiu **três níveis**, o que corresponde a 3,33% da amostra.

Melhora de três níveis: G5 para G2 – caso: 13

Nesse caso houve um salto grande de evolução; um caso interessante, no qual o sujeito apresentava-se em crise e num quadro severo. Pôde claramente beneficiar-se da PBO, ocorrendo mudanças internas e externas.

Não Houve melhora de quatro níveis .

Em 13,33% da amostra **não houve melhora adaptativa** (4 pacientes) **Sem melhora**

G2 para G2 – (1 indivíduo – caso: 02); **G3 para G3** (2 indivíduos casos 24 e 26) e **G4 para G4** – (1 indivíduo- caso: 25)

No caso 2, por meio do follow-up (seis meses após o término da PBO), realizado apenas neste caso, pudemos observar uma a evolução aconteceu e que estava estritamente ligada a interpretação teorizada.

A paciente buscou solução mais adequada para seu problema, porém ao término da Psicoterapia Breve Operacionalizada ainda não havia detectado o problema que causava a infertilidade. Dessa forma, manteve-se em conflito com seus objetos internos. (A-R - pouco adequada). É possível conjecturar que as interpretações teorizadas levaram a paciente a elaborar a

relação com os objetos internos e livrar-se da culpa persecutória, pois conseguiu tratamento que lhe permitisse engravidar.

Comparada a amostra como um todo, indivíduos que não obtiveram melhora, representam uma pequena parcela da amostra.

QUADRO 5 - relativo à Situação Problema Nuclear e relação entre os setores adaptativos referente ao grupo experimental

CASOS	Situação - Nuclear	Grupo Adaptativo Inicial	Grupo Adaptativo Final	Pontuação/ Classificação por Setores	A-R	Pr	S-C	Or
1	A-R	G3	G1	Inicial	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Final	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Diferença	+	0	0	0
2	Or	G2	G2	Inicial	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>P</u>
				Final	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Diferença	0	0	0	+
3	A-R	G3	G2	Inicial	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Final	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Diferença	+	0	0	0
4	Pr	G3	G1	Inicial	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Final	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Diferença	+	+	0	0
5	Pr	G3	G1	Inicial	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Final	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Diferença	+	+	0	0
6	A- R	G4	G3	Inicial	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>P</u>	<u>A</u>
				Final	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>P</u>	<u>A</u>
				Diferença	+	0	0	0
7	A-R	G3	G2	Inicial	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Final	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Diferença	+	0	0	0
8	Pr	G4	G2	Inicial	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Final	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Diferença	++	0	0	0
9	A-R	G4	G2	Inicial	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Final	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>A</u>	<u>A</u>
				Diferença	+	+	0	0

CASOS	Situação – Nuclear	Grupo Adaptativo Inicial	Grupo Adaptativo Final	Pontuação/ Classificação por Setores	A-R	Pr	S-C	Or
10	Pr	G4	G3	Inicial	2	0,5	PP	PP
				Final	2	1	P	A
				Diferença	0	+	+	++
11	PR	G4		Inicial	2	0,5	A	P
				Final	2	2	A	P
				Diferença	0	++	0	0
12	A-R	G5	G4	Inicial	1	0,5	P	P
				Final	2	0,5	P	P
				Diferença	+	0	0	0
13	A-R	G5	G2	Inicial	1	0,5	A	A
				Final	2	2	A	A
				Diferença	+	++	0	0
14	A-R	G4	G3	Inicial	1	1	P	PP
				Final	2	1	P	PP
				Diferença	+	0	0	0
15	A-R	G3	G2	Inicial	1	2	A	P
				Final	2	2	A	P
				Diferença	+	0	0	0
16	A-R	G3	G1	Inicial	1	2	A	A
				Final	3	2	A	A
				Diferença	++	0	0	0
17	A-R	G3	G2	Inicial	1	2	P	A
				Final	2	2	A	A
				Diferença	+	0	+	0
18	A-R	G4 (Crise)	G3	Inicial	1	1	P	P
				Final	2	1	A	P
				Diferença	+	0	+	0
19	A-R	G4	G2	Inicial	1	1	P	A
				Final	3	1	P	A
				Diferença	++	0	0	0
20	A-R	G4	G3	Inicial	1	1	P	PP
				Final	1	2	P	A
				Diferença	0	+	0	++
21	A-R	G5	G3	Inicial	1	0,5	PP	PP
				Final	2	1	A	A
				Diferença	+	+	++	++
22	A-R	G2	G1	Inicial	2	2	A	P
				Final	3	2	A	P
				Diferença	+	0	0	0

CASOS	Situação – Nuclear	Grupo Adaptativo Inicial	Grupo Adaptativo Final	Pontuação/ Classificação por Setores	A-R	Pr	S-C	Or
23	A-R	G4	G3	Inicial	1	1	P	PP
				Final	1	2	P	A
				Diferença	0	+	0	++
24	A-R	G3	G3	Inicial	1	2	P	A
				Final	1	2	P	A
				Diferença	0	0	0	0
25	A-R	G4	G4	Inicial	1	1	P	A
				Final	1	1	A	A
				Diferença	0	0	+	0
26	A-R	G3	G3	Inicial	2	1	A	P
				Final	2	1	A	P
				Diferença	0	0	0	0
27	Pr (Crise)	G3	G1	Inicial	3	0,5	A	A
				Final	3	2	A	A
				Diferença	0	++	0	0
28	A-R	G3	G1	Inicial	1	2	A	A
				Final	3	2	A	A
				Diferença	++	0	0	0
29	A-R	G4	G2	Inicial	1	1	P	P
				Final	2	2	P	P
				Diferença	+	+	0	0
30	A-R	G4	G3	Inicial	1	1	P	A
				Final	2	1	P	A
				Diferença	+	0	0	0

Significado dos sinais: 0,5, 1, 2 e 3 pontuação da adequação setorial

+: nível de melhora

0: empate

A: adequado

P: Pouco Adequado

PP: Pouquíssimo Adequado

Situação Problema nuclear:

- Afetivo Relacional (A-R): 76,66%
- Produtividade (Pr): 20%

- Orgânico (Or): 3,33%
- Sócio-Cultural (S-C): 0%

Nenhum caso apresentou S-C como situação-problema nuclear porque este abarca os pacientes psicóticos ou psicopáticos graves, coisa que não ocorreu na amostra.

3.5. Evolução Adaptativa nos setores de funcionamento após o tratamento da PBO

- Apenas na nuclear: 76,66%
- Nuclear mais outro(s) setor(s): 30%
- Outro setor(s) exceto o nuclear: 10%
- Não melhorou em nenhum setor: 6,66%

Considerando a amostra em questão, pudemos observar que a maior concentração de situação-problema foi encontrada no setor Afetivo-Relacional (A-R) (76;66%), confirmando o peso atribuído na EDAO para esse setor. Em 20% da amostra encontramos problemas no setor da produtividade (PR) e 3,33% no setor Or.

Após o tratamento pela PBO, pudemos observar que 53,33% da amostra obteve evolução adaptativa apenas no setor onde se encontrava a situação problema nuclear. Destes três casos de G3 para G1 (casos 01,18 e 27) e G2 para G1 (caso 22), já estavam adequados nos outros setores que não no nuclear, desta forma não havia possibilidade de crescimento se não no setor onde se apresentava a situação-problema nuclear. Diante deste resultado podemos concluir que a interpretação teorizada foi eficaz em resolver a situação problema nuclear na maioria dos casos apresentados na amostra.

Em 30% da amostra melhorou a eficácia na adaptação no setor onde estava instalada a situação problema nuclear e no mínimo em outro(s) setor(s), indicando que quando se trabalha com a situação nuclear, os setores que não receberam intervenção direta puderam beneficiar-se no quesito adapta. São os casos de situação-problema conseqüentes. Em 10% da amostra a melhora ocorreu em outro setor que não aquele onde estava instalada a situação problema nuclear, confirmando a suposição de que um problema periférico pode ser resolvido por algum fator ligado ao tratamento de PBO. Não houve melhora em 6,66% da amostra.

Considerando o diagnóstico adaptativo inicial, tínhamos no G2, 2 indivíduos, Estes apresentaram adaptação eficaz na produtividade correspondendo - 100% da amostra - e do

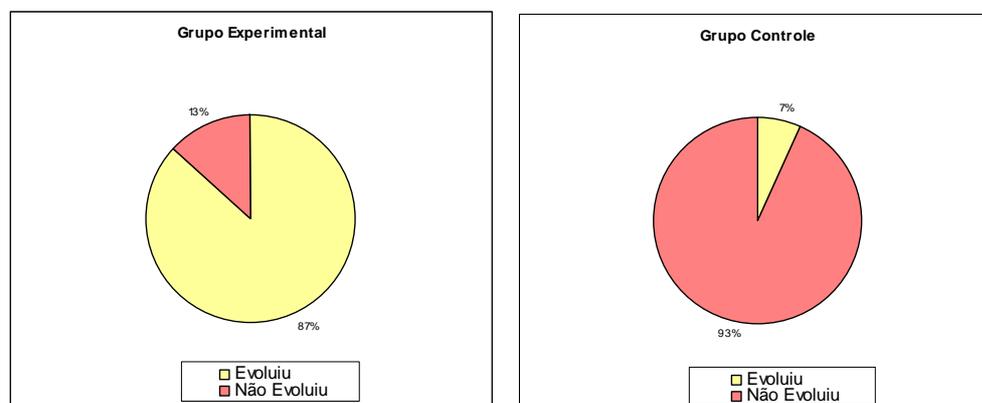
G3 (13 indivíduos). Destes 7 apresentavam-se com adaptação eficaz no setor da produtividade (58,33%). Esse resultado indica que pessoas que possuem certa integração egóica, possuem uma base estrutural razoável e conseguem circunscrever a situação problema e os sintomas a um setor apenas. Quanto a evolução, um paciente mudou de grupo adaptativo G2 para G1 (Caso 22) e o outro do mesmo grupo (caso 2) obteve melhora em outro setor que não o nuclear.

No conjunto de G3, dos 12 casos 10 evoluíram pelo menos um nível (corresponde a 83,33% da amostra) e dois permaneceram sem evolução. Isso evidencia que pacientes com adaptação ineficaz leve e moderada, conseguem bom aproveitamento com o tratamento da PBO.

Gráficos

Para uma análise descritiva sobre a evolução dos indivíduos, nos grupos experimental e controle, foram construídos as figuras a seguir.

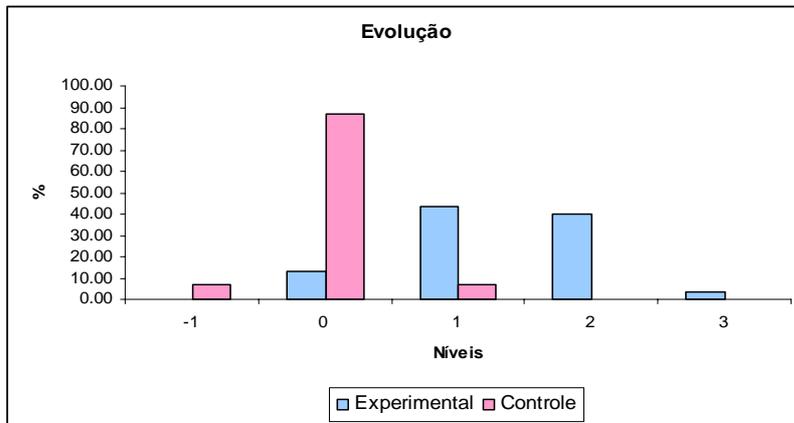
GRÁFICO 1: Análise Descritiva entre Grupo Experimental e Grupo Controle



A figura à esquerda evidencia que a maioria dos indivíduos do grupo experimental apresentaram evolução, enquanto que na figura à direita nota-se que a grande maioria dos indivíduos do grupo controle não evoluíram.

Olhando, também, para o número de níveis evoluídos pelos pacientes dos grupos experimental e controle, a figura a seguir mostra que apenas uma pequena porcentagem de indivíduos no grupo experimental não evoluiu. Houve para esse grupo uma grande parte dos indivíduos que evoluíram 1 e 2 níveis. No grupo controle a grande maioria não evoluiu nenhum nível (0).

GRÁFICO 2: Comparação dos níveis de evolução entre Grupo Experimental e Grupo Controle



Pelos gráficos nota-se que existem evidências de que os indivíduos tratados tendem a evoluir enquanto que os indivíduos não tratados tendem a não mudar. Para confirma essas hipóteses é necessário aplicar testes estatísticos adequados.

3.6. Análise Inferencial

1) Inicialmente, a fim de comprovar se houve evolução dos indivíduos do grupo experimental, após o tratamento pela PBO, foi aplicado o Teste do Sinal (Siegel & Castellan, 2006; Campos, 1983). O teste do sinal é usado para duas amostras relacionadas (por exemplo, “antes” e “depois”) quando se deseja saber se duas situações são diferentes, e, se o tratamento traz ou não mudanças significativas.

As hipóteses em questão são:

H_0 : o tratamento não é eficaz, versus H_1 : o tratamento é eficaz.

Para aplicar o teste, atribui-se o sinal (+) para os indivíduos que apresentaram evolução, sinal (-) para os indivíduos que retrocederam e para indivíduos que não apresentaram mudanças (empates) atribui-se (0). Dessa forma, obteve-se para os indivíduos do grupo experimental:

QUADRO 6 - Mudança nos Pacientes do Grupo Experimental

<i>INDIVÍDUO</i>	<i>Antes do tratamento</i>	<i>Após o tratamento</i>	<i>Sinal</i>
Caso 1	G3	G1	+
Caso 2	G2	G2	0
Caso 3	G3	G2	+
Caso 4	G3	G1	+
Caso 5	G3	G1	+
Caso 6	G4	G3	+
Caso 7	G3	G2	+
Caso 8	G4	G2	+
Caso 9	G4	G2	+
Caso 10	G4	G3	+
Caso 11	G4	G2	+
Caso 12	G5	G4	+
Caso 13	G5	G2	+
Caso 14	G4	G3	+
Caso 15	G3	G2	+
Caso 16	G3	G1	+
Caso 17	G3	G2	+
Caso 18	G4	G3	+
Caso 19	G4	G2	+
Caso 20	G4	G3	+
Caso 21	G5	G3	+
Caso 22	G2	G1	+
Caso 23	G4	G3	+
Caso 24	G3	G3	0
Caso 25	G4	G4	0
Caso 26	G3	G3	0
Caso 27	G3	G1	+
Caso 28	G3	G1	+
Caso 29	G4	G2	+
Caso 30	G4	G3	+

A estatística do teste considerando a ocorrência de empates é dada por $B = B^{(+)} + \frac{1}{2}B^{(0)}$, em

que $B^{(+)}$ é o número de indivíduos que apresentaram evolução após o tratamento e $B^{(0)}$ é o número de indivíduos que não apresentaram mudanças (Campos, 1983).

Para os dados acima obteve-se: $B = B^{(+)} + \frac{1}{2}B^{(0)} = 26 + \frac{1}{2} \times 4 = 28$.

Adotando-se um nível $\alpha = 1\%$ de significância, obtém-se um limite inferior da distribuição binomial, $b(\alpha; n; 0,5)$, temos $n = 30$ indivíduos, $\alpha = 1\%$, então, $b(\alpha; n; 0,5) = 9$.

O teste do sinal nos diz que a hipótese H_0 deve ser rejeitada quando o valor da estatística B for maior que $n - b(\alpha; n; 0,5)$. Como $B = 28$ e $n - b(\alpha; n; 0,5) = 30 - 9 = 21$, rejeitamos a hipótese H_0 (o tratamento não é eficaz), em favor de H_1 (o tratamento é eficaz). **Portanto, o teste permitiu concluir que o tratamento foi eficaz, ao nível de 1% de significância.**

2-) A fim de verificar se houve ou não evolução espontânea nos indivíduos do grupo controle, foi aplicado também o Teste do Sinal.

As hipóteses a serem testadas neste caso são:

H_0 : não houve evolução espontânea versus H_1 : houve evolução espontânea

Atribuindo sinal (+) aos indivíduos que evoluíram, (-) aos indivíduos que retrocederam e (0) aos indivíduos que não apresentaram mudanças, tem-se o quadro a seguir.

QUADRO 7 - Mudança nos Pacientes do Grupo Controle

<i>INDIVÍDUO</i>	<i>Antes</i>	<i>Depois</i>	<i>Sinal</i>
Caso 1	G2	G2	0
Caso 2	G4	G4	0
Caso 3	G4	G4	0
Caso 4	G4	G4	0
Caso 5	G3	G3	0
Caso 6	G2	G3	-
Caso 7	G3	G3	0
Caso 8	G3	G3	0
Caso 9	G3	G3	0
<i>INDIVÍDUO</i>	<i>Antes</i>	<i>Depois</i>	<i>Sinal</i>
Caso 10	G2	G2	0
Caso 11	G2	G2	0
Caso 12	G3	G3	0
Caso 13	G5	G5	0

Caso 14	G3	G2	+
Caso 15	G2	G2	0
Caso 16	G4	G4	0
Caso 17	G5	G5	0
Caso 18	G3	G3	0
Caso 19	G4	G4	0
Caso 20	G4	G4	0
Caso 21	G4	G4	0
Caso 22	G3	G2	+
Caso 23	G2	G2	0
Caso 24	G4	G4	0
Caso 25	G3	G3	0
Caso 26	G2	G2	0
Caso 27	G5	G5	0
Caso 28	G4	G4	0
Caso 29	G2	G3	-
Caso 30	G3	G3	0

A estatística do teste observada para os dados do grupo controle é $B = B^{(+)} + \frac{1}{2}B^{(0)} = 2 + \frac{1}{2} \times 26 = 15$, pois temos $B^{(+)} = 2$ sinais (+), $B^{(0)} = 26$ empates e 2 sinais (-).

Fixando o nível de significância em $\alpha = 1\%$, como temos $n = 30$ indivíduos, obtém-se $n - b(\alpha; n; 0,5) = 30 - 9 = 21$. Se for fixado $\alpha = 5\%$, obtém-se $n - b(\alpha; n; 0,5) = 30 - 11 = 19$. Em ambos os casos $\alpha = 1\%$ e $\alpha = 5\%$, o valor $B = 15$ é menor que $n - b(\alpha; n; 0,5)$. Portanto, não rejeitamos a hipótese H_0 (não houve evolução espontânea) ao nível de 1% de significância. **Portanto, o teste permitiu concluir que não houve evolução espontânea (ou que a evolução espontânea não é significativa) no grupo controle, ao nível de 1% .**

Somente as duas análises realizadas já nos permitem comprovar estatisticamente a eficácia da PBO e que não há evolução espontânea nos indivíduos que não receberam atendimento pela PBO (ou que a evolução espontânea não é significativa). Mas, para evitar qualquer argumentação de que houve favorecimento de indivíduos com adaptação mais eficaz no grupo experimental, aplicou-se um teste para comparar as evoluções no grupo experimental com as evoluções no grupo controle. Nota-se que o teste foi baseado no número de níveis evoluídos. Ao comparar dessa forma, o fato de eventualmente se haver mais indivíduos G2 no grupo

A estatística do teste é dada por $W^* = \frac{W - \frac{n(m+n+1)}{2}}{\sqrt{\frac{mn(m+n+1)}{12}}}$, em que n é o número de indivíduos

no grupo controle e m é o número de indivíduos no grupo experimental.

Calculamos o valor de W^* . Se $W^* \geq z_\alpha$ rejeitamos H_0 , em que z_α é o limite superior da distribuição normal padrão.

Dos dados obtemos $W^* = \frac{W - \frac{n(m+n+1)}{2}}{\sqrt{\frac{mn(m+n+1)}{12}}} = 9,8316$.

Da distribuição normal padrão tem-se $z_\alpha = 1,645$ (para $\alpha = 5\%$) ou $z_\alpha = 2,545$ (para $\alpha = 1\%$).

Como $W^* = 9,8316 > z_\alpha = 2,545$ rejeita-se H_0 ao nível de 1% de significância.

Obs. Quando rejeitamos H_0 a 1% de significância, estamos sendo mais rigorosos com o teste.

Portanto, o teste permitiu concluir que o grupo experimental (submetido ao tratamento PBO) apresenta uma evolução de níveis superior ao grupo controle.

Em resumo, ficou estatisticamente comprovado que:

- **O tratamento com Psicoterapia Breve Operacionalizada é eficaz;**
- **A evolução espontânea de indivíduos não tratados não é significativa;**
- **A evolução de níveis de grupo diagnóstico dos indivíduos submetidos ao tratamento com PBO é superior a evolução dos indivíduos não tratados**

Poder-se-ia argumentar que a eficácia da PBO foi demonstrada, mas o objetivo da pesquisa era testar a eficácia da Interpretação Teorizada. A resposta a essa objeção é que, sendo a interpretação teorizada o instrumento principal da PBO, quando se prova a eficácia da PBO também se prova, por extensão, que essa eficácia devem-se a que seu principal instrumento – a Interpretação Teorizada – demonstrou cientificamente sua validade.

4. CONCLUSÃO

O que pode se concluir é que há claras evidências de que o tratamento com Psicoterapia Breve Operacionalizada é eficaz; 86,66% da amostra melhorou na eficácia adaptativa e 13,33% permaneceu no mesmo grupo adaptativo. No grupo controle 86,66% da amostra permaneceu no mesmo grupo adaptativo; 6,66% piorou e 6,66% melhorou. Desta forma, conclui-se que a evolução espontânea de indivíduos não tratados não é significativa. Que a evolução de níveis de grupo diagnóstico dos indivíduos submetidos ao tratamento com PBO é superior à evolução dos indivíduos não tratados.

Como a amostra foi obtida por conveniência, não pudemos equiparar o diagnóstico inicial entre o grupo controle e o grupo experimental, porém a população do grupo controle foi inintencionalmente favorecida, pois incluiu 6 indivíduos do G-2 a mais do que o grupo experimental. Enquanto que a população do grupo experimental foi, também desfavorecida, pois contém 2 indivíduos a mais do G-3 e mais 4 do grupo G-4. Portanto, o resultado obtido após experimento não dependeu de favorecimento amostral; até pelo contrário. Mas, para evitar qualquer suspeita referente às diferenças no diagnóstico adaptativo entre os grupos, aplicou-se um teste estatístico para comparar as evoluções do grupo experimental com as evoluções do grupo controle. O teste foi baseado no número de níveis evoluídos. Ao usar esse tipo de comparação, o fato de eventualmente se ter mais indivíduos no G-2 no grupo controle do que no experimental, não influencia no resultado do teste, uma vez que foi utilizada a informação de 4 níveis que cada indivíduo evoluiu ou retrocedeu.

Evidenciou-se também que casos graves e severos (G4 e G5), obtiveram de forma significativa evolução adaptativa. Em parte destes casos foi necessário lançar mão da interpretação transferencial para evitar as resistências da transferência negativa. No entanto, dos casos graves estudados, a grande maioria não necessitou de interpretações transferenciais. Isso chama a atenção em virtude do que conhecemos na literatura relativo à comum transferência maciça (identificação projetiva) realizadas por esses pacientes. Supomos que a técnica da PBO favoreceu esse resultado. Esta tenta evitar a neurose de transferência, utiliza-se, por exemplo, da posição sentada, face a face, do tempo limitado (de uma a 12 sessões), das interpretações seletivas, das interpretações na co-transferência e a postura ativa (empática) do terapeuta para evitar a regressão.

De qualquer maneira, o manejo da transferência se fez necessário em parte da amostra,

e desta forma podemos conjecturar que a interpretação transferencial nos casos graves deve ocorrer porquê a transferência maciça e/ou negativa se constitui num impedimento radical da capacidade de pensar e elaborar. Acaba não havendo discriminação entre objeto original e o terapeuta, e assim nem mesmo aqueles objetivos mais circunscritos – objetivo da PBO- serão alcançados. Adicionalmente, percebe-se que aqueles pacientes já inicialmente menos comprometidos (grupos 1,2 e 3), tendem menos a estabelecer transferências maciças ou negativas e assim dispensando muitas vezes a interpretação transferencial.

A interpretação extra transferencial – co- transferência – é uma ferramenta valiosa na PBO. Mas é um recurso e uma intervenção que depende de uma personalidade em condições de recebê-la. Nas personalidades muito regredidas ou disfuncionais o destino das interpretações co-transferenciais pode ser adulterado e enviesado servindo a outros propósitos que não a elaboração e resolução de conflitos. Pode, ao invés disso, ser utilizado idiossincraticamente para reforçar resistências ou atacar o vínculo terapêutico, por exemplo. Daí a importância de discriminar rigorosamente o grau adaptativo do paciente, assim como o tipo de psicopatologia presente. Apenas assim é possível oferecer a adequada interpretação, e no momento oportuno, mesmo que para esse fim o oferecimento da interpretação co-transferencial tenha que esperar pela diluição da transferência negativa, através de interpretações transferenciais.

Tais observações são particularmente relevantes quando se tem em mente aquelas críticas à PBO, que pressupõem que o método tenha algo “superficial” ou “limitado”.

Ora, o exposto acima não só demonstra que PBO comporta amplo espectro de atuações e intervenções como pressupõe que o profissional esteja capacitado para identificar e lidar com situações difíceis como o surgimento de fortes transferências, por exemplo a personalidades gravemente comprometidas. Em tais situações a familiaridade e desenvoltura com a interpretação transferencial é condição para a adequada aplicação da técnica proposta pela PBO.

Ainda no tocante à competência e habilidade do profissional que aplica PBO, o conhecimento aprofundado da teoria analítica e teoria da adaptação se faz indispensável já no início do trabalho, na fase de entrevistas. Pois será nesse primeiro momento que a elaboração do entendimento psicodinâmico e adaptativo gerarão a classificação do nível adaptativo e planejamento das intervenções. Falhas neste momento inicial são cruciais, comprometendo todo desenvolvimento e resultado final.

Todos os resultados foram submetidos a um rigoroso estudo estatístico (ao nível de 1% de significância), indicando que as conclusões a respeito da PBO (e de sua ferramenta principal – a Interpretação Teorizada) são muito provavelmente verdadeiras.

5. REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, F. Contribuições psicanalíticas à psicoterapia breve. *In*: WOLBERG, L. R. (Org.). **Psicoterapia breve**. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Mestre Jou, 1979.
- _____.; FRENCH, T. M. **Terapêutica psicanalítica**. Buenos Aires: Paidós, 1956.
- BALINT, M. (1967) Experiências técnicas de Sandor Ferenczi. *In*: WOLMAN, B. (Org.). **Técnicas psicanalíticas**. Tradução Marina de Camargo Celidônio. Rio de Janeiro: Imago, 1976. cap. 1.
- BARTEN, H. H. The expanding spectrum of the brief therapies. *In*: _____. **Brief therapies**. New York: Behavioral Publications, 1971.
- BEHR, K. M. B. Psicoterapia Breve. *In*: KNOBEL, M.; SAIDEMBERG, S. (Org.). **Psiquiatria e saúde mental**. São Paulo: Ed. Autores Associados, 1983. cap. 5, p.302-305.
- BION, W R. (1957) Diferenciação entre a personalidade Psicótica a Personalidade não-Psicótica. *In*: **Melanie Klein Hoje desenvolvimento da teoria e da técnica** v.1, Rio de Janeiro: Imago. Ed. 1991
- BRAIER, E. A. **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica**. Tradução IPEPLAN. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- CAMPOS, H. **Estatística experimental não-paramétrica**. 4. ed. Piracicaba: FEALQ, 1983. p. 349
- DAVANLOO, H. **Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy**. New York: Spectrum, 1977.
- DEVRIES, O. E. Del psicoanálises hacia una psicoterapia planificada. **Revista Argentina Psicología**, Buenos Aires: v.1 n. 4 p. 9-30, 1970.
- ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica Psicanalítica** (1987) Porto Alegre: Artes Médicas.
- FERENCZI, S. (1919) On the technique of psycho-analysis. *In*: _____. **Further contributions to the theory and technique psycho-analysis**. Tradução Jane I. Suttie. New York: Brunner Mazel, 1980. cap. 14.
- FIORINI, H. J. Problemática actual de las psicoterapias breves. *In*: GRIMSON, W. R. et al. **Nuevas perspectivas en salud mental**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1973.
- _____. **Teoria e técnica de psicoterapias**. Tradução Carlos Sussekind. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- _____. PEYRÚ, G. M. **Desenvolvimentos em psicoterapias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- FRENCH, T. Planificación de la psicoterapia. *In*: ALEXANDER, F. **Terapêutica psicanalítica**. Buenos Aires: Paidós, 1965.

FREUD, S. (1895) **Estudos sobre histeria**. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974c. v. 2. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

_____. (1900) **A interpretação dos sonhos**. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. 7. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

_____.(1910) **Psicanálise silvestre**. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970. v. 11, p. 207-213. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

_____.(1912) **Recomendações aos médicos que exercem psicanálise** Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 12 p.149-163 (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

_____.(1913) **Sobre o início do tratamento** Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976h. v. 12, p. 164-192. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

_____.(1914) **Recordar, repetir e elaborar** - Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976h. v. 12, p. 191-203. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

_____. [1919 (1918)] **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976e. v. 17, p. 201-211. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

_____.(1923) **O ego e o id**. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976f. v. 19, p. 32-80.

_____. (1937a) **Análise terminável e interminável**. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974a. v. 23, p. 247. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

_____. (1937b) **Construções da análise**. Tradução e direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974b. v. 23, p. 289. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud).

GEBARA, A. C. **Eficácia Terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve Operacionalizada**, Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) Universidade Metodista - São Bernardo do Campo, 2001.

GEBARA, A. C. **Como Interpretar na Psicoterapia Breve Psicodinâmica**. São Paulo: Vetor Editora, 2003.

GRASSANO, E. (1977/1984) **Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas**. Trad: Leila Salomão L. P. Cury Tardivo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GILLIÉRON, E. **As psicoterapias breves**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

HEIMANN, P. Dinamismos das Interpretações Transferenciais. **Revista Brasileira de Psicanálise**,11:03: 1977.

KAHTUNI, H. **Psicoterapia Breve psicodinâmica**: Compreensão e cuidados da alma Humana. São Paulo: Escuta, 1996.

KESSELMAN, H. **Psicoterapia Breve**. Buenos Aires: Kargieman, 1972.

KLEIN, M. transferência. *In*: BARROS, E. M. R. **Melanie Klein**: evoluções. São Paulo: Escuta, 1989.

_____.(1946 - 1963) **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**, Rio de Janeiro: Imago. 1975.

_____. (1952) Algumas Conclusões Teóricas Relativas à vida emocional do bebê. *In*: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**, Rio de Janeiro: Imago. 1975.

_____.(1946) Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizóides. *In*: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**, Rio de Janeiro: Imago. 1975.

_____.(1957) **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991a.

_____.(1943) Memorandum on her technique by Melanie Klein. *In*: KING, P.; KNOBEL, M. **Psicoterapia breve**. São Paulo: EPU, 1986.

_____.(1935) Uma contribuição a psicogênese dos estados maníaco-depressivos *In*. **Amor culpa e reparação: e outros trabalhos** 1921-1945.

LEMGRUBER, V. B. **Psicoterapia breve**: a técnica focal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

MALAN, D. H. **As fronteiras da psicoterapia breve**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

_____. *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock Publications, 1963.

_____. **Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MANN, J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University, 1973.

MARMOR, J. Brief Dynamic Psychotherapy; progress. *In*: WOLMAN, B. B. (Org.). *International Encyclopedia of Psychiat., Psychol., Psychoan. & Neurol.* New York: Aesculapius, 1983. v. 1.

_____. Short-term dynamic psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, Washington: v. 136, n. 2, p. 149-155, 1979.

MALCOLM, R.R. (1986) Interpretação: o passado no presente. *In: Melanie Klein: Evoluções*. Elias Mallet da Rocha Barros, (Org.). São Paulo: Escuta (1989).

OLIVEIRA, E. P. **Psicoterapia Breve operacionalizada em Hipertensos Essenciais**. (Dissertação de Mestrado)- Universidade Metodista – São Bernardo do Campo: 2000.

PESSANHA, A. L. S. (2007) Adolescência prolongada: da menina-moça de ontem a moça-menina de hoje. *In: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. XI Encontro de Psicoterapia Psicanalítica: Novos Desafios em Psicoterapia Psicanalítica*. (Org.). Simon, R. Levison, E. e Yamamoto, K. – São Paulo: Casa do Psicólogo.

ROMARO, R. A. **Quadros borderline: comparações diagnósticas em dois momentos de avaliação através de entrevistas clínicas e da técnica de Rorschach**. 83 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)— Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina – USP, Ribeirão Preto: 1993.

_____. **Variações da eficácia adaptativa de pacientes borderline em psicoterapia breve dinâmica**. Tese (Doutoramento em Psicologia Clínica)— Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 1999.

ROSENFELD, H. **Impasse e interpretação**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

SIEGEL, S.; CASTELAN JR, N.J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 448 p.

SIFNEOS, P. E. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, EUA: Harvard University, 1972.

_____. **Psicoterapia dinâmica breve: avaliação e técnica**. Tradução Alceu E. Fillmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SIMON, R. **Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica**. Casa do Psicólogo 1ª edição. São Paulo: 2005

_____. Contratransferência e Transferência em Psicoterapia Psicanalítica de “quadros medianos”. **VII Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica**, em São Paulo. 2004

_____. Psicoterapia psicanalítica ou psicoterapia breve? **IV Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica**, 2000, São Paulo: 12p. Mimeografado.

_____. Concordâncias e divergências entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo: v. 32, n. 58-59, p. 245-264, 1999.

_____. Do diagnóstico à psicoterapia breve. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro: v. 45, n. 7, p. 403-408, 1996.

_____. Psicanálise e psicoterapia breve. **Psicologia - USP**, São Paulo: v. 1, n. 1, p. 93-6, 1990.

_____. **Psicologia clínica preventiva**. São Paulo: EPU, 1989. Reeditado em 2008 pela mesma EPU, incorporando a proposta de retificação da EDAO.

_____. **Introdução à psicanálise**: Melanie Klein. São Paulo: EPU, 1986.

_____. As séries complementares de Freud como base para uma história natural dos distúrbios mentais. **Jornal de Psicanálise**, Ano 9 n. 22, p. 17-31, 1977.

SMALL, L. **As psicoterapias breves**. Tradução Sonia R. P. Alves. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

SZPILKA, J. I.; KNOBEL, M. Acerca de la psicoterapia breve. **Acta Psiquiátrica e Psicológica: América Latina**, Buenos Aires: v. 14, n. 2, p. 116-23, 1968.

UCHÔA, D. M. **Estudos de psiquiatria dinâmica**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 1.

WOLBERG, L. R. **Psicoterapia breve**. São Paulo: Mestre Jou, 1979.

YOSHIDA, E. M. P. **Estudos de critérios psicodiagnósticos para indicação de psicoterapia breve**. Tese (Doutoramento em Psicologia Clínica)— Instituto de Psicologia da USP, São Paulo: 1989.

_____. **Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos**. São Paulo: EPU, 1990.

_____. et al. Aliança terapêutica; transferência e motivação num processo de psicoterapia breve. **Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais**, São Bernardo do Campo: v. 5, n. 7, p. 141-154, 1997.

ZIMERMAN, D. E. Planejamento em Psicoterapia Dinâmica. **Revista de Psiquiatria R.G.S.**, Porto Alegre: v. 4, n. 3, p. 251-63, 1982.

_____. (2004) **Manual de técnica psicanalítica**: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed.