BJPsychoterapy
Brazilian Journal of Psychotherapy
Volume 22, number 3, december 2020
www.rbp.celg.org.br

ORIGINAL ARTICLE

The use of empirical methods for case formulation: the contribution of CCRT to the assessment of a borderline pacient

O uso de métodos empíricos para formulação de caso: a contribuição do CCRT na avaliação de uma paciente *borderline*

El uso de métodos empíricos para la formulación de casos: la contribución de CCRT en la evaluación de un paciente límite

Flávia Ciane Assmann Castro[a]

Betina Capobianco Strassburger[b]

Fernanda Barcellos Serralta[C]

[a] Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica – Linha de Pesquisa: Estados Psicológicos e Abordagens Psicoterápicas – São Leopoldo – RS- BR – ORCID – 0000-0003-3757-0560

[b] Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica – Linha de Pesquisa: Estados Psicológicos e Abordagens Psicoterápicas – São Leopoldo – RS – BR – ORCID – 0000-0001-7862-871X

[c] Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica – Linha de Pesquisa: Estados Psicológicos e Abordagens Psicoterápicas – São Leopoldo – RS – BR – ORCID – 0000-0003-4602-6495

DOI 10.5935/2318-0404.20200024

Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos – São Leopoldo – RS – BR

Abstract

The psychodynamic formulation is a descriptive narrative about the nature and etiology of the patient's psychological problems that serves to guide the treatment and guide the assessment of change. In this article, Core Conflictual Relationship Theme is presented (CCRT) CCRT and its applicability to systematize the psychodynamic formulation of the case is illustrated. For this, the initial three sessions of psychotherapy of a patient with borderline personality disorder were analyzed. The advantages of applying the CCRT to systematize the diagnostic formulation in the context of teaching, research and clinical practice are discussed. This study is part of a larger project "The borderline personality and its impact on the processes of attachment and change in psychoanalytic psychotherapy", approved by the Research Ethics Committee (CEP 14/184).

Keywords: Psychodynamic formulation; Interpersonal relationship; *Borderline* personality disorder; Psychology conflict; Dynamic psychotherapy

Resumo

A formulação psicodinâmica é uma narrativa descritiva sobre a natureza e a etiologia dos problemas psíquicos do paciente que serve para orientar o tratamento e nortear a avaliação da mudança. Neste artigo, apresenta-se *Core Conflictual Relationship Theme* (Tema Central de Conflitos nos Relacionamentos; CCRT) CCRT e ilustra-se a sua aplicabilidade para sistematizar a formulação psicodinâmica de caso. Para isso, foram analisadas as três sessões iniciais de uma psicoterapia de uma paciente com transtorno de personalidade *borderline*. Discute-se as vantagens da aplicação do CCRT para sistematizar a formulação diagnóstica no contexto do ensino, da pesquisa e da prática clínica. Este estudo integra um projeto maior "A personalidade *borderline* e seu impacto nos processos de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP 14/184).

Palavras chaves: Formulação psicodinâmica; Relações interpessoais; Transtorno de personalidade *borderline*; Conflito psicológico; Psicoterapia psicodinâmica

Resumen

La formulación psicodinámica es una narración descriptiva sobre la naturaleza y etiología de los problemas psicológicos del paciente que sirve para guiar el tratamiento y guiar la evaluación del cambio. En este artículo, se presenta el tema de relación de conflicto central (CCRT) CCRT y se ilustra su aplicabilidad para sistematizar la formulación psicodinámica del caso. Para esto, se analizaron las tres sesiones iniciales de psicoterapia de un paciente con trastorno límite de la personalidad. Se discuten las ventajas de aplicar el CCRT para sistematizar la formulación diagnóstica en el contexto de la enseñanza, la investigación y la práctica clínica. Este estudio es

parte de un proyecto más amplio "La personalidad límite y su impacto en los procesos de apego y cambio en la psicoterapia psicoanalítica", aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CEP 14/184).

Palabras clave: Formulación psicodinámica; Relaciones interpersonales; Trastorno limítrofe de la personalidad; Conflicto psicologico; Psicoterapia psicodinamica

Introdução

Na Psicanálise, a compreensão da dinâmica do paciente teve início quando Freud, ao inaugurar o construto do inconsciente, colocou o diagnóstico numa nova perspectiva, a dinâmica do adoecimento, deixando de lado o campo mais descritivo da psiquiatria para entender a estrutura do sujeito[2]. Com as suas proposições teóricas, a Psicanálise forneceu aos clínicos um modelo geral para entender as experiências que os pacientes relatam em psicoterapia. Conceitos como determinismo psíquico, inconsciente dinâmico, conflito e mecanismos de defesa são alguns dos exemplos que podemos destacar como centrais ao entendimento do que se passa com o paciente.

Conforme Eells[3] o processo de entrevista clínica tem um caráter exploratório, deixando o paciente trazer suas histórias e a forma como ele organiza sua fala e conteúdo o que pode dar pistas importantes para entender o funcionamento dele. Na perspectiva psicanalítica/psicodinâmica, a formulação diagnóstica tem seu foco nos processos e conflitos mentais inconscientes[3,4,5]. Embora existam divergências, via de regra entende-se que uma formulação dinâmica é uma narrativa descritiva sobre a natureza e a etiologia dos problemas psíquicos do paciente. Salienta Bottino et al[6] que a formulação diagnóstica são "hipóteses que podem ou não ser constatadas durante o tratamento psicoterápico e que dirigem as ações dos psicoterapeutas. Estas hipóteses, por sua vez, formam um conjunto de reflexões hipotéticas, estruturalmente organizadas, sobre a natureza da psicopatologia do paciente, seu desenvolvimento, dinâmica e sua estrutura de personalidade[7]. Para Gabbard[8] as ações psicodinâmicas fazem parte de um processo maior de inferência clínica e devem ser sempre biopsicossociais, devendo ser analisadas como um conjunto de hipóteses que requerem revisão constante, conforme mais informações são apreendidas a respeito do paciente que está sob psicoterapia. Não obstante, esta formulação ou construção, em grande medida, é uma narrativa ficcional, por estar submetida aos processos inconscientes de ambos, paciente e terapeuta. Neste sentido, a expertise do clínico é fundamental para esta construção.

A formulação de caso se propõe a pensar as causas, consequências e a manutenção ou não de alguns sintomas, mapeia os relacionamentos interpessoais e os comportamentos do indivíduo, identificando e compreendendo a natureza e o contexto dos problemas psicológicos. Também se mostra útil para a sinalização de quando o paciente tem contradições ou inconsistências no comportamento, emoção e conteúdo do pensamento, podendo servir de direção para o tratamento e até mesmo como um marcador importante de mudança[3].

A formulação do caso tem seu olhar voltado para o singular de cada paciente, como se servisse como um controle do tratamento. Também pode ser útil para o clínico ir ajustando seus manejos e entendimentos para cada paciente[4,9]. Além disso, a formulação diagnóstica também leva em conta o individual e a singularidade do terapeuta que trata o paciente[10]. Safran et al[11] em pesquisas com enfoque na negociação da aliança mostraram que a formulação psicodinâmica pode ajudar o clínico a aumentar sua empatia pelo paciente, facilitando, portanto, o processo e a mudança.

Mas como realizar uma formulação de caso? Como afirmam Serralta e Catto[9] pouco se sabe sobre o processo mediante o qual os psicoterapeutas constroem suas hipóteses clínicas. Na literatura ainda existem poucas diretrizes para a elaboração de uma formulação psicodinâmica[6,8.] Neste sentido, terapeutas iniciantes, com frequência, têm muitas dúvidas sobre quais aspectos do funcionamento atentar e sobre como organizar o pensamento clínico para produzir uma formulação consistente que possa auxiliar no processo terapêutico. Para o professor ou supervisor transmitir expertise clínica também não é fácil e a observação mostra que muitas vezes esse processo de ensino-aprendizagem é truncado pela dose significativa de processos intuitivos e inconscientes presentes. Neste sentido, entende-se que procedimentos sistematizados para a formulação psicodinâmica de caso, usualmente mais utilizados em pesquisa, podem ser extremamente úteis aos clínicos, e, em especial, aos com menor experiência. A sistematização deste processo ajuda a diminuir as diferenças entre os psicoterapeutas quanto a formulação, aumentando a partilha de conhecimento entre os clínicos com base em parâmetros comuns[6]. Além disso, já se sabe, por exemplo, que há correlação entre intervenções consistentes com a formulação padronizada realizada e medidas de processo e resultados[12], ou seja, a sistematização da compreensão diagnóstica influencia positivamente a psicoterapia.

Sistemas diagnósticos classificatórios utilizados em psiquiatria, como o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, o DSM-IV (APA,2002)[13], são úteis ao psicoterapeuta. No entanto, se mostram insuficientes para favorecer uma visão mais abrangente de quais as estratégias, planos e objetivos para o tratamento são mais adequadas ao caso em questão[14.]

A psicanálise frequentemente sofre críticas de clínicos e pesquisadores de outras abordagens acerca da alta subjetividade e baixo rigor que permeia o processo de condução e avaliação dos tratamentos. Ao longo das últimas décadas, contudo, para responder a algumas dessas críticas e otimizar processos clínicos, de treinamento e de investigação científica, clínicos e pesquisadores desta abordagem desenvolveram instrumentos e métodos diversos para a avaliação do paciente em psicoterapia, incluindo alguns específicos para a sistematização da formulação da psicodinâmica do paciente, auxiliando na condução da terapia. Exemplos desses esforços incluem os dois sistemas mais conhecidos e utilizados de diagnóstico psicanalítico/psicodinâmico – o PDM [*Psychodynamic Diagnostic Manual*][15]; o OPD [*Operationalized Psychodynamic Diagnosis*][16] e o método *Core Conflictual Relationship Theme* [CCRT; Tema Central de Conflitos nos Relacionamentos][17], este último, alvo do presente estudo.

Em comparação com o OPD e o PDM que são sistemas abrangentes, complexos e que exigem treinamentos

mais intensivos para sua aplicação, o CCRT[17] é mais simples e focal, sendo mais intuitivo ao clínico, ainda que também requeira treinamento. O sistema, um dos primeiros instrumentos de orientação psicanalítica para investigação das narrativas em sessões de psicoterapia, é considerado uma maneira de operacionalizar o construto psicanalítico da transferência desenvolvido por Freud[19]. Este método, permite a formulação inicial de caso com base no padrão do conflito relacional central do paciente. Luborsky[20] acreditava que existia um modelo de relacionamento central de conflito para cada paciente e se propôs a identificar e analisar o padrão de transferência do paciente com o terapeuta. Ele, como clínico, já tinha uma visão ampla do processo da psicoterapia, e acreditava que a atenção clínica na formulação dos temas de relacionamento não deveria se deter somente a compreender o contexto dos sintomas e os riscos a ele relacionados, mas também sobre a forma como o indivíduo se relacionava com os outros[21]. Então, em 1998, Luborsky ofereceu uma nova perspectiva e ampliou o conceito de transferência criando um método operacionalizado para sua identificação e avaliação, a partir dos relatos dos pacientes no setting analítico[17].

Como método de pesquisa, o CCRT é um sistema bem conhecido e consolidado que há décadas vem sendo utilizado em pesquisas internacionais de processos de mudança em psicoterapia, não só de orientação psicodinâmica[17,22,23] , como também de outras orientações [24]. No Brasil, entretanto, o método é muito menos conhecido, tendo sido explorado em somente três estudos empíricos publicados, um sobre a sistematização de caso[6,] outro, sobre avaliação de mudança psicoterapêutica[25,], e outro sobre psicopatologia[26] . Não obstante, tais estudos representam as três principais linhas de aplicação do CCRT.

O CCRT está fundamentado na teoria das relações objetais de conflitos intrapsíquicos e interpessoais e a sua formulação é extraída das narrativas do paciente que assim refletem os seus desejos explícitos ou implícitos, as respostas do outro (do ponto de vista do paciente frente ao seu desejo) e as respostas que o paciente tem frente a resposta do outro[27]. Na clínica, é um meio muito eficaz de se obter uma melhor compreensão do funcionamento psicodinâmico dos pacientes[26]. Primariamente centralizado na repetição das narrativas de relacionamento, o CCRT é adequado para avaliar o padrão de relacionamento central, acusando um esquema subjacente da estrutura de conhecimento parcialmente consciente e parcialmente inconsciente de como o paciente conduz as suas interações de relacionamento[3].

Os teóricos psicodinâmicos, de diversas abordagens, concordam que um padrão de relacionamento repetitivo ou rígido dos esquemas interpessoais com outros significativos é uma marca que sugere psicopatologia. Tal pressuposto é confirmado em estudos com o CCRT[28,29,30]. Os padrões relacionais do paciente já aparecem desde as entrevistas iniciais na terapia. É através desses padrões que o clínico consegue ter acesso ao tipo de conflito que o sujeito se encontra emaranhado, assim como sua estrutura emocional. A rigidez ou a flexibilização dos padrões relacionais demonstram qual o conflito inerente que sofre o paciente e o seu nível de estrutura psíquica[10].

O método CCRT têm uma característica atrativa para os clínicos, pois ele é extraído de uma situação natural de psicoterapia, a atenção aos temas que se repetem nos relatos dos pacientes, tarefa que costuma ser

intuitiva para os terapeutas[31]. Assim, na avaliação inicial, o método CCRT revela, localiza e identifica aspectos importantes para a condução da psicoterapia como as moções pulsionais e as representações, a divisão self/outro expressas na estrutura das narrativas, permitindo ao psicoterapeuta a operacionalização de suas estratégias terapêuticas[6]. Logo, estudos que usem o CCRT podem identificar, a partir das narrativas produzidas pelo paciente nas várias sessões, tanto os padrões de interação específicos para diferentes indivíduos, como padrões que caracterizam fases de terapia e/ou *settings* da sessão[32].

Na clínica, o CCRT é utilizado para uma versão sob medida, ajustada à narrativa de cada paciente, ou seja, respeitando a individualidade de cada um. Se desejável (por exemplo, para pesquisa ou para comparar a formulação obtida por diferentes terapeutas no processo de treinamento) esta versão sob medida é depois categorizada em *Clusters*, que pela sua frequência, vão indicar o conflito central nos relacionamentos do paciente[17]. Estas informações vão situar o clínico quanto aos esquemas de relacionamento que o paciente utiliza, assim como suas representações, mapeando e mostrando de que forma o paciente organiza sua personalidade a partir de seus relacionamentos[33,34].

O uso do CCRT na pesquisa se tornou mais difundido quando surgiu a segunda versão do método, na qual foram desenvolvidas categorias padronizadas dos componentes: desejo, resposta do outro e resposta do *self*. Dessa forma, o sistema de avaliação pôde ser mais rápido, favorecendo a possibilidade de investigar e testar hipóteses contidas na formulação, comparar os resultados entre os pesquisadores e, também, avaliar a eficácia das intervenções do clínico na modificação do conflito[6,27,35,36].

Além do CCRT ser extraído das sessões de psicoterapia, ele pode ser obtido através da análise de entrevistas que solicitam narrativas relacionais, conhecida como Entrevistas RAP [*Relationship Anecdotes Paradigm*][17]. Nesta modalidade de entrevista solicita-se que o indivíduo conte dez episódios de interações específicas com outras pessoas. Na pesquisa, a RAP pode ser aplicada a quase qualquer amostra de pessoas e serve a mesma variedade de propósitos[37]. Tanto os CCRTs produzidos nas narrativas de sessão quanto os produzidos durante a entrevista RAP produzem resultados similares[38].

Para ilustrar e discutir a aplicabilidade do CCRT na formulação psicodinâmica de caso, foram examinadas as sessões iniciais de um caso de psicoterapia psicodinâmica com uma paciente *borderline.* Ainda que o CCRT seja um método que vêm sendo utilizado há muito tempo entre pesquisadores em psicoterapia, no Brasil ainda é pouco utilizado neste contexto. Neste sentido, o estudo soma aos esforços de outros pesquisadores brasileiros[6,26] para difundir este método. Além disso, com a análise do caso pretende-se demonstrar a sua utilidade para o ensino e prática clínica.

O caso em estudo

Mariana, sexo feminino, segunda filha de sua mãe (seu irmão mais velho faleceu com 9 meses), solteira, universitária, morava com a mãe. Ela procurou atendimento aos 19 anos, num ambulatório de psiquiatria

em razão de estar se cortando em momentos de angústia e raiva, pensando em suicídio. Encontrava-se sem vontade de fazer nada, nem de tomar banho ou comer. Incomodava-se em não ter o controle de si mesma, não saber mais como, nem quando, ia explodir. Acabou desenvolvendo um comportamento evitativo de sair de casa. Em casa, apresentava diversos medos e precisava realizar rituais para conseguir dormir nos quais as cobertas e os travesseiros deviam ficar em uma ordem certa. Mesmo assim, tinha pesadelos e muitas vezes não conseguia dormir. Foi então que resolveu buscar ajuda.

Sobre a infância, relata que seus pais eram ausentes e que trabalhavam demais. O pai era infiel no matrimônio, bebia muito, e desde sempre, quando bêbado, reagia agressivamente, especialmente com a mãe. Nessas situações mãe e filha se obrigavam a buscar auxílio na casa de outras pessoas.

Aos 8 anos, a paciente sofreu uma tentativa de abuso de um conhecido do pai. Ao contar o fato a mãe, esta pediu a ela que guardasse segredo, pois o pai andava armado e poderia se alterar. Ela tinha 11 anos quando seu pai faleceu subitamente em decorrência de problemas de saúde relacionados ao uso prolongado do álcool.

Mariana teve uma adolescência muito conturbada, com muitos problemas na escola, quando costumava perder a paciência e confrontava os professores. Era rebelde, e com 13 anos se envolveu com um homem mais velho que bebia ao extremo e dava tiros para o alto quando alcoolizado. Ela, então, começou a fazer o uso de bebida alcóolica e a ter crises de choro incontroláveis. Nesta época, cursando o primeiro ano do ensino médio, a família foi orientada pela escola a levá-la ao psicólogo e psiquiatra pela primeira vez. Desde lá passou por vários tratamentos (medicamentoso combinado com psicoterapia) sempre interrompidos.

A paciente obteve o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), através do modelo proposto para diagnóstico multiaxial do DSM-IV[13], respondido e realizado pelo médico psiquiatra que a atendeu. Este diagnóstico foi corroborado pela avaliação clínica da psicoterapeuta após a sexta sessão de psicoterapia, realizada de forma sistematizada com o SWAP-200. Conforme esta avaliação, a paciente apresentou TPB com características histriônicas, depressivas e passivo-agressivas, bem como traços marcados de desregulação emocional e hostilidade.

A terapeuta é psicóloga, com formação em Psicoterapia Psicanalítica, no início do atendimento tinha 34 anos e 9 anos de experiência clínica com adultos.

Material e método

O caso faz parte de um projeto maior intitulado “A Personalidade borderline e seu impacto nos processos de vinculação e mudança em psicoterapia psicanalítica”, desenvolvido no Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia – LAEPSI – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos (CAAE 391202146.00005344) e (CEP 14/184). Com a concordância da paciente e sua terapeuta, mediante assinatura no do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todas as sessões deste tratamento foram e continuam sendo gravadas em vídeo, pois o caso, está ainda em andamento.

As narrativas relacionais dos pacientes foram avaliadas a partir do método *Core Conflictual Relationship Theme* [Tema Central de Conflitos nos Relacionamentos][17]. O CCRT envolve a determinação dos temas ou padrões desadaptativos que os pacientes usam nos relacionamentos. As situações onde o paciente relata um relacionamento real ou imaginado e explícito, com outra pessoa, durante a terapia é chamado de Episódio de relacionamento (ER). A extração de um episódio de relacionamento completo, na sessão, é aquele onde se encontra os três componentes que o método descreve e que são encontrados nessas narrativas interpessoais: (1) os desejos, necessidades ou intenções do paciente (D); (2) a resposta dos outros na perspectiva do paciente (RO); e (3) a resposta do próprio sujeito (*self*) à resposta dada pelo outro (RS)[36]. Identificados os ERs completos (os incompletos, i.e., que não apresentam os três componentes, não são pontuados), se define qual o nível de completude pontuando-os do menos completo (2,5) ao mais completo (5.0). É necessário extrair um mínimo de 10 ERs para um CCRT consistente. As interações com objetos inanimados e animais não são pontuados. Também é identificado com qual pessoa se passa o episódio e qual o tempo que acontece (atual, últimos três anos ou passado).

Os componentes D, RO e RS são escritos na íntegra, conforme se encontram na transcrição, por isso se chamam sob medida, por juízes independentes que depois tentam encontrar o *cluster* da Categoria Standard Padrão – Edição 3 que mais se adequa ao conteúdo do paciente. As respostas (RO e RS) são também identificadas como positivas ou negativas. Será positiva se a resposta do outro e do *self* estiverem na direção da satisfação esperada ou real do desejo. A resposta será negativa se elas estiverem frustrando a realização real ou esperada da satisfação do desejo do paciente. O passo seguinte inclui a realização do consenso entre os juízes a fim de estabelecer o CCRT final[17]. É um método que têm demonstrado validade e boa confiabilidade em seus 3 componentes[35].

O CCRT inicial foi avaliado a partir das transcrições das três primeiras sessões de psicoterapia por juízes. Os juízes, dois doutorandos, uma mestranda e quatro acadêmicos de psicologia, bolsistas de iniciação científica, foram treinados na aplicação do CCRT. A aplicação envolveu várias etapas. Inicialmente, um juiz identificou os ERs das sessões. Estes ERs foram revisados pela mestranda e sua orientadora. Em seguida, dois outros avaliadores examinaram de forma independente os ERs de cada sessão e identificaram os componentes do CCRT, utilizando, inicialmente, categorias criadas sob medida para então, após, codificá-las em conformidade com os *Clusters* da Edição 3 Standard do CCRT (Figura 1). A codificação final de cada episódio foi obtida por consenso entre os avaliadores. Um terceiro juiz, orientador da pesquisa, foi chamado quando houve controvérsias nos consensos.

DESEJO/NECESSIDADES/INTENÇÕES (D)	RESPOSTAS DO OUTRO (RO)
1- Reafirmar-me e ser independente 2-Opor-se, ferir e controlar os outros 3-Ser controlado, ser ferido e não ser responsável 4- Ser distante e evitar conflitos 5-Ser próximo e receptivo 6-Ser amado e compreendido 7-Sentir-se bem e cômodo 8-Ter êxito e ajudar os outros	1 – Fortes 2 – Controlam 3 – Fora de si 4 – Maus 5 – Rejeitam e opõe-se 6 – Ajudam 7 – Apreciam-me 8 – Compreendem
RESPOSTA DO *SELF* (RS) 1 – Ajudante 2 – Não receptivo 3 – Respeitado e aceito 4 – Oponho-me e magoo os outros 5 – Autocontrole e autoconfiança 6 – Desamparado 7 – Desapontado e deprimido 8 – Assustado e envergonhado	

Figura 1. Lista dos Clusters da Edição 3 – Standard

Para ilustrar esse procedimento de codificação, a Tabela 1 apresenta um episódio de relacionamento da 3ª sessão (ER #13) com as categorias extraídas sob medida.

Tabela 1. *Episódio de relacionamento 13 da 3ª sessão- categoria sob medida*

Categoria sob medida	Episódio de relacionamento – ER # 13
Pessoa do episódio: Professora de Matemática **D: Desejava defender a professora** **RO: A professora não compreendeu o que ela estava tentando fazer)** **RS: Ficou mal e pirou**	P:// [...] eu tive uma discussão com a professora de matemática, só que ela não entendeu, eu estava tentando, tipo teve uma hora que eu estava tentando defender ela e eu acho que ela não entendeu e isso acontece muito comigo, as pessoas não entendem o que eu estou querendo dizer e ai por isso que no final do ano eles acabaram não me passando, ai eu fiquei muito mal. Ai tipo eu viajei para a praia com uma amiga minha e meio que pirei /

Nota. Exemplo da identificação dos componentes sob medida em um ER. ER = episódio de relacionamento; D = desejo; RO = resposta do outro; RS = resposta do *self.*

Na Tabela 2 pode-se ver como foi realizada a padronização das respostas em conformidade com a edição 3 – Standard do manual do CCRT.

Tabela 2. *Episódio de relacionamento 13 da 3ª sessão – categorias padronizadas*

ER	Comp.	Pessoa	Desejo	Resposta do Outro (RO)	Direção	Resposta do Self (RS)	Direção	Tempo
13	3.5	Professora de Matemática	Ser amada e compreendida (6)	Maus (4); Rejeitam e opõem-se (5)	Negativa	Desamparada (6); Desapontada e deprimida (7)	Negativa	ERa

Nota. Padronização das respostas em conformidade com o manual da Edição 3 Standard do CCRT. ER = episódio de relacionamento; D = desejo; RO = resposta do outro; RS = resposta do *self;* ERa = episódio de relacionamento atual; Comp = completude do episódio.

Resultados

Nas 3 sessões avaliadas foram encontrados 14 ERs. A categorização padronizada dos componentes do CCRT em cada um destes episódios está disposta na Tabela 3.

Tabela 3. *Componentes do CCRT por episódio*

Componentes do CCRT por episódio								
ER	**Comp.**	**Pessoa**	**Desejo**	**Resposta do Outro (RO)**	**Direção**	**Resposta do Self (RS)**	**Direção**	**Tempo**
1	4.5	Mãe	Ser amada e compreendida (6)	Rejeitam e opõem-se (5)	Negativa	Desapontada e deprimida (7); Oponho-me e magoo os outros (4)	Negativa	ERa
2	3.0	Irmão	Reafirmar-me e ser independente (1); Ser amada e compreendida (6)	Rejeitam e opõem-se (5)	Negativa	Desapontada e deprimida (7)	Negativa	ERp
3	3.0	Sobrinho	Ter êxito e ajudar os outros (8); Ser próxima e receptiva (5)	Rejeitam e opõem-se (5)	Negativa	Desapontada e deprimida (7)	Negativa	ERp
4	4.0	Pai	Reafirmar-me e ser independente (1); Opor-se, ferir e controlar os outros (2)	Fora de si (3); Maus (4)	Negativa	Desapontada e deprimida (7)	Negativa	ERp
5	4	Amigos	Opor-se, ferir e controlar outros (2)	Compreendem (8)	Positiva	Não receptiva (2); Oponho-me e magoo os outros (4)	Negativa	ERa
6	3.0	Namorado	Ser distante e evitar conflitos (4); Ser amada e compreendida (6)	Controlam (2)	Negativa	Oponho-me e magoo os outros (4); Não receptiva (2)	Negativa	ERa

ER	Comp.	Pessoa	Desejo	Resposta do Outro (RO)	Direção	Resposta do Self (RS)	Direção	Tempo
7	5.0	Mãe	Ser distante e evitar conflitos (4)	Rejeitam e opõem-se (5); Maus (4)	Negativa	Autocontrole e autoconfiança (5); Desapontada e deprimida (7)	Negativa	ERa
8	4.0	Mãe	Reafirmar-me e ser independente (1); Sentir-se bem e cômoda (7)	Maus (4); Rejeitam e opõem-se (5)	Negativa	Desamparada (6)	Negativa	ERp
9	5.0	Pais	Opor-se, ferir e controlar outros (2)	Rejeitam e opõem-se (5); Controlam (2)	Negativa	Assustada e envergonhada (8)	Negativa	ERp
10	2.5	*Self*	Sentir-se bem e cômoda (7); Ser amada e compreendida (6)	----------		Desapontada e deprimida (7)	Negativa	ERp
11	3.5	Nutricio--nista	Opor-se, ferir e controlar os outros (2); Sentir-se bem e cômoda (7)	Controlam (2); Rejeitam e opõem-se (5)	Negativa	Desapontada e deprimida (7)	Negativa	ERr
12	3.5	Nutricio--nista	Sentir-se bem e cômoda (7); Opor-se, ferir e controlar outros (2)	Controlam (2); Rejeitam e opõem-se (5)	Negativa	Desapontada e deprimida (7); Desamparada (6)	Negativa	ERp
13	3.5	Professo--ra de Matemá--tica	Ser amada e compreendida (6)	Rejeitam e opõem-se (5); Maus (4)	Negativa	Desapontada e deprimida (7); Desamparada (6)	Negativa	ERa
ER	**Comp.**	**Pessoa**	**Desejo**	**Resposta do Outro (RO)**	**Direção**	**Resposta do Self (RS)**	**Direção**	**Tempo**
14	3.5	Amiga	Sentir-se bem e cômoda (7); Ser amada e compreendida (6)	Maus (4)	Negativa	Desapontada e deprimida (7)	Negativa	ERr

Nota. Padronização das respostas para cada episódio de relacionamento em conformidade com o manual da Edição 3 Standard do CCRT. ER = episódio de relacionamento; D = desejo; RO = resposta do outro; RS = resposta do *self;* ERa = episódio atual, ERr = passado recente; ERp = passado remoto; Comp = completude do episódio; Tem = tempo do episódio.

Após, foram contabilizadas as frequências relativas das ROs negativas (NRO) e positivas (PRO), bem como as RSs negativas (NRS) e positivas (PRS) em relação ao número total das respostas no período, conforme apresentado na Figura 2. Observa-se que a paciente enxerga preponderantemente respostas do outro negativas, ou seja, que vão contra a satisfação do seu desejo e ela reage a estas respostas, exclusivamente, de forma negativa.

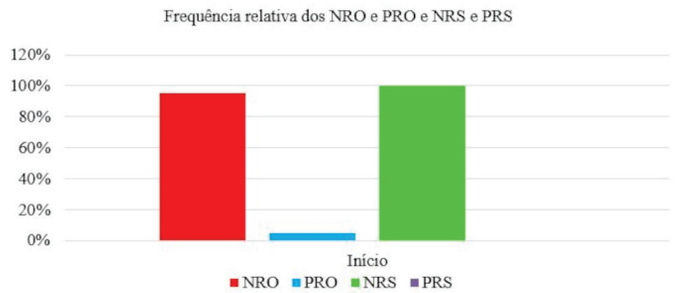

Figura 2. Frequência relativa da quantidade dos componentes

NRO = resposta negativa do outro; PRO = resposta positiva do outro;
NRS = resposta negativa do self e PRS = resposta positiva do self.

Com base nestes dados foi realizada a formulação do CCRT, considerando a frequência dos componentes nos ERs avaliados. Esta formulação está sintetizada na Figura 3.

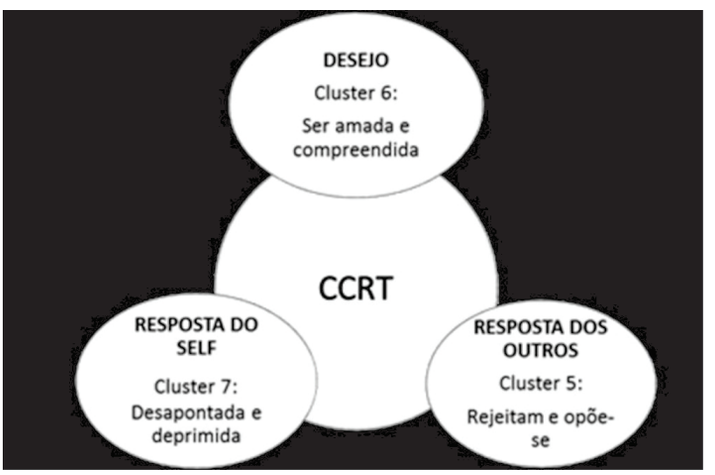

Figura 3. Formulação do CCRT da paciente no início da terapia.

Discussão e conclusão

A aplicação do método CCRT nas narrativas relacionais de Mariana nas sessões iniciais do seu tratamento permite obter uma formulação concisa e fidedigna do seu funcionamento, podendo constituir uma bússola para guiar o terapeuta na condução do processo (por exemplo, focalizando as intervenções nestes padrões conflitivos). Foi constatado que a paciente deseja ser amada e compreendida, no entanto, tende a ver os outros como pessoas que a rejeitam e que se opõem ao seu desejo. Com isso, ela se sente desapontada e deprimida. Este é um padrão que se repete na relação com as diversas pessoas com as quais se envolve e, portanto, estima-se, também com a terapeuta.

Constata-se que o desejo expresso pela paciente na maior parte das suas interações está de acordo com

o quadro típico *borderline*[33,40], na medida em que mostra sua necessidade relacional de dependência[38]. Essa dependência é chamada por Kernberg[42] de "dependência patológica conflituosa".

Mariana já havia tido experiências com psicoterapias anteriores, fato que pode estar relacionado com a forma particular com que ela se colocou nas primeiras sessões. Nas sessões avaliadas, a paciente abordou com facilidade temas complexos e constrangedores relacionados à sua história pessoal. Analisando os episódios de relacionamento de forma geral, eles se mostraram encadeados, com início, meio e fim (média de completude de 3.71).

A mãe é a figura que se encontra no cerne da conflitiva da paciente sendo a pessoa do ER mais falada. O padrão de relacionamento que a paciente apresenta parece estar relacionado a uma fragilidade na construção de um apego seguro, pois suas interações com seus cuidadores, mãe e pai, na realidade, foram de inúmeras vulnerabilidades, como a instabilidade da personalidade do pai e sua dependência do álcool, agressão, o medo da mãe em não enfrentar o pai e assim por diante. Infere-se que estas interações precoces falhas e instáveis tenham levado a paciente a organizar-se de forma difusa, expressa pela autopercepção e comportamentos contraditórios da paciente. Esta difusão é constituída pela fragmentação das representações do eu e dos outros, internalizadas ao longo do desenvolvimento.

Mariana vive a falta de coerência e consistência nos seus próprios valores, nas interações pessoais ou na capacidade de se dar conta das motivações e dos estados mentais dos outros. Não se sente segura quanto as opiniões e condução das situações pelas outras pessoas, por mais que deseje se sentir bem. Por exemplo, busca profissionais para ajudá-la como foi o caso da nutricionista, mas ao mesmo tempo não gosta do que ouve, se sente controlada e contrariada ficando desapontada e deprimida. A consequência é o desenvolvimento de relacionamentos confusos e desordenados e da falta de empatia com as outras pessoas, característica de pacientes borderline[39].

A forma utilizada pela paciente para se defender se mostrou primitiva inicialmente, pois ora ela tomava o outro que se aproximava como depositário de muitas expectativas, muito idealizado, e em seguida, percebendo que essas expectativas não se cumpriam, acabava desvalorizando o outro por completo. Sua reação era, então, de tristeza, decepção e de isolamento. A mãe, no centro da conflitiva, sofria as intensas projeções primitivas de Mariana, que não tolerava nenhuma imperfeição ou problema. Ao mesmo tempo que diz que os pais nunca foram de agredir ou dar castigo a ela, relata episódios onde apanhou da mãe. Em relação a capacidade de teste de realidade, aspecto não analisado diretamente pelo CCRT mas que pode ser inferido a partir da análise clínico-qualitativa das narrativas interpessoais analisadas, Mariana tem noção de regras e normas apesar de muitas vezes não conseguir cumprir. Sua capacidade de diferenciar o *self* do não-*self* e, de diferenciar o que é de origem intrapsíquica, do que é das suas percepções e/ou estímulos externos, carece de repertório.

É fundamental que terapeutas estejam atentos ao padrão relacional dominante de seus pacientes em função de que a repetição desse padrão pode dificultar o estabelecimento da aliança e relação terapêutica colaborativa. Da mesma forma, recomenda-se que terapeutas de pacientes mais regressivos e com traumas

complexos sejam cautelosos quanto a qualidade do relacionamento terapêutico estabelecido, pois diante de ataques ao vínculo podem ser convocados por esses pacientes a encenar seu padrão relacional conflitivo[43]. No caso de Mariana, portanto, é preciso que a terapeuta esteja ciente da dinâmica subjacente à troca interpessoal a fim de manejar uma resposta adequada à paciente, ou seja, adequando as necessidades e recursos de acordo com o seu funcionamento para assim proporcionar à paciente uma nova e transformativa experiência relacional.

Neste artigo, utilizou-se o caso Mariana para ilustrar a aplicação do CCRT na formulação psicodinâmica de caso. O clínico, através da análise do conflito central de relacionamento do paciente tem acesso ao padrão de relacionamento que o paciente mantém com os outros e que geralmente é o que o motiva a buscar a terapia. Estas informações podem lhe ajudar a tomar decisões sobre a forma de conduzir o tratamento, podendo continuar ou não com a metodologia e/ou estratégia utilizada. Além disso, os dados que o CCRT fornece, servem para ajudar a identificar a existência de diferenças e similaridades entre diferentes grupos de pacientes[33], o que no caso de pacientes *borderline* se faz fundamental. A avaliação psicodinâmica padronizada com o CCRT permite ainda que psicoterapeutas utilizem critérios comuns para formular suas hipóteses, facilitando a comunicação. Ainda que sob o ponto de vista clínico, a formulação proposta pelo CCRT seja limitada aos padrões relacionais e não inclua, ao menos diretamente, outros aspectos que podem também ser relevantes para o psicoterapeuta (como por exemplo, o padrão defensivo ou o teste de realidade), seu mérito reside justamente na sua capacidade para capturar de forma sistematizada um aspecto central do funcionamento intrapsíquico, que é o conflito expresso na transferência. Desse modo, é um método com potencial para desenvolver habilidades clínicas e instrumentalizar jovens psicoterapeutas em formação.

Referências

1. Bernardi R. DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2010; 74(2): 179-205.

2. Figueiredo AC, Machado OMR. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica. 2000; 3(2): 65-86.

3. Eells TD. History and current status of psychotherapy case formulation. In T. D. Eells (Ed.), Handbook of psychotherapy case formulation. New York: Guilford Press, 2007; p.3-32.

4. Perry S, Cooper AM, Michels R. The psychodynamic formulation: Its purpose, structure and clinical application. American Journal of Psychiatry.1987; *144*(2): 543-550.

5. Summers RF. The Psychodynamic Formulation Updated. American Journal of Psychotherapy. 2003; *57*(1): 39–51.

6. Botinno SM, Bairrão JF, Hanns LA, Rosa MD, Andrade LH. Transtornos da compulsão alimentar periódica e psicoterapia: é possível sistematizar a formulação psicodinâmica de caso? Revista Brasileira de Psiquiatria. 2003; 25(3): 166-170.

7. Messer SB, Wolitzky DL. The psychoanalytic approach to case formulation. In T. D. Eells (Ed.), Handbook of psychotherapy case formulation. New York, NY: Guilford Press, 2007; p.67-104.

8. Gabbard GO. Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: Texto básico. Porto Alegre: Artmed, 2005.

9. Serralta F, Catto R. Elaboração das formulações psicodinâmicas de caso: um estudo exploratório. Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2014; 12(2), 49-57.

10. Bernardi R. La formulación psicodinámica del caso. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2014; 78(2), 173-187.

11. Safran JD, Muran JC, Samstag LW, Stevens C. Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work. New York, NY: Oxford University, 2002*;* p. 235-254.

12. Eells TD, Lombart KG, Salsman NL. Expert Reasoning in Psychotherapy Case Formulation. Faculty Scholarship. 2011; 226, 1-20.

13. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-4 (4a. ed). Porto Alegre: Artmed, 2002.

14. De La Parra G, Gómez-Barris E, Dagnino P. Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Revista de psicoanálisis y psicoterapia. 2016; 6, 1-20.

15. PDM Task Force. Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.

16. OPD Task-Force (eds): Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD). Foundations and Manual. Kirkland, Hogrefe & Huber, 2001.

17. Luborsky L, Crits-Christoph P. Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. Washington, DC: American Psychological Association. 1998.

18. Lingiardi V, McWilliams N, Bornstein RF, Gazzillo F, Gordon RM. The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. Psychoanalytic Psychology. 2015; 32(1), 94–115.

19. Santos A. O impacto do CCRT na avaliação e diagnóstico em psicoterapia. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. 2013; 1(35), 113–137.

20. Luborsky L. Principles of Psychoanalytic Psychoterapy. New York: Basic Books, 1984.

21. Luborsky L, Popp C, Luborsky E, Mark D. The Core Conflictual Relationship Theme. Psychotherapy Research. 1994; 4(3-4), 172-183.

22. Slonim DA., Shefler G, Gvirsman, SD, Tishby O. Changes in rigidity and symptoms among adolescents in psychodynamic psychotherapy. Psychotherapy Research 2011; 21(6), 685-697.

23. Hegarty BD, Marceau EM, Gusset M, Grenyer BF Early treatment response in psychotherapy for depression and personality disorder: links with core conflictual relationship themes. Psychotherapy Research. 2020; 30(1), 112-123

24. Gonçalves MM, Batista J, Freitas S. Narrative and clinical change in cognitive-behavior therapy: A comparison of two recovered cases. Journal of Constructivist Psychology. 2017; 30(2), 146-164.

25. Yoshida MPE, Sebastião E, Silva FR, Finotelli IJ, Sanches F, Penteado EF, ... Enéas EME. Psicoterapia psicodinâmica breve: estratégia terapêutica e mudança no padrão de relacionamento conflituoso. Psico-USF. 2009, 14(3), 275-285.

26. Duarte CE, Cheniaux JrE, Almeida YA, Almeida CP, Souza F, Vieira IMMM, … Zusman S. A verificação de temas centrais de conflito de relacionamento interpessoal em pacientes com transtornos de ansiedade: resultados preliminares. Revista Brasileira de Psicoterapia. 2001; 3(2), 117-129.

27. Luborsky L, Barrett MS. The core conflictual relationship theme: a basic case formulation method. In T. D. Eells (Ed.), Handbook of psychotherapy case formulation. New York, NY: Guilford Press, 2007; p. 97-108.

28. Cierpka M, Strack M, Benninghoven D, Staats H, Dahlbender R, Pokorny D, Albani C. Stereotypical Relationship Patterns and Psychopathology. Psychotherapy Psychosomatic. 1998; 67, 241-248.

29. Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in a new key. New York: Basic Books, 1984.

30. Wilczek A, Weinryb RM, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M. Change in the core conflictual relationship theme after long-term dynamic psychotherapy. Psychotherapy Research.2006; *14*(1), 107-125.

31. Bond JA, Hansell J, Shevrin H. Locating transference paradigms in psychotherapy transcripts: Reliability of relationship episode location in the core conflictual relationship theme (CCRT) method. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1987; 24(4), 736-749.

32. Salgado AI, Pires AA. Avaliação da mudança nas relações interpessoais através do CCRT: Estudo de caso psicanalítico. Psicologia Clínica. 2014; 26(1), 135–150.

33. Descôteaux J, Diguer L, Lefebvre R, Drapeau M, Luborsky L, Rousseau JP, … Scullion M. The Core Conflictual Relationship Theme of Psychotic, Borderline, and Neurotic Personality Organizations. Psychotherapy Research*. 2001; 11*(2), 169–186.

34. Drapeau M, Perry JC. Childhood trauma and adult interpersonal functionning: A Study using the Core Conflictual Relationhip Theme Method (CCRT). Child Abuse and Neglet. 2004; 28, 1049-1066.

35. Moreno CM, Schalayef C, Acosta SR, Vernengo P, Roussos ASJ, Lerner BD. Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. Psychotherapy Research. 2005; 15(3), 199-209.

36. Tishby O, Raitchick I, Shefler G. *C*hanges in Interpersonal Conflicts Among Adolescents During Psychodynamic Therapy. Psychotherapy Research. 2007; 17(3), 297-304.

37. Luborsky L, Crits-Christoph P. Understanding transference: the core conflictual relationship theme method. New York: Basic Books, 1990.

38. Barber JP, Luborsky L, Crits-Christoph P, Diguer L. A comparison of Core conflictual Relationship Theme before psychoterapy and during early sessions. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1995; 63(1), 145–148.

39. Luborsky L, Barber J, Diguer L. The Meanings of Narratives Told During Psychotherapy: The Fruits of a New Observational Unit. Psychotherapy Research. 1992; 2(4), 277–290.

40. Drapeau M, Perry JC, Koerner A. An empirical examination of three models of the interpersonal functioning of patients with borderline personality disorder. Psychiatry. 2009*; 72*(2), 143-53.

41. Bornstein RF, Becker-Matero N, Winarick DJ, Reichman AL. Interpersonal Dependency in Borderline Personality Disorder: Clinical Context and Empirical Evidence. Journal of Personality Disorders. 2010; 24(1), 109–127.

42. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

43. Van Nieuwenhove K, Meganck R. Core Interpersonal Patterns in Complex Trauma and the Process of Change in Psychodynamic Therapy: A Case Comparison Study. Front. Psychol. 2020; 11:122. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00122

Contribuições: Flávia Ciane Assmann Castro – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Validação, Visualização;

Betina Capobianco Strassburgerl – Coleta de Dados, Investigação;

Fernanda Barcellos Serralta – Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Validação.

Correspondência

Flávia Ciane Assmann Castro

flaviaciane@gmail.com / E-mail alternativo: psicologia1.cma@nd.org.br

Submetido em: 24/06/2020

Aceito em: 09/01/2021