



O Ensino da Psicoterapia de Orientação Analítica no Ambulatório Assistencial/ Público de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

*Cláudio Laks Eizirik**
*Fernando Grilo Gomes***
*Júlia Domingues Goi****
*Kariny Larissa Cordini*****
*Mariana Benetti Torres******
*Simone Hauck******

- * Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professor Associado do Departamento de Psiquiatria de Medicina Legal da UFRGS e Analista Didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, RS, Brasil.
- ** Médico Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS, Professor Associado do Departamento de Psiquiatria de Medicina Legal da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- *** Médica Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS, Especialista em Psicoterapia pelo Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica da UFRGS/CELG, Porto Alegre, RS, Brasil.
- **** Médica Psiquiatra. Especialista em Psicoterapia pelo Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica da UFRGS/CELG, Porto Alegre, RS, Brasil.
- ***** Médica Psiquiatra. Doutora em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Especialista em Psicoterapia pelo Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica da UFRGS/CELG, Porto Alegre, RS, Brasil.

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

O artigo descreve o ensino da psicoterapia de orientação analítica (POA) na residência em psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Inicialmente, é realizada uma revisão da literatura sobre a importância do ensino da POA nos programas de residência médica de psiquiatria, seguida do relato da história da entrada da psicanálise no Rio Grande do Sul e da evolução do ensino da POA no estado. As questões metodológicas e éticas do ensino da POA na residência de psiquiatria do HCPA são discutidas, e o atual pro-

grama teórico e prático é apresentado. Por fim, a possibilidade da integração da pesquisa com a assistência e ensino é discutida, e exemplos práticos desta integração são apresentados, juntamente com o protocolo de avaliação e planejamento terapêutico do programa de POA do HCPA.

Palavras-chave: psicoterapia, psicoterapia de orientação analítica, ensino, psicoterapia psicodinâmica, residência médica, internato e residência, pesquisa, psicanálise, avaliação psicodinâmica, indicação de psicoterapia.

O Ensino da Psicoterapia de Orientação Analítica nos Programas de Residência Médica: revisão da literatura

O treinamento em psicoterapia de orientação analítica (POA) nos programas de residência médica permanece um objetivo educacional fundamental dentro dos novos paradigmas de tratamento em psiquiatria¹. Em 1981, Nemiah expressou sua preocupação diante da evidente diminuição na importância dada aos aspectos psicodinâmicos das doenças psiquiátricas e a diminuição do número de programas de residência que mantinham o treinamento em psicoterapia psicodinâmica como parte central de seu currículo. O autor ainda apontou que a oportunidade de conduzir uma psicoterapia supervisionada é crucial na aquisição do conhecimento psicológico e capacidades de observação, sendo a contribuição mais importante e específica da psiquiatria em toda a prática médica². Um trabalho conduzido conjuntamente pela *American Association of Directors of Psychiatric Residency Training* e pela *Association for Academic Psychiatry*³ observou que a compreensão da teoria e da técnica psicodinâmicas continua sendo fundamental tanto para o ensino como para a prática psiquiátrica.

Em um estudo dedicado a reconhecer controvérsias na educação psiquiátrica nas cidades de Washington e Baltimore, no ano de 1975, foi demonstrado que 62% dos residentes de psiquiatria de um hospital geral tinham uma predileção pela orientação psicodinâmica e 82% não concordavam com a afirmação de que a psicanálise estaria perdendo força dentro da psiquiatria como parte influente, ante ao crescente desenvolvimento das neurociências. Mais de 50% dos alunos consideraram o tratamento pessoal extremamente importante, e 29% consideraram moderadamente importante. Apenas 19% dos residentes não realizavam tratamento individual, considerando-o pouco importante⁴.

Em 1982, um estudo conduzido nos Estados Unidos com todos os residentes filiados à Associação de Psiquiatria Americana pretendia comparar a

ordem de importância de sete aspectos de treinamento dos programas de residência em psiquiatria em três anos de pesquisa (1976,1978,1980). A ordem encontrada foi: experiência em pesquisa, treinamento em psicanálise, análise pessoal ou psicoterapia individual para o residente, internato, experiência clínica em neurologia, educação médica e experiência em farmacoterapia, permanecendo inalterada nos três anos de pesquisa. Nesse mesmo estudo, foi demonstrado que cerca de 60% dos residentes da amostra selecionaram a psicoterapia de orientação analítica como a sua forma de tratamento preferida entre as terapias não-biológicas⁵. Assim, evidencia-se a importância, tradicionalmente reconhecida pelos alunos, do treinamento em psicoterapia de orientação analítica dentro dos programas de residência médica em psiquiatria dos hospitais gerais.

Inúmeros pesquisadores e educadores dedicaram-se a aprimorar modelos de avaliação do ensino e treinamento em POA desenvolvendo instrumentos para medir a aquisição de habilidades em psicoterapia⁶. Em 1985, Moline e Winer, com o uso de vinhetas clínicas escritas que propunham aos alunos a escolha das melhores opções de intervenções, constataram que residentes iniciantes tiveram melhores resultados do que residentes mais experientes. Entretanto, esse estudo tinha problemas metodológicos como o pequeno tamanho amostral, o número limitado de questões e a falta de validação do(s) instrumento(s)⁷. Dessa forma, deixando em aberto uma série de questões no que diz respeito ao estudo do ensino da teoria e da técnica psicanalítica em programas de psiquiatria a serem abordados com metodologia mais adequada em estudos futuros.

Em 1982, foi realizado um estudo que desenvolveu uma escala de 29 itens a ser preenchida por supervisores para investigar em que medida o aprendizado e a experiência afetariam as habilidades terapêuticas dos seus alunos. Os professores deveriam classificar os residentes em relação à capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica, tolerar as agressões dos pacientes, efetivamente proceder à clarificação e lidar com as resistências ao tratamento. Após oito meses de psicoterapia ambulatorial supervisionada com pacientes não psicóticos, observou-se uma mudança estatisticamente significativa em apenas sete quesitos da escala, englobando principalmente clarificação, confrontação e problemas relacionados a resistência e transferência. A capacidade de tolerar comportamentos sedutores dos pacientes e o crescente entendimento da transferência positiva também foram aspectos importantes do desenvolvimento das habilidades terapêuticas. Tal fato demonstra que, com supervisão e experiência, o fenômeno da transferência se torna uma realidade com sentido para psicoterapeutas iniciantes, aumentando sua objetividade clínica e tornando o comportamento provocativo menos ameaçador e conflitante para o terapeuta. Entretanto, a habilidade de tolerar as agressões

dos pacientes não se alterou de forma significativa no período de tempo estudado, permanecendo uma área problemática para os residentes em formação. Características que não se modificaram ao longo do tempo incluíram a capacidade de empatia e o reconhecimento das questões contratransferenciais. Os autores do estudo especulam que essas podem ser capacidades inatas, não rapidamente aprendidas, que raramente o serão apenas com o processo educacional formal, sem a assistência de terapia pessoal, embora isso não possa ser comprovado pelo estudo, que teve apenas oito meses de duração⁸.

A formação psicanalítica tradicional apoia-se no que costuma ser chamado “tripé”: seminários, supervisão e tratamento pessoal. O ensino da teoria psicanalítica e da técnica adaptada a POA dentro de um programa de residência em psiquiatria implica, no entanto, uma série de adaptações que levam a desafios importantes. No caso da residência em psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ao transportar esse modelo para um hospital escola, de características públicas e de atendimento terciário, diversos aspectos da formação do terapeuta e atendimento dos pacientes precisaram ser considerados.

Dentro da formação do psiquiatra, o objetivo passa a ser a capacitação de um profissional habilitado a tratar seus pacientes através da POA, além de seu treinamento nos mais modernos recursos da psicofarmacologia e neurobiologia. Tal adaptação levanta diversas considerações em relação ao ensino e à assistência, e suas conseqüentes implicações éticas, da seleção do programa teórico a questões relacionadas ao atendimento de pacientes graves em um hospital escola, incluindo discussões de caso e entrevistas em grupo. Além disso, seguindo as normas da instituição em que a residência é realizada, regidas pelo MEC (Ministério da Educação) e regimento do hospital, não é possível exigir tratamento pessoal aos residentes. A própria inserção do modelo psicanalítico dentro da formação do psiquiatra traz questões a serem consideradas que estão relacionadas à história e a características da instituição em que o programa é realizado.

A História do Ensino da Psicanálise e da Psicoterapia de Orientação Analítica no Rio Grande do Sul

A inclusão do ensino da psicoterapia psicanalítica de forma consistente em um programa de residência em psiquiatria como o do HCPA aponta para a força da corrente psicanalítica no Rio Grande Sul. As ideias psicanalíticas começaram a surgir nas terras gaúchas a partir de 1920 através de conferências de médicos e intelectuais. A partir dos anos de 1930, elementos de psicanálise já eram ensinados na Faculdade de Medicina. Pioneiro e fundador do

movimento psicanalítico no estado, Mario Alvarez Martins, que realizou sua formação em Buenos Aires em 1945 e 1946, continuou com suas atividades como psiquiatra no Hospital Psiquiátrico São Pedro, levando as ideias psicanalíticas para dentro da instituição. A presença de Mario Martins no hospital e no seu consultório, onde passou a analisar vários médicos e prestigiados professores, bem como a intensa atividade clínica e de divulgação da psicanálise de Cyro Martins, um dos principais escritores gaúchos do ciclo regionalista, deu à psicanálise ampla aceitação e reconhecimento nos meios médicos, psiquiátricos e intelectuais do Estado na primeira metade do século passado⁹.

Em 1957, surgiu no Hospital São Pedro o curso de especialização em psiquiatria, coordenado por David Zimmerman e Paulo Guedes, ambos discípulos de Mario Martins. Estruturado em bases psicanalíticas, o curso passou a ter como sede, na década de 1960, a Divisão, depois Centro Psiquiátrico, Melanie Klein, e tornou-se um polo formador de psiquiatras de orientação dinâmica⁹.

Nesse contexto histórico surgiu o Centro de Estudos Luis Guedes (CELG) em dezembro de 1959, uma associação científica sem fins lucrativos, filiada à Associação Brasileira de Psiquiatria, junto à qual é órgão representativo de seus associados. O CELG tem como objetivos proporcionar educação continuada e aprimoramento científico a seus associados e à comunidade ligada à área da saúde mental; promover e estimular a pesquisa no campo da psiquiatria e áreas afins além de colaborar com o Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS e com o Serviço de Psiquiatria do HCPA em suas atividades de ensino, assistência e pesquisa. Com esse propósito, promove cursos de especialização e de extensão universitária, bem como de atualização, abrangendo as áreas de psicoterapia psicanalítica de adultos, crianças e adolescentes, psiquiatria clínica, dependência química, terapia cognitivo-comportamental, supervisão de psicoterapia entre outras. Dessa forma, ele contribui sobremaneira ao desenvolvimento do ensino da psiquiatria e principalmente da psicoterapia de orientação analítica no estado.

Na década de 1980, houve a mudança do curso e residência de psiquiatria para o hospital geral, sendo a primeira enfermaria psiquiátrica em hospital geral em nosso meio, instituída no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Embora acompanhando as tendências globais da psiquiatria, como a comunidade terapêutica, a psiquiatria comunitária, a introdução e uso crescente de psicofármacos, a mudança para o hospital geral universitário nos estimulou na busca de maior precisão diagnóstica e na instituição dos programas específicos para transtornos mentais nos anos 1990. O referido curso se mantém há mais de 40 anos em funcionamento (é o mais antigo do Brasil) com as bases psicanalíticas presentes e em desenvolvimento.

Em 1984, foi criado pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS o curso de extensão em psicoterapia de orientação analítica, via CELG, inicialmente disponível apenas para aqueles que possuíam título de psiquiatra. Posteriormente tornou-se curso de especialização em psicoterapia de orientação analítica, passando a ser oportunizado também a psicólogos. Em 2000, iniciou-se o Programa de Mestrado e Doutorado em Psiquiatria, que conta com uma linha de pesquisa em psicoterapia psicanalítica e psicanálise. Desde então, esse programa vem formando pesquisadores e publicando seus estudos em periódicos destacados do país e do exterior⁹.

Como se pode ver, a psicanálise teve uma forte influência na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e outras instituições públicas e privadas, como a Clínica Pinel, também uma formadora de psiquiatras de orientação dinâmica a partir dos anos de 1960. Progressivamente foram surgindo outros centros universitários e cursos de formação de psicoterapia nos quais o modelo psicanalítico encontra-se presente em diversos graus⁹.

Em 2007, no Editorial da Revista Brasileira de Psiquiatria, Eizirik escreveu sobre o futuro da psicanálise. Ele dizia que

[...]na formação dos novos psiquiatras, a psicanálise funcionando como ciência básica e instrumentando uma relação médico-paciente em que os distintos significados conscientes e inconscientes sejam entendidos e utilizados, também será útil no tratamento de patologias de etiologia multideterminada, possibilitando abordagens integradas e sinérgicas.[...] Instituições psicanalíticas, com seu papel de guardiãs de uma formação sólida e de estimuladoras de uma educação continuada, possivelmente ampliarão suas áreas de interesse e aplicações da psicanálise para situações sociais e educacionais relevantes, além de aumentarem sua capacidade de diálogo com outros saberes e outras instituições psicanalíticas de distintas orientações.

Sobre a pesquisa nesta área, o mesmo autor acrescenta:

A pesquisa em psicanálise e psicoterapia analítica, em suas distintas formas e abordagens, possivelmente aumentará sua presença nos cursos de pós-graduação e nas sociedades psicanalíticas, contribuindo tanto para um refinamento metodológico quanto para um maior conhecimento dos processos e efetividade dos tratamentos, assim como para ampliar o conhecimento sobre as múltiplas áreas do desenvolvimento e da patologia. [...]Em todas essas dimensões, certamente os conflitos não estarão ausentes, opondo os que buscam formas hegemônicas de pensar, ensinar e pesquisar, e os que advogam a indispensável integração de abordagens, por seu possível efeito potencializador¹⁰.

O Ensino da Psicoterapia de Orientação Analítica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ao longo desses anos, uma série de questões metodológicas e éticas tem sido consideradas na permanente (re)construção das diretrizes de ensino, assistência e pesquisa dentro da nossa instituição com o objetivo de um aperfeiçoamento contínuo com o melhor diálogo possível com outras linguagens da ciência e com aspectos culturais e sociais que se reescrevem ao longo do tempo.

Atualmente os seminários são realizados com a participação dos professores do Departamento de Psiquiatria da UFRGS, além de professores convidados, ligados ao CELG e à Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA). As supervisões são realizadas pelos professores da UFRGS e médicos contratados do Serviço de Psiquiatria do HCPA, ligados diretamente ao estudo e ensino da POA e psicanálise. Os supervisores que atualmente trabalham com os alunos de residência são Cláudio Laks Eizirik, Fernando Grilo Gomes, Gisele Gus Manfro, Lúcia Helena Freitas Ceitlin, Paulo Fernando Bittencourt Soares, Rogério Wolf de Aguiar, Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado, Simone Hauck e Sidnei Samuel Schestatsky.

Seminários Teóricos

Os seminários teóricos consistem basicamente em uma hora de estudo de teoria e uma hora de discussão sobre técnica psicanalítica por semana a partir do segundo ano até que se conclua a formação, além de uma hora semanal de supervisão individual e supervisão em grupo, utilizando-se bibliografia relevante internacional e aquela produzida em nosso meio para este fim, como, por exemplo, os seguintes livros-texto: Psicoterapia de Orientação Analítica – Fundamentos Teóricos e Clínicos (Cláudio Laks Eizirik, Rogério Wolf de Aguiar, Sidnei Samuel Schestatsky e colaboradores), Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica (Glen O. Gabbard e colaboradores), Psicoterapias – Abordagens Atuais (Aristides Volpato Cordioli e colaboradores) e Compêndio de Psicoterapia de Oxford (Glen O. Gabbard e colaboradores).

O primeiro ano da residência em psiquiatria no HCPA

Desde o primeiro ano de residência, em que a internação psiquiátrica, o atendimento a pacientes ambulatoriais nos programas voltados a pacientes esquizofrênicos e bipolares e a interconsulta ambulatorial são o foco, os aspectos psicodinâmicos são persistentemente considerados, havendo seminários específicos sobre intervenções de apoio orientadas psicodinamicamente, uso

da psicodinâmica na compreensão e atendimento de pacientes psicóticos internados e, por fim, capacitação para avaliação da indicação e planejamento inicial da POA ambulatorial, que começa efetivamente no segundo ano de formação, após esse contato inicial com diversos aspectos da teoria e da técnica.

Segundo e terceiro ano da residência em psiquiatria no HCPA

A supervisão acontece semanalmente com discussão de material dialogado e revisão de casos, sendo uma oportunidade de debater com alguém mais experiente aspectos diagnósticos, focalização, formulação psicodinâmica, além de acompanhar a evolução do caso, destacando as intervenções do terapeuta, os movimentos transferenciais e contratransferenciais, a evolução do campo psicoterápico, bem como de observar as possibilidades e os limites da psicoterapia analítica em cada caso. Além disso, é realizada toda quinta-feira uma reunião clínica onde um paciente, em acompanhamento psicoterápico em nosso ambulatório assistencial e de ensino, é entrevistado por um dos supervisores. Após a entrevista, é realizada uma discussão entre alunos e supervisores sobre aspectos relacionados ao diagnóstico, indicação e planejamento terapêutico. Nessa reunião estão presentes alunos do segundo, terceiro e quarto anos de residência em psiquiatria. Essa reunião surgiu para aproximar a linha de atuação teórica e técnica dos professores supervisores entre si. Também tem como finalidade dar aos residentes a oportunidade de ver seus supervisores em ação direta com o paciente, mostrando sua forma de abordar a situação clínica e enfrentar as dificuldades de uma entrevista.

Os pacientes convidados a participar da entrevista clínica são esclarecidos previamente pelo aluno que os atende. Sobre os aspectos técnicos dessa reunião clínica, não há dúvida de que se trata de uma situação atípica, em tudo oposta ao ambiente protegido, íntimo e bipessoal de uma consulta ou sessão de psicoterapia. Isso produz no professor entrevistador a necessidade de certa dissociação, tentando negar em parte que está sendo visto, ouvido e observado por um grupo de colegas e alunos, o que gera ansiedade e preocupação. Muitas vezes um professor pode parecer calmo, mas está ansioso, perdido, sem entender o que está ocorrendo nem conseguir encaminhar a entrevista para uma melhor compreensão do paciente até se estabelecer algo na entrevista que permite entender a situação, seja um ato falho, a resposta emocional a uma intervenção ou pergunta, seja uma mudança no clima da entrevista.

A técnica necessita ser flexível, mas tem como princípio o que se busca em toda entrevista psicoterápica: o maior contato emocional possível com o paciente. Compreendemos que esse modelo implica exposição pessoal, podendo trazer desconforto ao paciente, tendo em vista que o paciente é entre-

vistado na frente de residentes do segundo, terceiro e quarto anos, além de supervisores. No entanto, observamos que os pacientes têm se mostrado dispostos para a entrevista e não acontecem recusas com frequência. Acreditamos que isso esteja relacionado à gratidão dos pacientes e ao compromisso assumido por eles em relação ao próprio tratamento.

Esses pontos positivos são um estímulo para que os alunos se identifiquem com este modelo de abordagem clínica ao observarem os professores enfrentando problemas e tentando resolvê-los, sentindo-se cada vez mais encorajados a expor suas impressões, dúvidas e reações contratransferenciais. Como aspectos negativos, podemos citar a exposição do paciente a um grupo, sendo uma situação angustiante e com risco ético e de confidencialidade, tendo daí surgido a ideia da criação de um consentimento informado para o paciente. Do ponto de vista dos autores, essas reuniões são muito importantes e positivas, pois aproximam professores e alunos, permitem compartilhar dificuldades clínicas, estimulam o pensamento psicodinâmico, permitem trocas de experiências, reduzem possíveis idealizações e, afinal, o que é mais importante, ajudam o terapeuta de cada caso a ter uma nova visão e poder utilizar o que foi discutido para melhorar seu atendimento ao paciente.

Embora não seja formalmente possível exigir ou incluir na formação do psicoterapeuta, em nível universitário, seu tratamento pessoal, tal procedimento é recomendável, e costuma sua importância ser enfatizada não só pelas razões terapêuticas que o justificam, como também porque o contato com o próprio inconsciente e com as motivações pessoais são benefícios do tratamento pessoal, bem como o auxílio que este proporciona na superação de dificuldades inevitáveis do trabalho constante com a transferência e a contratransferência. O que se observa, na experiência tanto dos supervisores quanto dos terapeutas de psiquiatras em formação, é que os casos difíceis, as situações de resistência, as dificuldades de compreensão, dentre outros aspectos, estão muito relacionadas com o que se cria no campo psicoterápico, sendo muitas vezes impossível ao terapeuta perceber sozinho. Daí a necessidade de se conhecer melhor, conhecer seus possíveis pontos cegos, ter uma noção de que aspectos próprios mais facilmente entrarão em colisão com aspectos semelhantes dos pacientes.

Conclusão do curso

Ao término da residência em psiquiatria existe a exigência da apresentação de uma monografia que concilie a apresentação de aspectos clínicos de um paciente atendido ao longo do curso com uma profunda revisão teórica de algum dos aspectos relacionados ao caso, no que diz respeito à teoria e à técnica da psicoterapia de orientação analítica. As monografias têm sido de excelente qualidade, agregando conhecimento a professores e alunos e evi-

denciando a construção efetiva e bem sucedida de profissionais capacitados na área da psicoterapia psicanalítica. Essa é uma atividade que foi adotada nos últimos anos, retomando uma antiga tradição ainda dos tempos da Melanie Klein, em que os trabalhos de conclusão de curso eram, em geral, pesquisas de campo que tinham um espírito semelhante ao que depois formou as dissertações e teses. O que se tem observado é que esses trabalhos permitem uma síntese de temas e situações clínicas que desafiaram os alunos ao longo do curso/residência e permitem uma estimulante discussão, e em alguns casos, posterior publicação.

Questões éticas da assistência e supervisão

Tendo em mente bases teóricas ideais e possibilidades reais em nosso modelo de ensino, questões éticas importantes emergem. Os pacientes atendidos são usuários do Sistema Único de Saúde, que, ao ingressarem no hospital, automaticamente autorizam o uso de seus dados em supervisão e participação em pesquisas, além de estarem cientes de que serão atendidos por alunos em formação que supervisionarão seus casos com seus professores.

Outro aspecto ético importante surge quando se detecta a necessidade de tratamento pessoal. Isso acontece principalmente no ambiente de supervisão, quando existem problemas na execução da técnica devido a dificuldades pessoais evidenciadas na relação terapeuta-paciente. Quando são detectadas dificuldades específicas com algum aluno, especialmente a partir das avaliações trimestrais, das quais participam todos os professores do Departamento e Serviço de Psiquiatria, essas dificuldades são discutidas com o mesmo, sendo comum o forte encorajamento ao tratamento pessoal. Dificuldades persistentes e a recusa em tomar as atitudes necessárias para enfrentá-las podem levar ao desligamento da residência em Psiquiatria, conforme procedimentos legais.

Ainda abordando questões éticas, chama a atenção o fato de que, por ser um hospital terciário, os pacientes atendidos apresentam, na maioria das vezes, conflitos e patologias psiquiátricas graves e são atendidos por alunos em formação. Sendo assim, se estabelece uma situação em que os alunos experimentam aprendizados específicos como o tratamento psicoterápico de pacientes transexuais, transplantados, com transtornos de personalidade graves, com traumas emocionais importantes, com comportamentos suicidas entre outros.

Por outro lado, a inexperiência dos alunos, nos anos iniciais de formação, traz desafios ainda maiores ao trabalho de supervisão, seja por aspectos técnicos, dificuldades contratransferenciais ou necessidade da introdução de parâmetros no *setting* terapêutico. Esta é uma realidade em todas as áreas da medicina, mas o fato é que cada vez mais se atendem pacientes difíceis em

psiquiatria e psicoterapia, e cada vez mais se consegue trabalhar com tais casos, com a evolução da teoria e da técnica. Nesse contexto, sabemos que técnicas rígidas podem não ser as mais adequadas e, portanto, certa flexibilidade se faz por vezes necessária, ou seja, a adaptação de abordagens e o uso de técnicas mistas, que incluam psicoterapia e medicação, ou atendimento individual e de família etc.

Quem são os pacientes?

Em estudo realizado com uma amostra de 85 pacientes que tiveram indicação de POA no ambulatório de psicoterapia do HCPA em 2005 e 2006, constatou-se que apenas 31 (36,5%) não tinham realizado tratamento psiquiátrico no passado. De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, 63 (74,1%) tinham pelo menos um diagnóstico em EIXO I, 19 (22,4%) em EIXO II, 42 (49,4%) uma doença em EIXO III e 72 (84,7%) um estressor identificável em EIXO IV. A GAF média (EIXO V) foi 62,6+17,1 (TABELA 1). Sessenta e um pacientes (71,8%) estavam tomando pelo menos um psicotrópico no momento da avaliação da indicação da psicoterapia. A amostra foi composta por 71 mulheres (83,5%), a média de idade foi de 38,5+11,3 anos, a escolaridade média, de 11,9+3,2 anos completos de estudo formal, e a renda média foi 3,2+2,7 salários mínimos¹¹.

O ensino da psicoterapia na vigência do uso de psicofármacos: supervisão dos tratamentos combinados

Lipowsky¹² alerta para o problema do reducionismo na psiquiatria e afirma que nem um enfoque que não considere a mente nem um que não considere o cérebro pode fazer justiça à complexidade da doença mental. O pluralismo em psiquiatria é uma necessidade. Entenda-se por pluralismo não uma postura pragmática na qual o terapeuta usa seja o que for que pensa ajudar o paciente de forma ingênua e sem crítica, mas sim uma postura integradora, onde a pureza teórica pode ser preservada e as diferenças, respeitadas^{13,14,15}. Sobre isso, Gabbard diz que “o reducionismo de uma explicação puramente psicanalítica ou puramente biológica dos eventos humanos é tentador, gostamos de simplificar as coisas, mas fazemos um desserviço a nossos pacientes quando não reconhecemos a sua complexidade”.

Wallerstein¹⁶ postula que, para ser efetiva ao máximo, cada abordagem deve estar em sintonia com o paciente para quem ela é mais apropriada. Segundo Yager¹⁷, um maior pluralismo envolve abordar cada situação clínica por múltiplas perspectivas teóricas e estabelecer aquela mais de acordo com

os desejos e necessidades do paciente sem abrir mão da melhor informação disponível. Dentre as questões abordadas frequentemente na literatura está o uso combinado de medicação e POA, presente em mais da metade dos casos atendidos em nosso ambulatório. Revisando o uso adjuvante da medicação na psicoterapia, Marmor¹⁸ e Karasu¹⁹ concluíram que medicamentos eram mais úteis no alívio dos sintomas a curto prazo, permitindo que o paciente se tornasse mais acessível à exploração psicoterapêutica. Como citaram Bellak e cols. (1973), “para algumas formas de psicoterapia e, mesmo algumas formas modificadas da psicanálise, as drogas psicotrópicas fazem o papel que os anes-tésicos fazem para a cirurgia: elas frequentemente representam as condições que permitem que a intervenção prossiga”²⁰.

Em seu estudo sobre o tratamento combinado para pacientes com transtornos de personalidade e depressão, Marcus²¹ observou que os antidepressivos melhoraram dramaticamente a rapidez e a eficácia da psicoterapia, atuando em funções autônomas do ego, como a regulação e a modulação do afeto. De fato, na prescrição de um fármaco, o fenômeno transferencial e as fantasias inconscientes podem se desenvolver de diversas formas e, assim sendo, dar oportunidade para o entendimento psicoterapêutico, servindo como mais um auxílio ao entendimento do mundo interno dos nossos pacientes²².

Os programas de residência em psiquiatria raramente ensinam algo sobre o tratamento combinado entre as diversas modalidades^{23,24}. A supervisão dos residentes, em geral, é dividida (dissociada) em psicoterapia e psicofarmacoterapia. Consequentemente, quando a terapia combinada é aplicada, o residente pode ter a preocupação de que estaria “desviando do procedimento ortodoxo”²⁵. Segundo Lipowski¹², deve-se ensinar aos residentes tópicos de avaliação diagnóstica multifatorial, bem como as diversas modalidades terapêuticas. Ainda que não se possa esperar que todos os psiquiatras sejam capacitados a usar todas as formas de tratamento, espera-se que sejam capazes de avaliar qual(is) modalidade(s) terapêutica(s) melhor satisfaz(em) as necessidades individuais de cada paciente.

No entanto, é possível que o papel do ensino das diferentes áreas da psiquiatria reflita a realidade encontrada no campo das pesquisas²². Como identificar o tratamento mais eficaz para determinado paciente? Como avaliar quanto cada terapêutica contribui no total do processo terapêutico? Netto²⁶ acredita que a psicanálise tem muito a contribuir nas formações de psiquiatras, tendo em vista que sua orientação teórica está dirigida à subjetividade e à particularidade de cada indivíduo, à consideração de essências pessoais, o que está além de diagnósticos e medicamentos. A integração entre paciente e psiquiatra é resultado da capacidade do processo terapêutico de absorver e

assimilar todos os dados e aspectos da personalidade do paciente. Só assim é possível a evolução e o aprofundamento do tratamento psicoterápico²².

Pesquisa em psicanálise e psicoterapia de orientação analítica

Diante dessa realidade, nos parece evidente a necessidade de maiores estudos e pesquisas sobre o tema proposto. Ao longo das últimas décadas, as pesquisas em psicoterapia psicanalítica têm trazido inúmeras contribuições. Estudos de eficácia controlados evidenciaram que, no tratamento de uma série de psicopatologias, a aplicação do modelo analítico em psicoterapias breves manualizadas é, de modo geral, superior ao placebo e equiparável a outros modelos de psicoterapia como a terapia cognitivo comportamental e a terapia interpessoal^{27,28,29}. Estudos de follow-up que acompanharam pacientes com transtorno de personalidade borderline, após tratamento de média a longa duração, demonstraram eficácia equiparável e, em alguns aspectos, superior a outros tipos de psicoterapia^{30,31}. Além disso, ferramentas confiáveis têm sido desenvolvidas para medir aspectos psicológicos, permitindo que tais fatores sejam estudados dentro do processo psicoterápico.

No entanto, diversos autores afirmam que a validade de alguns de seus construtos teóricos, e mesmo a efetividade do método psicanalítico, é ainda pouco estabelecida na literatura científica^{29,32}. Além disso, diversos aspectos da metodologia ideal a ser aplicada em estudos nessa área têm sido discutidos, de modo que o tratamento pesquisado não se afaste daquele aplicado na “vida real”, ao mesmo tempo em que se mantém o cuidado de atentar para questões relacionadas a manutenção da validade interna das pesquisas³³.

Na essência mesma do método psicanalítico está a noção de que tratamento e investigação são concomitantes, pois o curso de um processo analítico tem como centro a ideia de que se trata de um procedimento em que analista e paciente estudam, de forma compartilhada, as expressões, os significados e as rotas históricas que produzem o sofrimento psíquico atual deste. Nas últimas décadas, com o crescente refinamento do método analítico, cada vez mais se incluem a mente do analista e o campo bipessoal que este constitui com o paciente como elementos centrais da investigação.

Como ocorre com as demais disciplinas científicas, a psicanálise necessita da pesquisa para continuar produzindo conhecimento, não se estagnar em fórmulas repetitivas e encontrar sempre novas formas de diálogo com outros saberes. Tais desafios têm a ver com a definição do termo “pesquisa”, com os métodos a serem empregados na pesquisa e com a maior ou menor disponibilidade de psicanalistas e pesquisadores em buscar maneiras de

compatibilizar a especificidade da psicanálise com as exigências da pesquisa. Embora a experiência clínica acumulada em mais de 100 anos de trabalho efetivo não dê lugar a quaisquer dúvidas na mente dos analistas experientes e dos pacientes e suas famílias, tais estudos nos permitem um diálogo mais amplo com a psiquiatria baseada em evidências³⁴.

No que se refere à relação entre a psicanálise e a psiquiatria, da mesma forma que no tocante ao papel da pesquisa, temos um importante desafio a enfrentar, que demanda uma capacidade de escuta e de interlocução considerável. Concretamente, os programas de pós-graduação em psiquiatria necessitam preservar e desenvolver a área de pesquisa em psicanálise, incluindo e reconhecendo a inestimável contribuição das pesquisas qualitativas, possivelmente as mais específicas para estes estudos. De sua parte, os pesquisadores em psicanálise necessitam desenvolver maior sofisticação metodológica. Tais medidas se impõem pela simples razão de que nossa disciplina necessita preservar e desenvolver suas ciências básicas, entre elas a psicanálise, a partir das quais se originam os principais métodos terapêuticos e cujo conjunto nos torna mais capazes de cumprir a verdadeira razão de nossa existência, ou nossa relevância como empreendimento humano. Por mais dificuldades que existam neste convívio, psiquiatria e psicanálise necessitam-se mutuamente; ignorar tal fato não é apenas um estreito reducionismo, senão uma lamentável negligência médica.

A pesquisa em psicoterapia vem se tornando um empreendimento científico sério, mas alguns obstáculos já superados pelas ciências biológicas ainda não foram ultrapassados na área da psicoterapia. Existem muitas dificuldades, entre elas o fato de que não conseguimos amostras homogêneas (se é que são possíveis), não dispomos de placebo adequado nem de uma linguagem comum³⁵. Seguimos nos perguntando que tipo de tratamento, realizado por quem em que momento e sob quais condições leva a que extensão de benefício e em quanto tempo para este indivíduo específico com este problema³⁶.

A pesquisa em psicoterapia de orientação analítica no HCPA e no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Como exemplo da tendência atual de tentar integrar a psicoterapia de orientação psicanalítica com a medicina baseada em evidências para a manutenção de seu ensino na formação psiquiátrica, pode-se citar o desenvolvimento do modelo Y para o ensino de competências psicoterápicas nos EUA e os métodos descritos por Kernberg para o ensino de psicoterapia no atendimento psiquiátrico de pacientes com Transtorno de Personalidade

Borderline^{37,38}. Na mesma direção e aproveitando a forte presença do elemento psicanalítico na assistência, na pesquisa e no ensino dentro deste hospital, formou-se no HCPA um grupo de supervisores e pesquisadores em psicoterapia de orientação analítica que está implantando um protocolo de avaliação da indicação e planejamento da psicoterapia (ANEXO 1), bem como tem trabalhado juntamente com os alunos do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e linhas de pesquisa do HCPA na elaboração de projetos de pesquisa. O foco dessas pesquisas engloba processo e resultado, além de questões relacionadas a ensino e supervisão. O diálogo com a área biológica também tem sido buscado, ao serem adicionadas, judiciosamente, medidas de marcadores de funcionamento cerebral aos protocolos de pesquisa.

O desenvolvimento dos protocolos de assistência e pesquisa também tem com objetivo a sistematização do ensino e da assistência, a busca continuada por melhorias no tripé da formação do terapeuta e a busca de soluções aos desafios éticos apresentados. Como, seguindo a metodologia implantada em diversos ambulatórios clínicos do HCPA, pretende-se convidar todos os pacientes que ingressarem no ambulatório para participar das pesquisas, está se discutindo a elaboração de um instrumento ético do tipo consentimento informado específico para os pacientes, que aborde claramente a questão relativa à pesquisa, mas também aquelas relacionadas ao modelo assistencial que implica supervisão, discussão dos casos e comparecimento eventual a entrevistas em grupo.

A meta atual, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e do ensino, ao mesmo tempo em que se obtêm dados padronizados mínimos para o desenvolvimento de pesquisas metodologicamente adequadas, é a implantação do protocolo de avaliação e do instrumento de avaliação da indicação de psicoterapia de orientação analítica, já testados em estudos prévios (ANEXO 1) para todos os casos do ambulatório e como ferramenta para supervisão e planejamento terapêutico.

Este instrumento permite uma maior compreensão do paciente em tratamento bem como auxilia o terapeuta no seu aprendizado. No entanto, ele já é resultado de quase uma década de trabalho sistemático de revisão, estudo, grupos de discussão e pesquisas. Foi elaborado a partir de uma série de estudos previamente realizados nessa instituição, através do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, que testou protocolos de indicação, planejamento terapêutico, paralelamente a estudos de efetividade, utilizando-se de instrumentos clínicos e estatísticos^{1,2}. Nesse mesmo sentido, também foi desenvolvido pelo nosso grupo um instrumento que objetiva garantir que a técnica utilizada possa ser dita psicanalítica, sem a necessidade de manualização, permitindo a investigação do método terapêutico como de fato é aplicado em nosso meio³.

Considerações finais

Do exposto, verifica-se que o ensino de POA se constitui numa marca registrada deste Departamento, acompanhando sua evolução histórica e contribuindo para o estabelecimento de uma cultura específica que caracteriza a psiquiatria gaúcha. Embora as bases teóricas se mantenham, as experiências e os desafios apresentados por casos mais complexos, patologias que foram sendo sucessivamente identificadas e diagnosticadas e a própria maturação do grupo de professores, ao lado dos desenvolvimentos no campo das psicoterapias, levaram a novas configurações, em que a introdução da pesquisa, a necessidade de estudos de processo e efetividade, o convívio com novas áreas em expansão na psiquiatria e na psicanálise esboçam um novo cenário. Neste cenário, que tem como pano de fundo o convívio com outras áreas da especialidade e da prática médica, observa-se um continuado estímulo para o estudo e a pesquisa de novas patologias, abordagens mais flexíveis, tratamentos combinados, novos dilemas éticos e um renovado estímulo para a aplicação deste método através do convívio da experiência de distintas gerações e a possibilidade da abertura de novas fronteiras para o campo da psicoterapia de orientação analítica. Assim, enfatizamos a importância do conceito, descrito por Keats e usado por Bion, de capacidade negativa, ou seja, de poder conviver com a incerteza e as dúvidas sem uma busca irritante de fatos ou respostas imediatas, além de adquirir a noção de que a técnica psicanalítica exige educação continuada, mais supervisão, estudo e uma grande dose de humildade para tolerar as possibilidades e limitações do método.

Referências

1. Mullen LS, et al. *Am J Psychiatry*. 2004;161:9.
2. Nemiah JC: *On learning psychotherapy* (edtl). *Am Journal of Psychiatry*. 1981;138:216-7.
3. Nemiah JC: *Supervision: teaching or psychotherapy?* *Canada's Ment Health Suppl*. 1971;66:3-63.
4. Greden JF, Casariego JI. *Controversies in Psychiatric Education: a survey of residents attitudes*. *American Journal of Psychiatry*. 1975;132:3.
5. Coryell W. *The organic-dynamic continuum in psychiatry: trends in attitudes among third-year residents*, *American Journal of Psychiatry*. 1982;139:1.
6. Liston EH, Yager J, Strauss GD: *Assessment of psychotherapy skills: the problem of interrater agreement*. *Am J Psychiatry*. 1981;138:1069-74.

7. Moline R, Winer JA: Assessment of residents ability to do psychotherapy. *J Psychiatr Educ* 1985;9:329–37.
8. Buckley P, Conte HR, Plutchik R, Karasu TB, Wild KV. Learning Dynamic Psychotherapy: a longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*. 1982;139:1607-10.
9. Eizirik CL. Relatório para a Mesa-redonda História da formação analítica na América Latina, XXIII Congresso Latino-Americano de Psicanálise, Gramado, 4 a 9 de setembro de 2000.
10. Eizirik CL. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):171-2.
11. Hauck S, Sordi A, Sbardelotto G, Krue L, Terra L, Schestatsky S, Ceitlin LHF. Trabalho não publicado.
12. Lipowski ZJ. To reduce or to integrate: psychiatry's dilemma. *Can J Psychiatry*. 1986;31:347-51.
13. Osório CM, Seixas PHG, Wainstein M, Hidalgo MLP, Ferreira LC, Netto M, et al. Unidade e diversidade na psiquiatria, perspectivas da integração do pensamento psiquiátrico. *J Bras Psiquiatr*. 1993;42:133-7.
14. Albeniz A, Holmes J. Psychotherapy integration: its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1996;169:563-70.
15. Eizirik CL. Perspectivas de integração do pensamento psiquiátrico. *Rev Psiquiatr RS*. 1993;15:11-5.
16. Wallerstein R. *Forty two lives in treatment*. New York: Guilford Press; 1986.
17. Yager J. Psychiatric eclecticism: a cognitive view. *Am J Psychiatry*. 1977;134:736-41.
18. Marmor J. The adjunctive use of drugs in psychotherapy. *J Clin Psychopharmacol*. 1981;1:312-5.
19. Karasu TB. Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1102-13.
20. Bellak L, Chassan JB, Gediman HK, Hurvich M. Ego function assessment of analytic psychotherapy combined with drug therapy. *J Nerv Ment Dis*. 1973;157(6):465-9.
21. Marcus ER. Integrating psychopharmacotherapy, psychotherapy and mental structure in the treatment of patients with personality disorders and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13(2):255-63.
22. Frey BN, Mabilde LC, Eizirik LC. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(2):118-23.
23. Kahn D. The dichotomy of drugs and psychotherapy. *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13(2):197-208.

24. Mabilde LC, Kapczinski F, Ribeiro L, Tocchetto A. Considerações sobre o tratamento farmacológico e psicodinâmico dos transtornos de ansiedade. *R Psiquiatr RS*. 1999;21(1):41-51.
25. Goldhamer PM. Psychotherapy and pharmacotherapy: the challenge of integration. *Can J Psychiatry*. 1983;28:173-7.
26. Netto OFL. (2001). Um psicanalista na instituição psiquiátrica assistencial e de ensino. *Psicol USP*. 12(2):211-9.
27. Leichsenring, F. (2005). "Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data." *Int J Psychoanal* 86(Pt 3): 841-68.
28. Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother*. 2007;80(Pt 2):217-28.
29. Lewis AJ, Dennerstein M, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(6):445-55.
30. Bateman AW, Ryle A, et al. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(1):51-62.
31. Clarkin JF, Levy KN, et al. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6): 922-8.
32. Gabbard GO, Gunderson JG, et al. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):505-10.
33. Maat SD, Dekker J, et al. The effectiveness of long-term psychotherapy: Methodological research issues. *Psychotherapy Research*. 2007; 17(1):59-65.
34. Eizirik CL. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006;28(3):171-2.
35. Saffer PL. *Revista de Psiquiatria do RS*. 2007;29(2):223-32.
36. Jamison KR. *Uma mente inquieta*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
37. Plakum EM, Sudak DM, Goldberg D. The Y model: an integrated, evidence-based approach to teaching psychotherapy competencies. *J Psychiatr Pract*. 2009;15(1):5-11.
38. Vidal M. Ensino da Psicoterapia no Atendimento Psiquiátrico dos Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010;26(4):725-8.
39. Hauck S, Gomes FG, et al. Development of the Instrument for Evaluation of Suitability for Psychoanalytic Psychotherapy: structural equation modeling. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2006;8(2-3):155-70.

40. Hauck S, Kruehl L, et al. Factors related to early dropout in psychoanalytic psychotherapy. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2007;29(3):265-73.
41. Hauck S, Crestana T, et al. Research in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: a new tool for the evaluation of adherence to the technique in studies of effectiveness. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(3):293-4.

Correspondência:

Dr. Cláudio Laks Eizirik

Serviço de Psiquiatria - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350
Porto Alegre, RS, Brasil
CEP 90035-903
ceizirik.ez@terra.com.br

Dra. Simone Hauck

Av. Taquara, 386 - sala 808
Porto Alegre, RS, Brasil
CEP 90460-210

Anexo 1

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

Protocolo de Avaliação da Indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica

Data do preenchimento do protocolo: ____ / ____ / ____

Supervisão da avaliação: () Sim () Não

Número de entrevistas de avaliação: _____ entrevistas

Indicação de Psicoterapia Psicanalítica () Sim () Não

1 – Identificação e Dados Demográficos:

Nome: _____

Prontuário: _____ Telefone(s): _____

Estado Civil: () solteiro () casado ou em união estável () separado
() separado judicialmente ou divorciado () viúvo

Escolaridade _____ anos de estudo concluídos

Profissão: _____

() Empregado () Desempregado () Afastado por invalidez () Aposentado

Renda pessoal aproximada: _____ salários mínimos nacionais

Renda familiar aproximada: _____ salários mínimos nacionais

Religião: _____ Praticante: () Sim () Não

Reside com: _____

Filhos (idades): _____

Fonte de encaminhamento: _____

2 – História Clínica

Motivo da procura da POA (palavras do paciente):

Motivo da procura da POA (no entendimento do terapeuta):

História prévia de transtorno psiquiátrico: () Não () Sim

Qual(is): _____

História de traumas [estressores agudos e/ou crônicos] () Não () Sim

Qual(is): _____

Tratamento psiquiátrico prévio: () Não () Sim

Qual(is): _____

Medicação atual: () Não () Sim

Qual(is): _____

Psicoterapia prévia: () Não () Sim (Onde, quando, duração, interrupções, tipo):

História prévia de transtorno psiquiátrico: () Não () Sim Qual(is)? _____

Hipóteses diagnósticas segundo o DSM IV-TR:

EIXO I: _____
 EIXO II: _____
 EIXO III: _____
 EIXO IV: _____
 EIXO V: _____ (GAF ATUAL) _____ (GAF 12 meses antes)

3 – Dados Psicodinâmicos

Sentimentos despertados durante a avaliação (contratransferência): _____

Sentimentos transferenciais predominantes: _____

Defesas predominantes (DSM-IV-TR):

A definição de cada um dos mecanismos citados encontra-se na página 757 do DSM-IV-TR e dos níveis resultantes na página 755.

* Assinalar as 7 defesas mais observadas, numerando de 1 a 7, sendo 1 a mais frequente.

	Distorção psicótica		Anulação
	Negação psicótica		Deslocamento
	Projeção delirante		Dissociação
	Atuação [acting out]		Formação reativa
	Agressividade passiva		Intelectualização
	Queixa com rejeição de ajuda		Isolamento do afeto
	Retraimento apático		Repressão
	Cisão da auto-imagem e da imagem dos outros		Afiliação
	Fantasia autista		Altruísmo
	Identificação projetiva		Antecipação
	Negação		Auto-afirmação
	Projeção		Auto-observação
	Racionalização		Humor
	Desvalorização		Sublimação
	Idealização		Supressão
	Onipotência		

Nível predominante (DSM-IV-TR):

- () Nível da desregulação defensiva
- () Nível da ação
- () Nível de importante distorção da imagem
- () Nível da negação

- () Nível de leve distorção de imagem
- () Nível das inibições mentais (formação de compromisso)
- () Alto nível adaptativo

4 – Critérios de Indicação de POA

Instrumento para Avaliação da Indicação de Psicoterapia de Orientação Analítica (IESPP)
Hauck et al, 2006³⁹

Instruções: Baseando-se nas entrevistas de avaliação do paciente, marque o número que parecer mais adequado, segundo a sua impressão: Obs: se houver alguma observação a ser feita sobre algum dos critérios de indicação de psicoterapia mencionados abaixo, anotar na sessão referente à hipótese psicodinâmica.

1. Qualidade das relações de objeto

Extremamente Ruim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

Entende-se por relação de qualidade excelente quando o paciente é capaz de manter relacionamentos estáveis (de amizade, afetivo, familiar, transferencial), ou seja, não há rompantes de agressividade importantes ou instabilidade entre amor e ódio e o paciente é geralmente capaz de contar com as pessoas próximas quando necessita e vice-versa. A noção das características boas e ruins de si e dos outros (inclusive terapeuta) é muito pouco distorcida e relativamente estável.

2. Tolerância à frustração:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

Quando não há tolerância a frustração, ao ser defrontado com situações da realidade contrárias às demandas do “Id” (por exemplo, quando é contrariado ou impedido de realizar algo que deseja), o paciente sente-se muito irritado, reagindo de forma agressiva (verbal ou física) ou “atuando” para se livrar da ansiedade (por exemplo, uso de drogas, conduta de risco, automutilação, tentativa de suicídio etc.).

3. Controle de impulsos:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

A capacidade de controlar impulsos implica em postergar as demandas do “id”, por exemplo, impulsos agressivos (contra si e contra os outros) e desejos (sexo, comida, jogo, uso de drogas), quando necessário.

4. Identidade – noção de “self”:

Difusa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Íntegra

Uma “identidade” íntegra pressupõe que o paciente consiga definir “quem é” (suas qualidades e defeitos, desejos e aspirações, contrariedades) e avaliar de forma razoável outras pessoas. Quando a identidade é difusa, o paciente não tem uma definição estável de si nem dos outros (há uma alternância entre “perfeição” e avaliações extremamente negativas, associadas a amor e ódio, sentimentos de vazio e falta de sentido), há uma falta de coerência e consistência próprias, dificuldade em avaliar os próprios valores, motivações, comportamentos e interações pessoais – e de se dar conta das motivações e estados mentais dos outros.

5. Conflito com Dependência:

Presente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Ausente

Quando há conflito com dependência o paciente tem dificuldade em contar com as pessoas, receber ajuda (e reconhecer esse fato) ou sente-se totalmente “dependente” de alguém (ou algo). Em alguns casos essas condições podem alternar-se, resultando em momentos em que o paciente sente-se extremamente dependente e outros em que não é possível receber ajuda, sentindo-se obrigado a dar conta de tudo.

6. Capacidade de pensar psicologicamente:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

Quando há uma notável capacidade de pensar psicologicamente, o indivíduo consegue pensar (refletir) sobre seus pensamentos e desejos, considerando motivações inconscientes para suas atitudes e reconhecendo sua parte nos conflitos (na realidade externa e interna).

7. Sofrimento Psíquico:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Evidente

Diz respeito ao grau de sofrimento naquele momento da vida. A avaliação desse sofrimento deve ser baseada na percepção do terapeuta sobre sua magnitude.

8. Curiosidade Psíquica:

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Evidente

O paciente tem curiosidade sobre o significado inconsciente de seus pensamentos, atitudes e desejos e sobre o seu papel na conflitiva atual.

9. Capacidade de formar aliança terapêutica:

Qual sua impressão sobre a propensão do paciente formar uma aliança terapêutica para a realização de um trabalho de orientação analítica?

Ausente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Excelente

5 – Planejamento Terapêutico:

Fator Desencadeante: _____

HIPÓTESE PSICODINÂMICA PRELIMINAR

Conflito primário: _____

Funcionamento atual (padrão das relações de objeto; defesas predominantes): _____

Conflito Atual: _____

Foco: _____

Estratégias iniciais (por exemplo, pontos de urgência e transferência provável): _____

Objetivos: _____

Características da Psicoterapia atual:

1. Supervisão: () Sim () Não 2. Frequência: () 1x () 2x semana

OBS (parâmetros, quebras de *setting*, particularidades): _____

Avaliador: _____