

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***Aplicação da Psicoterapia Psicodinâmica na crise no  
contexto do internamento Psiquiátrico***

Rita Margarida Fonseca e Costa

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***Aplicação da Psicoterapia Psicodinâmica na crise no  
contexto do internamento Psiquiátrico***

Rita Margarida Fonseca e Costa

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2012

**Agradecimentos:**

Aos meus pacientes pelo que me ensinaram e confiaram.

Aos meus pais e amigos, pelo apoio e ajuda.

Aos meus filhos, por tudo.

Ao Professor Bruno Gonçalves, por toda a ajuda e  
partilha de conhecimento.

## **Resumo**

Este estudo debruçou-se sobre a aplicação dos modelos de psicoterapia psicodinâmica, em pacientes em crise, no contexto do internamento psiquiátrico, numa unidade de agudos. Apresenta-se uma breve revisão de literatura sobre a temática em estudo, enquadrando teoricamente as diferenciações dos vários tipos de psicoterapia psicodinâmica. Aprofundamos as dimensões e as técnicas da psicoterapia psicodinâmica de apoio e a psicoterapia psicodinâmica expressiva, limitada ou não no tempo.

Apresentamos vários modelos de intervenção, numa perspetiva histórica, tendo em conta os conceitos teóricos mais relevantes, o tipo de pacientes e os resultados obtidos. As alterações preconizadas ao nível da técnica em função do tipo de pacientes, foram igualmente estudadas e feita uma reflexão sobre os elementos mais importantes para a nossa prática clínica. É referida a evolução das metodologias de investigação em psicoterapia psicodinâmica, assim como do processo psicoterapêutico em si. As evidências científicas, de diferentes métodos de intervenção psicoterapêutica são consideradas, apresentando-se estudos relativos ao processo psicoterapêutico, investigações com pacientes de diagnóstico psiquiátrico diferenciado, estudos comparativos e meta-análises de intervenções psicoterapêuticas diferenciadas, como a psicoterapia cognitivo-comportamental e a psicofarmacologia.

O modelo de Gilliéron (2004), é aquele que mais se aproxima da nossa conceção e técnica, apresentando uma maior adequação ao contexto da nossa prática, por ser um modelo inclusivo na escolha do tipo de intervenção e nos objetivos terapêuticos pretendidos. O modelo de intervenção psicoterapêutico por nós utilizado é descrito nas suas duas fases, articulando aspetos teóricos e de aplicação prática através do recurso a quatro casos clínicos. Concluímos que a diferenciação entre as mudanças psicológicas, que permitam o manejo futuro de situações de uma forma mais adequada ou o restabelecimento do equilíbrio anterior à crise, parece dever-se ao tipo de patologia, organização de personalidade e da motivação para a mudança. Efetuamos algumas considerações finais resultantes da articulação teórico-prática.

Palavras-chave: psicoterapia, psicoterapia psicodinâmica, modelos de psicoterapia psicodinâmica breve, intervenção em crise, investigação em psicoterapia.

## Summary

This study focused on the application of models of psychodynamic psychotherapy to patients in crisis, in the context of psychiatric hospitalization in an hospital acute unit. A brief literature review was made on the topic under study, theoretically framing the differences of the various types of psychodynamic psychotherapy. Thus, we deepen the dimensions and techniques of psychodynamic psychotherapy and supportive expressive psychodynamic psychotherapy, limited in time or not.

We have presented various models in a historical perspective, taking into account which theoretical concepts are more relevant for each kind of patients and results obtained. Technical changes were also studied and a reflection was made on the most important elements to our clinical practice. The developments of research methodologies in psychodynamic psychotherapy, as well as the psychotherapeutic process itself, are addressed through the literature review. The scientific evidence from different methods of psychotherapeutic intervention were considered, presenting studies on the psychotherapeutic process, investigations of patients with different psychiatric diagnoses, comparative studies and meta-analyzes with different interventions, such as cognitive-behavioral psychotherapy and psychopharmacology.

The model of Gilliéron (2004), is the closest to our conception and technique, presenting a greater adaptation to the context of our intervention. The psychotherapeutic intervention model used by us is described in its two phases, combining theoretical aspects and practical application, using illustrations of four clinical cases. We concluded that the differentiation of psychological changes, allowing the management of future situations in a more appropriate manner or restoring the balance before the crisis, seems to be due to the type of pathology, personality organization and motivation for change. Other considerations were made as a result of the articulation of theoretical and practical aspects.

Keywords: psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, crisis intervention research in psychotherapy.

## Índice

I- Enquadramento.....	2
1.1. Nota introdutória.....	2
1.2. Enquadramento teórico .....	3
1.3.Diferenciação de tipos de psicoterapia psicodinâmica .....	6
II. Modelos de psicoterapia breve e intervenção na crise.....	9
2.1. A segunda geração de psicoterapias breves.....	12
2.1.1. Modelo de Malan- Balint.....	12
2.1.2. Modelo de Psicoterapia de Sífneos.....	16
2.1.3. Modelo de Davanloo.....	19
2.2. A Terceira Geração das Psicoterapias Breves .....	20
2.2.1. Modelo de Strupp.....	20
2.2.2. Modelo de Luborsky .....	21
2.2.3. Modelo de Gilliéron.....	23
III. Evidências da eficácia da psicoterapia psicodinâmica breve .....	26
IV. Articulação reflexão clínica .....	33
4.1.Pressupostos base do nosso modelo.....	33
4.2. Avaliação inicial .....	35
4.3.Intervenção psicoterapêutica.....	41
4.4. Ilustrações clínicas .....	44
V. Considerações finais.....	52
VI-Bibliografia .....	56

## **I- Enquadramento**

### **1.1. Nota introdutória**

O presente trabalho procura responder a algumas questões que têm surgido ao longo do nosso percurso como psicóloga clínica, mais especificamente, como psicoterapeuta já com 17 anos de exercício. Estas refletem, com maior ênfase, a experiência obtida no contexto da intervenção ao nível de uma instituição psiquiátrica, nomeadamente numa unidade de agudos, matizada pela experiência como psicoterapeuta em clínica privada.

A psicologia psicodinâmica é o referencial teórico deste estudo, modelo teórico escolhido ao longo da formação académica e também da formação de especialização como psicoterapeuta, pela Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica.

A aplicação de um modelo psicodinâmico no contexto do internamento psiquiátrico de agudos, numa situação de crise coloca desafios variados à técnica. É uma situação de que resulta um acréscimo de desafios pelo contexto de grande dor mental, variedade de situações clínicas e de funcionamento psicológico. A duração da intervenção psicológica, por vezes limitada ao tempo de internamento, sendo uma das valências do tratamento, tem colocado variadas questões:

1. A psicoterapia psicodinâmica, no contexto de crise, tem como objetivo, a procura de mudanças psicológicas que permitam o manejo mais adequado de situações futuras de stress? Ou pretender-se-á apenas restabelecer o funcionamento psicológico anterior à crise?

2. Em que medida o diagnóstico clínico e a natureza da descompensação e/ou falência dos mecanismos defensivos tem implicações na técnica psicoterapêutica e nos resultados obtidos?

3. Quais os critérios de seleção dos pacientes para uma psicoterapia de apoio ou expressiva?

4. Que implicações têm as alterações técnicas nos resultados psicoterapêuticos?

## 5. O que torna a intervenção psicoterapêutica mais eficaz?

No presente trabalho, procurámos fazer uma breve revisão de literatura sobre os vários modelos de psicoterapia psicodinâmica breve e a sua evidência científica, no sentido de compreender as alterações técnicas preconizadas ao modelo psicodinâmico, considerando o tipo de pacientes e os resultados obtidos. Desta forma o trabalho iniciar-se-á com um enquadramento teórico da temática em estudo (I); seguido da apresentação de modelos de psicoterapia breve psicodinâmica e intervenção em crise (II); evidências científicas da psicoterapia psicodinâmica breve (III); articulação e reflexão com a prática clínica (IV); considerações finais (V).

### 1.2. Enquadramento teórico

A Organização Mundial de Saúde prevê um o aumento da prevalência de problemas emocionais, estimando que uma pessoa em dez vai necessitar de ajuda de um técnico de saúde mental pelo menos uma vez na vida (World Health Organization, 2002,2003,2005), situação agravada pela situação de crise atual (WHO, 2011). Em 2008 a comissão europeia estimava que cerca de cinquenta milhões de pessoas (11% da população europeia) teriam algum tipo de perturbação emocional. Em Portugal, relativamente à prevalência ao longo da vida, um em cada cinco pessoas experienciou uma perturbação emocional (23%). Estes dados, associados a uma maior evidência científica da eficácia da psicoterapia, tornam relevante estudar os modelos de intervenção psicoterapêutica (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011) neste trabalho de orientação psicodinâmica.

A psicoterapia é um método de tratamento mediante o qual um profissional treinado, valendo-se de meios psicológicos, especialmente a comunicação verbal e a relação terapêutica, realiza, deliberadamente, uma variedade de intervenções com o intuito de influenciar um cliente ou paciente, auxiliando-o a resolver problemas de natureza emocional, cognitiva e comportamental, já que ele o procurou com essa finalidade (Strupp, 1978). Existem vários tipos de psicoterapia e uma multiplicidade de modelos de classificação. Uns consideram o corpo teórico subjacente, outros o número de



indivíduos implicados e outros ainda classificam a psicoterapia, em função das técnicas utilizadas. Existem dois fatores fundamentais, que se evidenciam nas várias práticas psicoterapêuticas: o modo de gerir a relação terapeuta/paciente e a aplicação de um dispositivo espaço-temporal fixo (Gilliéron, 2004).

Neste estudo, iremos centrar-nos nos modelos psicodinâmicos de intervenção psicoterapêutica. Gill (1954) defende a existência de diferentes níveis de tratamento psicanalítico, com implicações específicas na relação terapêutica e particularmente nas contribuições do terapeuta para a relação. Considera que na teoria psicanalítica têm sido desenvolvidos quatro corpos teóricos fundamentais: a teoria da pulsão de Freud; a psicologia do ego; as relações de objeto e a psicologia psicanalítica do *self*. Estes têm levado ao desenvolvimento da técnica psicoterapêutica, nomeadamente a alterações nos conceitos teóricos subjacentes e à ênfase dada, quer aos constructos teóricos, quer ao processo psicoterapêutico. Assim, surgiram vários modelos de intervenção na psicoterapia psicodinâmica, a par e passo, com os desenvolvimentos teóricos, quer no que concerne a alterações de *setting*, do divã para o face a face, quer ao nível da inclusão de um tempo limite nalguns modelos, quer na técnica psicoterapêutica e no tipo de pacientes. Segundo Pine (1990), estes 4 tipos de evolução tiveram um grande impacto na compreensão dos determinantes interpessoais e sociais do desenvolvimento da personalidade e da psicopatologia. Muitos psicanalistas (Pine, 1990, Silverman, 1986, cit. in Gelso & Hayes, 1998) acreditam que estas perspetivas têm sido vitais para um aumento não só da compreensão da experiência humana, mas também de evoluções na prática clínica. Apesar de existirem pontos divergentes, ou enfoques com diferentes pesos, vários autores defendem a existência de aspetos centrais comuns na teoria subjacente às várias terapias psicanalíticas:

1. A existência e a importância do inconsciente que determina ou motiva o comportamento.
2. A importância de considerar o desenvolvimento do ser humano ao longo do ciclo de vida.

3. Todas as psicoterapias têm em conta o interface entre determinantes biológicos, sociais e interpessoais, contudo variam no peso dado a cada um destes fatores.

4. Primazia das funções mentais e estruturas que são constituídas ou adquiridas precocemente, sendo os primeiros anos de vida cruciais para a personalidade e desenvolvimento. Os primeiros anos de vida criam as lentes internas, ou seja, os esquemas a partir dos quais vivemos as experiências e compreendemos o mundo (Gelso & Hayes, 1998).

Gelso e Hayes (1998), partindo destas dimensões defendem ser possível encontrar generalizações dos fatores constituintes das várias psicoterapias psicanalíticas:

1. Relação terapêutica como fator vital para o sucesso do tratamento quer nas psicoterapias de longa duração, quer nas breves.
2. Aliança de trabalho como elemento crucial para tornar efetivo o trabalho.
3. Transferência e contratransferência enquanto eixo central nos tratamentos.
4. Relação real como elemento legítimo da psicanálise.
5. Atitude analítica, exploração e compreensão sem julgamento.

O estudo de Blagys e Hilsenroth (2000) sobre os tratamentos psicodinâmicos dá uma maior ênfase à técnica e realça aspetos que a caracterizam, nomeadamente:

1. Focalização no afeto e expressão da emoção.
2. Exploração dos esforços do doente para evitar determinados tópicos ou para empreender atividades que retardam o progresso terapêutico.
3. Identificação de padrões nas ações, pensamentos, sentimentos, experiências e relacionamentos do doente (relações de objeto).
4. Realce nas vivências passadas.
5. Focalização nas experiências interpessoais.
6. Ênfase na relação terapêutica.
7. Exploração de desejos, sonhos e fantasias.

A nossa experiência mostra-nos que os aspetos definidos por Blagys e Hilsenroth (2000) são mais ou menos utilizados consoante o paciente necessita de um trabalho mais de apoio ou expressivo, o que pode variar ao longo do processo psicoterapêutico de uma mesma pessoa. Estes aspetos, no seu conjunto, conduzem-nos à necessidade de distinguir e classificar os diferentes tipos de psicoterapia psicodinâmica.

### **1.3.Diferenciação de tipos de psicoterapia psicodinâmica**

Dentro do corpo teórico da psicanálise podemos considerar a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica a qual, por sua vez, se divide em vários subtipos. A **psicoterapia psicanalítica** ou **psicoterapia dinâmica expressiva**, *nuances* terminológicas encontradas na literatura para designar técnicas cujos objetivos e características são equivalentes, é uma técnica em que, tal como na psicanálise, a interpretação tem um papel central. A diferença essencial parece-nos residir num papel mais ativo por parte do psicoterapeuta, na medida em que tenta ajudar o paciente na resolução de problemas concretos e da vida real.

Seguimos a perspetiva de Gelso e Hayes (1998), que recomendam a compreensão do funcionamento do paciente e da sua personalidade, assim como, a análise da transferência e das resistências com uma reconstrução limitada do passado. É de referir a importância de especificar a área ou o nível, em que o paciente está a adquirir *insight* como, por exemplo, nos sentimentos, no comportamento ou nas relações interpessoais atuais.

Ao nível das técnicas utilizadas, também podemos encontrar alguns aspetos distintos, entre a psicanálise e a psicoterapia psicodinâmica expressiva, nomeadamente o recurso mais frequente do que na psicanálise à clarificação, sugestão, confrontação e à aprendizagem através da experiência (Cordioli et al. 1998; Leichsenring & Liebing, 2007).

Sabemos que a transferência e contratransferência são usadas para trabalhar as reações do paciente na relação com o terapeuta e outros. No entanto, na psicoterapia psicodinâmica este recurso está mais focado no “aqui e agora”. Em determinados momentos, o terapeuta pode intervir no lado mais

frágil do eu, salientando evidências que o paciente pode utilizar, quer para melhorar o ajustamento, quer para colocar limites no comportamento desajustado. A neutralidade técnica na psicoterapia psicodinâmica é o enquadramento de trabalho ideal, repetidas vezes abandonado preventivamente e interpretativamente restaurado (Kernberg, 1984; Kernberg, 1999).

Na literatura por nós consultada é apresentado como critério de indicação para este tipo de intervenção, o facto de os pacientes apresentarem força do eu, constatando-se que, embora os pacientes mais perturbados possam usar a compreensão para resolver problemas, desde que exista a inclusão de alguns elementos de suporte. A profundidade das interpretações na transferência depende da fragilidade do paciente, da sua capacidade de tolerar a interpretação e se esta é ou não percebida como angustiante (Gabbard 2004; Kaplan & Sadock, 1991; Leichsenring & Leibing, 2007; Macwilians, 2005). A frequência deste tipo de intervenção é de 2 a 3 sessões por semana, sendo considerada breve até às 24 sessões durante 1 a 6 anos, segundo Gabbard (2004). Esta é também chamada psicoterapia orientada para o *insight*, expressiva ou intensiva, em que se promove o desenvolvimento do *insight* e a ventilação dos sentimentos num *setting* com limites e ausência de julgamento.

Um outro tipo de intervenção dentro da psicoterapia psicodinâmica é a **psicoterapia de apoio**, mais habitual em pacientes mais perturbados e que não têm recursos internos para outro tipo de trabalho terapêutico. Por exemplo, quando o paciente resiste a uma psicoterapia expressiva e a avaliação diagnóstica efetuada indica que um processo gradual de maturação, baseada num foco identificado, é a melhor forma de promover o desenvolvimento. Assim, podemos considerar que o objetivo é restaurar ou fortalecer as defesas e integrar as capacidades deterioradas, oferecendo o suporte de uma figura investida de autoridade durante um período de doença, turbulência ou descompensação temporária. Como refere Knight (1952, cit. in Wallerstein, 1989), na psicoterapia de apoio a intenção é apoiar e reconstruir os mecanismos de defesa e os métodos adaptativos usados habitualmente pelo paciente antes da descompensação. Gill (1952, cit. in Wallerstein, 1989 p.575) refere vários meios para o fortalecimento das defesas:

1. Estimulação de atividade do eu, em que se combina a defesa com a gratificação adaptativa e o desencorajamento de gratificações desadaptativas.
2. Evitar uma maior fragilização das defesas inconscientes vitais para o equilíbrio psíquico do paciente.
3. Fomento de compromissos neuróticos que permitam uma descarga parcial das pulsões, facilitando o trabalho do sistema defensivo.

Mantem-se, tal como na psicoterapia psicodinâmica expressiva, a utilização da atitude analítica, atenção à transferência e contratransferência e de técnicas de promoção do *insigth*. No que concerne à interpretação, são utilizados os passos preliminares, como a clarificação e confrontação, mas não se utiliza a interpretação em si mesma. Em contraste, utiliza-se o suporte cognitivo e emocional (Kerneberg, 1999). Temos como exemplo destas técnicas, o reforço, sugestões, conselhos e o reassegurar.

Na prática, a **psicoterapia de apoio** é guiada pelo entendimento psicanalítico em cada passo do caminho, embora a atitude do terapeuta seja mais ativa e próxima, na medida em que também está mais focada tanto nos aspetos da vida quotidiana do paciente, bem como nos dados reais da relação com o terapeuta. Promove-se um reforço das defesas, ou trabalha-se através delas, mesmo as que se refletem na transferência, em vez de retirá-las, para alcançar um melhor funcionamento que leve à resolução de problemas (Macwillians, 2004, 2005, 2006). Utiliza-se a transferência positiva como veículo de tratamento, quando o paciente rejeita esforços interpretativos de ligação presente e passado. Assim, mais do que a resolução dos conflitos inconscientes, procura-se um *insigth* mais focado no ajustamento do comportamento e das relações (Gelso & Hays, 1998). A neutralidade técnica é sistematicamente abandonada, dado que o terapeuta se coloca alternativamente do lado do ego, id, supereu ou realidade externa, em função do aspeto que apresente, numa determinada altura, um maior potencial adaptativo para o paciente (Kernberg, 1999). Salienta-se a importância da expressão de emoções na diminuição da tensão e redução da ansiedade, o que promove o aumento do *insight* e da objetividade na avaliação do problema atual, aumentando a segurança, a aceitação de si e os sentimentos de proteção, fomentando a independência. Por vezes existe uma intervenção

direta no ambiente do paciente e a inclusão de uma equipa mais alargada de suporte (hospitalização, medicação), dá-se orientação para um estilo de vida mais equilibrado, como atividades prazerosas e períodos de descanso, etc. A frequência tanto pode ser várias vezes por semana como uma vez por mês, dependendo da situação clínica do paciente e dos objetivos do tratamento (Cordioli et al., 1998; Kaplan & Sandock, 1991).

A diferenciação entre psicoterapia psicodinâmica expressiva ou de apoio pode ser criticável do ponto de vista da prática clínica atual, em que as técnicas expressivas e de suporte são frequentemente combinadas. Contudo, alguns autores, como por exemplo Kenberg (1999), defendem que se deve diferenciar a utilização de elementos de apoio numa intervenção, da utilização das técnicas de apoio propriamente ditas, já que, segundo este autor, a combinação de técnicas expressivas e de apoio interfere com a possibilidade de ocorrer a análise de transferência em profundidade. Outros, como por exemplo Gabbard (1992), referem que o tipo de psicoterapia (de apoio ou expressiva) pode mudar ao longo do tempo. A experiência mostra que um paciente pode começar o seu tratamento por uma psicoterapia de apoio, aceder em seguida a uma psicoterapia psicanalítica expressiva individual ou de grupo e continuar, alguns anos mais tarde e por motivos válidos, com uma psicanálise (Perrot, Rozmuski-Dreytuss, Schneider & Stauffacher, 2004). Assim, podemos iniciar a psicoterapia com o objetivo de restaurar os níveis de funcionamento pré - crise (Brown, Shiang & Bongar, 2003) e passar para um trabalho mais expressivo posteriormente, dando diferentes ênfases às dimensões anteriormente referidas ao longo do tempo.

O desenvolvimento das técnicas de suporte, na psicoterapia psicodinâmica, permitiu alargar o tipo de pacientes que podiam beneficiar deste tipo de tratamento, já que possibilita a intervenção junto de pacientes mais perturbados ou a viver uma situação de crise.

## **II. Modelos de psicoterapia breve e intervenção na crise**

Durante a segunda guerra mundial existiu um aumento do interesse pela psicoterapia breve o que dado, o contexto histórico específico, suscitou e

promoveu o estudo de técnicas terapêuticas de orientação analítica mais rápidas. Alexander e French, considerados os fundadores da psicoterapia breve (1946, cit. in Balint, Balint & Ornestein, 1975, p.19), sublinham a importância central da relação terapêutica enquanto experiência emocional, introduzindo o conceito de experiência emocional corretiva. Por este conceito, entende-se o desenvolvimento de uma experiência emocional capaz de reparar os eventos traumáticos do passado e conduzir o paciente a novas formas de sentir, pensar e comportar-se. Este pode não se encontrar necessariamente em crise, mas estar a experienciar *stress* emocional provocado por várias situações (Kaplan & Sadock, 1991). Alexander (1956, cit. in Balint et al. 1975 p.18) defende que se pode melhorar o método clínico ativando a influência corretiva da situação transferencial, graças a uma maior atenção ao clima interpessoal da situação terapêutica.

Vários modelos de intervenção surgiram neste período, introduzindo alterações técnicas como, por exemplo, um número delimitado de sessões, ou a possibilidade de intervenção na crise. Para além da diferenciação entre psicoterapia psicodinâmica expressiva e de apoio, surge a distinção da duração, entre breve e longa. Gabbard (2004) considera como tratamentos longos, aqueles que têm um número de sessões superiores a 24 ou mais de 6 meses.

Ferreira - Santos (1997) define ainda 3 tipos de psicoterapia breve, em que a primeira introduz mais uma *nuance* relativamente às diferenciações de outros autores:

1. A psicoterapia breve mobilizadora - O objetivo é a evidenciação da ansiedade contida nos processos mórbidos apresentados pelo paciente, os quais levam, devido a diversos fatores, principalmente mecanismos repressivos, a que o paciente ainda não se encontre apto (ou mobilizado) para se submeter ao processo terapêutico.
2. A psicoterapia breve de apoio - Visa uma diminuição da ansiedade do paciente que sofre de dificuldades emocionais, qualquer que seja a sua origem.

3. A psicoterapia breve resolutive - Procura a origem intrapsíquica da situação de crise vivida pelo paciente, com o objetivo de solucionar o quadro clínico apresentado.

Esta distinção vai no mesmo sentido do definido anteriormente, por Sifneos (1979), o qual considera três elementos diferentes nas várias formas de psicoterapia breve: as medidas de apoio com manipulação do ambiente, tranquilização e eventual utilização de fármacos, isto é o apoio durante a crise, o que pode mobilizar a adesão para um processo psicoterapêutico expressivo; o ensino de novas formas de tratar o conflito emocional, ou seja, uma maior ênfase na psicoterapia breve supressora de ansiedade; e por último, a interpretação das forças inconscientes.

Sendo o nosso objetivo estudar os modelos de intervenção nos pacientes em crise, encontramos na literatura científica a afirmação de que uma das abordagens possíveis nestes pacientes é a utilização de métodos psicoterapêuticos breves, pois trata-se de um momento baseado em que uma menor intervenção provavelmente resulta num efeito máximo. Malan (1981) defende que é na fase mais aguda que a necessidade de tratamento é sentida pelo paciente como mais premente e quando, presumivelmente, é maior a possibilidade de ajuda efetiva. Caplan (1964) enfatiza que as crises podem ter efeitos muito positivos, na medida em que não sejam consideradas simplesmente como causas de um colapso emocional. Adequadamente manejadas oferecem uma oportunidade de crescimento (Caplan, 1964 cit. in Malan, 1981, pp.36-37). Este autor defende ainda que " a personalidade (...) se pode modificar de maneira súbita e inesperada durante períodos de crise. Assim as mudanças podem acontecer no sentido de um aumento de saúde e maturidade e, neste caso, a crise será um período favorável. Ou, por outro lado, as mudanças podem reduzir a capacidade de lidar efetivamente com problemas da vida, e, neste caso, a crise será um período desfavorável" (Caplan, 1964 cit. in Malan, 1981 p. 22).

Os autores que se têm debruçado sobre este tema, dividem-se em duas grandes perspetivas. Por um lado, aqueles que entendem que o objetivo da intervenção é o de reforçar os mecanismos adaptativos e de reconstrução do



sistema defensivo, pós compensação e/ou diminuição/estabilização da sintomatologia. Por outro, aqueles que entendem que a procura de mudanças que permitam no futuro encontrar formas alternativas de gestão de situações de *stress*, conflito ou crise. Como exemplo da primeira abordagem, podemos citar o modelo de Bellack and Small (1968), que procura nalgumas situações clínicas, reduzir a duração da doença mental aguda em situações de crise, o que foi intitulado por Caplan de prevenção secundária, noutras diminuir a incapacidade crónica resultante de uma reação desadaptada face a uma crise, ou seja, ao nível da prevenção terciária em saúde mental. Na outra perspetiva, podemos citar o modelo de Sifneos (1979) denominado psicoterapia dinâmica breve desencadeadora de ansiedade, procurando mudanças e não apenas uma forma de reencontrar o equilíbrio pré - crise. Os trabalhos desenvolvidos por Balint e Malan, Sifneos, Davanloo numa segunda vaga e numa terceira geração Strupp, Luborsky, Gilliéron, entre outros, são modelos de psicoterapia psicodinâmica breve considerados relevantes pela sua eficácia terapêutica e também pela ênfase teórico/prática que refletem. Estes modelos serão apresentados, considerando os critérios de seleção, os aspetos técnicos e o tipo de mudanças que promove. Nestes modelos mais específicos, será feita uma reflexão da sua utilidade para a nossa prática clínica.

## **2.1. A segunda geração de psicoterapias breves**

### **2.1.1. Modelo de Malan- Balint**

A psicoterapia breve focal foi desenvolvida pela equipa de M. Balint na Clínica de Tavistock em Londres nos anos 50. Um dos conceitos básicos deste tipo de intervenção é o da definição de um foco. A estrutura esquemática de um conflito focal compreende a existência de um fator perturbante (uma moção pulsional ou desejo), o qual entra em conflito com um fator relacional (uma reação do supereu ou do eu), o que leva a que o paciente tenha a necessidade de encontrar uma solução (um compromisso de ordem adaptativa ou defensiva). Estes conflitos focais derivam de conflitos nucleares profundos ou precoces que ficam reprimidos ou “ adormecidos”, até que um deles é reativado e se manifesta em permanência no comportamento, sob a forma de um conflito

focal, no qual podemos reencontrar variações sobre o mesmo tema (Ornestein & Kalthtt, 1967 cit. in Balint et al., 1975, p. 21).

Este modelo é indicado para pacientes com conflitos atuais agudos, em que a elaboração do conflito focal pode levar a uma mudança permanente, permitindo que o crescimento e amadurecimento prossigam. Esta equipa define critérios iniciais de exclusão claros, nomeadamente os pacientes que apresentem as seguintes contraindicações: tentativas sérias de suicídio; dependência de drogas e de álcool; sintomas obsessivos e fóbicos crónicos incapacitantes; comportamento hétero ou auto destrutivo grave (Kaplan & Sadock, 1991). Salienta, ainda, que deve ser efetuada uma avaliação psicodinâmica exaustiva que permita compreender a doença do paciente tão profundamente quanto possível, entendendo os factos da vida do paciente em termos emocionais, assim como a forma como estes contribuíram para desencadear a doença atual. A avaliação da motivação e da capacidade do paciente em ter uma atitude colaborativa, enquadrada numa relação terapêutica baseada na interpretação, surge como uma dimensão essencial. Deve-se indagar qual a capacidade do paciente em enfrentar dificuldades e em manejar as suas ansiedades. Deve-se averiguar, por outro lado, se os factos que precipitaram a formação de sintomas atuais têm algum significado emocional comum, com fatores que levaram à formação de sintomas no passado e se estes podem ser compreendidos à luz das relações familiares originais do paciente. Estes aspetos possibilitam uma descrição detalhada das relações de objeto do paciente, evidenciando eventuais padrões repetitivos que possam emergir. Isto permite fazer uma avaliação em profundidade da perturbação das relações de objeto, perceber se a “parte doente” é estranha ao eu, se está ou não aceite e integrada na estrutura e ainda, predizer o tipo de transferência. A avaliação da qualidade das relações será um indício da força e potencial de crescimento. A história de vida permite ter uma perceção da quantidade de boas experiências, da capacidade de progredir e amadurecer o seu passado e de superar dificuldades, assim como, perceber qual o apoio eventual que receberá das pessoas significativas. A história profissional e psiquiátrica, interesses e capacidade criadora são igualmente uteis (Malan, 1981).

A avaliação destes dados permite ao terapeuta formular um plano terapêutico e estabelecer um foco até à quarta ou quinta sessão, com a noção dos argumentos contra e a favor para este tipo de intervenção, podendo mais facilmente prever o que acontecerá se o paciente for submetido à psicoterapia (Malan, 1963 cit. in Balint et al. 1975 p.277). Esta equipa definiu um guião de entrevista para a primeira sessão, um conjunto de dimensões a avaliar após cada sessão e critérios de classificação do conteúdo das entrevistas, o que permitiu a Malan, realizar estudos catamnésicos deste tipo de intervenção, quer ao nível da seleção de pacientes, quer dos resultados obtidos (Gilliéron, 2004).

Do ponto de vista da técnica, os trabalhos de Malan (1981) indicam que a psicoterapia breve pode, (entre dez a quarenta sessões) produzir mudanças dinâmicas e aparentemente permanentes, mesmo em pacientes com psicopatologia extensa e crónica. O psicoterapeuta pode utilizar todos os tipos de técnicas psicodinâmicas como os sonhos, fantasias, interpretação, interpretação na transferência e ligação entre a transferência e a infância. Este autor preconiza os seguintes objetivos estratégicos em psicoterapia psicanalítica breve focal: esclarecer a natureza da defesa, da ansiedade e do impulso nos três níveis principais (atual, passado e na transferência) e, por outro lado, fazer a ligação entre as três áreas. Defende que a interpretação direta do impulso, sem ligação com os outros elementos, defesa e ansiedade, é a mais perturbadora e que conduz a uma intensificação da ansiedade, a qual por sua vez, leva ao reforço das defesas. Nesse sentido, sugere que das três áreas em que o conflito pode ser interpretado, talvez a mais eficaz e menos perturbadora seja a transferência. Assim, a ligação impulso/defesa deve ser interpretada previamente ao *insight*. Contudo, alerta para a possibilidade da utilização de interpretações transferenciais depender do grau de perturbação do paciente, assim como, da possibilidade de trabalhar mais do que um foco de intervenção. Malan (1981) salienta ainda, que é possível uma interpretação mais profunda em dois focos, em cerca de 20-30 sessões. Observa que, com pacientes mais perturbados, devem-se utilizar focos parciais recorrendo à técnica da atenção e negligência seletiva. Deste modo, liga a questão da profundidade da interpretação ao tipo de patologia.

Malan (1981) conclui que a capacidade de recuperação genuína em determinados pacientes neuróticos é bem maior do que o que se acreditava, até à época em que realizou os seus estudos. Afirmar mesmo a existência de um tipo de pacientes capazes de obterem benefícios e grandes mudanças dentro dos limites da psicoterapia breve, através da elaboração parcial do seu conflito nuclear, na transferência. Segundo o autor, as dimensões preditoras de sucesso têm a ver com a existência de um fator desencadeante, o que oferece indícios importantes sobre o conflito nuclear (padrões repetitivos, constelações familiares, antigas experiências traumáticas); a congruência entre conflito nuclear e o conflito atual; a capacidade de se focar no conflito definido; a resposta à interpretação; o desenvolvimento de uma aliança terapêutica; a motivação alta e a possibilidade de utilização da transferência. Quanto maior for a utilização da transferência, mais profunda é a interpretação e a ligação com a infância e melhores são os efeitos terapêuticos. Um outro fator primordial é a elaboração da separação do terapeuta e dos afetos associados aquando da alta. Estes aspetos são capazes de superar fatores tão desfavoráveis como a cronicidade severa e grande comprometimento pela doença (Balint et al. 1975; Gilliéron, 2004; Malan, 1981).

O estudo deste modelo e a reflexão da nossa prática clínica levantou, inevitavelmente, questões relacionadas com os critérios de contraindicação e com a técnica. Deveremos considerar a presença de tentativas sérias de suicídio ou de comportamento autodestrutivo grave, que os nossos pacientes muitas vezes apresentam, como critério de contraindicação? A nossa experiência não vai nesse sentido, parecendo-nos muito útil a eleição de um conflito focal e o conjunto de técnicas preconizadas. A técnica de circunscrever um foco de trabalho, definido pelo par terapêutico, associado à atenção seletiva, tem-se revelado muito útil, dado os nossos pacientes apresentarem várias áreas em que necessitam de intervenção e por outro lado, o efeito terapêutico dever ser conseguido no menor tempo possível. No que concerne à utilização da transferência, também não nos parece possível em todos os pacientes, assim como, a possibilidade de trabalhar mais do que um foco, dependendo do grau de perturbação, o que se encontra em íntima relação com a organização de personalidade, tal como o definido pela equipa de Balint. No que se refere aos fatores preditores de eficácia, também encontramos na

nossa experiência, a confirmação de que a motivação para a mudança, a capacidade de construir uma relação terapêutica e a possibilidade de utilização da transferência são fatores que facilitam a mudança psicológica. A evidência encontrada por esta equipa, de que a cronicidade da patologia não é, por si só, fator impeditivo de mudança, foi sentida como motivador para o nosso trabalho, dado a severidade da patologia ou cronicidade que por vezes os nossos pacientes apresentam.

### **2.1.2. Modelo de Psicoterapia de Sifneos**

O modelo de Psicoterapia de Sifneos é igualmente baseado nos princípios psicanalíticos. O objetivo é resolver conflitos patológicos e diminuir o sofrimento, promovendo novas formas de estar nas relações mais íntimas. Por outro lado, este modelo procura diversificar o tipo de pacientes, possibilitando abranger um maior número. Do ponto de vista técnico, utiliza a ansiedade do paciente como um motor para resolver as suas dificuldades e promover a mudança psíquica, transmitindo a ideia da importância do papel do paciente na definição do foco de trabalho e na necessidade do seu empenho para a eficácia do trabalho psicoterapêutico (Sifneos, 1979).

No modelo de Sifneos (1979), os objetivos são definidos em conjunto com o paciente, dentro do contexto da aliança terapêutica e de forma a resolver os conflitos subjacentes às suas dificuldades. Este tipo de intervenção inclui, tecnicamente, componentes afetivos e cognitivos, procurando ser uma experiência emocional corretiva, promotora da compreensão pessoal e do desenvolvimento de técnicas de resolução de problemas (com carácter educativo).

Em termos de *setting* terapêutico, a psicoterapia é realizada face a face, com frequência semanal e duração de 45 minutos. O número de sessões não é definido *a priori* não ultrapassando, no entanto, um limite de 20.

Os pacientes com indicação para este tipo de intervenção caracterizam-se por apresentarem problemas de ansiedade, fobia e pensamentos obsessivos, reações de dor, depressão leve, dificuldades relacionais, em que estão subjacentes dificuldades na triangulação ou do complexo de Édipo. Assim,

existe uma queixa circunscrita, em que os sintomas se situam na esfera das relações interpessoais (Kaplan & Sadock, 1991). Sfineos, considera que deve ser recolhida informação que permita elaborar os pontos a seguir referidos:

#### A. A história clínica e reformulação das queixas

A avaliação psicológica efetuada durante as primeiras sessões fornece uma base para a compreensão das dificuldades e, por outro lado, as pistas para a resolução das mesmas. O autor sugere a recolha de alguns dados, como o de recordar a primeira memória da sua vida, o que fornece um olhar do paciente sobre a sua vida; procurar perceber a estrutura da família e atmosfera de crescimento; conhecer a natureza da relação com cada um dos pais e dos irmãos, quer no que concerne à capacidade de promover a segurança e a resolução de problemas de crescimento, quer na capacidade de tolerar a ansiedade e desprazer, assim como o adiar a gratificação. O desenvolvimento nas várias fases de vida deve ser investigado: a integração na escola, as relações com colegas e pares; os resultados académicos e problemas que tenham surgido; a avaliação da vivência da puberdade, no relato de experiências e como estas foram vividas pela família; a adolescência e as relações interpessoais e resultados académicos; na fase de jovem adulto, o trabalho, a progressão intelectual, o casamento, divórcios, etc; história médica e sexualidade.

Esta informação sintetizada permite elaborar uma hipótese psicodinâmica, a qual ajuda a explicar a natureza do problema psicológico do paciente e estabelecer pistas para a sua resolução, de forma a ser partilhável com o mesmo.

#### B. Critérios específicos de seleção

Sifneos (1979) considera vários critérios de seleção dos pacientes, a saber: a capacidade do paciente para circunscrever e escolher uma queixa principal e prioritária; a presença de uma relação significativa, de dar e receber, durante a infância; a capacidade para expressar sentimentos variados de forma flexível e adequada à situação; a presença de sofisticação/diferenciação psicológica, tolerância a situações paradoxais; a motivação para a mudança e

não só para o desaparecimento de sintomas; a presença de insatisfação pessoal.

Sifneos (1979) parte do pressuposto de que um indivíduo motivado para mudar o seu estilo de vida tem uma oportunidade para transformar as suas capacidades eficazmente e, das adversidades, poderá surgir um ser humano mais feliz e livre.

Do ponto de vista técnico, o autor defende que a formulação psicodinâmica deve conter o foco terapêutico que cristaliza o conflito psicológico específico, o qual está subjacente ao problema psicológico do paciente e será resolvido durante a terapia, tendo em conta os fatores que predispõem o paciente a um conjunto de situações de risco. Deve ser comunicado ao paciente o foco escolhido e ter o seu acordo, estabelecendo o contrato terapêutico no final da 1 ou 2 sessões. É fundamental a consolidação da aliança de trabalho e a transformação em aliança terapêutica, reforçando a importância do trabalho a dois; a utilização precoce de sentimentos transferências positivos e elementos contratransferências, no sentido do conceito de experiência emocional corretiva de French (1946, cit. in Balint et al., 1975). A utilização precoce da interpretação, resistência e ambivalência, de forma a ajudar o paciente na tomada de consciência do seu padrão repetitivo. Neste modelo, dá-se maior ênfase ao impulso subjacente aos mecanismos de defesa, provocando ansiedade, posição técnica contrária à preconizada pela equipa de Balint. O terapeuta tem uma postura ativa (usando questões provocadoras de ansiedade, confrontações e clarificações), mantendo a focalização no decurso da terapia, reforçando e evidenciando a evolução do paciente, de modo a criar ansiedade suficiente para manter a motivação do paciente num nível elevado para a resolução do problema (Adler & Myerson, 1973 cit. in Sifneos, 1979 p.43). Pretende-se ainda, promover a consciência da ligação através da transferência, entre terapeuta-pais ou interpretações de ligação com o passado; o evitamento de elementos pregenitais caracterológicos usados defensivamente pelo paciente; o desenvolvimento da neurose de transferência e a diminuição das passagens ao ato; a promoção de novas aprendizagens e resolução de problemas. Este último aspeto foi salientado pelos pacientes no *follow-up*, como tendo um papel fundamental

para o sucesso da terapia. O término é breve, promovendo a capacidade de internalização das mudanças e, por outro lado, permite trabalhar a separação, tal como no modelo anterior (Sifneos, 1979).

O estudo deste modelo reforçou a importância, já defendida no modelo anterior, da motivação para a mudança, da capacidade de entender os sintomas com uma causa psicológica e de circunscrever uma queixa específica para ser trabalhada na psicoterapia. O aspecto mais característico deste modelo, a provocação de ansiedade, não nos é muito útil, já que habitualmente os nossos pacientes apresentam grandes níveis de ansiedade. Contudo, a postura mais ativa do terapeuta, não só na focalização do problema escolhido, mas também na resolução de problemas, dando ênfase a um carácter mais pedagógico, parece-nos um aspecto inovador e útil para a nossa prática clínica.

### **2.1.3. Modelo de Davanloo**

Davanloo, professor da Universidade McGill, desenvolveu a técnica das psicoterapias dinâmicas de curto prazo (PDGP), a qual inclui diferentes formas de psicoterapia e intervenção na crise. O tipo de pacientes suscetíveis de reagir positivamente apresentam, segundo o autor, organizações de personalidade mais perturbadas do que a neurose no sentido restrito, podendo trabalhar-se mais do que um foco. Especifica técnicas terapêuticas para pacientes com problemas neuróticos de evolução prolongada, nomeadamente com queixas obsessivo compulsivas e fóbicas (Gillieron, 2004).

Davanloo procura fazer uma formulação psicodinâmica do problema psicológico do paciente, enfatizando nos seus critérios a avaliação das funções do ego, considerando-a de importância fundamental para o trabalho psicoterapêutico. Realça a relevância da capacidade do paciente em se envolver numa interação emocional com o terapeuta; a capacidade do paciente para expressar e tolerar a ansiedade, culpa e depressão; a motivação para a mudança; a capacidade de se pensar psicologicamente; a capacidade do paciente responder à interpretação e ligar o terapeuta ao presente e ao passado. Dimensões que, no seu conjunto, possibilitam o estabelecimento do foco terapêutico (Kaplan & Sadock, 1991). Este autor explora, durante a



primeira entrevista, além dos elementos supracitados, as possibilidades terapêuticas e a avaliação dos movimentos transferências e contratransferências (Gillieron, 2004). Como critérios fundamentais para a seleção dos pacientes considera a motivação e a possibilidade de circunscrever um conflito principal, o que vai ao encontro do definido nos modelos anteriormente descritos.

Neste modelo, o terapeuta ajusta a sua técnica às necessidades do paciente, controlando as tendências regressivas do paciente, tendo uma postura ativa, procurando não promover a excessiva dependência, fomentando a promoção de *insigth* intelectual e uma experiência emocional na transferência. A experiência emocional torna-se corretiva, sendo feita através da interpretação (Kaplan & Sadock, 1991). Segundo o autor, a promoção de formas de lidar com as defesas durante um período de alguns meses, torna os pacientes capazes de lidar com as suas dificuldades e produzir uma resolução dinâmica dos problemas, opinião já defendida por Sifneos (Sifneos, 1979). A duração da intervenção é habitualmente entre as cinco e as vinte cinco sessões, podendo chegar às quarenta, não é especificado com o paciente a data final, mas o mesmo é informado que a duração será curta (Ursano & Silverman, 2003).

## **2.2. A Terceira Geração das Psicoterapias Breves**

Segundo os critérios de Cristoph e Barber, a terceira geração corresponderia às abordagens psicoterapêuticas que desenvolveram manuais de tratamento, especificando os detalhes do processo terapêutico (Cristoph & Barber, 1991).

H. Strupp e Luborsky realizaram importantes estudos comparativos das psicoterapias breves, dos quais resultaram manuais de tratamento, especificando detalhes do processo psicoterapêutico (Cordioli et al., 1998).

### **2.2.1. Modelo de Strupp**

Strupp e Binder (1984) preconizam que desde a primeira entrevista se deve avaliar os seguintes critérios de indicação: o desconforto emocional do paciente; a confiança de base; o desejo de descobrir os seus conflitos interpessoais; o desejo de analisar os seus próprios sentimentos; a capacidade de manter uma relação madura e a motivação para a psicoterapia proposta.

Ao nível da técnica, também como nos modelos referidos anteriormente, o *setting* é o face a face, com uma duração indefinida *a priori*, mas breve e com a utilização da focalização. A principal diferença é que a focalização é centrada nas transações paciente/terapeuta, a dois níveis fundamentais: as transações interpessoais e a narrativa. A narrativa é definida por quatro categorias de ações, cuja inter-relação constitui a trama do esquema narrativo do paciente. Estas categorias são: as próprias ações; as expectativas acerca da reação dos outros; as ações dos outros em relação a si próprio e a reflexão das próprias ações.

A atitude do terapeuta deve ser empática e centrada nos elementos mencionados verbalmente pelo paciente e já não numa problemática intrapsíquica, ao mesmo tempo promotora de tensão, com o objetivo de estimular e acelerar o processo (Gilliéron, 2004; Strupp & Binder, 1984). A ênfase dada por estes autores aos elementos verbalizados pelo paciente, e a categorização da narrativa do paciente, também são um recurso por nós utilizado, em pacientes cuja problemática central é relacional.

### **2.2.2. Modelo de Luborsky**

Os primeiros manuais com a definição dos procedimentos terapêuticos da abordagem psicodinâmica foram de Luborsky, como uma espécie de codificação dos princípios básicos da sua técnica de apoio/expressiva em 1984 (Cordioli et al., 1998). Um dos aspetos centrais/fundamentais então apresentados foi o desenvolvimento de um método de análise dos conflitos centrais/principais através da identificação de um tema relacional conflitual central (CCRT, Core Conflictual Relationship Theme). Luborsky defende a necessidade de se dispor de referências claras para avaliar se um paciente mudou ou não graças ao tratamento e, neste sentido, criou um manual

contendo indicações precisas sobre a técnica e os objetivos da terapia (Luborsky, 1984). Do ponto de vista técnico, privilegia a problemática relacional do paciente, a qual tenta descobrir e descortinar no discurso deste. Especificamente, os temas relacionais repetitivos são explorados para o desenvolvimento do CCRT do paciente (Luborsky, 1984). Esta exploração permite a focalização, a construção da aliança terapêutica, a avaliação dos fatores que contribuem para a manutenção dos problemas de vida (frequentemente relacionais) e as soluções potenciais. Neste sentido, Luborsky desenvolveu uma *Socialization Interview* (SI), o que permite ao paciente e terapeuta rever o que é expectável no processo e definirem ambos o papel de cada um. Enfatizando que o terapeuta vai tentar compreender o paciente e colaborar para alcançar e atualizar os objetivos definidos, realça que o paciente deve estar atento aos aspetos desconhecidos, antes de iniciar a psicoterapia e reconhecer as atitudes potencialmente negativas ou positivas. Finalizando, o par terapêutico trabalha em conjunto o desenvolvimento dos objetivos do tratamento e contrato terapêutico (como por exemplo a frequência, plano de pagamento) (Luborsky, 1984 cit. in Hilsenroth, 2007, pp. 33-34).

Como critérios de avaliação da mudança ocorrida, são avaliados os seguintes pontos:

A- Quais as mudanças verificadas no paciente?

O paciente revela uma melhor compreensão dos sintomas e dos problemas associados ao tema conflitual central, incluindo aspetos que desconhecia. Esta mudança conduz a alterações sintomáticas e a um maior controlo das manifestações nocivas associadas ao TRCC, assim como dos componentes deste último. O paciente experimenta um crescente reforço da aliança terapêutica, sentindo o terapeuta como um aliado, que o ajuda a controlar os elementos autodestrutivos do TRCC, procurando manter os efeitos produzidos pelo tratamento.

B- Como se opera a mudança do ponto de vista do paciente?

O paciente adquire capacidade de se envolver ativamente num processo, que assenta na construção de uma aliança terapêutica e que conduz à compreensão dos problemas associados ao TRCC. Na sua relação com o terapeuta continua a perlaborá-los o que lhe permite perceber a natureza das

relações passadas significativas, interiorizar os efeitos já produzidos pela intervenção terapêutica, possibilitando o entendimento do seu significado no final da terapia.

C- Do ponto de vista do terapeuta, qual o meio através do qual se opera a mudança?

O terapeuta promove a expressão e compreensão dos problemas do TRCC. Incitando-o a prosseguir a perlaboração também nas relações anteriores significativas. O terapeuta consegue ajudar o paciente a formar a aliança terapêutica, garantindo o apoio necessário e possibilitando a integração dos efeitos produzidos (Luborsky, 1984). Neste modelo de intervenção a atenção dada à focalização é constante, sendo esta a alteração técnica mais evidente e não tanto a sua duração.

O estudo deste modelo reforçou a importância para a nossa prática clínica da identificação do tema relacional conflitual central, que é encontrado através das verbalizações do paciente. A focalização constante e a atualização dos objetivos terapêuticos, elaborados através da avaliação com critérios muito precisos das mudanças ocorridas, parecem-nos aspetos muito enriquecedores. Dimensões que tomam um papel ainda mais preponderante, na medida em que os nossos pacientes apresentam várias áreas a necessitarem de intervenção e a existência de um tratamento combinado (psicofarmacológico), o que torna necessária uma reavaliação constante dos objetivos terapêuticos.

### **2.2.3. Modelo de Gilliéron**

Gilliéron (2004), ao propor o seu modelo, afirma ser fundamental avaliar de forma global o funcionamento psicológico, considerando que o psicoterapeuta se deve interrogar sobre a questão da mudança psíquica possível em cada paciente, bem como, sobre as expectativas reais do paciente no momento em que recorre à consulta. Este autor desenvolveu uma psicoterapia breve de inspiração analítica no que se refere à técnica (atitude neutra, associações livres, atenção flutuante), num contexto de face a face com delimitação temporal, não apresentando critérios específicos de seleção de

pacientes. Contrariamente a alguns modelos anteriormente referidos defende que a definição do foco deve ser feita sempre pelo paciente espontaneamente.

No que concerne ao processo psicoterapêutico, preconiza a existência de duas fases, a de investigação psicodinâmica breve (IPB) e o tratamento propriamente dito. A primeira fase, por si só, poderá ter efeitos terapêuticos, já que existe um aumento da consciência de que grande parte das angústias provém de um conflito intra - subjetivo. Esta baseia-se num modelo rigoroso de quatro sessões e na formulação de uma hipótese psicodinâmica que põe em evidência, quer as motivações que levaram o paciente à consulta, quer a mudança psíquica que deveria ocorrer para que o paciente supere a crise que atravessa, estabelecendo a aliança terapêutica (Gilliéron, 2004).

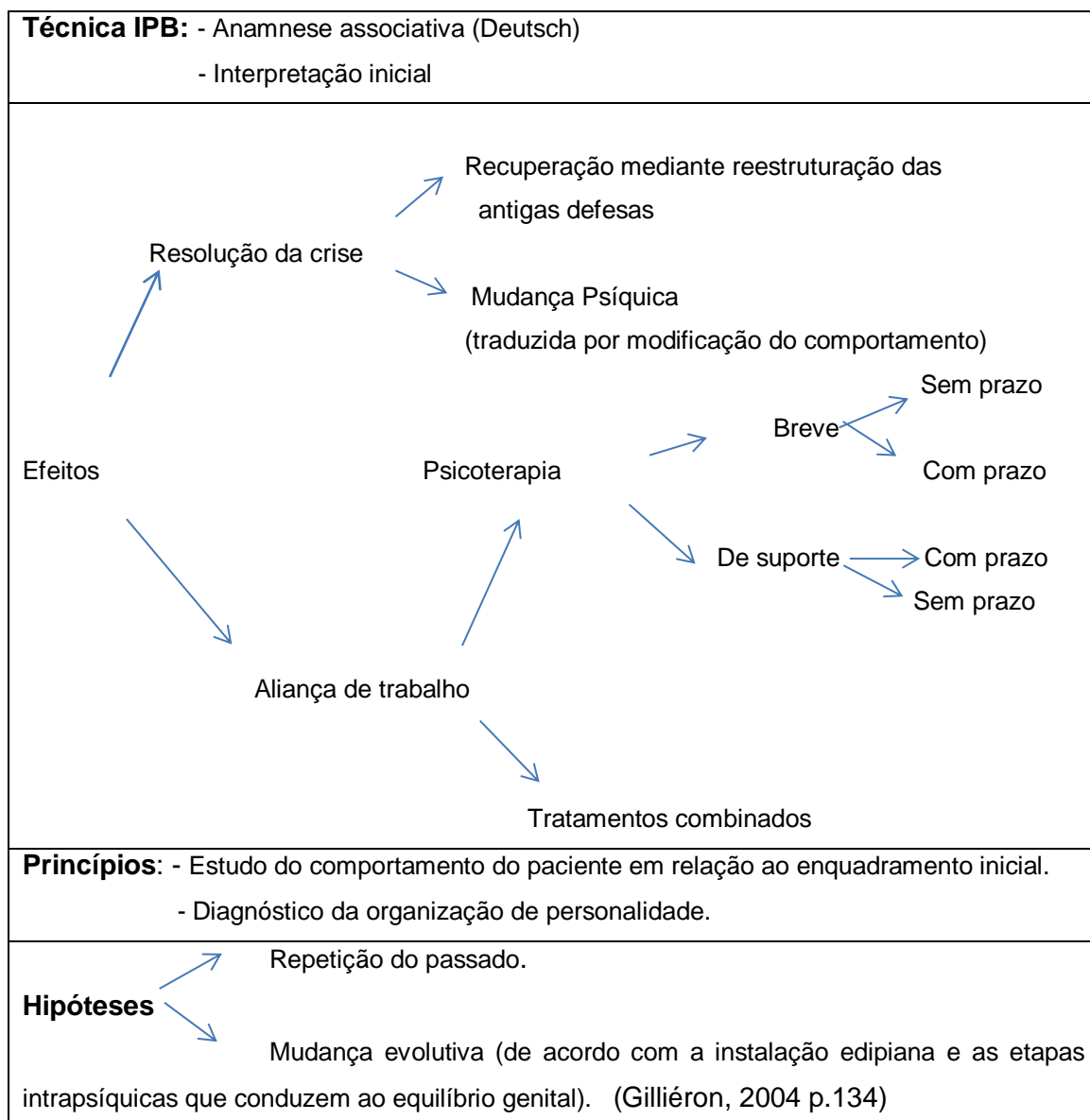


Figura 1- Esquema de formulação de hipótese psicodinâmica e definição da psicoterapia

Os princípios aqui referidos estão enquadrados num dispositivo temporal, com uma delimitação precisa da duração (entre três meses e um ano) e da frequência (uma a duas sessões semanais). A diferenciação entre o enquadramento temporal e o vivido está relacionada com as organizações da personalidade, como definidas por Bergeret (2000). Este autor salienta que a noção de temporalidade é claramente diferenciada nas diferentes organizações da personalidade, (psicose, pré-psicose, estado limite, perversão, narcísica, neuroses), pelo que deve ser tido em conta ao longo do processo efeitos dados os efeitos inerentes. Assim, a vivência temporal é um reflexo da vida subjetiva do sujeito, em interligação com as experiências de vida.

O *setting* terapêutico face a face, segundo Gilliéron (2004), aumenta a implicação mútua do terapeuta e paciente, o que torna mais difícil para ambos distinguir transferência e realidade, ou seja, a relação cria um novo campo terapêutico em que a relação *pessoa/pessoa* parece desempenhar um papel fundamental e tem seguramente implicações nos movimentos transferências e contratransferências.

**Hipótese Psicodinâmica:**

1. Pré transferência: relação procurada e recusada pelo paciente (contradição relacional).  
Exemplos: - entre o dizer e o fazer, no interior da própria linguagem, entre o tom e a palavra, etc.
2. Crise atual: conflito intrapsíquico decorrente de acontecimentos atuais com que o paciente se confronta.
3. Relações com o passado  
Interpretação mutativa: equilíbrio/mudança

**Interpretação:**

- Restrição aos factos e às palavras do paciente.
- Reorganizar o “material” fornecido pelo paciente com o fim de identificar o conflito intrapsíquico aparente.
- Confrontar o paciente com as suas contradições consideradas conflito interno.
- Tornar claro que:
  - um dos elementos da alternativa é a repetição do passado;
  - o outro é a mudança psíquica.

(Gilliéron, 2004 p. 135)

Figura 2- Esquema da construção da hipótese psicodinâmica.

A segunda fase, a da psicoterapia breve de inspiração analítica, destina-se a pacientes que tenham revelado motivação para a descoberta de si próprios, sendo definido o tipo de intervenção mais adequada após o IPB, de acordo com os princípios psicodinâmicos. Contudo, preconiza a existência de tratamentos conjuntos, como a psicofarmacologia, em pacientes mais frágeis.

Assim, segundo o autor, temos a manutenção dos princípios Freudianos, mas de acordo com um dispositivo novo, baseado na delimitação da duração e na frequência das sessões, assim como no face-a-face. A avaliação das resistências específicas deste novo dispositivo, de que é exemplo a análise da relação das interações com objeto real e os objetos internos (fantasmas), vai ao encontro das novas concetualizações da noção de transferência e do papel da relação real com o terapeuta (Gelso & Hayes, 1998). O objetivo do tratamento é permitir ao paciente reorganizar o seu sistema defensivo e as suas relações afetivas (Gillieron, 2004). Para tal, Gillieron considera que, do ponto de vista da técnica, a utilização das confrontações, atividade do terapeuta ou a atenção seletiva por si só, não interferem com a duração da psicoterapia ou da sua eficácia. Neste contexto, interessa mais perceber que tipo de psicoterapia será útil para determinado paciente, em função do enquadramento dos processos psíquicos e da organização da personalidade. O autor sustenta que este tipo de psicoterapia é útil para qualquer tipo de pacientes, considerando os vários passos preconizados no IBP, já que só após esta fase é definido o tipo de intervenção. Relativamente a este modelo, a definição de critérios que permitem tornar mais claro a decisão do tipo de intervenção mais útil para cada paciente, foi o aspeto considerado por nós como o mais inovador e de grande utilidade, tendo em consideração o contexto da nossa intervenção.

### **III. Evidências da eficácia da psicoterapia psicodinâmica breve**

Ao estudar a evidência científica da eficácia da psicoterapia psicodinâmica breve e das técnicas mais ajustadas. Constatamos, que existe algum ceticismo em relação à psicoterapia psicodinâmica, o qual é apoiado pela falta de suporte empírico (Gabbard, 2007). Alguns autores alertam para

que a evidência científica da eficácia, baseada na prática, não é apenas aquela que é suportada por estudos empíricos (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2005 cit. in Gabbard, 2007 p.6). Contudo, nas últimas décadas tem aumentando o número de investigações empíricas sobre o processo psicoterapêutico e sobre a eficácia dos diferentes tipos de psicoterapia, a par e passo com os novos modelos teóricos. Simultaneamente, têm-se verificado evoluções relativamente aos instrumentos de avaliação psicológica e de diagnóstico, assim como de avaliação das mudanças promovidas pela psicoterapia. Constatamos que os modelos de intervenção psicoterapêutica de inspiração analítica começaram a ser estudados empiricamente mais tarde do que outros modelos de intervenção como, por exemplo os modelos cognitivo-comportamentais (Gabbard, 2004).

Na investigação da eficácia e processo da psicoterapia psicodinâmica, uma das primeiras técnicas a ser utilizada foi a análise de conteúdo da informação verbalizada pelo paciente no decurso das sessões. Dentro da análise de conteúdo existem três modelos, a saber: o clássico, o pragmático e o não quantitativo. Segundo Berleson, esta é uma técnica de investigação descritiva, objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (Berleson, 1952 cit. in Marsden, p.346). Assim sendo, no modelo clássico, as inferências sobre o estado interno do paciente são feitas posteriormente e sujeitas a validação, com a ajuda de outros critérios; no modelo pragmático, este tipo de inferências são criadas previamente, no momento de codificação e, desta forma, são utilizadas como base. O modelo não quantitativo apresenta falta de homogeneidade metodológica, procurando alternativas não quantitativas para analisar a frequência da intensidade em que ocorrem determinados materiais de comunicação, considerando que a frequência implica uma maior intensidade. Podemos referir o trabalho de Malan (1981) em que as sessões eram codificadas em várias dimensões, o que permitiu a Malan reportar um conjunto de resultados deste modelo de intervenção (referidos no capítulo anterior).

As metodologias de investigação têm evoluído utilizando, quer aspetos relacionados com a frequência e intensidade da comunicação, quer escalas de classificação contendo categorias, unidades de medida e outros instrumentos



inovadores (Lynch & Merrill, 1968; North, Hosti, Saninovitch & Zinnes, 1963 cit. in Marsden, 1968, p.347). Os modelos mais clássicos de investigação em psicoterapia incidem habitualmente sobre seis categorias: as características dos pacientes (por exemplo a avaliação da mudança ou o movimento no sentido de uma maior saúde mental); as características do terapeuta e processo terapêutico; o sistema relacional paciente-psicoterapeuta; o estado interno; as relações de contingência; o comportamento não-verbal e a expressão corporal. Nalguns estudos, estas categorias são estudadas individualmente, enquanto noutros é focada a relação entre elas, por exemplo, pacientes com diagnóstico de nível diferente, com as características do terapeuta e do sistema relacional (Lewis, Dennerstein & Gibbs, 2008).

A utilização de diferentes peritos a estudar o material clínico recolhido e, por outro lado, a criação de escalas de medida, tem permitido criar desenhos experimentais passíveis de ser replicados, aumentando a sua complexidade e precisão.

De acordo com Lambert e Hill (1994), atualmente o estado da arte da investigação em psicoterapia requer: a utilização de diferentes fontes (observadores treinados, autoavaliação, pessoas significativas, avaliação do terapeuta, informação institucional, etc); a aplicação de diferentes tecnologias que não provoquem interferência (avaliação global, índice específico de sintomas, avaliação de observadores, medidas de avaliação psicológica, gravações); medidas pragmáticas e sem corpo teórico associado; medidas bidirecionais; medidas multidimensionais (intrapsíquica, interpessoal e psicossociais); medidas de *follow-up* (cit. in Huber & Klug, 2004, pp.63-64).

Neste sentido, Strupp, Horowitz & Lambert (1997) desenvolveram um conjunto de critérios que permitem construir uma bateria central de medidas de resultados: procedimentos claros e estandardizados de administração e codificação de instrumentos; normas para população de pacientes e não pacientes; demonstrada confiança e validade; eficácia na sensibilidade à mudança; possibilidade de execução em contexto clínico; treino sistemático e calibração de registos por clínicos treinados; medidas livres de um corpo teórico específico, medidas multimodais, categoriais e dimensionais e, por fim,

a avaliação antes, durante e depois do tratamento (cit. in Huber & Klug, 2004 p.64).

Salientamos que, apesar dos exaustivos critérios, a eleição de medidas livres de um corpo teórico tem levantado questões sobre se dessa forma se avalia a mudança estrutural preconizada pelo tipo de intervenção de cariz analítico podendo, ainda, dificultar o estudo dos processos específicos de mudança, ativado pelo processo psicodinâmico de intervenção (Grande, Rudolf, Oberbracht, Jakobsen & Keller, 2004). Além destes aspetos apresentados, a aplicação de estudos controlados randomizados com grupo de controlo adequado surge igualmente como uma dificuldade. De facto, em alguns estudos os grupos de controlo são pacientes que se encontram na lista de espera (Fonagy, Roth, & Higgitt, 2005; Leischsenring, & Leibing, 2004; Maina, Forner & Bogetto, 2005), o que leva à necessidade de encontrar formas de analisar as consequências dos aspetos técnicos em si já que, os efeitos terapêuticos por si só, tendem a ter um impacto maior no estado clínico do paciente (Gabbard, 2007). Luborsky (1984), defende que os fatores que mais influenciam os resultados estão fortemente relacionados com o funcionamento psicológico e com a organização de personalidade do paciente. Afirmar, ainda, que os aspetos específicos da intervenção psicodinâmica são diferenciados dos aspetos gerais da psicoterapia. Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas por várias equipas metodologias específicas que procuram resolver estas dificuldades; umas desenvolvendo estudos que procuram elucidar os mecanismos inerentes à mudança, como os estudos sobre a aliança terapêutica (Siefert, Hilsenroth, Weinberger, Blagys & Ackerman, 2006), ingrediente central em qualquer psicoterapia; outras, as que procuram elucidar o modelo teórico do terapeuta (Ablan & Jones, 1988 cit. in Shedler, 2010) e, por último, as que se debruçam sobre a forma de encontrar uma nova via para afinar os métodos de investigação, acedendo às mudanças preconizadas e promovidas pela psicoterapia psicodinâmica, sem contudo perder a capacidade de poder fazer estudos comparativos, como o método de avaliação SWAP- 200 (the Sheldler-Westen assesement procedue). O SWAP-200 avalia as capacidades internas que uma psicoterapia deve desenvolver, podendo ser utilizada por psicoterapeutas de orientação teórica diferente, procurando

operacionalizar o conceito de saúde mental (Sheldler, 2010). Outro tipo de estudos são aqueles em que é dada ênfase à importância da ligação entre o processo e o resultado. Assim, Strupp, Schacht e Henry (1988) propõem um modelo de congruência entre o problema - tratamento - resultado, em que as mudanças promovidas pelo processo psicoterapêutico são colocadas em evidência, fazendo emergir as mudanças estruturais. Por este conceito, entende-se a avaliação de um tipo de mudanças que vai além dos sintomas e do comportamento manifesto, fundado na matriz criada por ambos. A operacionalização de um diagnóstico psicodinâmico (OPD- Task force, 2001) caracteriza a estrutura psíquica em 6 dimensões: a capacidade de auto reflexão; a capacidade de auto regulação; a capacidade de defesa; a capacidade de percepção do objeto; a capacidade de comunicação e a capacidade de ligação (cit. in Huber & Klug, 2004).

Estes desenvolvimentos têm levado à criação de desenhos experimentais mais elaborados, utilizando várias dimensões em conjunto. A título de exemplo, podemos referir o estudo de Heildberg-Berlim. Neste, é feita uma avaliação a vários níveis:

1. Avaliação do paciente: recolha de dados socio demográficos e de nível social, antes e no decurso da psicoterapia, saúde e comportamento saudável. A aplicação das seguintes escalas: SCL-90-R (Derogatis, Lipman & Covi, 1975); PSKB-Se questionário de comunicação pessoal e social (Rudolf, 1991); IIP (Horowitz, Strauss & Kordy, 1984); Escala de saúde mental (Becker, 1989) e SASB - questionário de interiorização da estrutura do comportamento social.
2. Avaliação do terapeuta no início e no final: ICD-10; nível estrutural do conflito; severidade da problemática (versão abreviada do diagnóstico psicodinâmico); avaliação da aliança de trabalho, (Grande, Porsch & Rudolf, 1988); sintomas físicos e psicológicos (sistema de Heidelberg).

A avaliação do terapeuta ao longo do processo psicoterapêutico está relacionada com a informação e interrupções do *setting*; mudanças significativas na sintomatologia durante os primeiros três meses; processo analítico e atitude colaborativa; conteúdos e temas no trabalho

psicoterapêutico; protocolo das sessões e a utilização da aliança de trabalho psicoterapêutico.

3. Informação de dados de saúde: dias de internamento, uso de serviços médicos, 3 anos antes do início da terapia e 3 anos depois, assim como outras informações fornecidas por serviços clínicos.

4. Avaliação por medidas externas: avaliação do diagnóstico psicodinâmico (OPD), foco selecionado, escala de mudança estrutural de Heidelberg avaliada ao longo do processo através de entrevistas gravadas (cit. in Huber & Klug pp.65-66).

O delineamento apresentado neste estudo é apenas um exemplo das várias investigações que têm sido elaboradas e desenvolvidas ao longo dos anos. Também se poderia referir o estudo de Hilsenroth (2007), o qual considera igualmente a ligação entre a avaliação psicológica, o processo psicoterapêutico, os resultados obtidos e o treino dos terapeutas, correlacionando estas dimensões com patologias específicas. O objetivo é criar critérios mais específicos, de forma a diminuir fatores de distorção e aumentar o conhecimento dos aspetos técnicos que estão mais implicados.

Lischsenring & Leibing (2007), nos seus estudos acerca do processo psicoterapêutico, consideram como dimensões fundamentais a avaliação da aliança terapêutica, a repetição de conflitos, os temas relacionais centrais (TRC), a transferência e o *insigth*. Estes autores procuram entender se a aliança terapêutica *per si* tem um efeito terapêutico ou se, por outro lado, serve de base para que outros elementos produzam efeito, o que vai no mesmo sentido dos estudos de Hilsenroth (2007).

Nas últimas duas décadas tem existido um esforço no sentido de fazer meta-análises, quer sobre intervenções psicoterapêuticas diferenciadas, quer com patologias ou tratamentos psicofarmacológicos e/ou combinados. As meta-análises são um método de investigação que permite tornar resultados comparáveis de diferentes estudos independentes (Lipsey & Wilson, 2001, Rosenthal, 1991, Rosenthal & DiMateo, 2001 cit. in Shedler, 2010, p.100).

Os estudos de investigação em psicoterapia psicodinâmica mostram a sua eficácia em situações psiquiátricas variadas, como quadros depressivos, stress pós traumático, perturbações alimentares, perturbações psicossomáticas, perturbações de personalidade, contemplando a utilização de modelos referidos como Davanloo, Malan, Luborsky, ou modelos de intervenção psicoterapêutica psicodinâmica breve. De facto, as investigações apontam para que os efeitos obtidos na psicoterapia psicodinâmica perdurem ao longo do tempo, favorecendo os resultados obtidos com a intervenção psicoterapêutica psicodinâmica breve em relação a outros tipos de intervenção (Abbass, Hancock, Henderson & Kisely, 2006; Abbass, Town & Driessen, 2011; Fonagy et al., 2005; Gabbard, 2007; Shelder, 2010). No entanto, num artigo que contempla 18 estudos realizados entre 1996 e 2006, é possível concluir que não existe ainda suficiente evidência científica para a perturbação bipolar, as perturbações alimentares e as dependências, dado a escassez de estudos passíveis de ser generalizados (Lewis et al., 2008). Em relação aos quadros depressivos, a psicoterapia psicodinâmica breve apresenta uma eficácia igual à psicoterapia cognitivo comportamental e a psicofarmacologia (Gabbard, 2007), aparecendo os tratamentos combinados como a forma de intervenção que apresenta uma maior eficácia. Esta eficácia parece estar dependente de fatores como o tipo de depressão e a presença de comorbilidade com perturbações de personalidade (Maat et al., 2008). Na verdade, alguns estudos mostram que a presença de perturbação de personalidade em comorbilidade com a depressão torna a psicoterapia psicodinâmica breve o tratamento de primeira escolha (Abbass et al., 2011). Noutra perspetiva, alguns estudos, como o de Goldapple, Segal, Garson, Bieling & Kennedy (cit. in Gabbard, 2007), mostram que o tratamento psicofarmacológico e a psicoterapia atuam em partes diferentes do cérebro. A psicoterapia psicodinâmica surge como a técnica de tratamento que apresenta uma maior manutenção dos resultados psicoterapêuticos ao longo do tempo (Barber et al., 2005, Gasto et al. 1998, cit. in Abbass et al., 2011 p. 59; Hilsenroth, 2007). Esta característica parece assim estar relacionada com o tipo de mudanças operadas através da psicoterapia psicodinâmica, a qual não pretende apenas o desaparecimento de sintomas. O aumento da eficácia deste tipo de tratamento, quando existe comorbilidade com perturbação de personalidade, reforça esta ideia.

O objetivo da psicoterapia psicodinâmica é favorecer a presença de capacidades e recursos mais adaptativos, o que implica ter relações mais satisfatórias e com maior tolerância e compreensão dos outros, fazer um uso eficaz dessas capacidades e talentos, ter uma base realista de auto estima, modulação afetiva e ajustada às situações, entre outras dimensões, ou seja, um conjunto de capacidades que impliquem a reflexão pessoal, exploração e capacidade de mudança, o que vai no sentido do conceito de saúde mental SWAP-200 (Shelder, 2010). Este conceito de saúde mental parece-nos permitir estudos comparativos, quer entre várias correntes teóricas, quer dentro da psicodinâmica.

#### **IV. Articulação reflexão clínica**

O estudo destes modelos permitiu-nos apurar o nosso olhar sobre o modelo utilizado na nossa prática clínica, no contexto de uma unidade de internamento psiquiátrico de agudos, em que a intervenção acontece num momento de crise. O conceito de intervenção na crise, o foco de trabalho, a delimitação temporal da intervenção, com as respetivas alterações na técnica psicoterapêutica, constituem-se como aspetos centrais e de mais-valia, que têm sido utilizados por nós ao longo dos anos.

O trabalho psicoterapêutico, na grande maioria das situações, é uma valência do tratamento, combinado, por exemplo, com o tratamento psicofarmacológico. A associação entre a psicoterapia e psicofarmacologia tem-se tornado a forma de intervenção mais comum na atualidade (Gabbard, 2007).

##### **4.1.Pressupostos base do nosso modelo**

A aplicação do modelo psicodinâmico no contexto do internamento psiquiátrico em fase aguda é muito desafiante. Constatamos que aquilo que, é o denominador comum para a procura de ajuda é a presença de dor mental, que pode ser multifacetada e ter várias formas. Numa unidade de internamento psiquiátrico de agudos, habitualmente o início do processo terapêutico coincide

com a falência dos mecanismos defensivos e com a presença de uma situação de crise. Recorremos à ideia de Freud, de que a patologia aumenta as coisas e as torna mais toscas, o que chama a nossa atenção para aspetos que em condições normais nos teriam escapado. Onde ela aponta uma quebra ou uma fissura pode normalmente estar presente uma articulação. Se atirmos um cristal ao chão ele parte-se, ao longo das linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora invisíveis, estão predeterminados pela estrutura do cristal (Freud, 1933). Fairbairn, também defendia que o ego se fragmenta desta maneira (Symington, 1999). É pois, neste momento de maior fragilidade, que se inicia o estabelecimento da relação terapêutica. Temos a experiência de que, num contexto de “maior crise”, o objetivo inicial é o de promover a diminuição do sofrimento através de uma maior adaptação à realidade interna e externa e aumentar a capacidade de gerir a sua vida. Um trabalho inicial de estancar o sangue das feridas, colar o cristal, colocar uns pensos que diminuam a possibilidade de contaminação pelo exterior. Contudo, partilhamos do conceito definido por Caplan (1964) de que a crise pode favorecer uma possibilidade de crescimento, um aumento de saúde mental e maturidade, já que o paciente sente a necessidade de ajuda como mais premente, o que torna possível que uma intervenção menor resulte num efeito máximo (Caplan, 1964 cit. in Malan, 1981, pp.36-37). Assim, o nosso objetivo pode ser o fortalecimento do funcionamento preexistente à situação de crise, isto é, o reforço dos mecanismos adaptativos e a reconstrução do sistema defensivo, ou, pelo contrário, a procura de mudanças que permitam o encontro de formas alternativas de gestão e o iniciar mudanças na estrutura psíquica. Estes pressupostos têm implicações no contrato terapêutico, na técnica, ou de uma forma mais ampla, no tipo de psicoterapia, tendo em conta as várias dimensões que passamos a enumerar: a diversidade de pacientes com as decorrentes situações clínicas e de funcionamento psicológico/organização de personalidade, a presença de grande dor mental, a situação de crise emocional e os desafios colocados à técnica terapêutica. Tal complexidade torna urgente que o psicoterapeuta encontre uma forma de entrar em diálogo significativo com o outro em sofrimento e a necessitar de ajuda.

Quem inicia uma psicoterapia de moto próprio é diferente de quem inicia no âmbito de um plano de tratamento hospitalar, de uma imposição familiar, ou por outra razão exterior ao próprio, pelo menos num momento inicial. Nos vários modelos, a questão da motivação que o paciente apresenta, aparece como um bom preditor da eficácia da intervenção, o que leva a que, neste contexto, a avaliação da mudança tenha particular relevância (Balint et al., 1977; Malan, 1981; Sfineos, 1979).

O contexto de internamento condiciona o número de sessões possíveis e pressupõe a existência de uma equipa de trabalho multidisciplinar, a qual deve funcionar fomentando sinergias no aumento da saúde mental do paciente. Assim, nas primeiras sessões avaliamos, entre outros aspetos, se existe ou não indicação para continuar o tratamento pós alta, tendo em consideração os dados da realidade externa, podendo existir contingências como, por exemplo, a área de residência. Esta perceção permite ter uma ideia do número de sessões possíveis e do tipo de psicoterapia que se deve iniciar após o momento de avaliação inicial.

Procuramos perceber qual é o tipo de psicoterapia mais adequada, ajustando a técnica ao paciente. Assim, não definimos *à priori* se a psicoterapia é de apoio ou expressiva, limitada ou não no tempo, como no modelo apresentado de Gilliéron (2004), sendo essa decisão tomada apenas após a avaliação inicial.

No contexto da nossa intervenção, como também defendido nos modelos apresentados, parece-nos mais adequado considerar duas fases: numa primeira, a avaliação inicial da situação clínica e, num segundo momento, a intervenção psicoterapêutica propriamente dita.

#### **4.2. Avaliação inicial**

Num primeiro momento, parece-nos fundamental criar um espaço emocional em que o outro se possa revelar na sua especificidade. O convite a explicitar o que o levou a estar internado faz com que o outro valorize aquilo que é mais importante da sua vivência atual, fornecendo-nos pistas sobre os



seus temas centrais, no sentido definido por Luborsky, (1984) do tema relacional conflitual central. É muito curioso que, face a este convite, alguns pacientes comecem a descrever um conjunto de sintomas, outros remetam para o passado: "o que me trouxe aqui começou quando eu tinha x anos", para um acontecimento; um determinado episódio/aspecto de vida; um problema relacional; ou um conflito existencial. A maneira como a pessoa se situa e reage a esta situação parece-nos ser muito reveladora não só dos padrões de relação, como também daquilo que é vivenciado por ela como problemático, provocador de sofrimento, causador da desadaptação. A forma como o outro se conta, o que revela e o que esconde, não só no conteúdo mas na forma, é fundamental para o entendimento da sua realidade interna, já que, o que é dito tem importância não só pelas palavras, mas também pela construção das frases, afeto associado e *"música de fundo"*. Como se, perceber o sujeito em contexto clínico, fosse tentar situá-lo enquanto uma *"personagem de uma peça de teatro"*. A compreensão enriquece com o guião, o cenário, os diálogos (palavras, frases, tom emocional), a maior ou menor interação com os outros personagens. Deixar espaço para que comece a emergir a narrativa do paciente, no sentido defendido por Strupp e Binder (1984), é a nossa forma de iniciar a avaliação do funcionamento psicológico do paciente. Como disse Dostoievsky (1867), dizer disparates à sua maneira é muito melhor do que dizer coisas acertadas à maneira dos outros, no primeiro caso és um homem, no segundo és um tagarela.

Considera-se fundamental avaliar algumas dimensões nas primeiras consultas:

A. Compreensão/enquadramento da situação atual:

1. A percepção do próprio do motivo do internamento e a existência de fatores precipitantes.
2. O quadro clínico e sintomatologia.
3. A existência de consciência crítica face à situação e a quebra ou não de contacto com a realidade.

B. A história clínica e de vida:

1. A qualidade de vida do sujeito, incluindo as relações afetivas, modelo /padrões de relação e repetição; o impacto ou invasão na situação no dia-a-dia.
  2. Mecanismos de defesa utilizados privilegiadamente.
  3. A inserção na vida profissional e/ou escolar do sujeito.
- C. A motivação para a mudança.
- D. Expectativas face ao internamento e psicoterapia.

Considerando a grande diversidade de pacientes, de quadros clínicos, de organizações de personalidade e de situações de crise, existem critérios de contraindicação por nós utilizados para o início da intervenção, a saber:

1. Incapacidade de estabelecer uma relação colaborativa com o terapeuta;
2. Sintomatologia psicótica grave, com a presença de desorganização do pensamento;
3. Agitação psicomotora grave;
4. Presença de défice cognitivo causado por deficiência mental ou quadro demencial grave.

Estes critérios de contraindicação são semelhantes, por exemplo, aos definidos por Malan (1981) e Sfineos (1979) e reúnem consenso sobre as condições impeditivas de efetuar uma intervenção psicológica. A existência de tentativas de suicídio ou de comportamento autodestrutivo, que em alguns modelos surge como contraindicação, neste contexto não nos parece impeditivo já que, por vezes, são esses fatores o motivo do internamento.

A. Compreensão/enquadramento da situação atual e a existência de fatores precipitantes reconhecidos pelo próprio.

1. A percepção do motivo de internamento pelo paciente e a existência de fatores precipitantes.

Num primeiro internamento, fornecer um espaço de contenção e entendimento do que se passou dentro e fora do sujeito parece-nos

fundamental. O impacto da situação ainda está presente, no próprio e no seio familiar, o que, apesar de muito doloroso, pode facilitar a motivação para o tratamento e melhorar o prognóstico. Assim, trabalhar a motivação para a adesão ao tratamento psicoterapêutico e/ou psicofarmacológico deve ser uma prioridade. Se estamos perante alguém com várias descompensações, em que uma história de vida se associa intimamente a uma história de doença, a percepção da vivência do internamento tem aqui um outro papel, como o de recolher informação sobre os vários internamentos, o que os desencadeou e qual é a ideia que o paciente tem acerca do que levou a uma nova descompensação.

A apresentação de fatores sentidos pelo próprio como desencadeantes da situação, parece-nos um dado fundamental para a compreensão da situação clínica e fornece pistas sobre a organização de personalidade. Desta forma, podemos começar a entender se a descompensação resultou de um acontecimento de vida, como um divórcio ou luto, ou de uma crise interna, como um conflito intrapsíquico ou uma situação clínica de base. A maneira como o paciente interioriza e integra a experiência do internamento é uma área a trabalhar. Salienta-se a importância do papel de normalização e a capacidade de lidar com o eventual estigma, através de interpretações que abarcam em vez de estigmatizar, que são aliviadoramente corretivas e têm o efeito de se auto – realizarem (McWilliams, 2005). Considerando os aspetos acima referidos, a ênfase deve ser colocada na identificação de sentimentos e dificuldades de vida, em vez de na interpretação das defesas, pelo menos nesta fase de avaliação inicial.

## 2- O quadro clínico e sintomatologia

É fundamental a avaliação do quadro clínico e dos sintomas apresentados pelo paciente, procurando perceber o início, a sua intensidade e a diversidade, o que permite formular um diagnóstico da situação.

3- A existência de uma consciência crítica face à situação e a quebra de contacto com a realidade.

A existência de uma consciência crítica face à situação atual, ou dito de outra forma, a capacidade de colocar uma parte do eu como observador de si (ego sintónico/ego distónico), é um dado fundamental para o estabelecimento do diagnóstico, contrato terapêutico e para o início da compreensão do funcionamento psicológico. O aumento da consciência crítica em relação ao que pode ser mudado e o que não pode, numa íntima relação com a gestão das expectativas e a reestruturação de um projeto de vida tem, neste contexto, um papel preponderante. Uma apreciação das diferenças em grau de profundidade e de extensão dos problemas beneficia tanto o psicólogo como o paciente (McWilliams, 2005). Se estamos perante alguém com uma depressão de nível neurótico ou alguém com uma depressão de nível limite, apesar de aparentemente apresentarem a mesma sintomatologia, poderão existir, por exemplo, diferenças substanciais em termos do risco de suicídio. A manutenção do contacto com a realidade, neste contexto, é de extrema importância, já que a quebra do contacto com a realidade é um dado fundamental para clarificar o diagnóstico (dimensão da parte psicótica da mente) e estabelecer pistas que permitam a definição do foco de trabalho.

#### B. A história clínica e de vida

A recolha da história clínica e de vida, dados os constrangimentos temporais, não é elaborada de uma forma exaustiva, privilegiando-se a recolha de informação que nos permita inferir aspetos relacionados com a qualidade de vida do sujeito, as relações afetivas, modelo /padrões de relação e repetição; os mecanismos de defesa utilizados privilegiadamente; perceber até que ponto esta situação é invasiva da vida do paciente, a inserção na vida profissional e/ou escolar, a existência de um projeto de vida ajustado às necessidades e potencialidades do paciente. A avaliação do sistema defensivo fornece informação importante, relacionada quer com o diagnóstico quer, por outro lado, com o nível de psicopatologia. Mais ainda, utilizada nesta fase de avaliação, permite planear o tratamento, selecionar o tipo de intervenção e fazer o diagnóstico diferencial. O sistema defensivo, associado a outras dimensões importantes da psicoterapia psicodinâmica tais como a capacidade de introspeção, *insight*, a qualidade das relações com os outros e com o

terapeuta, fornece indicadores, aumentando, assim, a possibilidade de eficácia da intervenção (Siefert et al., 2006).

### C. Motivação

A motivação para a mudança psicológica e não só para a diminuição do sofrimento e da sintomatologia é um dado fundamental para o tipo de intervenção escolhida. Da revisão de literatura efetuada, todos os modelos apresentados, Balint et al. (1975); Davanloo (cit. in Kaplan & Sadock, 1991); Gilléron ; (2004); Malan (1981); Sifneos; (1979); Strupp (1978); consideraram este aspeto como um bom preditor para a construção de uma aliança de trabalho e um bom prognóstico para os efeitos produzidos pela intervenção psicoterapêutica. Esta dimensão surge, igualmente, nos estudos sobre a eficácia da psicoterapia psicodinâmica breve e noutros estudos comparativos com outras intervenções psicoterapêuticas, (como a psicoterapia comportamental cognitiva) ou terapêutica farmacológica (Gabbard, 2007; Hilsenroth, 2007; Leibing & Leichenring, 2007; Luborsky, 1984; Shedler, 2010). Não raras vezes, os pacientes surgem com desejo de iniciar uma psicoterapia, mas com uma reduzida motivação para a mudança, como se a psicoterapia fosse mais uma forma de reforçar a parte de si mais doente (ex. benefícios secundários da doença), em que o paciente “*se vai internar*”, numa desresponsabilização de si próprio e se coloca nas mãos do psicólogo como um ser inerte. O inverso também acontece, o movimento inicial é exterior ao próprio, mas existe uma verdadeira motivação para a mudança. Recordamos que a psicoterapia surge como uma valência do tratamento e não uma tomada de decisão por parte do paciente. Dado a presença de grande sofrimento, a avaliação da motivação apenas para a diminuição dos sintomas ou da existência da noção de haver uma dimensão psicológica na situação, assume aqui um papel preponderante.

### D. Expectativas face ao internamento e psicoterapia

A indagação acerca da expectativa e objetivo do paciente, quer em relação ao internamento, quer em relação à psicoterapia, ajuda a definir um foco de trabalho e a avaliar a natureza realista das mesmas.

No contexto de uma unidade de internamento psiquiátrico agudo existem situações de crise muito variadas. Este momento pode ser o início da manifestação de uma situação mais grave, como o primeiro surto psicótico, primeira crise maníaca ou depressiva, tentativa de suicídio, comportamento autodestrutivo ou outros quadros clínicos graves. Contudo, mesmo numa situação de uma linha mais depressiva ou ansiosa, a necessidade de um internamento pressupõe uma situação grave, pelo que, efetuar um diagnóstico diferencial é fundamental e possibilita o despiste da eventual existência das partes psicóticas da mente e a sua extensão, o que ajuda a detetar os eventuais riscos associados.

A avaliação das dimensões referidas, que é essencial efetuar nas primeiras consultas, permite a elaboração psicodinâmica do caso e o levantar de hipóteses relativamente ao tipo de intervenção psicoterapêutica mais adequada, de apoio ou expressiva, limitada ao tempo de internamento, breve ou longa e à consequente definição dos aspetos técnicos privilegiados e focos de trabalho.

#### **4.3. Intervenção psicoterapêutica**

Tendo em conta as dimensões referidas, subjacentes ao enquadramento da situação de intervenção psicoterapêutica, identificamos como mais útil adequar a forma de intervenção ao tipo de pacientes, na mesma linha do modelo preconizado por Gilliéron (2004). Assim, só após a formulação psicodinâmica de cada caso, nos parece possível definir qual o tipo de intervenção mais profícuo para cada paciente e a sua duração, com tempo definido previamente ou não.

A experiência mostra-nos que, em alguns casos, a intervenção de suporte é a mais indicada, sempre com o entendimento psicodinâmico da situação. O diagnóstico clínico, a organização de personalidade, o tipo de crise e o impacto desta, são fatores preponderantes para a técnica psicoterapêutica utilizada, funcionando como critério de eleição para a escolha de um determinado tipo de intervenção. A força do eu e a natureza do sistema defensivo têm um papel decisivo, mais do que a eventual cronicidade da

situação clínica. Contudo, habitualmente os pacientes mais perturbados são aqueles nos quais este tipo de intervenção é a mais eficaz. Nestes pacientes, o objetivo da psicoterapia é o de reforçar o sistema defensivo anterior à crise, no sentido de melhorar a qualidade de vida do paciente e ajudar a encontrar as estratégias mais eficazes para lidar com as situações de stress e de vida, procurando diminuir os fatores de vulnerabilidade (Bellack & Small, 1968). As técnicas utilizadas são as referidas no capítulo 1, como o reforço, a clarificação, sugestões, promoção da auto estima, entre outras. A atitude do terapeuta é mais próxima e mais ativa, focada nos dados reais da vida do paciente, bem como nos dados reais da relação com o terapeuta, procurando um maior ajustamento do comportamento, diminuição da sintomatologia e a resolução de problemas da vida apresentados pelo paciente. Estes pressupostos não invalidam que posteriormente se passe para um trabalho expressivo, como defende Gabard (1992).

Nos pacientes que, após a avaliação inicial e a formulação psicodinâmica, se entende existir potencial de mudança, motivação e força do eu, uma psicoterapia expressiva torna-se o tratamento de eleição. Tendo em conta os constrangimentos temporais, a definição do foco de trabalho, quer autonomamente pelo paciente, quer em conjunto com o terapeuta, é o passo seguinte. Temos a experiência de que, por vezes, o foco de trabalho surge espontaneamente, como o defendido por Malan (1981) e Luborsky (1984), na dupla terapêutica enquanto, que noutros casos, tem que ser proposto pelo terapeuta, com a anuência do paciente, como o referido por Sfineos (1979), já que, às vezes, as expectativas são pouco realistas. Neste nível de intervenção, utilizamos as técnicas características da psicoterapia psicodinâmica expressiva anteriormente descritas, como a construção da relação terapêutica como um fator essencial, a transferência e a contratransferência, a promoção da compreensão do funcionamento psicológico e o desenvolvimento do *insight* (Gelso & Hayes, 1998). Salienta-se a importância das técnicas da associação livre e da interpretação, assim como dos sonhos e fantasias do paciente, tal como evidenciado no estudo de Blagys e Hilsenroth (2000). Considerando que o sistema defensivo se encontra fragilizado, deverá existir um cuidado acrescido no nível da interpretação, questionando a pertinência da sua

utilização na transferência, de forma a evitar uma maior desorganização do funcionamento psicológico e a não facilitar a eventual regressão. Em situações em que o paciente se encontre mais perturbado, pode ser mais adequado centrar a intervenção nos elementos mencionados verbalmente pelo paciente, na esfera relacional e padrões repetitivos, e já não no conflito intrapsíquico, como defendido por Luborsky (1984) e Strupp & Binder (1984). Outros estudos mostram, como referido por Siefert et al. (2006), que a interpretação também funciona de uma forma eficaz em pacientes com um nível de perturbação elevado, desde que sejam adicionados elementos de suporte. Este tipo de intervenção expressiva leva à expressão e modulação afetiva, o que pode ser muito útil em pacientes cujo sistema defensivo é mais desajustado ou se encontra fragilizado. Assim, pacientes com um sistema defensivo com uma maior tendência para o *acting-out*, podem beneficiar com intervenções mais ligadas ao sistema defensivo, surgindo esta necessidade mais precocemente do que em pacientes com um sistema defensivo mais adaptativo, promovendo o desenvolvimento de estratégias mais adequadas (Siefert et al., 2006).

Contudo, salientamos que em alguns casos emerge a necessidade de um trabalho psicoterapêutico prévio, conforme o definido por Ferreira-Santos (1997), como a psicoterapia breve mobilizadora, necessária para poder prosseguir um trabalho expressivo, que procura levar à mudança permanente e possibilitar que o crescimento e amadurecimento prossigam.

Corroborando os dados da literatura, a nossa experiência mostra-nos que, mais uma vez, o tipo de patologia e a organização de personalidade levam a diferentes graus de perturbação, o que tem fortes implicações no tipo de intervenção psicoterapêutica possível, como, por exemplo, no grau de profundidade da interpretação e na utilização ou não da transferência e em que nível. Quanto maior for a utilização da transferência, quer no aqui e agora, quer na ligação ao passado, melhores e mais permanentes são os efeitos terapêuticos, conclusão que aparece em vários estudos por nós citados e que também encontramos na nossa prática clínica.

A definição inicial do tempo de duração da intervenção também não é por nós utilizada, apesar de alguns autores considerarem ter um papel



catalisador de mudança como o defendido por Mann (Mann, 1973 cit.in Malan 1981 p.46). Concordamos com o defendido por Gilliéron (2004), ou seja, consideramos que as diferentes organizações de personalidade têm uma vivência diferenciada da temporalidade. Assim, o que nos faz sentido é a definição do tempo de intervenção ser estabelecida após a avaliação inicial e/ou no decurso da intervenção, dando um ênfase especial à qualidade da relação terapêutica e às mudanças efetuadas e/ou pretendidas. De facto, a diversidade de pacientes mostra-nos que, alguns apenas necessitam de uma intervenção breve circunscrita no tempo de internamento, enquanto que outros beneficiam da continuação da intervenção em ambulatório. No nosso modelo, a definição do tipo de psicoterapia de apoio ou expressiva, assim como, a duração só é efetuada após a avaliação inicial.

#### **4.4. Ilustrações clínicas**

Nas ilustrações clínicas que se seguem procuraremos exemplificar o nosso modelo de intervenção atrás descrito, com casos diferenciados, que mostrem aspetos subjacentes à decisão do tipo de intervenção. Os dados serão descritos de forma sucinta para a compreensão do modelo de intervenção. Esta forma de apresentação pretende exemplificar decisões psicoterapêuticas diferenciadas e não pretendem ser um estudo exaustivo dos casos.

L., 47 anos,

Avaliação inicial

A. Compreensão/enquadramento da situação atual e a existência de fatores precipitantes reconhecidos pelo próprio.

O fator precipitante do internamento foi uma tentativa de suicídio. Apresenta consciência crítica da situação, mantém contato com a realidade. Não apresenta nenhuma contraindicação para iniciar avaliação para psicoterapia.

O quadro clínico apresentado é compatível com uma depressão com carácter recorrente. Ao nível dos sintomas, manifesta labilidade emocional,

alteração do padrão de sono, insónia inicial e terminal, isolamento social, baixa autoestima e dificuldade em manter as atividades de vida diária.

#### B. A história clínica e de vida

Embora as queixas depressivas sejam referidas como existindo há vários anos, o seu agravamento surge em reação a uma situação de separação, após um casamento de 20 anos.

A qualidade de vida encontrava-se francamente comprometida, mantendo-se isolada socialmente e do ponto de vista laboral L. afirma “rescindi o contrato de trabalho em condições desvantajosas”. As relações interpessoais eram praticamente inexistentes, mantendo algum contato com as filhas, contudo, até este era esporádico e pautado por conflitos. Na relação com os outros coloca-se numa posição de vitimização, o que nos pareceu reforçar a sua lógica depressiva. Os mecanismos de defesa privilegiados nesta altura eram a projeção, regressão.

C- Apresentava uma motivação alta para a mudança e não apenas para a diminuição da sintomatologia.

D- A expectativa face ao internamento e psicoterapia era estes serem essenciais para à sua estabilização.

#### Intervenção psicoterapêutica

Efetuada a avaliação inicial, o que nos pareceu mais indicado para L. seria uma psicoterapia de apoio, numa fase inicial, preferencialmente sem tempo limitado, promovendo a possibilidade de continuação em ambulatório. Durante o internamento foram realizadas 24 sessões, ao ritmo de 2 vezes por semana. Após a alta, manteve-se em psicoterapia uma vez por semana durante 4 anos. Assim, de uma psicoterapia de apoio, passou para uma psicoterapia expressiva, com duração longa, de acordo com os critérios definidos por diversos autores, como por exemplo Gabbard (2004).

A escolha da psicoterapia de apoio deveu-se ao nível elevado de sofrimento presente, à necessidade de contenção e reforço da autoestima. Durante o internamento, o foco definido inicialmente foi circunscrever as várias

problemáticas das diferentes áreas de vida, através da priorização destas, como o defendido por Balint et al. (1975), Davanloo (1978). Este foco, teve que ser escolhido por nós, com a anuência de L., como o preconizado por Sifneos (1979), já que na altura não existia por parte da L. capacidade para circunscrever uma problemática. L. sentia-se imersa numa confusão de problemas sem saída, “não tenho a situação de separação resolvida, não tenho trabalho, estou a viver numa zona em que me sinto deslocada e sem raízes, tenho conflitos com as filhas”. A postura do terapeuta foi ativa e apoiante, procurando encontrar e ajudar L. a desenvolver estratégias de resolução para as áreas em que se sentia em maior conflito, reassegurando e reforçando a autoestima. Após a alta, conseguiu encontrar forma de se divorciar (apesar de estar separada tinha trazido apenas a sua roupa), e começar a reconstruir o seu universo relacional. Nesta sequência, recomeça a trabalhar como profissional liberal e progressivamente começa a pensar mudar de casa, para perto dos seus familiares, como se uma organização numa área de vida pudesse permitir pegar noutra e ir-se reconstruindo. À medida que o tempo foi passando e a relação terapêutica se foi tornando mais sólida, L. foi ficando mais “limpa” da confusão mental, em que tudo estava “enrolado”, contaminado. Nesta altura, após cerca de 24 sessões, foi possível passar para uma psicoterapia expressiva, tendo em conta a diminuição da ansiedade e labilidade emocional, o facto do “eu” estar mais fortalecido e o nível de autoestima mais restaurado, a par e passo com as situações de vida mais problemáticas estarem resolvidas ou encaminhadas. No discurso de L., começaram a emergir novos temas, mais ligados à vivência interna, e não tanto a procura de ajuda na resolução de conflitos ou situações do dia-a-dia. Começou a poder discernir e integrar com sentido os vários “tons” e dores emocionais, tomando consciência do seu modelo de relação, flexibilizando os seus mecanismos defensivos, podendo emergir a racionalização de uma forma mais frequente, aumentando a sua capacidade de autorreflexão, retirando uma maior satisfação no universo relacional que foi reconstruindo.

M.- 40 anos

Avaliação inicial

A. Compreensão/enquadramento da situação atual e a existência de fatores precipitantes reconhecidos pelo próprio.

O fator precipitante do internamento foi uma crise depressiva aguda, com a presença de ideação suicida estruturada. Visto ser técnica de saúde, diz que tinha um plano de suicídio que iria implementar com sucesso garantido, apresentando consciência crítica da situação e mantendo contato com a realidade. Não apresenta nenhuma contraindicação para iniciar avaliação para psicoterapia.

O quadro clínico apresentado era compatível com uma depressão. Ao nível dos sintomas, apresentava labilidade emocional, anedonia, isolamento social, baixa autoestima. As queixas depressivas tinham surgido há cerca de um ano e meio, referindo que se sentia deprimida, tendo procurado ajuda com um médico de família e “*saltado de psiquiatra*” algumas vezes. Na última medicação prescrita, não fez desmame da terapêutica tendo havido um agravamento da sintomatologia. Perdeu o interesse por tudo, sentia-se muito triste e com grande isolamento social. Como resultado, esteve praticamente um ano sem sair de casa e de baixa. A restrição de contactos sociais era de tal forma que, nos últimos meses, apenas se relacionava com os irmãos. Tinha iniciado uma psicoterapia com frequência semanal há cerca de 3 meses. Foi colocada a hipótese de se deslocar ao consultório da colega, de forma a não interferir na relação terapêutica iniciada, contudo M. preferiu ter acompanhamento no internamento por “receio se sair da instituição não voltar”.

#### B. História clínica e de vida

M. refere ter chegado aos 40 anos, sem estar casada nem ter filhos, o que era vivido por ela como uma falta de sentido para a vida. Como acontecimentos traumáticos refere a morte de um sobrinho, com uma doença oncológica e a morte da mãe, no espaço de um mês. Estas mortes tinham acontecido há acerca de 5 anos, tendo a família vivido períodos de grande sofrimento. Em agosto desse ano decide terminar um relacionamento amoroso com duração de 8 anos, por ter sentido que o companheiro não lhe deu apoio emocional necessário à situação familiar que estava a viver. O término desta relação ficou bem resolvido dentro dela, segundo a própria, já que a separação

foi uma decisão sua, não sentindo arrependimento. Contudo, desde essa altura, não conseguiu voltar a confiar em ninguém, nem ter uma relação significativa.

C- Nível alto de motivação para a mudança.

D-Expectativas face ao internamento e psicoterapia

Refere que o internamento foi a única forma de não cometer o suicídio.

Intervenção psicoterapêutica

Efetuada a avaliação inicial, o que nos pareceu mais indicado para M. seria uma psicoterapia expressiva. M. refere querer continuar a psicoterapia que tinha iniciado antes do internamento, tendo sido trabalhada a motivação para a continuação do trabalho efetuado com a colega com quem tinha iniciado a intervenção. A nossa decisão foi motivada, pelo princípio ético de tentarmos sempre preservar as relações psicoterapêuticas prévias. Por outro lado, a dificuldade que M. apresentava em manter relações de continuidade, a manifestação deste desejo e a mobilização de estratégias para manter uma relação em que sentia confiança, do ponto de vista simbólico, poderia ser muito importante, constituindo-se um objetivo terapêutico de eleição. Considerando estas dimensões no seu conjunto, trabalhamos a um nível de apoio, promovendo a motivação para reiniciar a psicoterapia, salientando as dificuldades que eram sentidas na relação terapêutica prévia. A intervenção ficou circunscrita ao tempo de internamento, tendo sido realizadas 4 sessões. Podemos enquadrar esta intervenção na definição de Ferreira – Santos (1997) de psicoterapia de apoio mobilizadora.

M., 30 anos

A. Compreensão/enquadramento da situação atual e a existência de fatores precipitantes reconhecidos pelo próprio.

M. foi internado por insónia total, em consequência de um conjunto de “decisões desastrosas” (sic) do ponto de vista financeiro e descontrolo dos impulsos. O internamento foi aceite por ter sido colocado como uma imposição da mulher, em alternativa a uma separação. O psiquiatra diagnostica a situação

como uma perturbação bipolar em fase maníaca. Não apresenta consciência crítica da situação, referindo que o internamento foi apenas para não entrar em maior conflito com a mulher, já que se sentia em forma e cheio de projetos. Mantém contato com a realidade. Contudo, por vezes apresenta algumas ideias de auto relacionamento e ideias persecutórias. Não apresenta nenhuma contraindicação para iniciar avaliação para psicoterapia.

#### B. História clínica e de vida

Na primeira consulta, M. refere que não percebe porque acham que tem problemas, relatando episódios variados, de forma acelerada, sem grande ligação, mas referindo que para ele faziam todo o sentido. É a primeira vez que é internado, não tendo feito medicação anteriormente. Não refere nenhum acontecimento de vida que justifique, segundo o próprio, a situação. Contudo, diz que por vezes tinha períodos em que se sentia mais deprimido e ansioso. Noutras alturas, tinha dificuldade em dormir, sentindo-se irrequieto e com comportamentos impulsivos. Mantinha-se a trabalhar, referindo que a sua produtividade era variável e que o casamento era pautado pela instabilidade, situação que também pareceu ter ocorrido em épocas anteriores da vida. O sistema defensivo era caracterizado por uma projeção massiva e pela clivagem. Ao nível das relações, tinha uma boa rede social de apoio.

#### C- Nível baixo de motivação para a mudança.

#### D-Expectativas face ao internamento e psicoterapia

Refere que o internamento foi a única forma de não se separar da mulher, não tendo nenhuma expectativa a não ser voltar à vida habitual.

#### Intervenção psicoterapêutica

Nesta situação, após o diagnóstico psiquiátrico de perturbação bipolar, foi possível promover a adesão a uma terapêutica farmacológica e ajudar na aceitação de uma situação clínica que precisa de tratamento. Por outro lado, foi possível observar o reconhecimento dos momentos de maior vulnerabilidade, que antecedem as crises, o que pode permitir uma maior estabilidade emocional futura. Estes foram os focos de trabalho iniciais, definidos pelo par

terapêutico como preconizado nos modelos de Balint e Davanloo. A intervenção inicial foi de uma psicoterapia de apoio, no sentido de restaurar o nível de funcionamento anterior à crise. Foram efetuadas 12 sessões durante o internamento, ao ritmo de 2 sessões por semana. Após a estabilização do quadro clínico, foi possível trabalhar a um nível mais expressivo, continuando a psicoterapia em regime ambulatorio por um período de 6 meses, com um ritmo de uma vez por semana, o que é considerado uma psicoterapia breve por vários autores. Os temas que surgiram foram a necessidade de melhorar a capacidade de gestão da sua relação consigo próprio e com os outros, promoveu-se a diminuição dos fatores de vulnerabilidade e a flexibilização do sistema defensivo. Contudo, manteve-se a utilização de alguns elementos de suporte, como a ajuda ativa no reconhecimento dos momentos de maior vulnerabilidade e na tomada de decisões, o que vai ao encontro da literatura, que defende que em pacientes mais perturbados esta necessidade permanece em diferentes momentos da psicoterapia.

R, 34 anos

#### Avaliação inicial

- A. Compreensão /enquadramento da situação atual e a existência de fatores precipitantes reconhecidos pelo próprio.

O fator precipitante do internamento foi um “quadro de exaustão e cansaço extremo”, associado com queixa depressiva aguda. Mantém contacto com a realidade e consciência crítica. Apresenta dificuldade em dar resposta às várias solicitações familiares e profissionais, sendo exemplo do seu tipo de funcionamento o ter estado a trabalhar até à véspera do internamento.

- B. História clínica e de vida

R. tem 2 filhos e é casada mantendo uma relação amorosa estável há cerca de 10 anos. No agregado familiar vive também a mãe que tem o diagnóstico de perturbação bipolar. Um dos filhos é adotado, sendo também seu sobrinho, por a irmã “ não ter suficiente estabilidade emocional para o educar convenientemente”. Ao nível profissional, R. encontra-se com uma

situação estável e com um grau de responsabilidade elevado, o que implica uma forte pressão.

O modelo de relação é pautado por um elevado grau de exigência pessoal, em que se coloca numa posição de cuidadora, esquecendo-se dos seus desejos e necessidades. Os mecanismos de defesa privilegiados são a formação reativa, a racionalização, a negação e o controlo.

C. Alto nível de motivação para a mudança e não só para a remissão de sintomas.

D. Expectativas face ao internamento e psicoterapia

R. apresentava um desejo de compreender o seu funcionamento e de fazer mudanças psicológicas.

#### Intervenção psicoterapêutica

Após a avaliação inicial, o que nos pareceu adequado foi uma psicoterapia expressiva por tempo ilimitado. Efetuaram-se 6 sessões em regime de internamento, continua tratamento em ambulatório, com frequência semanal.

As características de personalidade, assim como o seu modelo de relação, parecem-nos fortemente relacionadas com a sua situação atual, o que sustentou a escolha de uma psicoterapia expressiva. Foi possível observar uma rápida estabilização sintomática fruto do tratamento psicofarmacológico. Assim, emergiram 2 temas conflituais relacionais centrais, no sentido do definido por Luborsky (1984): o primeiro relacionava-se com o encontrar estratégias mais adaptativas face às situações de vida, procurando preservar-se, o que lhe permitiu ter *insight* acerca do seu modelo de relação e das suas implicações; o segundo foi a tomada de consciência acerca do pouco espaço que teve para ter sido cuidada na sua infância, o que tinha originado a criação de uma forma defensiva, em que o modelo de relação privilegiado era baseado nas necessidades dos outros e não num equilíbrio com as suas. R. Continua atualmente em psicoterapia psicodinâmica expressiva.

Outro tipo de situações em que intervimos são aquelas em que uma história de vida se associa intimamente com uma história de doença, tendo a



psicoterapia um papel fundamental para melhorar a qualidade de vida do paciente. Nesses quadros clínicos, a gestão das expectativas e a reestruturação do dia-a-dia, pode fazer a diferença no bem-estar emocional. Estes são apenas alguns exemplos, o tipo de técnica e o foco de trabalho terapêutico inicial, deve ser encontrado pelo par terapêutico e ajustado à medida das necessidades encontradas ou desenvolvidas. A intervenção psicoterapêutica deve ser modulada ao longo do tempo, algumas vinhetas clínicas ilustrativas: “Agora que já estou melhor e mais organizada, posso tentar perceber o que se passa dentro de mim”; “sei que vou ter sempre alturas que perco a noção, que não estou bem, mas já reconheço o que antecede esses momentos”, entre muitas outras verbalizações que espelham o encontro com o próprio, através do diálogo/relação significativo com o outro.

## **V. Considerações finais**

Ao longo deste trabalho, foi efetuada uma revisão da literatura acerca da psicoterapia psicodinâmica, dos seus vários níveis e modelos de intervenção, da sua evidência científica e eficácia. Esta análise possibilitou uma reflexão mais apurada sobre o nosso modelo de intervenção, procurando responder a algumas questões que tínhamos formulado. Partiu-se do conceito de que a psicoterapia é uma experiência emocional reparadora, capaz de conduzir a novas formas de pensar, agir e estar.

Relativamente à questão que procurámos responder: qual é objetivo principal da psicoterapia psicodinâmica no contexto de crise? Constatámos que vários objetivos podem fazer sentido: tanto a procura de mudanças psicológicas que permitam o manejo futuro mais adequado de situações de *stress* /crise, como o restabelecimento do equilíbrio anterior à crise. Os fatores que nos parecem estar subjacentes a esta diferenciação prendem-se com o tipo de patologia, organização de personalidade e a motivação para a mudança. Em determinados pacientes, o período de crise pode ser o momento em que pode ocorrer uma mudança permanente e significativa no funcionamento psicológico, no sentido de uma maior saúde mental.

Em relação à segunda questão acerca da implicação do diagnóstico clínico e à natureza da descompensação, no tipo de psicoterapia, técnica psicoterapêutica e nos resultados obtidos, constatamos que estes, na maior parte dos modelos ou estudos sobre a eficácia, são fatores centrais para os resultados obtidos. Alguns estudos apontam para a possibilidade de a motivação poder ser um fator que tem impacto nos resultados, por vezes de uma forma mais premente, do que a cronicidade da situação clínica.

No que se refere aos critérios de seleção para uma psicoterapia de apoio ou expressiva, estes não nos parecem poder ser definidos *a priori*, no contexto da nossa intervenção, dado a diversidade de situações clínicas e situações de crise nas quais temos que intervir. Contudo, a definição de critérios de contra-indicação, como os que enumerámos, e que vão no mesmo sentido dos definidos nos modelos por nós apresentados, parece-nos ser muito útil.

Outra questão que tínhamos colocado prendia-se com as alterações necessárias à técnica. Constatamos que os vários modelos de psicoterapia psicodinâmica breve consideram a avaliação psicológica inicial como um momento fundamental para a formulação psicanalítica da situação, assim como na definição do foco de trabalho. O nome dado a esta fase da intervenção é variável, mas na essência, têm o mesmo objetivo: formulação psicodinâmica, no caso de Davanloo (Davanloo, 1978 cit. in Kaplan & Sadock, p.579) e Sifneos (1972); investigação psicodinâmica breve (IPB) no modelo de Gilliéron (2004) ou socialization interview (SI) no modelo de Luborsky (Luborsky, 1984). Em alguns modelos são definidas as dimensões essenciais de avaliação, outros criam guiões estruturados para as primeiras entrevistas, de forma a recolher a informação considerada como essencial. Também na nossa intervenção procedemos desta forma, avaliando as dimensões que enumerámos no capítulo anterior.

Na fase de intervenção propriamente dita, as diferenças técnicas entre os modelos parecem ser mais devidas a uma maior ênfase que é colocada em determinadas dimensões, consoante a base teórica da teoria psicanalítica do modelo, ou do quadro clínico e organização de personalidade dos pacientes

com maior indicação para um tipo de intervenção. Ao nível das indicações e contraindicações encontramos algumas diferenças entre os modelos. São referidas técnicas de suporte, enquadradas num entendimento psicodinâmico da situação, em que a postura mais ativa do terapeuta permite o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas. Dos vários conceitos significativos para nós, salientamos a delimitação de um foco de trabalho, o circunscrever o conflito ou definir o tema conflitual relacional central, com as alterações técnicas consequentes.

Em relação ao tipo de mudanças que promove, articulando quer os aspetos teóricos, os modelos e a evidência científica encontrada, constatámos que a resposta não é clara. O tipo de mudanças estruturais ou de reequilíbrio relativamente ao ponto anterior à crise, parecem depender da organização de personalidade, do tipo de patologia apresentada e da motivação para a mudança psicológica e não só para a remissão da sintomatologia. Estes fatores têm uma relevância maior do que fatores como o tempo de duração da psicoterapia ou a técnica específica em si.

O modelo preconizado por Gilliéron, em que a definição do tipo de psicoterapia mais indicada é apenas definida após a avaliação inicial, constitui-se como o modelo com o qual mais nos identificamos e que mais se adequa ao contexto da nossa prática clínica. De facto este é um modelo inclusivo, quer de uma psicoterapia de apoio, quer expressiva, de duração breve, limitada ou não, que tem em conta o papel das várias organizações de personalidade e do tipo de patologia, possibilitando uma intervenção terapêutica adequada ao paciente e não vice-versa. Assim, ao estabelecer a decisão do tipo de psicoterapia após a avaliação inicial, permite o recurso na fase de intervenção a técnicas psicoterapêuticas diferenciadas, que são defendidas nos vários modelos por nós apresentados ao longo deste trabalho e às quais recorreremos. Uma transversais em todos os modelos como: a importância da motivação; construção da aliança terapêutica ou focalização. Outras variáveis como por exemplo, o recurso ou não à transferência e em que nível.

Constatamos que, ao nível da evidência científica dos modelos de intervenção psicoterapêutica psicodinâmica breve, os avanços têm sido

múltiplos nas últimas décadas, quer nas metodologias de avaliação do paciente, do próprio processo psicoterapêutico, do modelo de intervenção ou do impacto biológico da intervenção. A nossa percepção é que a procura de evidência científica deve tentar encontrar um equilíbrio que, por um lado, possa aceder às mudanças promovidas pela psicoterapia dinâmica, no sentido do definido por Keneberg (1999) mas que, por outro lado, seja suficientemente livre de um corpo teórico específico, permitindo fazer estudos comparativos com outras técnicas de intervenção, já que os indicadores utilizados mais frequentemente são a diminuição de sintomatologia como critério de eficácia, o que nos parece ser redutor. Da revisão de literatura sobre a temática da eficácia, o conceito de saúde mental, avaliado através da SWAP-200 (Shelder,2010), parece-nos reunir a possibilidade de aceder às mudanças promovidas por este tipo de intervenção e, ao mesmo tempo, ser utilizado por outros modelos teóricos de intervenção.

O objetivo de uma psicoterapia é, não só a redução de sintomas, mas também favorecer a presença de capacidades e recursos mais adaptativos, o que deve implicar a capacidade de ter relações interpessoais e sexuais mais satisfatórias, fazer um uso mais eficaz dos recursos e das suas capacidades, uma base realista de autoestima, uma maior compreensão dos outros, possibilitando fazer mudanças de vida com maior flexibilidade e liberdade. Estes aspetos implicam capacidade de reflexão pessoal, exploração e descoberta, dimensões consideradas no conceito de saúde mental de Shedler (2010). Os estudos referidos no capítulo sobre a evidência científica mostram que estas dimensões são promovidas pela psicoterapia psicodinâmica, mesmo limitada no tempo e cujos efeitos permanecem.

Em termos de investigação futura gostaríamos de aprofundar o modelo por nós utilizado, considerando este conceito de saúde mental, procurando estudar a ligação entre as mudanças verificadas e o tipo de organização de personalidade e sintomatologia e o tipo de psicoterapia eleito.

## VI-Bibliografia

- Abbass, A., Town J., & Driessen, E.(2011).The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry*, 74 (1),58-72.
- Abass, A.,Hancock, J., Henderson, J., & Kisely, S. (2006).Short-term for common mental disorders. *Cochrane database System reviews*, 18(4), CD004687.
- Balint, M.,Balint E.,& Ornestein, P. (1975). *La Psychothérapie Focale - Un exemple de Psychanalyse Appliquée*. Paris: Collection Science de L` Homme Payot.
- Blagys M., & Hilsenroth, M.(2000). Distinctive of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167-188.
- Bellack, L., & Small, L. (1968). *Emergency Psychotherapy and brief Psychotherapy*. Nova Iorque: Grune & Stratton.
- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e Patológica* (3ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brown, L., Shiang, J.,& Bongar, B. (2003). Crisis Intervention: Theory and practice. In G. Stricker, T. A. Widiger (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology*: vol.8- *Clinical Psychology*, (pp.431-451).New York: Wiley & Sons.
- Bateman, A.,Brouwn, D., & Peter, J. (2001). *Princípios e prática das psicoterapias* (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cordioli, A.V. (Org.) (1998) *Psicoterapias abordagens actuais* (3ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cristoph, P., & Barber, J.P.(1991). *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Derogatis, L., Lipman, R., & Covi, L. (1973). HSCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9,13-28.
- Dostoievsky, F. (1867). *Crime e Castigo* (9ª ed). Lisboa: Editorial Presença.
- Ferreira-Santos, E. (1997). *Psicoterapia Breve-Abordagem sistematizada da situação de crise*. Editora Agora: São Paulo
- Freud, S. (1933). A dissecação da Personalidade Psíquica. In Ana Freud (Eds.), *Textos essenciais da psicanálise, a estrutura da personalidade psíquica e a psicopatologia*, vol. III, (pp.69-94). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-Based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 1-58.
- Freedheim, D. (1991). *History of Psychotherapy - A century of change*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, T., & Keller W. (2004). Investigating structural change in the process and the out-come of psychoanalytic treatment: the Heidelberg-Berlin Study. In P. Richardson, Phd. Richardson, H. Kachele, C. Renlund (Eds.), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults* (pp. 35-63). London: Karnac Books
- Gilliéron, E. (2004). *Manual de psicoterapias breves* (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gelso, C. J., & Hayes, A. J. (1998). *The psychotherapy relationship- theory, research and practice*. New York: John Wiley & sons.
- Gabbard, G. (1992). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Gabbard, G. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. Arlington, V.A.: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. (2007). Psychotherapy in psychiatric. *International review of Psychiatry*, 19(1): 5-12.
- Gill, M. (1954). Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 2: 771-797.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1991). *Synopsis of psychiatric: behavioral sciences clinical psychiatry - sixth edition*, (pp. 571-582). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kerneberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven- London: Yale Univ. Press.
- Kerneberg, O. (1999). Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *Internacional Journal of Psychoanalysis*, 80,(7): 1075-1092.
- Hilsenroth, M. (2007). A programmatic study of short-term psychodynamic psychotherapy: Assessment, process, outcome, and training. *Psychotherapy Research*, 17(1):31-45.
- Huber, D., & Klug, G. (2004). Contribution to the measurement of mode-specific effects in long-term psychoanalytic psychotherapy. In P. Richardson, Phd. Richardson, H. Kachele, C. Renlund (Eds.). *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults* (pp. 63-80). London: Karnac Books.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*. The British Psychology Society, 80, 217-228.
- Lewis, A., Dennerstein, M., & Gibbs, P. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42: 445-455.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. Nova Iorque: Basic Books.
- Ordem dos psicólogos portugueses. (2011). *Evidência Científica sobre custo efetividade de intervenções psicológicas*.

- Malan, D. (1981). *As fronteiras da psicoterapia breve. Um exemplo da convergência entre pesquisa e prática médica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics Journal*, 74: 43-50.
- Maat, S., Dekker, J., Schoneveld, A., Aalst, G., Wijk, G., Hendriksen, M., Kool, S., Peen, J., Van, R., & Jonghe, M. (2008). Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depression and anxiety*, 25:565-574.
- Marsden, G. (1971). Content-analysis Studies of Psychotherapy: 1954 through 1968. In A. Bergin, I. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis* (pp. 365-385). New York: John Wiley & sons
- McWilliams, N. (2004). *Formulação Psicanalítica dos Casos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McWilliams, N. (2006). *Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Perrot, E., Rozmuski-Dreytuss, C., Schneider, P., & Stauffacher, M. (2004). *A Supervisão em Psicoterapia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Salzer, S., Winkelbach, C., Leweke, F., Leibing, E., Leischesering, F. (2011). Long-term effects of short psychodynamic and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow-up. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56, (8): 503-508.
- Siefert, C., Hilsenroth, M., Weinberg, J., Blagys M., & Ackerman, S. (2006). The relationship of patient defensive functioning and alliance with therapist technique during short-term psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13: 20-33.
- Symington, N. (1999). *A Experiência Analítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sifneos, P. (1979). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Plenum: Medical Book Company.
- Strupp, H. (1978). Psychotherapy research and practice: an overview. In S.L. Garfield, A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Strupp, H., & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a New Key: a guide to time-limited dynamic Psychotherapy*. New York: Harper Collins.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, (2): 98 -109.
- Ursano R., & Silverman E. (2003). Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy and Supportive Psychotherapy. In R. E., Hales, S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of Clinical Psychiatry*. Washington: The American Psychiatric press.
- Wallerstein, R. (1989). Psychoanalysis and Psychotherapy: A Historical Perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 470-563.

- World Health Organization, (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health: evidence and research*. Geneva: Author
- World Health Organization, (2003). *The Mental Health context*. Geneva: Author
- World Health Organization, (2005). *The Mental Health declaration for Europe: facing the challenge, building solutions*. Geneva: Author
- World Health Organization, (2011). *Impact of economic crisis on The Mental Health*. Copenhagen: Author