

# Psicanálise e Universidade: a interface possível por meio da pesquisa psicanalítica clínica.

**Alice quebra-vidros**

## Psychoanalysis and University: the potential interface through psychoanalytic clinical research.

**Alice Glass-breaker**

**Julieta Freitas Ramalho da Silva,<sup>1,2</sup> Latife Yazigi,<sup>1</sup> Maria Luiza de Mattos Fiore<sup>1,2</sup>**

### Resumo

As relações entre Psicanálise, Ciência e Universidade são antigas. Remontam à época de Freud e têm se mostrado tema importante para a Psicanálise no século XXI. Os psicanalistas que trabalham nas Universidades sofrem demandas por evidenciar o funcionamento e os resultados de sua disciplina. Este artigo comenta os modelos possíveis de pesquisa psicanalítica e defende a pesquisa clínica de caso individual por meio do próprio método psicanalítico acrescido por elementos da pesquisa qualitativa. Para tanto, as autoras estudam o processo de psicoterapia psicanalítica e o funcionamento mental de uma paciente borderline atendida durante quatro anos em uma clínica universitária pública. Aproximadamente 120 sessões foram registradas de um total de 340 sessões. Estas foram lidas e relidas como se fossem narrativas pela psicanalista investigadora, revelando momentos significativos do trabalho da dupla analista-paciente.

**Descritores:** Psicanálise; Estudos de casos; Pesquisa qualitativa; Transtorno de personalidade borderline, Tentativa de suicídio

### Abstract

The relationships between Psychoanalysis, Science and Universities have been discussed since Freud and gained relevance over the 21st century as an important subject for Psychoanalysis. Psychoanalysts who work in Universities are supposed to conduct research. This article comments on possible psychoanalytical research models and supports individual case clinical research through the psychoanalytical method itself, added on qualitative research elements. The authors study the psychoanalytical psychotherapy process and the mental functioning of a borderline patient treated for four years in a public university institution. Approximately 120 of 340 sessions were registered. They were read and re-read by the investigator-psychoanalyst as if they were narratives and revealed some meaningful developments from the psychoanalyst-patient.

**Descriptors:** Psychoanalysis; Case studies; Qualitative research; Borderline personality disorder; Suicide, attempted

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

<sup>2</sup> Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo

Financiamento: Apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp)

Conflito de interesses: Nenhum

Submetido: 9 Outubro 2007

Aceito: 18 Fevereiro 2008

### Correspondência

Julieta Freitas Ramalho da Silva

Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo

Rua Botucatu, 740 – 3º andar - Vila Clementino

04023-900 São Paulo, SP, Brasil

Tel.: (55 11) 5579-2828

E-mail: julieta@psiquiatria.epm.br

## Introdução

A psicanálise contemporânea vive um momento de impasse neste início de século XXI. Necessita expandir-se para além das Sociedades Psicanalíticas, consolidando-se como forma de conhecimento universal, bem como tratamento para patologias atuais, e não somente a estrutura neurótica, como recomendava Freud. Sua ligação com a Universidade configura-se como um campo fértil e promissor, já que propicia e facilita trocas de informações com outras disciplinas.

A questão das relações entre Psicanálise e Universidade é antiga, remontando à época de Freud,<sup>1</sup> que acreditava que a Universidade poderia se beneficiar muito da Psicanálise, mas não a Psicanálise da Universidade. Hoje, há mais de 100 anos do nascimento da Psicanálise, os desafios são outros.

Para Eizirik,<sup>2</sup> a situação atual da Psicanálise envolve um processo em constante construção, uma disciplina em transição na qual diferentes teorias e modelos são criticamente discutidos e revistos. Wallerstein<sup>3,4</sup> ressalta a diversidade teórica na Psicanálise, recomenda a necessidade de encontrar um *common ground* que a defina, apesar das divergências internas. Para Green,<sup>5</sup> a idéia de *common ground* é ilusória e o pluralismo 'mítico' como algo que não diz respeito à Psicanálise.

O meio acadêmico exige que os colegas psicanalistas mostrem como a Psicanálise atua, para quem é indicada e que resultado produz. Fonagy et al.<sup>6</sup> consideram a pesquisa psicanalítica uma excelente forma de tornar pública a riqueza da Psicanálise.

## A pesquisa psicanalítica

Entre os possíveis modelos de pesquisa psicanalítica salientamos a pesquisa empírica, a pesquisa teórica ou conceitual e a pesquisa clínica.

A pesquisa empírica em Psicanálise segue o modelo das ciências naturais, em que se busca, por meio de uma pesquisa controlada, a erradicação dos desvios interpretativos do pesquisador e a verificação objetiva dos resultados. Fonagy et al.<sup>6</sup> defendem a necessidade de evidências em Psicanálise e elegem o conceito de eficiência e não de eficácia. O termo eficácia diz respeito a um *setting* de pesquisa controlado, e eficiência refere-se à clínica, ao resultado de uma terapia na prática rotineira.

A pesquisa teórica ou conceitual em Psicanálise, segundo Herrmann,<sup>7</sup> foi o modelo estabelecido a mais tempo nas Universidades. Os trabalhos acadêmicos geralmente versam 'sobre' Psicanálise e não são Psicanálise propriamente dita, no sentido de aplicação do método psicanalítico na clínica. Este modelo foi fortemente influenciado pela Psicanálise francesa como forma de inserção na Universidade. Muitos trabalhos teóricos sobre a obra de Freud se originaram a partir desta linha de pesquisa.

A pesquisa clínica, instrumento preferencial de Freud, desenvolveu-se nas Sociedades de Psicanálise. Segundo Herrmann,<sup>7</sup> ela ocorre no cotidiano da prática psicanalítica dos consultórios particulares. A dificuldade seria a transformação da experiência clínica em pesquisa. Lembra que a pesquisa psicanalítica é, antes de tudo, heurística, parte da simples observação do cotidiano, como fez Freud, e vai se descobrindo a partir do próprio método. Nesta linha de pensamento está subjacente a compreensão de que a Psicanálise como uma ciência não pertence ao grupo das ciências naturais, nem ao grupo das ciências humanas, mas sim, constitui um novo modelo rompendo com o modelo clássico das ciências e introduzindo um novo paradigma em que sujeito e objeto têm uma relação dialética.

## O estudo de caso

O estudo de caso individual é uma das modalidades da pesquisa clínica. Não se trata de um mero relato de caso, é mais denso, detalhado, sistemático, altamente informativo e proporciona uma compreensão profunda do funcionamento mental do paciente. Possui alto valor comunicativo, riqueza de descrição dos processos interativos inconscientes da dupla analista-paciente, refletindo os fenômenos transferenciais e contratransferenciais presentes. Trabalha com o conceito de eficiência e não de eficácia.

O método psicanalítico não se propõe a generalizações e medidas de eficácia, uma vez que cada situação clínica é única e singular.

Roth e Fonagy<sup>8</sup> assinalam que o estudo de caso tem vários atrativos, como a possibilidade de ser utilizado na rotina da prática clínica, ser conduzido com certa rapidez e demonstrar o refinamento da técnica clínica, apesar de seus resultados não poderem ser generalizados. Para Marshall e Rossman,<sup>9</sup> o estudo de caso leva o leitor ao local aonde o fenômeno acontece de forma viva e com riqueza de detalhes, o que não ocorre em outros formatos de pesquisa.

## Psicanálise e Psiquiatria: a clínica do paciente *borderline*

Na clínica psiquiátrica atual, os pacientes *borderline* continuam sendo considerados como difíceis de serem tratados. Gunderson<sup>10</sup> citou as diversas modalidades de tratamento desde os anos 1970. Recentemente, Clarkin et al.,<sup>11</sup> em um estudo multicêntrico, avaliaram três tipos de tratamentos para pacientes com transtorno de personalidade *borderline*: psicoterapia focada na transferência, terapia cognitivo-comportamental e tratamento suportivo. Embora todos propiciem benefícios, a psicoterapia focada na transferência foi a que promoveu mais mudanças nas seis áreas estudadas: suicídio, agressividade, impulsividade, ansiedade, depressão e ajustamento social.

## Modelo de pesquisa psicanalítica clínica: estudo de caso

A partir da demanda para psicoterapia psicanalítica de uma paciente *borderline* em tratamento em um complexo hospitalar de ensino público, foi realizado estudo de caso sistematizado. Alice foi atendida pela primeira autora em sessões psicanalíticas com variações necessárias<sup>10,12,13</sup> para pacientes *borderline*. Manteve frequência de duas a quatro sessões semanais por quatro anos e, semanalmente, uma delas era transcrita imediatamente após ter ocorrido. De um total de 340 sessões transcritas, 120 foram selecionadas como mais representativas do processo terapêutico. Foram consideradas representativas as que causaram maior impacto emocional na terapeuta, além de outras tomadas aleatoriamente.

Segundo Tuckett,<sup>14</sup> o relato de sessões é uma narrativa que contém tanto os fatos como o analista acredita que ocorreram, como a seleção destes a partir do sentido que o analista atribuiu ao que escutou. O psicanalista, ao construir uma narrativa, introduz a questão do narrador-observador como campo de estudo – observação participante.

Todo o material transcrito foi submetido à análise de conteúdo dividida em três momentos: 1) leitura e releitura de todas as sessões para que emergissem dados do próprio material, processo descrito por Patton<sup>15</sup> como análise indutiva na qual temas e categorias são definidos pelo material e não estabelecidos previamente; 2) reconsideração das hipóteses a partir da releitura do material; 3) interpretação propriamente dita, reavaliada pelas outras autoras.

### Análise qualitativa das narrativas do processo psicanalítico

Alice tinha 19 anos quando foi internada por tentativa de suicídio por meio da ingestão de medicamentos. Essa crise depressiva iniciara-se três meses após a morte súbita de sua mãe. Durante a internação psiquiátrica, tentou se enforçar, e, quando de licença em um final de semana, ingeriu medicação em excesso.

Seu comportamento era agressivo, impulsivo, quebrava vidros das janelas da enfermaria quando contrariada ou quando não recebia atenção da equipe terapêutica. Preencheu os critérios para transtorno depressivo recorrente e transtorno de personalidade *borderline*. Após cinco meses, recebeu alta hospitalar, continuou fazendo uso de medicação e lhe foi indicada psicoterapia psicanalítica. Durante quatro anos, Alice foi atendida em psicoterapia concomitantemente a tratamento psiquiátrico ambulatorial, internações hospitalares e atendimento no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Após a leitura e releitura das narrativas das sessões, foi possível identificar:

1) No primeiro ano de análise, o principal foco temático foram as tentativas de suicídio e as vicissitudes da elaboração do luto patológico. Alice não possuía condições de lidar com angústia depressiva. Como salientam Kernberg et al.,<sup>16</sup> os pacientes *borderline* apresentam dificuldades no processo de elaboração do luto, pois sentimento de raiva e agressividade levam à intensa ansiedade e culpa persecutória. Alice tinha uma relação muito turbulenta com sua mãe, mesclada de amor e ódio. Sentia-se culpada pela morte da mãe, pois viviam grudadas e quando sua mãe teve o infarto, não a ajudou. Seu pensamento mostrava-se muito concreto e seu comportamento impulsivo. As idéias de suicídio eram freqüentes.

A analista foi construindo inicialmente um campo de confiança básica, empatia e aliança terapêutica, baseado na transferência, mas sem interpretar sistematicamente a transferência. Como afirma Gabbard,<sup>17</sup> é necessário preparar o campo para depois interpretarmos a transferência. Predominou a transferência amorosa, o que provocava na analista sentimentos contratransferenciais de esperança.

2) No segundo ano de análise, Alice passou a mencionar vários sonhos como material a ser elaborado, porém, seu pensamento muito concreto fazia com que a analista os interpretasse ora como elementos de comunicação e elaboração de seu mundo inconsciente,<sup>18</sup> ora como elementos de atuação ou descarga dada a incapacidade de sonhar dos pacientes fronteiriços.<sup>19</sup>

Alice conta um sonho que revela como se sente no campo analítico. Estava com sua mãe deprimida e foram procurar aulas de tênis. Quando entraram no campo, não as deixaram jogar. Só podia pegar as bolinhas que caíam fora, rebatidas pelos jogadores. Pedia para jogar, porém afirmavam que não conseguiria. Insistiu muito até que pôde jogar. Bateu na bola que era de vidro e se quebrou. Naquele momento, desfez-se a maldição do lugar e uns prédios caíram e outros cresceram.

Eizirik<sup>20</sup> menciona o valor dos sonhos como critério interno na avaliação de mudanças psíquicas no processo psicanalítico. O sonho acima parece revelar um avanço no processo psicoterápico.

Quanto às idéias suicidas, Alice dizia que ainda possuía desejo de se matar. As idéias vinham à sua mente, mas querer se matar era diferente de querer morrer. Alice percebe suas atuações. Para Kernberg,<sup>21</sup> querer se matar implica ação e querer morrer revela depressão.

3) O terceiro ano de análise foi marcado pela intensificação dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais. Na sala de análise, seus sentimentos e atitudes destrutivos apresentavam-se 'ao vivo e em cores'; por exemplo, quando provoca a analista trazendo um artigo de revista intitulado "O fim da Psicanálise", ou quando comenta sorridente que não estava mais se alimentando.

A transferência negativa começa a ser mais freqüente e foi possível abordá-la como recomenda Kernberg.<sup>12</sup> Os sentimentos contratransferenciais intensos como raiva, desvalorização e idealização foram experimentados pela analista, tornando o manejo clínico mais difícil, conforme assinalam Gabbard e Wilkinson.<sup>22,23</sup> A capacidade de pensar foi mantida pela analista por meio do 'sonhar na sessão' (Ferro<sup>24</sup>), da associação com histórias, filmes ou livros que pudessem facilitar as transformações do afeto em pensamento.

Por outro lado, Alice parecia desenvolver alguma capacidade de continência para suas emoções e pensamentos impulsivos. Passa a ter percepção aguçada de si e de seu comportamento, principalmente situações relacionadas à raiva, agressividade ou às idéias de suicídio. Podemos pensar na ampliação de capacidade de mentalização, embora a capacidade simbólica necessitasse de muito trabalho analítico – mentalização e simbolização são processos diferentes, segundo Bateman e Fonagy.<sup>25</sup>

Próxima de completar um ano sem internações psiquiátricas, Alice parece não ter suportado seu progresso e tenta suicídio mais uma vez. Este fato trouxe reflexões a respeito do narcisismo destrutivo descrito por Rosenfeld<sup>13,26</sup> como importante resistência ao progresso.

Alice passa a demandar intenso trabalho de todos os profissionais envolvidos em seu tratamento, psicanalista, psiquiatra, terapeuta familiar, e em todos os níveis da Instituição: Enfermaria, CAPS e Pronto-Socorro.

4) O quarto ano de análise caracterizou-se por intensas atuações dentro e fora da sala de análise, *enactments* normais e patológicos, segundo Cassorla.<sup>27</sup> O trabalho analítico com a parte psicótica da personalidade, conforme Bion,<sup>28</sup> torna-se freqüente. Predominavam as fantasias de assassinato nos sonhos e na imaginação – o assassinato de uma parte sua que Alice não mais suportava.

Nesta época, a família deixa de ser continente para as angústias de Alice e passa a provocá-la. Mobilizada por muita raiva e com dificuldades para enfrentar os períodos de separação, em um final de semana próximo aos feriados de Natal e Ano Novo, período de férias da analista, Alice deixou mensagens de agradecimento pelo tratamento recebido e se suicidou. Horas antes havia comprado presentes para a analista e para a psiquiatra e, em seguida, brigado com seus familiares. Ao ser socorrida, carregava nos bolsos somente os telefones de seus terapeutas da Instituição, talvez os considerasse sua nova família.

### Comentários finais

Embora não possamos traduzir neste artigo toda a riqueza do material clínico obtido, o método de estudo de caso descreveu o processo psicoterápico de Alice, uma paciente grave, com organização *borderline* de personalidade, que estava em tratamento psiquiátrico em uma instituição pública. Este estudo contribuiu para a compreensão de seu funcionamento psíquico, bem como para o aperfeiçoamento do manejo da técnica psicoterápica por meio da análise da transferência e contratransferência, que possibilitam confrontações com outras abordagens de tratamento e outros pacientes *borderline*.

As leituras e releituras das narrativas propiciaram aprofundamento e visão microscópica das entranhas do processo terapêutico. Temas como pulsão de morte, psicopatologia do ódio, tratamento baseado na mentalização, e diferenciação

entre mentalização e simbolização, além do manejo transferência-contratransferência emergiram como principais categorias neste trabalho.

Quanto ao suicídio de Alice, observamos o poder e a intensidade da pulsão de morte, dificultando mudanças psíquicas e as limitações dos recursos terapêuticos, tanto psicanalíticos quanto psiquiátricos, para pacientes graves com múltiplas tentativas de suicídio.

Demonstramos a possibilidade de promover a interface entre Psicanálise, Psiquiatria e Universidade por meio da construção do conhecimento compartilhado. Mostramos como nosso instrumental terapêutico funciona e como podemos contribuir para a ampliação do conhecimento em favor do paciente.

#### Referências

1. Freud S. *On the teaching of psycho-analysis in universities*. SE, 1919. Standard Edition 17. p. 171-3.
2. Eizirik CL. Psychoanalysis as a work in progress. *Int J Psychoanal*. 2006;87(Pt 3):645-50.
3. Wallerstein RS. Will psychoanalytic pluralism be an enduring state of our discipline? *Int J Psychoanal*. 2005;86(Pt 3):623-6.
4. Wallerstein RS. Dialogue or illusion? How do we go from here? *Int J Psychoanal*. 2005;86:633-8.
5. Green A. The illusion of common ground and mythical pluralism. *Int J Psychoanal*. 2005;86(Pt 3):627-32.
6. Fonagy P, Gerber A, Kächele H, Krause R, Jones E, Perron R, Clarkin JF, Allison E. *An open door review of outcome studies in Psychoanalysis*. 2nd revised edition. London: International Psychoanalytic Association; 2002.
7. Herrmann F. Pesquisando com o Método Psicanalítico. In: *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 43-83.
8. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2nd edition. London: Guilford Press; 2006.
9. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2006.
10. Gunderson J. Foreword. In: *Psychotherapy for borderline personality disorder - mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
11. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):1-8.
12. Kernberg OF, Clarkin JF and Yeomans FE. *Primer of transference focused psychotherapy for the borderline patient*. New York: Jason Aronson; 2002.
13. Rosenfeld HA. A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int J Psychoanal*. 1971;52(2):169-78.
14. Tuckett DA. Some thoughts on the presentation and discussion of the clinical material of psychoanalysis. *Int J Psycho-Analysis*. 1993;74(Pt 6):1175-90.
15. Patton MQ. *Quality research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002.
16. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books Inc; 1989.
17. Gabbard GO. When is transference work useful in dynamic psychotherapy? *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1667-9.
18. Bion WR. *Elements of psycho-analysis*. London: W Heinemann; 1963.
19. Green A. The borderline concept. A conceptual framework for the understanding of borderline patients: suggested hypotheses. In: *Borderline personality disorders*. New York: P. Hartocollis, International Universities Press; 1977.
20. Eizirik CL. Processos possíveis de avaliação da psicanálise. *Rev Bras Psicanal*. 2001;35(3):495-501.
21. Kernberg OF. Suicidal behavior in borderline patients: diagnosis and psychotherapeutic considerations. *Am J Psychotherapy*. 1993;47(2):245-55.
22. Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
23. Gabbard GO. Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: a contemporary approach. *Bull Mennin Clin*. 2000;65(1):41-57.
24. Ferro A. *A psicanálise como literatura e terapia*. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
25. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder - mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
26. Rosenfeld HA. *Impasse and interpretation*. London, UK: Tavistock; 1987.
27. Cassorla RMS. From bastion to enactment: the "non-dream" in the theatre of analysis. *Int J Psychoanal*. 2005;86(Pt 3):699-719.
28. Bion WR. Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Int J Psychoanal*. 1957;38(3-4):266-75.