

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

Angela Cristini Gebara, Ryad Simon

### RESUMO

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

**Palavras-chave:** Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO); interpretação teorizada; Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO); Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO); psicanálise.

### RESEARCH ABOUT THE THERAPEUTIC EFFICACY AND THEORETICAL INTERPRETATION ON OPERATIONAL BRIEF PSYCHOTHERAPY

### ABSTRACT

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

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

A Psicoterapia Breve Operacionalizada foi proposta por Simon (1996) e trata-se de uma modalidade de psicoterapia breve baseada na concepção evolutiva de adaptação a programas preventivos no campo da Saúde Mental. O diagnóstico baseia-se na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) (Simon, 1989), desenvolvida por ele com a finalidade de criar um método de avaliação diagnóstica que permita, com brevidade, fazer um levantamento da população e organizar providências para seu atendimento conforme a classificação atribuída a cada indivíduo, segundo o critério adaptativo.

Simon (2000) afirma que o primeiro passo seria realizar entrevistas psicológicas detalhadas baseadas na EDAO.

Após a entrevista, o passo seguinte seria de posse de todos os dados sobre a situação-problema, a pouca adequação atual e as conjeturas psicodinâmicas, o terapeuta determina previamente o número de sessões a serem trabalhadas com o paciente. Estas podem variar desde o número de uma sessão, em situação-problema simples, a no máximo doze sessões, quando as situações-problema são complexas ou existe “crise adaptativa”. A frequência é de uma sessão por semana.

As situações-problema são trabalhadas por meio de classificações e uso de interpretações teorizadas, tendo por base as conjeturas psicodinâmicas, ajudando o paciente a compreender as razões inconscientes de seu comportamento pregresso e atual. Se a conjetura psicodinâmica é plausível e corresponde a um aspecto inferido corretamente, geralmente provoca novas associações e ressonâncias de significado emocional que ajudam na compreensão de como se deram as soluções “pouco” ou “pouquíssimo adequadas”, estimulando a procura de soluções mais eficazes.

A atividade do psicoterapeuta é sempre diretiva, evitando associações-livres prolongadas, que tornariam o trabalho um arremedo de psicoterapia psicanalítica. Conforme as circunstâncias, usa-se recursos suportivos como, por ex., sugestão, reassseguramento, orientação e catarse. O

terapeuta deve ficar atento para evitar ou contornar a transferência negativa, a qual retira a possibilidade de colaboração e confiança do paciente.

Simon (1990) afirma que o modelo pedagógico dá coerência e sentido à psicoterapia breve. Há necessidade de planejar e, para planejar, é preciso o “saber” (para conduzir o paciente por um certo caminho e tempo determinado).

O modelo de Psicoterapia Breve Operacionalizada desenvolvida por Simon (1996) não possui critérios de exclusão desde que os objetivos envolvam situações-problema. Àqueles que querem se conhecer em níveis inconscientes mais amplos, recomenda-se a psicoterapia psicanalítica ou psicanálise.

Simon (2005) afirma que é preciso não confundir objetivos com diagnóstico. Refere que qualquer que seja o quadro do paciente, se é observada uma situação-problema atual que perturba o sujeito, é possível tentar ajuda pela PBO. A PBO não se aplica para reestruturação da personalidade. A única situação em que não é aplicada a PBO é quando o paciente pede ajuda para conhecer e compreender seu inconsciente e inexistente situação problema atual.

Heimann (1977), apoiando-se nas contribuições de Freud, postula que o analista atua como espelho do paciente. Como um espelho não tem *self* deve-se ter sempre presente que tudo o que o paciente diz e faz tem lugar dentro da situação transferencial e, por isso, deve-se procurar as razões e significados através das associações do paciente.

A ilusão, o delírio e a alucinação substituem a percepção e o julgamento realístico. Conseqüentemente, o analista não está ali somente, ou primordialmente, para interpretar algo que aconteceu no passado, mas também está acontecendo agora. A pergunta que o analista tem de se propor, constantemente, é: “*O que o paciente está fazendo agora, a quem e por quê?*”. A resposta a essa pergunta constitui a interpretação transferencial. Ela define os verdadeiros motivos do paciente, originários tanto de seus impulsos instintivos, como também de suas defesas contra a dor e ansiedade relativas ao analista, agora, objeto deste.

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

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

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

É justamente com relação à interpretação transferencial e suas implicações que Simon (2005) traz uma inovação técnica muito bem fundamentada teoricamente, que pode representar uma mudança de paradigma. Simon (2005) sistematiza e fundamenta o que chamou de co-transferência. Utilizando o próprio conceito de Freud (1914) a respeito da transferência, Simon (2005) menciona que esta pode ocorrer fora da relação analítica (co-transferência), com intensidade semelhante ou até maior.

Para Simon, a vivência emocional experimentada pelo paciente fora da relação analítica pode ser interpretada em seus aspectos defensivos ou irrealisticamente gratificantes, trazendo *insight* sobre as origens inconscientes em relação ao passado, ou na fantasia. Segundo o autor, interpretações co-transferenciais realizadas no processo terapêutico podem levar a mudanças significativas nas relações afetivas com objetos externos atuais. Simon afirma que a utilização de tal técnica em psicoterapia psicanalítica para quadros medianos e psicoterapia breve é estrategicamente apropriada, já que não há necessidade de trazer continuamente a vivência do paciente para a relação com o terapeuta. Evita-se, desse modo, a regressão indesejável e o risco do fortalecimento da

neurose de transferência. Segundo o autor, tecnicamente, a recomendação psicanalítica é trabalhar na transferência no “aqui-e-agora”. Simon (2005), baseado nesta proposição, desenvolveu o seguinte raciocínio:

...não é o “aqui” (isto é, um aspecto espacial, o aqui com o psicoterapeuta, objeto da emoção e da fantasia inconsciente), mas o “agora” (o aspecto temporal, ou seja, a intensidade e qualidade do impulso e da emoção, ou aquilo que está sendo vivido agora; não necessariamente neste momento, mas na atualidade). O objeto do envolvimento vivencial do paciente é casual (poderia ser este psicoterapeuta ou outro), é o objeto transferido do passado ou da fantasia inconsciente. Reitero que o importante é a intensidade da experiência que está sendo vivida, seja “aqui” com o psicoterapeuta (transferência) ou “lá”, com outra pessoa na atualidade (co-transferência) (p.19).

Simon (2005) comenta que a análise da transferência, segundo o modelo kleiniano (transferência total) é excelente quando se trata de reestruturar a personalidade de pacientes que designou como “quadros graves”. Ela é útil para estimular a neurose (ou psicose) de transferência, permitindo ao paciente trazer seus traços psicóticos para a relação terapêutica e, assim, elaborá-los intensivamente.

Ele atenta para o uso sistemático e excessivo das interpretações transferenciais, pois pode levar o analista a não dar a devida importância às relações co-transferenciais, isto é, às relações transferenciais intensas com pessoas da vida atual do paciente, o que contribuiria para que permanecessem inalterados os distúrbios dos relacionamentos atuais extra-analíticos não cobertos pelo trabalho terapêutico.

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

De acordo com Simon (1999) a função da interpretação baseia-se:

Na psicanálise, onde a Interpretação é utilizada para dar conhecimento do novo e do desconhecido, ou dos mecanismos empregados para manter a mentira, visando evitar a dor da verdade sobre a pessoa, suas relações com o analista e com a realidade;

Na psicoterapia psicanalítica em quadros graves, sendo focalizada na análise de transferência e da resistência; tradução dos motivos inconscientes, das emoções emergentes no momento e baseadas nas associações livres. [Uso de “construções” no intuito de compreender as origens genéticas (histórias) dos conflitos]. Interpretação alcançando o ‘nível psicótico’;

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

Na Psicoterapia Breve Operacionalizada, onde há o esclarecimento das situações-problema e suas interações nos setores adaptativos (Simon, 2005). Utilização da “interpretação teorizada.”

Sobre a Interpretação Teorizada<sup>1</sup> em Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)<sup>2</sup>: Segundo Gebara (2001), a “interpretação teorizada” (termo desenvolvido por Simon) difere da interpretação utilizada na psicanálise na medida em que a primeira se baseia na teoria analítica para reconstruir a história do paciente, porém esta reconstrução é feita com base nos dados colhidos nas primeiras entrevistas, enquanto que a segunda utiliza o material que emerge das sessões. Na psicanálise, as interpretações são realizadas dentro da relação paciente-terapeuta; na transferência, eventualmente se

---

<sup>1</sup> Termo desenvolvido por Simon para caracterizar a técnica utilizada em PBO. Inicialmente, Simon chamou a interpretação de “intelectualizada”, depois optou por “teorizada”, a fim de evitar confusão com outro contexto no qual a intelectualização é reconhecida como defesa, um pseudoconhecimento, e não uma abertura para compreensão do inconsciente. Simon (2005).

<sup>2</sup> Modelo de Psicoterapia Breve idealizado por Simon.

utilizam informações passadas, porém já vividas na relação paciente-terapeuta. A ênfase é no aqui-agora.

Para formular uma “interpretação teorizada”, o terapeuta tem de compreender os dinamismos inconscientes do paciente, considerando sua vida pregressa, avaliando-a de acordo com as teorias analíticas e sua possível interferência na situação-problema atual. Desta maneira, formula-se uma “hipótese interpretativa”, que explicaria aquele conjunto de atividades do paciente no passado e no presente. Quando se formula uma “interpretação teorizada”, supõe-se que o terapeuta tenha dados suficientes a respeito da situação-problema do paciente e uma conjectura sobre a organização de seus complexos inconscientes.

Simon (1996) utiliza a “interpretação teorizada” como principal recurso no processo de Psicoterapia Breve Operacionalizada, idealizado por ele.

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

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

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

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

há poucas diferenças. Simon (2005) esclarece que “a força da sugestão transferencial não vai no sentido de reforçar a repressão, como na terapia suportiva. Pelo contrário, a sugestão atua no sentido de levar o paciente a levantar a repressão, de induzir a que algo que estava inconsciente venha à consciência.” (p.164)

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

Completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, construí-lo. (...) o modo como nossa conjectura se transforma em convicção do paciente(...) Com bastante freqüência não conseguimos fazer o paciente recordar o que foi reprimido. Em vez disso, se a análise é corretamente efetuada, produzimos nele uma convicção segura da verdade da construção, a qual alcança o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança recapturada. (p.293/ 300)

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

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

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



Gebara (2001) observou que a interpretação teorizada no processo de psicoterapia breve operacionalizada foi eficaz sob o ponto de vista da concepção evolutiva. Foram estudados 10 casos e em 90% deles houve mudanças significativas dos grupos diagnósticos. Do total, 80% apresentou crise no diagnóstico inicial e (por meio da interpretação teorizada), conseguiu lidar de forma adequada com a mesma, tornando esse momento doloroso em elemento de amadurecimento. Isso demonstra a utilidade da psicoterapia breve nas situações emergenciais.

No período não foi possível lançar mão de um grupo controle em comparação ao experimental, o que sustentaria um resultado mais sólido e com possibilidades estatísticas mais precisas.

A atual pesquisa ampliou a amostra para 60 sujeitos – 30 no grupo experimental (aqueles que receberam o tratamento de psicoterapia breve operacionalizada) e 30 do grupo controle (que não se submeteram a nenhum tratamento).

A psicoterapia breve operacionalizada (PBO), vinha, à época, sendo estudada e aplicada como método terapêutico por alguns pesquisadores. Destes, Oliveira (2000), Alves (2001) e Romaro (1999).

Justifica-se a pesquisa, inicialmente, como continuação da pesquisa anterior intitulada “*Eficácia Terapêutica da Interpretação Intelectualizada<sup>3</sup> na Psicoterapia Breve Operacionalizada*” (Gebara, 2001), por ocasião do mestrado, por possuir objetivo semelhante.

## **OBJETIVO**

Investigar a eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve operacionalizada (PBO).

---

<sup>3</sup> Termo utilizado por Simon, na ocasião. Este foi substituído por “teorizada” em 2005, pois “intelectualizada” poderia ser confundido como defesa – intelectualização e não abertura para compreensão do inconsciente.

### **Objetivos específicos**

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

### **CASUÍSTICA E MÉTODO**

#### *Grupo Experimental*

A amostra referente ao grupo experimental foi constituída por 30 sujeitos, de ambos os sexos, dentro da faixa etária de 18 a 69 anos. Foram atendidos em psicoterapia breve operacionalizada, pela pesquisadora e por profissionais habilitados e competentes nesse método de tratamento. Cada caso foi analisado por um profissional e reavaliado por outro com experiência em PBO. Foram considerados os seguintes critérios de seleção: situação-problema, motivação e disponibilidade.

#### *Grupo Controle*

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

foram entrevistados e avaliados, por meio da EDAO, que gerou o diagnóstico adaptativo inicial. Após três meses, esses sujeitos, que não receberam nenhuma espécie de tratamento, foram reavaliados, obtendo-se o diagnóstico adaptativo final. Os entrevistadores possuíam conhecimento e experiência com a EDAO.

### **Entrevista Psicológica conforme o SISDAO – Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizada**

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

As entrevistas psicológicas que visam à EDAO avaliam o nível da eficácia adaptativa dentro da concepção evolutiva, analisando a dinâmica do indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial, possibilitando o delineamento da situação-problema ou situações-problema atuais, que deverão ser trabalhadas na psicoterapia breve operacionalizada. A teoria da adaptação tem como princípio norteador a adaptação e adequação do indivíduo a seu meio.

Adaptação é definida como “um conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” Simon (1989, p.14). A adaptação é avaliada segundo a adequação do conjunto de respostas que o indivíduo apresenta para a satisfação de suas necessidades nos quatro setores de funcionamento:

Setor Afetivo-Relacional (A-R): compreendendo os sentimentos, atitudes e ações relativos ao próprio indivíduo e ao semelhante – relacionamento intrapessoal (do indivíduo consigo mesmo) e interpessoal, respectivamente; Setor de Produtividade (Pr): sentimentos, atitudes e ações relacionadas ao trabalho, estudo, ou qualquer atividade, mesmo que seja de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como ocupação principal do sujeito no período avaliado; Setor Sociocultural (SC): abrangendo os sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, aos

recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive; Setor Orgânico (Or): compreendendo o estado e o funcionamento do organismo do sujeito, bem como sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo.

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

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

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

São quantificados os setores No período não foi possível lançar mão de um grupo controle em comparação ao experimental, o que sustentaria um resultado mais sólido e com possibilidades estatísticas mais precisas. Afetivo-Relacional (A-R) e Produtividade(Pr).

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicação: sem exclusão, a não ser quando a demanda é para análise;

Objetivo: superação de soluções inadequadas para as situações-problema (s-p), compreensão de dinamismos que sustentam as soluções inadequadas;

Atitude do Terapeuta: diretividade sobre as s-p e suas interações nos setores adaptativos, evitando associações livres prolongadas;

Intervenções: são utilizadas interpretações teorizadas baseadas na teoria psicanalítica, em particular a teoria Kleiniana. Conforme a circunstância, utiliza-se recursos suportivos, como por ex., sugestão, reassseguramento, orientação e catarse;

Posição: face-a-face;

Duração: De 1 a 12 sessões de 50 minutos, dependendo da complexidade da situação-problema;

Frequência: uma vez por semana;

Terapia Individual : porém, quando necessário, pode ocorrer o atendimento de algum membro da família;

Terapia não regressiva: Não é estimulada a neurose de transferência. Porém, deve-se interpretar a transferência negativa para evitar impasse terapêutico. Com atitudes afáveis e respeitadas estimula-se a transferência positiva, da qual se obtém a possibilidade de colaboração e confiança do paciente.

Foi realizado um contato inicial com os pacientes do *grupo experimental* e, neste mesmo encontro, utilizou-se a EDAO como instrumento de avaliação diagnóstica. Foram realizadas de uma

a seis entrevistas para gerar o diagnóstico adaptativo inicial e psicodinâmico, bem como a delimitação da situação problema. Após diagnóstico houve a indicação para psicoterapia breve operacionalizada, tendo sido realizadas 12 sessões.

Após o término da terapia, foi realizada uma nova avaliação diagnóstica. (reavaliação da EDAO). Ao término do processo foi solicitado aos pacientes a permissão para utilizar os dados obtidos nas sessões, garantindo-lhes o sigilo, por meio de um termo de consentimento livre esclarecido.

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

Durante o processo terapêutico, e ao término deste, foi investigado se houve melhora na adequação das soluções dos pacientes e se esta alterava a classificação da eficácia adaptativa, de acordo com o seguinte critério: análise comparativa das *interpretações* para verificar se ampliavam a compreensão das *soluções* inadequadas e se houve soluções mais adequadas encontradas pelo paciente.

Em relação ao grupo controle, foram convidados a realizar uma entrevista de triagem aqueles indivíduos que estavam cadastrados na clínica escola, para atendimento psicológico. A fila de espera é composta por vários elementos, inclusive já triados aguardando uma vaga para iniciar o tratamento. Preferimos chamar indivíduos recentemente ingressados na clínica para compor a amostra, inclusive para coletar dados suficientes para se chegar ao diagnóstico adaptativo pela EDAO.

Os entrevistadores foram treinados a não realizar nenhuma intervenção terapêutica, mais especificamente a interpretação teorizada, que pudesse comprometer a amostra. Após três meses, os pacientes foram chamados para outra entrevista, quando foram reavaliados de acordo com os critérios estabelecidos pela EDAO. Assim, pudemos observar se a situação- problema, sintomas e angústias apresentados na entrevista inicial estavam presentes ou se o sujeito havia encontrado

soluções mais adequadas.. Alguns pacientes não retornaram e outros realizaram algum tipo de tratamento.

Outros foram descartados da amostra, ficando apenas aqueles que não receberam nenhum tipo de intervenção.

Não interferimos no processo de convocação para o atendimento psicológico, mesmo porque, não houve necessidade, já que havia outros candidatos na fila de espera (aproximadamente 1 a 2 anos).

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

Foram anotadas as situações-problema, assim como a inadequação das soluções encontradas. Verificamos se estas soluções geravam conflitos e/ou traziam, ou não, gratificação.

Observamos se as situações-problema eram decorrentes de soluções “pouco” ou “pouquíssimo adequadas” verificadas no presente do sujeito, sendo que estas eram detectadas em cada setor de adaptação (A-R, Pr, SC e Or), estimando-se se haveria interações entre estes setores de funcionamento e determinando-se a situação-problema nuclear (quando houvesse).

Verificamos, se depois da PBO, houve mudanças ou permanência no grupo adaptativo, bem como se houve piora ou aumento da eficácia adaptativa.

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

Foi realizada uma análise matemática e estatística dentro do *grupo experimental*, comparando o diagnóstico inicial com o final, para avaliar a evolução dos indivíduos com o tratamento da PBO. Foram observados os níveis de evolução adaptativa, permanência ou regressão e a relação desta com o grau de comprometimento do indivíduo.

No *grupo controle*, foi realizada uma análise estatística, a fim de verificar se houve melhora da eficácia adaptativa espontânea, sem que houvesse nenhum tipo de intervenção.

Foi realizada uma comparação estatística entre *grupo controle e grupo experimental* relativa à evolução adaptativa.

## RESULTADOS

### *Análise descritiva*

Estudando os resultados dos grupos experimental e controle da pesquisa, observou-se, num olhar preliminar, os seguintes agrupamentos:

Dos 30 indivíduos do *grupo experimental*:

- 26 melhoraram = 86,66%
- 4 permaneceram iguais = 13,33%

Dos 30 indivíduos do *grupo controle*:

- 2 pacientes melhoraram – 6,66%
- 2 pacientes pioraram – 6,66%
- 26 pacientes permaneceram iguais – 86,66%

Somente esse resultado já bastaria para demonstrar a eficácia do método da PBO, bem como da interpretação teorizada, sem precisar qualquer refinamento estatístico.

Poder-se-ia argumentar que o resultado ocorreu porque houve favorecimento de indivíduos com adaptação mais eficaz no grupo experimental. Comparando o dois grupos, antes da intervenção da PBO, temos: ela *Classificação Inicial* é possível concluir que a população do grupo controle não foi intencionalmente favorecida, pois inclui 6 indivíduos do G-2 a mais que o *grupo experimental* ( $8 - 2 = 6$ ). Enquanto que a população do *grupo experimental* não foi, também, intencionalmente desfavorecida, pois contém a mais 2 indivíduos do G-3 ( $12 - 10 = 2$ ) e mais 4 indivíduos do grupo G-4 ( $13 - 9 = 4$ ).

Portanto, o resultado obtido após o experimento não dependeu de favorecimento amostral.



Podemos conjecturar que as melhoras ocorreram principalmente em função de questões técnicas da PBO – terapia focal, não regressiva, com interpretações teorizadas dirigidas a situação problema atual apresentada.

Situação Problema nuclear:

- Afetivo Relacional (A-R): 76,66%; Produtividade (Pr): 20%; Orgânico (Or): 3,33%
- Sócio-Cultural (S-C): 0%

Evolução Adaptativa nos setores de funcionamento após o tratamento da PBO

- Apenas na nuclear: 76,66%; Nuclear mais outro(s) setor(s): 30%; Outro setor(s) exceto o nuclear: 10%; Não melhorou em nenhum setor: 6,66%

Considerando a amostra em questão, pudemos observar que a maior concentração de situação-problema foi encontrada no setor Afetivo-Relacional (A-R) (76,66%), confirmando o peso atribuído na EDAO para esse setor. Em 20% da amostra encontramos problemas no setor da produtividade (PR) e 3,33% no setor Or. Após o tratamento pela PBO, pudemos observar que 53,33% da amostra obteve evolução adaptativa apenas no setor onde se encontrava a situação problema nuclear. Destes, três casos já estavam adequados nos outros setores que não no nuclear, desta forma não havia possibilidade de crescimento se não no setor onde se apresentava a situação-problema nuclear.

Diante deste resultado podemos concluir que a interpretação teorizada foi eficaz em resolver a situação problema nuclear na maioria dos casos apresentados na amostra; 30% da amostra melhorou a eficácia na adaptação no setor onde estava instalada a situação problema nuclear e, no mínimo, em um outro(s) setor(s), indicando que quando se trabalha com a situação nuclear, os setores que não receberam intervenção direta puderam beneficiar-se no quesito adaptação – os casos de situação-problema conseqüentes. Em 10% da amostra, a melhora ocorreu em outro setor que não aquele onde estava instalada a situação problema nuclear, confirmando a suposição de que um problema periférico pode ser resolvido por algum fator ligado ao tratamento de PBO. Não houve melhora em 6,66% da amostra.

### *Análise Inferencial*

1) Inicialmente, a fim de comprovar se houve evolução dos indivíduos do grupo experimental, após o tratamento pela PBO, foi aplicado o Teste do Sinal (Siegel & Castellan, 2006; Campos, 1983). O teste permitiu concluir que o tratamento foi eficaz, ao nível de 1% de significância.

2) A fim de verificar se houve ou não evolução espontânea nos indivíduos do grupo controle, foi aplicado também o Teste do Sinal, que indicou que não houve evolução espontânea no grupo controle, ou que a evolução espontânea não foi significativa, ao nível de 1%.

Em resumo, pode-se observar que:

- o tratamento com PBO foi eficaz;
- a evolução espontânea de indivíduos não tratados não foi significativa;
- a evolução de níveis de grupo diagnóstico dos indivíduos submetidos ao tratamento com PBO foi superior a evolução dos indivíduos não tratados.
- o tratamento com PBO foi eficaz;
- a evolução espontânea de indivíduos não tratados não foi significativa;
- a evolução de níveis de grupo diagnóstico dos indivíduos submetidos ao tratamento com PBO foi superior a evolução dos indivíduos não tratados.

Poder-se-ia argumentar que a eficácia da PBO foi demonstrada, mas o objetivo da pesquisa foi testar a eficácia da interpretação teorizada.

A resposta a essa objeção é que, sendo a interpretação teorizada o instrumento principal da PBO, quando se prova a eficácia da PBO também se prova, por extensão, que essa eficácia se deve ao seu principal instrumento – a interpretação teorizada.

### **CONCLUSÃO**

O que pode se concluir é que há claras evidências de que o tratamento com PBO é eficaz: 86,66% da amostra melhorou quanto à eficácia adaptativa e 13,33% permaneceu no mesmo grupo adaptativo. No grupo controle 86,66% da amostra permaneceu no mesmo grupo adaptativo; 6,66% piorou e 6,66 % melhorou.

Desta forma, conclui-se que a evolução espontânea de indivíduos não tratados não foi significativa. A evolução de níveis de grupo diagnóstico dos indivíduos submetidos ao tratamento com PBO foi superior à evolução dos indivíduos não tratados. Evidenciou-se também que casos graves e severos (G4 e G5), obtiveram de forma significativa evolução adaptativa.

Em parte destes casos foi necessário lançar mão da interpretação transferencial para evitar as resistências da transferência negativa. No entanto, dos casos graves estudados, a grande maioria não necessitou de interpretações transferenciais. Isso chama a atenção em virtude do que conhecemos na literatura relativa à comum transferência maciça (identificação projetiva) realizadas por esses pacientes. Supomos que a técnica da PBO favoreceu esse resultado.

Esta tenta evitar a neurose de transferência, utilizando-se, por exemplo, da posição sentada, face a face, do tempo limitado (de uma a 12 sessões), das interpretações seletivas, das interpretações na co-transferência e a postura ativa (empática) do terapeuta para evitar a regressão.

A interpretação extra transferencial – co-transferência – é uma ferramenta valiosa na PBO. Mas é um recurso e uma intervenção que depende de uma personalidade em condições de recebê-la.

Nas personalidades muito regredidas ou disfuncionais o destino das interpretações co-transferenciais pode ser adulterado servindo a outros propósitos que não a elaboração e resolução de conflitos. Pode, ao invés disso, ser utilizado idiossincriticamente para reforçar resistências ou atacar o vínculo terapêutico, por exemplo.

Daí a importância de discriminar rigorosamente o grau adaptativo do paciente, assim como o tipo de psicopatologia presente. Apenas assim é possível oferecer a adequada interpretação, e no momento oportuno, mesmo que para esse fim o oferecimento da interpretação co-transferencial tenha que esperar pela diluição da transferência negativa, através de interpretações transferenciais.

Tais observações são particularmente relevantes quando se tem em mente aquelas críticas à PBO que pressupõem que o método tenha algo “superficial” ou “limitado”.

Ora, o exposto acima não só demonstra que PBO comporta amplo espectro de atuações e intervenções como pressupõe que o profissional esteja capacitado para identificar e lidar com situações difíceis como o surgimento de fortes transferências, por exemplo a personalidades gravemente comprometidas. Em tais situações a familiaridade e desenvoltura com a interpretação transferencial é condição para a adequada aplicação da técnica proposta pela PBO.

Ainda no tocante à competência e habilidade do profissional que aplica PBO, o conhecimento aprofundado da teoria analítica e teoria da adaptação se faz indispensável já no início do trabalho, na fase de entrevistas. Pois será nesse primeiro momento que a elaboração do entendimento psicodinâmico e adaptativo gerarão a classificação do nível adaptativo e o planejamento das intervenções. Falhas neste momento inicial são cruciais, comprometendo todo desenvolvimento e resultado final.

## REFERÊNCIAS

Alves, H. (2001). *Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO com adolescentes de rede pública escolar da cidade de Santos – SP: uma contribuição a Psicologia Clínica Preventiva*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Campos, H. (1983). *Estatística experimental não-paramétrica* (p. 349, 4a ed.). Piracicaba: FEALQ.

Freud, S.(1970). *Psicanálise silvestre*. (v. 11, pp. 207-213, J.Salomão,trad.) Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1910).

\_\_\_\_\_ (1976). *Recordar, repetir e elaborar* - Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. (v. 12, pp. 191-203, J.Salomão,trad.) Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914 ).

\_\_\_\_\_ (1974). *Construções da análise*. (v. 23, p. 289, J.Salomão,trad.) Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Obra original publicada em 1937).

Gebara, A. C. (2001). *Eficácia Terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve Operacionalizada*, Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista, São Bernardo do Campo.

- Heimann, P.(1977). Dinamismos das Interpretações Transferenciais. *Revista Brasileira de Psicanálise*,11(03).
- Oliveira, E. P.(2000). *Psicoterapia Breve operacionalizada em Hipertensos Essenciais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista, São Bernardo do Campo.
- Oliveira, E. P. (1999). *Variações da eficácia adaptativa de pacientes borderline em psicoterapia breve dinâmica*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica,— Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica*. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Simon, R. (2000). Psicoterapia psicanalítica ou psicoterapia breve? *IV Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica*, São Paulo. Mimeografado.
- Simon, R. (1999). Concordâncias e divergências entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 32(58-59), 245-264.
- Simon, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 45( 7), 403-408.
- Simon, R. (1990). Psicanálise e psicoterapia breve. *Psicologia - USP*, São Paulo,1(1), 93-6.
- Simon, R. (2008). *Psicologia clínica preventiva*. São Paulo: EPU. (Obra original publicada em 1989).