



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica / Laboratório de Saúde Mental e Cultura
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

FORMULAÇÃO DE CASOS COM TRANSTORNO BIPOLAR I POR MEIO DA ANÁLISE DE CATEGORIAS DESCRITIVAS E PSICODINÂMICAS

Meirilane Naves
Doutoranda

Marcelo Tavares
Orientador

2013



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica / Laboratório de Saúde Mental e Cultura

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

FORMULAÇÃO DE CASOS COM TRANSTORNO BIPOLAR I POR MEIO DA ANÁLISE DE CATEGORIAS DESCRITIVAS E PSICODINÂMICAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

2013

Formulação de casos com Transtorno Bipolar I por meio da análise de categorias descritivas e psicodinâmicas

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcelo Tavares
Presidente - PCL / IP / UnB

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini
Membro externo – Instituto de Psicologia/ Universidade Federal de Uberlândia

Prof^a. Dra. Ione Vasques-Menezes
Membro externo - Universidade Salgado de Oliveira / UNIVERSO

Prof^a. Dra. Vera Lúcia Decnop Coelho
Membro interno - PCL / IP / UnB

Prof^a. Dra. Maria da Graça Oliveira
Membro interno - Faculdade de Medicina/ UnB

Prof^a. Dra. Daniela Yglesias Prieto
Membro suplente - Instituto de Ensino Superior de Brasília- IESB

Dedico esta tese aos participantes desta pesquisa: os voluntários anônimos que muito me comoveram com suas histórias de vida e muito me consternaram por, generosamente, ajudarem uma pesquisadora desconhecida. Sem vocês, este trabalho não aconteceria.

A vocês, voluntários anônimos, minha maior gratidão...

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE TABELAS	7
AGRADECIMENTOS	8
RESUMO	10
ABSTRACT	11
APRESENTAÇÃO	13
Delineamento da estrutura desta tese.....	14
CAPÍTULO I - CONTEXTO E PROPULSORES DESTE ESTUDO	17
O método de formulação de caso.....	18
Descrição do nosso modelo de formulação de casos.....	20
Sobre o transtorno bipolar.....	23
A contribuição da psicanálise.....	29
<i>A teoria das relações objetais: o ponto de vista da posição</i>	30
<i>Sobre as defesas maníacas</i>	34
CAPÍTULO II – MÉTODO	38
Objetivo geral.....	38
<i>Objetivos Específicos</i>	38
Entrevistadora.....	39
Os participantes: critérios de inclusão.....	39
Coleta de dados.....	40
Análise dos dados.....	41
Procedimentos.....	43
CAPÍTULO III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	47
Seção A – Síntese e visão panorâmica dos dados.....	47
Interação das comorbidades com o transtorno bipolar I.....	50
Seção B – Análise dos critérios diagnósticos descritivos.....	55
<i>Categoria diagnóstica do humor</i>	56
<i>Categoria diagnóstica da visão de si: autoimagem e autoestima</i>	58
<i>Categoria diagnóstica dos comportamentos suicidas</i>	61
<i>Categoria diagnóstica do nível de energia</i>	63
<i>Categoria diagnóstica de investimento libidinal</i>	64
<i>Categoria diagnóstica de capacidades cognitivas</i>	66
<i>Categoria diagnóstica da psicomotricidade</i>	69
<i>Categoria diagnóstica do sono</i>	70
<i>Categoria diagnóstica do apetite ou peso corporal</i>	72
Síntese da análise dos critérios descritivos depressivos e de mania.....	73
<i>Manifestações das características psicóticas</i>	77
<i>Considerações sobre as análises dos critérios diagnósticos descritivos</i>	80
Seção C - Análise dos indicadores clínicos psicodinâmicos.....	82
<i>Voracidade</i>	82
<i>Projeção</i>	83
<i>Negação</i>	84
<i>Onipotência</i>	86
<i>Idealização</i>	88
<i>Desqualificação ou desprezo</i>	89
<i>Triunfo</i>	90
<i>Desinvestimento libidinal</i>	91
<i>Autodesqualificação (severidade do Supereu)</i>	92

<i>Dor psíquica</i>	93
CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ANÁLISES DOS INDICADORES CLÍNICOS PSICODINÂMICOS	96
SEÇÃO D – CONFIGURAÇÃO DE GRUPOS PROTÓTIPOS E SELEÇÃO DOS CASOS	99
SEÇÃO E – ANÁLISE DOS CASOS PROTÓTIPOS DO TRANSTORNO BIPOLAR I.....	103
FORMULAÇÃO DE CASO DO GRUPO I – MARIA.....	104
<i>Contextualização do caso – história de vida</i>	104
<i>Síntese da história de vida de Maria</i>	105
<i>Avaliação – formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica</i>	105
<i>Síntese da formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica</i>	109
<i>Avaliação Multiaxial – DSM-IV-TR</i>	109
<i>Avaliação Psicodinâmica – Triangulação psicodinâmica</i>	110
<i>Formulação clínica – formulação psicodinâmica</i>	110
<i>Síntese da formulação psicodinâmica</i>	112
<i>Formulação do planejamento terapêutico – proposta ilustrativa de intervenção</i>	112
FORMULAÇÃO DE CASO DO GRUPO II – PATRÍCIA.....	116
<i>Contextualização do caso – história de vida</i>	116
<i>Síntese da história de vida de Patrícia</i>	117
<i>Avaliação – formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica</i>	118
<i>Síntese da formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica</i>	124
<i>Avaliação Multiaxial – DSM-IV-TR</i>	124
<i>Avaliação Psicodinâmica – Triangulação psicodinâmica</i>	124
<i>Formulação clínica – formulação psicodinâmica</i>	125
<i>Síntese da formulação psicodinâmica</i>	126
<i>Formulação do planejamento terapêutico – proposta ilustrativa de intervenção</i>	126
FORMULAÇÃO DE CASO DO GRUPO III – JAQUELINE.....	129
<i>Contextualização do caso – história de vida</i>	129
<i>Síntese da história de vida de Jaqueline</i>	130
<i>Avaliação – formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica</i>	130
<i>Síntese da formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica</i>	138
<i>Avaliação Multiaxial – DSM-IV-TR</i>	138
<i>Avaliação Psicodinâmica – Triangulação psicodinâmica</i>	139
<i>Formulação clínica – formulação psicodinâmica</i>	139
<i>Síntese da formulação psicodinâmica de Jaqueline</i>	141
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
PRINCIPAIS PONTOS DE REFLEXÃO	144
CONSIDERAÇÕES E LIMITES METODOLÓGICOS	151
PERSPECTIVAS PARA PESQUISAS FUTURAS	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
ANEXO A: MANUAL DE TREINAMENTO PARA USO DO MODELO DE REGISTRO CLÍNICO ESCRITO	179
ANEXO B: ARTIGO: ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O DSM-IV (SCID-I): REVISÃO NARRATIVA E RELATO DE EXPERIÊNCIA	199
ANEXO C: DEFINIÇÕES E EXEMPLOS CLÍNICOS DOS INDICADORES PSICODINÂMICOS NA BIPOLARIDADE	220
ANEXO D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	226
ANEXO E: ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA ENTREVISTA PSICODINÂMICA	227
ANEXO F: ENTREVISTA PSICODINÂMICA	228

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MODELO ESQUEMÁTICO DE FORMULAÇÃO DE CASOS.....	19
---	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA 2.1: CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITIVOS DOS EPISÓDIOS DEPRESSIVO E DE MANIA	42
TABELA 2.2: INDICADORES CLÍNICOS PSICODINÂMICOS NA BIPOLARIDADE COM SUAS DIMENSÕES/ MECANISMOS/CARACTERÍSTICAS	43
TABELA 3.1: AVALIAÇÃO MULTIAIXIAL DOS DEZ SUJEITOS PELO DSM-IV-TR	48
TABELA 3.2: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DO HUMOR	56
TABELA 3.3: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DA VISÃO DE SI: AUTOIMAGEM E AUTOESTIMA.....	59
TABELA 3.4: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DE COMPORTAMENTOS SUICIDAS E RELAÇÃO COM OS SENTIMENTOS DE INUTILIDADE E DE CULPA EXCESSIVA	61
TABELA 3.5: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DE NÍVEL DE ENERGIA.....	63
TABELA 3.6: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DE INVESTIMENTO LIBIDINAL.....	64
TABELA 3.7: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DE CAPACIDADES COGNITIVAS	66
TABELA 3.8: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DE PSICOMOTRICIDADE ..	69
TABELA 3.9: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DO SONO	70
TABELA 3.10: FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS NA CATEGORIA DE APETITE OU PESO CORPORAL	72
TABELA 3. 11: INCIDÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	74
TABELA 3. 12: INCIDÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E DOS SINTOMAS MANÍACOS.....	76
TABELA 3. 13: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	77
TABELA 3. 14: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO VORACIDADE ..	83
TABELA 3. 15: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO PROJEÇÃO.....	83
TABELA 3. 16: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO NEGAÇÃO E SUAS DIMENSÕES.....	84
TABELA 3. 17: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO ONIPOTÊNCIA E SUAS DIMENSÕES	86
TABELA 3. 18: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO IDEALIZAÇÃO ..	88
TABELA 3. 19: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO DESQUALIFICAÇÃO OU DESPREZO.....	89
TABELA 3. 20: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO TRIUNFO E SUAS DIMENSÕES.....	90
TABELA 3. 21: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO DESINVESTIMENTO LIBIDINAL	91
TABELA 3. 22: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DO INDICADOR CLÍNICO PSICODINÂMICO AUTODESQUALIFICAÇÃO	92
TABELA 3. 23: INCIDÊNCIA E FREQUÊNCIA DE CODIFICAÇÕES DOS INDICADORES CLÍNICOS PSICODINÂMICOS.....	94
TABELA 3.24: DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR GRUPOS COM INCIDÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITIVOS E DOS INDICADORES CLÍNICOS PSICODINÂMICOS E VALOR DA AGF.....	101

AGRADECIMENTOS

*“Meu enlevo é saber que a vida é como um tapete tecido com vários fios...”
(Clarice Lispector).*

Sou muito grata ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Tavares, que ao longo da última década, generosamente, me ofereceu norteamentos na desafiante trajetória de me tornar uma clínica-pesquisadora. E, ao mesmo tempo, com seu posicionamento ético e clínico, me inspira e alimenta minha paixão pela clínica e pela pesquisa. Marcelo, esta tese é tão sua quanto minha...

Faço um agradecimento especial ao Prof. Dr. José Carlos Gomes da Silva, antropólogo, orientador e amigo querido que, durante minha graduação, carinhosamente me acolheu como aluna, monitora de disciplina e bolsista de iniciação científica, me guiando nos primeiros passos enquanto pesquisadora. “Zé Carlos”, tem um pouco de você neste trabalho...

Sinto muita gratidão pelas orientações, supervisões e amizade do Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini, quem primeiro me apoiou, acreditou e me incentivou... estendendo as mãos e me acompanhando durante a “imersão” na clínica psicanalítica de crianças autistas. João... sua sensibilidade ainda me acompanha...

Agradeço muito às psicólogas Angela Ferreira e Cristineide Franca e ao psiquiatra Marcelo Peixoto, profissionais idealistas e responsáveis que enquanto gestores acreditaram, apoiaram e investiram no “nosso sonho utópico” de que é possível oferecer um serviço de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio com qualidade, no contexto de saúde pública. Pessoal! Foi uma honra trabalhar com vocês e sinto muito orgulho em ter suas amigadas.

Agradeço muito à psicóloga Laura Ferreira da Silva pelo carinho, amizade, disponibilidade e pelas transcrições das entrevistas desta pesquisa. Valeu “Lauritcha”!

Agradeço à Maria Marta Oliveira, profissional competente e amiga querida, que tomou como meta pessoal colaborar com este estudo. Marta, sua colaboração foi fundamental. Serei eternamente grata!

Sinto muita gratidão pelo carinho e solicitude de Reginaldo Alves Torres que em meio às suas atribulações com o próprio doutoramento “arrumou um tempinho” para me auxiliar com minhas dúvidas. Obrigada, meu amigo!

Sou muito grata aos meus queridos “pupilos” Larissa Guimarães e Sérgio Knust pela disponibilidade, carinho e por sempre se dedicarem com responsabilidade e afincos às atividades que se propuseram a fazer. Espero nos encontrarmos em breve...

Também sou grata à amiga Fernanda Benquerer por estar sempre por perto (mesmo de longe), além da disponibilidade em colaborar com minha pesquisa.

Um especial agradecimento ao Lucas Romano, meu “ninho”, meu amor... Creio não serem necessárias mais palavras...

A todas aquelas pessoas que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

Contexto: o Transtorno Bipolar (TB) representa um grande problema para a saúde pública e para os profissionais de saúde mental. É um transtorno recorrente, crônico, grave, com baixa adesão ao tratamento e gera prejuízos sociais, relacionais, psicológicos e financeiros que afetam a pessoa acometida e seus familiares, o sistema de saúde e a sociedade. A ausência de uma avaliação precoce do transtorno e os erros diagnósticos contribuem para o agravamento do quadro e prognósticos menos favoráveis, deixando a pessoa desassistida ou em tratamentos inadequados. Realizar uma avaliação multidimensional e criteriosa para entender os processos nessa condição psicopatológica é fundamental, pois possibilita o planejamento de estratégias interventivas e psicoterapêuticas que melhor respondam às necessidades da pessoa e forneçam tratamentos mais adequados e eficazes. **Objetivos:** formular casos prototípicos com Transtorno Bipolar I por meio de categorias diagnósticas descritivas e psicodinâmicas. **Método:** a amostra foi composta por dez sujeitos, cinco mulheres e cinco homens com Transtorno Bipolar I confirmado por meio da Entrevista Clínica Semiestruturada - SCID I, versão pesquisa. Também foi realizada uma entrevista clínica psicodinâmica. A análise de conteúdo das categorias descritivas foi baseada nos critérios diagnósticos dos episódios depressivos e maníacos do DSM-IV-TR. A análise de conteúdo das categorias psicodinâmicas baseou-se em indicadores clínicos e mecanismos de defesa de natureza narcísica, maníaca ou melancólica. **Resultados:** a maioria dos sujeitos apresentou outros transtornos mentais comórbidos. Dois sujeitos apresentaram características narcisistas notáveis sem sintomas psicóticos; três apresentaram sintomas dissociativos, dos quais dois tinham sintomas psicóticos; cinco com sintomas psicóticos sem sintomas dissociativos. Nove sujeitos vivenciaram situações de violência física, sexual ou emocional durante idades precoces. **Conclusões:** as análises dos dados sugerem que: a) o diagnóstico precoce contribuiu para adesão ao tratamento, maior estabilização do quadro clínico e um prognóstico mais positivo; b) fortes traços de personalidade causaram impacto no curso do transtorno e na adesão aos tratamentos; c) há necessidade de se pesquisar a relação entre a ocorrência de eventos de vida e o desencadeamento dos episódios; d) o abuso sexual na infância e as experiências sexuais traumáticas interagem com o desenvolvimento de experiências dissociativas e apontam para a necessidade de se realizarem pesquisas sobre o impacto dessas experiências sobre a vida dessas pessoas. e) a presença de afetos intoleráveis foi observada em associação com comportamentos suicidas e pode aumentar o risco; f) as características da personalidade interagem na recorrência aos mecanismos de defesa e na manifestação sintomática; g) o diálogo entre a visão descritiva e a visão psicodinâmica, por meio da formulação de caso, nos possibilitou obter em curto prazo uma compreensão mais integrada do sujeito com a caracterização relevante para intervenção em crise de suas vulnerabilidades e a gravidade do caso. Também são discutidas as limitações deste estudo e as implicações para a prática clínica. **Palavras-chave:** Transtorno Bipolar I, diagnóstico descritivo, indicadores psicodinâmicos, relações objetais, formulação de caso.

ABSTRACT

Formulation of cases with Bipolar I Disorder by analyzing descriptive categories and psychodynamic

Background: Bipolar Disorder (BD) is a major problem for public health and for mental health professionals. It is a recurrent, chronic and severe disorder with low treatment compliance. It generates harm to social, relational, psychological and financial resources that affect the person and the family under this condition, the health care system and the society. The absence of early assessment of the disorder and misdiagnoses contribute to the worsening of the condition and to less favorable prognosis, leaving the person unassisted or receiving inadequate treatment. It is critical to conduct a thorough and multidimensional assessment to understand the processes in this psychopathological condition, since it allows the planning of interventive and psychotherapeutic strategies that best meet the needs of the person, providing more appropriate and efficacious treatment. **Objective:** formulate prototypical cases with Bipolar I Disorder by diagnostic categories descriptive and psychodynamic. **Method:** The sample consisted of ten subjects, five women and five men with Bipolar I Disorder confirmed with Semi-structured Clinical Interview - SCID I, research version. A psychodynamic interview was also performed. Content analysis of descriptive categories was based on the diagnostic criteria for the DSM-IV-TR depressive and manic episodes. Content analysis of psychodynamic categories was based on clinical indicators and narcissistic, manic or melancholic defense mechanisms. **Results:** Most subjects had other comorbid mental disorders. Two subjects had prominent narcissistic features without psychotic symptoms; three had dissociative symptoms, two of which had psychotic symptoms; five had psychotic symptoms without dissociative features. Nine subjects experienced physical, sexual or emotional violence during early ages. **Conclusion:** analysis of the data suggests that: a) early diagnosis contributed to treatment adherence, clinical stabilization and positive prognosis; b) strong personality traits impacted the course of the disorder and treatment adherence; c) there is need for research on the relationship between the occurrence of life events and the onset of episodes; d) the childhood sexual abuse and traumatic sexual experiences interact with the development of dissociative experiences and point to the need to carry out research on the impact of these experiences on the lives of these people; e) the presence of intolerable affects were observed in association with suicidal behavior and may increase risk; f) personality traits interact in the use of defense mechanisms and with symptomatic manifestation; g) the dialogue between the descriptive and psychodynamic view, through case formulation, allowed us to obtain, in the short term, a more integrated understanding of the subject with the characterization of vulnerabilities and the severity of the case relevant so crisis intervention. Also discussed are the limitations of this study and implications for clinical practice.

Keywords: Bipolar I Disorder, diagnosis descriptive; indicators psychodynamic, object relations, case formulation.

“La réponse est le malheur de La question.” (Maurice Blanchot).

(...) “A experiência familiar é a de que você pode dar aquilo que chamamos de ‘resposta’. Mas esta é, na realidade, tapa-buracos. É um modo de por um fim à curiosidade – especialmente se você consegue ter sucesso em acreditar que uma resposta é a resposta. Mesmo no domínio da curiosidade mental, de saber algo a respeito do universo no qual vivemos, este buraco pode ser bloqueado por respostas prematuras e precoces.” (Bion).

APRESENTAÇÃO

O presente estudo responde às exigências atuais da nossa clínica de Intervenção em Crise, ou seja, à necessidade de maior compreensão sobre a manifestação do Transtorno Bipolar e de se realizarem diagnósticos, com maior eficácia e precisão, para se fazerem planejamentos terapêuticos e intervenções mais adequadas e eficientes. Por um lado, este estudo é uma continuidade direta da pesquisa realizada para o mestrado, na qual estudamos o uso de um modelo de registro clínico (Naves, Tavares & cols, 2012; Naves & Tavares, 2007) que respondeu às necessidades e inquietações clínicas daquele momento. Utilizamos deste modelo para elaborar a formulação psicodinâmica a partir da entrevista psicodinâmica¹. Por outro lado, o que também une esses dois estudos é que ambos partiram de problemas clinicamente relevantes, despertados na prática da Intervenção em Crise.

Este é um estudo exploratório e qualitativo cujo objetivo é formular casos prototípicos com Transtorno Bipolar I por meio de categorias diagnósticas descritivas e psicodinâmicas. Para alcançar estes objetivos, faremos a análise de dez casos clínicos com Transtorno Bipolar I realizando o diagnóstico descritivo por meio da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Pesquisa (SCID I/P)” traduzida e adaptada para o português por Tavares (1995; 1999), e o diagnóstico psicodinâmico fundamentado na teoria psicanalítica das relações objetais (Mawson, 2011; Naves & Tavares, 2007; Domanico & Tavares, 2005; Tavares, 2004; Bion, 2004; Anderson, 1994; Hinshelwood, 1992; Spillius, 1991;

¹ Para obter mais informações, consultar o “Manual de Treinamento para Uso do Modelo de Registro Clínico Escrito” (Naves, Tavares & Domanico, 2006), no ANEXO A.

Klein, 1982a e 1982b; Klein & Riviere, 1975), por meio de uma entrevista psicodinâmica. Em outras palavras, partiremos da nossa escuta sobre as falas do sujeito sobre si mesmo e sua percepção sobre o transtorno que o acomete, para, transcendendo a classificação descritiva, tentar explicitar a dinâmica de funcionamento psíquico daquela pessoa e de como essa dinâmica interage e possibilita o modo de manifestação do Transtorno Bipolar I.

Delineamento da estrutura desta tese

Esta tese foi escrita na forma de quatro capítulos, em ordem de numeração romana. Todas as referências bibliográficas podem ser encontradas ao final do texto. Seguem as descrições dos capítulos que a constituem:

Capítulo I – Contexto e propulsores deste estudo: descreve o contexto e os fatores propulsores para a realização desta pesquisa, apresentando as revisões e discussões teóricas que deram suporte ao desenvolvimento do trabalho.

Capítulo II – Método: descreve os objetivos, participantes, instrumentos, procedimentos e estratégias de análise de dados para o desenvolvimento da pesquisa.

Capítulo III – Análise e discussão dos dados: apresenta os resultados da pesquisa com análise empírica qualitativa de dez casos clínicos de pessoas com Transtorno Bipolar I. A apresentação dos dados foi dividida em cinco seções organizadas em ordem alfabética. Seguem as descrições das cinco seções:

- 1) *Seção A:* oferece a síntese e, ao mesmo tempo, a visão panorâmica acerca dos dados descritivos referentes aos dez sujeitos analisados. São apresentadas as Avaliações Multiaxiais dos casos e discutidas as comorbidades ocorridas.

- 2) *Seção B*: oferece uma análise global dos dados apresentados por todos os sujeitos tendo como referência cada critério diagnóstico descritivo avaliado por meio da SCID.
- 3) *Seção C*: apresenta a análise empírica dos indicadores clínicos psicodinâmicos de toda a amostra, tendo como referência, cada indicador.
- 4) *Seção D*: fornece a análise e a configuração dos tipos ou grupos prototípicos apresentados pela amostra.
- 5) *Seção E*: apresenta a análise e discussão dos casos prototípicos selecionados de Transtorno Bipolar I, um para cada grupo identificado, utilizando-se o método de formulação de casos.

Capítulo IV – Considerações finais: descreve os principais pontos de reflexão despertados nas análises e discussões dos dados, abordando as evidências clínicas-empíricas e o suporte teórico e fornecendo algumas implicações clínicas decorrentes dos resultados. Também apresenta algumas considerações e limites acerca do método utilizado em nossa pesquisa. Por fim, delinea algumas perspectivas de investigação para estudos futuros.

Anexos: apresenta documentos e textos adicionais respeitando a ordem numérica correspondente aos quatro capítulos. Também apresentamos o artigo “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I): revisão narrativa e relato de experiência”, elaborado a partir de nossa experiência com a utilização da SCID, durante o desenvolvimento desta pesquisa de doutoramento. Este artigo encontra-se no Anexo B.

Apresentaremos, a seguir, o Capítulo I.

CAPÍTULO I

CONTEXTO E PROPULSORES DESTE ESTUDO

“Em todas as circunstâncias estamos às voltas com alguma elaboração da experiência emocional” (Bion).

CAPÍTULO I - CONTEXTO E PROPULSORES DESTA ESTUDO

“(...) existe uma relação circular, onde a construção do conhecimento clínico parte de considerações teóricas e aplicadas, para retornar a elas, ou seja, a pesquisa deve partir de e retornar às questões clinicamente relevantes” (Tavares, 1995, p. 179).

A epígrafe escolhida e citada acima representa fielmente a essência e o teor deste estudo, na medida em que a motivação para esta pesquisa advém de 11 anos de experiência e trabalho no *Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio*², com a realização de atividades que envolveram o ensino, a pesquisa e a extensão em Psicologia Clínica. Uma característica desse Núcleo, graças ao posicionamento epistemológico e filosófico de seu coordenador, é priorizar o desenvolvimento de pesquisas que partam das emergências e necessidades advindas da prática clínica unindo-as às reflexões sobre as teorias e a *práxis* do psicólogo, para depois, retornar essas descobertas e questionamentos para a aplicação prática na realidade do contexto clínico respeitando, assim, as recomendações da Conferência de Boulder³.

No Núcleo, consideramos que o trabalho com intervenção nas situações de crise propicia uma reflexão clínica e ética acerca de como nosso modo de compreender a crise e nossos dispositivos para lidar com a pessoa em situação de crise podem repercutir na maneira como essa pessoa vivenciará esse momento e nas significações e desdobramentos deste para a sua vida. Com esta referência, concebemos que Intervenção em Crise é a “atuação no momento exato em que um

2 O *Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio*, coordenado e fundado pelo Professor Doutor Marcelo Tavares, está vinculado ao Laboratório de Saúde Mental e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. O Núcleo teve sua origem na década de 90 e desde então realiza atividades que unem pesquisa, ensino e extensão. Os temas abordados em suas atividades envolvem intervenção em crise, prevenção do suicídio, epidemiologia, avaliação diagnóstica e psicopatologia. Em trabalho anterior (Naves & Tavares, 2007), apresentamos algumas características do funcionamento de um serviço criado e oferecido pelo *Núcleo*, naquela época, o PSIU – Programa de Promoção da Saúde Integral do Universitário.

3 Esta conferência, organizada pelo National Institute of Mental Health, ocorreu nos Estados Unidos em 1949 em Boulder, Colorado, com a finalidade de discutir a formação do psicólogo clínico, resultando em várias recomendações. Dessa conferência, surgiu a expressão “*O Modelo de Boulder*” que recomenda a dupla formação do psicólogo clínico referenciada como o *clínico-pesquisador*, ou seja, como um profissional que tenha uma formação teórico-científica ou que tenha um treinamento clínico profissional fundamentado no conhecimento científico unido, assim, a pesquisa e a prática clínica. Para saber mais informações sobre as recomendações geradas pela Conferência consultar: Raimy, A. C. (Ed.). (1950). *Training in clinical psychology*. New York Prentice Hall.

indivíduo está vivenciando um contexto de crise. Nesse contexto, a pessoa encontra-se em desorganização e incapacitada de enfrentar essa atual situação, utilizando-se do repertório de estratégias de enfrentamento e solução de problemas ao qual está acostumada” (Naves & Tavares, 2008, s/p). Com efeito, essa concepção nos remete a pensar nas especificidades desta prática clínica que requer, por um lado, rapidez no processo de avaliação da pessoa em crise e na compreensão do caso e, por outro, rapidez e eficácia na tomada de decisões acerca de procedimentos clínicos de prevenção e intervenção. Esses fatores associados mostraram-nos a necessidade de trabalharmos com o método de “formulação de caso” (Sperry, 2005_a, 2005_b; Meier, 2003, 1999; Eells & Lombart, 2003; Falvey, 2001) o qual descreveremos a seguir.

O método de formulação de caso

Nas últimas décadas, principalmente no cenário internacional, tem-se reconhecido o valor e a utilidade clínica do método de formulação de caso para a prática clínica cotidiana gerando, inclusive, mudanças curriculares em programas de pós-graduação (Sperry, 2005_a) com o intuito de desenvolver e aprimorar a habilidade e a competência clínica dos profissionais (Spratt & Carey, 2009; Eells & Lombart, 2003; Falvey, 2001). A utilização da formulação de caso tem-se mostrado extremamente importante para os estudos multiculturais (Tummala–Narra, Singer, Zhushan Li & cols, 2012; Shea, Yang, & Leong, 2010; Sperry & cols., 1997), para o tratamento de pessoas com comorbidades psicopatológicas, principalmente nos Transtornos de Personalidade (Caspar & Ecker, 2008) e para os processos psicoterapêuticos (Meyer & Melchert, 2011; Spratt & Carey, 2009), pois também oferece ao clínico a possibilidade de monitorar continuamente o progresso da psicoterapia, permitindo-lhe reconsiderar e modificar suas intervenções, assim

como a avaliação e a formulação clínica (Meier, 2003, 1999; Lambert & Cols, 2001; Lambert, 1998; Howard & cols, 1996; Haynes, 1993; Paul & Menditto, 1992).

Essencialmente, a “formulação de caso” fundamenta-se na junção entre a pesquisa e a prática clínica e pode ser definida como a construção de um modelo ou mapeamento do processo clínico de um cliente ou sistema de clientes (casal, grupo ou família), integrando e conectando os diferentes campos ou etapas deste processo, a saber: a Avaliação Clínica, a Formulação Clínica, a Intervenção e o Acompanhamento. Em síntese, uma formulação de caso é uma “teoria” de um clínico específico acerca de um caso em particular (Sperry, 2005_a). Para os objetivos deste estudo, nos concentraremos na formulação de casos para processos individuais com referencial psicodinâmico. A Figura 1 apresenta nosso modelo de formulação de caso de forma esquemática.

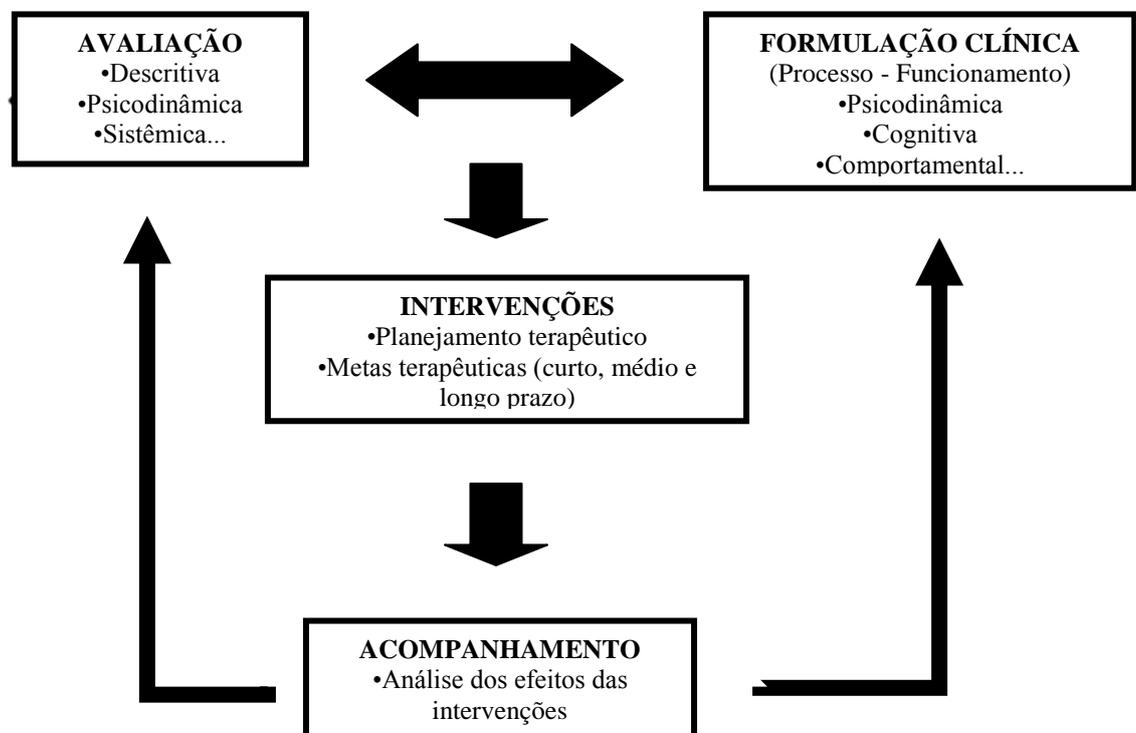


Figura 1: Modelo esquemático de Formulação de Casos
Fonte: adaptado de Sperry, 2005_a e Meier, 2003.

A vantagem deste modelo de formulação de casos é que ele pode ser utilizado por profissionais de diferentes áreas com variados referenciais teóricos e, para isso, basta que o profissional faça a adaptação do modelo ao seu contexto teórico-clínico. A seguir, descreveremos nosso modelo.

Descrição do nosso modelo de formulação de casos

A *Avaliação* refere-se à busca e à construção de informações para o conhecimento e a compreensão do cliente no momento em que está sendo avaliado. É de natureza descritiva e transversal e informa sobre a apresentação e o estado psicológico do sujeito. Para se alcançar esses objetivos podem-se utilizar diferentes métodos e estratégias como, por exemplo, a entrevista psicodinâmica, testes psicológicos, avaliação de sinais e sintomas psicopatológicos, avaliação sistêmica, entre outros. As informações obtidas possibilitam a elaboração de conclusões diagnósticas que nortearão a construção da formulação clínica. Essas conclusões informarão se o quadro clínico é de alta gravidade e por isso requer intervenção imediata; se é de natureza psicótica, caracterológica ou neurótica e se, na sua etiologia é essencialmente orgânico ou psicogênico (Sperry, 2005_a).

A *Formulação Clínica* refere-se à construção de hipóteses ou explicações clinicamente significativas sobre a pessoa evidenciando seu padrão básico de funcionamento. É de natureza mais explicativa e longitudinal e busca explicitar e justificar o desenvolvimento e manutenção dos sintomas e dos padrões de vida disfuncionais (Sperry, 2005_a). É elaborada a partir das conclusões diagnósticas e faz a integração entre a avaliação e a intervenção. Existem tantas formulações clínicas quanto existem sistemas teóricos de compreensão do ser humano. Assim,

podem ser psicodinâmicas, comportamentais, biopsicossociais, sistêmicas, cognitivas, entre outras.

Para os objetivos deste estudo, utilizaremos a *formulação psicodinâmica* que pode ser entendida como uma narrativa que identifica e descreve o conflito central do indivíduo, fornece o foco a ser trabalhado na psicoterapia, possibilita antecipar questões referentes à relação transferencial e às defesas utilizadas e permite definir as metas terapêuticas (Summers, 2003; Barber e cols., 1997; Sifneos, 1993 e 1971; Crits-Christoph, Cooper e Luborsky, 1988; Horowitz e cols, 1989; Perry, Cooper e Michels, 1987; Luborsky, 1984). Ela tem natureza biopsicossocial e consiste numa declaração sucinta de entendimento a respeito do paciente, explicando o quadro clínico e fornecendo informações que nortearão o processo psicoterapêutico ou o tratamento (Gabbard, 2005; Kassaw & Gabbard, 2002; Baranger & Baranger, 1969). Em outras palavras, a formulação psicodinâmica evidencia o padrão de relacionamentos que uma pessoa apresenta. O referencial psicodinâmico compreende que esse padrão tende a se repetir em diversas relações e com diferentes pessoas. Essa tendência à repetição também se manifesta na relação psicoterapêutica, atualizando-se com a figura do psicoterapeuta (Naves & Tavares, 2007; Tavares, 2005; Domanico & Tavares, 2005).

Por sua vez, o campo das *Intervenções* refere-se ao planejamento terapêutico e é decorrente da articulação entre as conclusões diagnósticas e a formulação clínica. Um planejamento bem articulado descreve os objetivos ou metas, o plano e as intervenções para o tratamento, assim como as previsões sobre seu curso e os seus resultados (Sperry, 2005; Meier, 2003). As metas de um tratamento podem ser caracterizadas, considerando-se o fator tempo, como de

nível micro, médio ou macro. As *macro metas* dizem respeito aos objetivos que se deseja alcançar ao longo do processo de psicoterapia e que se estendem mesmo depois que esta termina, por exemplo, redução de sintomas e aumento da autonomia. As *metas de nível médio* referem-se aos objetivos estruturais, às mudanças do mundo interno do paciente que a psicoterapia espera alcançar, por exemplo, de mês para mês. E as *micro metas* ligam-se aos procedimentos clínicos utilizados em cada sessão para se alcançar os objetivos propostos, por exemplo, interpretar a transferência negativa. Em outras palavras, as micro metas se referem à realidade de cada sessão ou mesmo às frações dela visando ao norteamento, correção de rumo e de procedimentos (Naves & Tavares, 2007; Holmes, 1998; Williams, 1998).

Por fim, o campo *Acompanhamento* diz respeito à observação, avaliação e análise dos efeitos das intervenções realizadas possibilitando ao clínico monitorar todo o processo do tratamento planejado, podendo rever, adaptar ou ajustar a avaliação, a formulação clínica e as intervenções, quando necessário (Meier, 2003; Lambert & cols, 2001; Lambert, 1998).

Em nossa prática, trabalhar com o método de formulação de casos apresentou-se extremamente importante na clínica da crise por nos possibilitar: 1) a organização e atribuição de sentidos aos inúmeros detalhes presentes em qualquer caso; 2) a compreensão do funcionamento mental único de cada cliente possibilitando o desenvolvimento de intervenções adequadas, eficientes e eficazes específicas a cada caso; 3) o delineamento de um padrão de funcionamento básico de cada caso; 4) o vislumbramento de comportamentos futuros do cliente e suas respostas ao tratamento; 5) uma compreensão sofisticada acerca da pessoa que permite o acesso às informações que a ajudam compreender melhor a si mesma e

aos seus problemas, o que pode contribuir para aumentar a sua motivação para o tratamento, a sua confiança no clínico e melhorar a aliança de trabalho; 6) o melhor aproveitamento do tempo e das discussões nas supervisões clínicas; e 7) a formação profissional com o desenvolvimento e aprimoramento desta habilidade e competência clínicas. Essas características estão em consonância com a literatura especializada (Sperry, 2005_a, 2005_b, 1997; Meier, 2003, 1999).

Foi justamente nesse contexto que ocorreu nosso primeiro contato clínico com pessoas portadoras do transtorno bipolar, quando nos deparamos com pessoas em estados maníacos, agressivas, sem controle sobre si mesmas e apresentando comportamentos bizarros. Diante da gravidade deste quadro surgiu o questionamento de que se era possível a psicoterapia com pessoas com este transtorno e como, enquanto psicoterapeuta, intervir de forma eficaz. Este questionamento está presente na reflexão de outros clínicos e tem gerado, nos últimos anos, uma crescente literatura sobre teorias, manuais e ferramentas clínicas mais consistentes nas abordagens psicoterapêuticas para esse grupo de pacientes (Rizvi & Zaretsky, 2007; Frank, 2007; Jones, 2004; Scott, 1995). Entretanto, a literatura sobre o uso da formulação de casos na psicoterapia individual aplicada a essa população ainda é esparsa (Kramer, Berger & Caspar, 2009; Kramer, 2008), o que muito nos motivou a buscar uma maior compreensão sobre o assunto e contribuir para esta questão.

Sobre o Transtorno Bipolar

Os autores do DSM-IV-TR descrevem o Transtorno Bipolar como um transtorno de humor caracterizado pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, geralmente acompanhados por episódios Depressivos Maiores, que configura o Transtorno Bipolar I ou um ou mais Episódios

Depressivos Maiores, acompanhados de pelo menos um Episódio Hipomaníaco, configurando o quadro de Transtorno Bipolar II.

No mundo todo, os transtornos de humor são os transtornos mentais mais prevalentes na população (Cacilhas & cols, 2009; Machado-Vieira & Soares, 2007). Dentre estes, o Transtorno Bipolar (TB) representa um grande problema para a saúde pública e os profissionais de saúde mental por se caracterizar como um transtorno mental recorrente, crônico, grave, de baixa adesão ao tratamento e que mais gera prejuízos sociais, relacionais, psicológicos e financeiros para a pessoa acometida, para os familiares, o sistema de saúde e a sociedade como um todo (Tonelli, 2011; Costa, 2008; Sanches, Assunção & Hetem, 2005; Tucci, Kerr-Corrêa & Dalben, 2001). A pessoa portadora do TB também pode apresentar outros transtornos mentais como de ansiedade, de personalidade, uso e/ou abuso de substância e, também, comorbidades físicas como, por exemplo, doenças da tireoide, obesidade e riscos cardiovasculares (Barbosa & cols, 2011; Carvalho & cols, 2011; Gentil, 2009; Costa, 2008; Sanches, Assunção & Hetem, 2005; Alcântara & cols, 2003). O suicídio e o seu risco são elevados (Abreu & cols, 2009; Neves & cols, 2009; Schwartzmann & cols, 2007), assim como a utilização dos serviços de saúde. A ausência de uma avaliação precoce do transtorno e os erros diagnósticos também são fatores que contribuem para o agravamento do quadro e prognósticos menos favoráveis, na medida em que leva a pessoa a receber tratamentos inadequados ou mesmo, a ficar desassistida (Taylor & cols, 2011; Braga, Kunzler & Yu Hua, 2008; Gomes & Lafer, 2007; Alcântara & cols, 2003).

Todos esses fatores demonstram a complexidade deste transtorno e contribuem para sua elevada carga e custos associados a ele. Essa realidade requer

do profissional de saúde mental habilidade e competência clínica para realizar uma avaliação multidimensional criteriosa e de qualidade, com a finalidade de programar e planejar estratégias de intervenção e de psicoterapia que melhor respondam às necessidades da pessoa acometida pelo Transtorno Bipolar fornecendo um tratamento mais adequado, eficaz, efetivo e eficiente. Sem dúvida, entender os processos presentes nessa condição psicopatológica ajudaria a melhorar os tratamentos psicológicos e terapêuticos. No entanto, também é necessário reconhecer que um transtorno mental com elevada determinação biológica, como é o caso do TB, traz significativas limitações no funcionamento do indivíduo a longo prazo, também podendo interferir negativamente no processo psicoterapêutico (Kramer, 2008; Faraone Glatt & Tsuang, 2003; Smoller & Finn, 2003; McElroy & cols, 2001).

Importante destacar que o risco de suicídio no transtorno bipolar é elevado, principalmente durante os episódios depressivos. Na presença de qualquer transtorno, o risco de suicídio aumenta se o quadro estiver associado com um transtorno de personalidade ou de uso de substâncias (Montenegro & Tavares, 2012_b; Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; Neves & cols, 2009; Schwartzmann & cols, 2007; Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2004). A literatura sobre suicidologia descreve que além da depressão, a dor psíquica ou os afetos dolorosos intoleráveis são os maiores indicadores de risco agudo de suicídio (Montenegro & Tavares, 2012_b; Hendin & cols, 2010; Hendin & cols, 2007; Maltzberger & cols, 2006; Hendin & cols, 2001). A dor psíquica refere-se aos afetos intoleráveis ou à dor de natureza subjetiva e pode variar em intensidade até se tornar insuportável na forma de uma aflição ou de um estado de desespero e propiciar o desejo ou a busca de alívio imediato ou cessação do estado doloroso.

São afetos como desespero, desesperança, desamparo, raiva, ódio de si, solidão, humilhação, sentimentos de abandono e ansiedade severa que, quando suficientemente intensos, levam ao suicídio sendo que, dentre eles, o desespero parece ser o que mais indica o risco de suicídio (Hendin, Maltzberger & Szanto, 2007). Nesse sentido, não é o estado depressivo de um modo geral, mas “a dor mental específica que impele o paciente para o colapso suicida” (Montenegro & Tavares, 2012_b).

Por outro lado, esses afetos intoleráveis, acrescidos da raiva, frustração e tédio funcionam como “gatilhos internos” ou emocionais para o uso de substâncias como uma forma de automedicação, na tentativa de administrar esses afetos intoleráveis e de enfrentar as dificuldades e problemas (Washton & Zweben, 2009; Pratta & Santos, 2006; Tavares, Beria & Lima, 2004; Khantzian, 1997). Pesquisas sobre a adicção evidenciam que há uma relação entre os estados de afetos e as substâncias utilizadas. Assim, os opióides são usados para administrar a raiva e as explosões de violência e solidão; a cocaína e outros estimulantes para combater os sentimentos depressivos ou para desencadear o sentimento de onipotência e grandeza e o álcool para conter a ansiedade e diminuir a dificuldade social e inibições sexuais (Washton & Zweben, 2009; Khantzian, 1997). O perigo está no fato de que o uso de substâncias, comorbidade tão comum no Transtorno Bipolar, além de aumentar o risco de suicídio nessa população, também agrava seu quadro clínico, pode desencadear episódios e dificultar o diagnóstico diferencial (Oquendo & cols, 2010; Abreu & cols, 2009; Gentil, 2009).

Outro indicador de risco agudo de suicídio refere-se aos eventos de vida adversos ou traumáticos. Estes atuam como fatores crônicos, desenvolvedores de

vulnerabilidades que aumentam o risco, de uma forma geral e como fatores agudos, funcionando como precipitadores de tentativas ou de suicídio (Montenegro & Tavares, 2012_b, 2005). Os eventos de vida mais relevantes como fatores crônicos, ocorrem na infância como, por exemplo, violência doméstica, negligência, abandono, violência física, sexual e psicológica e perdas importantes (Montenegro & Tavares, 2012_b e 2005; Fekete & cols, 2004; Beautrais, 2003; Prieto, 2002). Quanto aos eventos de vida como precipitadores, as pesquisas apontam para aqueles eventos que desencadeiam os afetos intoleráveis (Montenegro & Tavares, 2012_b; Hendin & cols, 2007; Maltzberger & cols, 2006; Hendin & cols, 2001).

Em relação ao transtorno bipolar, no que se referem aos fatores crônicos, as pesquisas apontam uma associação entre maus tratos na infância (principalmente abuso sexual e físico) e a ocorrência do Transtorno Bipolar (Johnson & cols, 2008; Alloy & cols, 2005; Leverich & cols, 2002; Hyun, Friedman, & Dunner, 2000; Wexler & cols, 1997). Quanto aos precipitadores, as pesquisas demonstram que os eventos de vida negativos estão altamente ligados ao aumento de sintomas depressivos na depressão bipolar (Johnson, 2005_a e 2005_b; Johnson & cols, 2004; Johnson & Miller, 1997) e representam fortes preditores para a depressão, principalmente em pessoas com estilo cognitivo negativo (Johnson, 2005_a e 2005_b; Alloy & cols, 1999; Reilly-Harrington, Alloy, Fresco, & Whitehouse, 1999). Quanto aos episódios de mania, as pesquisas demonstram que eventos de vida que possam provocar alterações no sono (podem ser negativos ou positivos) ou que estimulem o estabelecimento de metas mais elevadas podem desencadear sintomas maníacos (Johnson, 2005_a e 2005_b; Johnson & cols, 2000), sendo que estes últimos eventos podem prever o aumento

de sintomas maníacos, durante um período de vários meses (Johnson, 2005b; Lozano & Johnson, 2001).

Outro fator importante refere-se à relação dos eventos de vida traumáticos com o desenvolvimento de experiências dissociativas. Clinicamente, a dissociação pode ser compreendida como uma experiência de cisão ou divisão do Eu, do mundo, das lembranças, das emoções e das pessoas, o que implica numa falta de integração da consciência (Costa, 2010). Ocorre entre homens e mulheres em idades e culturas diversas (Nilsson & Svedin, 2006), embora alguns estudos apontem a maior ocorrência entre as mulheres (Sar, Akyüz & Dogan, 2007; Maaranen & cols., 2005). As experiências dissociativas são típicas dos quadros clínicos dissociativos, mas também podem ocorrer em vários outros transtornos mentais, entre eles os transtornos de humor (Costa, 2010; Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Indivíduos que apresentam experiências dissociativas se envolvem mais em situações de violência física (Simoneti, Scott, & Murphy, 2000), apresentam maior dificuldade em perceberem seus problemas e em responderem positivamente às intervenções terapêuticas (Abreu, 2009; Spitzer & cols., 2000). Estudos sobre o tema evidenciam uma correlação entre a dissociação e a ocorrência de experiências abusivas ou traumáticas, considerando-se que as experiências dissociativas são evocadas para reduzir ou anularem as emoções aversivas (Costa, 2010; Taboas & cols., 2006). Quanto ao abuso sexual, as pesquisas evidenciam uma relação direta deste com a dissociação (Waller & cols., 2000; Boon & Draijer, 1993). Em síntese, no Transtorno Bipolar, os eventos de vida (crônicos e precipitadores) podem contribuir para o desenvolvimento deste transtorno, para o aumento do risco de suicídio e para o desencadeamento de sintomas dissociativos e dos episódios depressivos ou de mania. Agora, discutiremos a contribuição da psicanálise.

A contribuição da psicanálise

A psicanálise trouxe o estatuto do inconsciente para se pensar a realidade. Esta passa a ser compreendida sob o construto da realidade psíquica e não deve ser concebida pelas oposições realidade x fantasia, mundo interno x mundo externo e subjetivo x objetivo, mas sim pelo imbricamento entre esses dois polos (Figueiredo & Machado, 2000). Este fato constrói um novo patamar epistêmico para a apreensão do sujeito e, por meio do diálogo analítico, que ajuda o paciente a investigar seus aspectos inconscientes e a se beneficiar com possíveis mudanças psíquicas (Carneiro, 2013), busca-se o sentido psicanalítico que não tem o propósito de uma descrição sindrômica psicopatológica (Grant, 2007; Martins, 2003, Dor, 1991). Assim, o estatuto e a função das categorias diagnósticas clássicas da psiquiatria são modificados e perdem a sua significação (Sadala & Murinho, 2011), isso porque a clínica psicanalítica não é descritiva nem fenomenológica (Dunker & Neto, 2011). O sentido psicanalítico, construído sob transferência, busca delinear a especificidade na constelação, preponderância e dinâmica dos mecanismos de defesa e de como esses processos se articulam na formação de sintomas. Essa busca de sentido incide diretamente sobre a conduta do tratamento em vários níveis mantendo sempre em perspectiva a emergência de uma história única e a co-construção de uma verdade singular (Dunker & Neto, 2011; Figueiredo & Machado, 2000) que vai se construindo a partir de cada caso clínico (Askofaré & Alberti, 2011). Para a psicanálise as manifestações do estado depressivo apresentam particularidades que transcendem as especificações de intensidade leve, moderada ou grave, com ou sem sintomas psicóticos (Schmidt, 2013).

Para analisarmos o transtorno bipolar pela ótica da psicanálise, abordaremos a teoria das relações objetais principalmente pelas contribuições de

Klein e Bion. Não é objetivo deste trabalho discorrer sobre as teorias desenvolvidas por estes autores, mas sim fazer um recorte das proposições teóricas que nos auxiliam na análise da manifestação psicodinâmica da condição clínica nomeada como transtorno bipolar, pelos manuais de psiquiatria.

A teoria das relações objetais: o ponto de vista da posição

O conceito de posição refere-se a uma constelação de angústias, ansiedades, defesas, relações objetais, impulsos, sentimentos, fantasias e tipos de pensamento. Klein preferiu o termo/conceito posição ao de estágio por trazer a ideia de um processo dinâmico e flexível que ocorre durante toda nossa vida mental, dando ênfase nos relacionamentos. Diferente de Freud, a proposição kleiniana concebe a existência de um eu incipiente que, desde o início da vida, está sujeito à dinâmica de forças, ansiedades e tendências de fragmentação e de integração próprias de cada posição – esquizoparanóide e depressiva - e regidas pela ação das pulsões (Neves, 2007; Delouya, 2002; Steiner, 1994; Joseph, 1991; Klein, 1982_a e 1982_b). O caráter dinâmico é fundamental nesta concepção, pois nos possibilita identificar no sujeito a preponderância de uma ou outra posição, observando-se as ansiedades proeminentes e as defesas evocadas. Descreveremos brevemente essas duas posições.

Posição esquizoparanóide: na perspectiva kleiniana, nos primeiros meses de vida, ansiedades primitivas do tipo psicóticas ameaçam o ego imaturo levando à mobilização de mecanismos de defesas primitivos. Considera-se que um protótipo de uma relação hostil do objeto é criado a partir da agressividade (fundada na pulsão de morte) projetada no objeto, gerando uma situação persecutória, advinda do ódio e do temor do ódio do objeto sentidos pelo bebê. Da

mesma forma, outro protótipo, o de uma relação de objeto amorosa, é criado a partir das fontes primitivas de amor (fundadas na pulsão de vida) projetadas no objeto, podendo gerar uma situação de idealização. Através da cisão, estes dois tipos de relação de objeto são mantidos separados e os estados persecutórios e de idealização se alternam dinamicamente. O ego imaturo, insuficientemente integrado na maior parte do tempo, também é cindido em *selves* bom e mau. Nessa dinâmica, a perda do objeto bom é experienciada como a substituição da situação idealizada pela situação persecutória, mobilizando ansiedades e defesas características (Steiner, 1994; Hinshelwood, 1992; Klein, 1982_a e 1982_b; Klein & Riviere, 1975).

A ansiedade primordial na posição esquizoparanóide é a persecutória e se refere à ansiedade primária de sermos aniquilados por uma força destrutiva interior. Essa ansiedade nasce da atividade da pulsão de morte (mas também pode ter como fontes o trauma do nascimento e a frustração das necessidades corporais) e é sentida como o medo de aniquilamento (destruição, morte) e se transforma em medo de perseguição. Esse medo do impulso destrutivo é sentido como o medo de um objeto danificado, incontrolável, prepotente e perseguidor (Klein, 1982_a e 1982_b).

Posição depressiva: representa um avanço importante no desenvolvimento, pois começa ocorrer a integração do objeto e o mecanismo de cisão opera com menos força. Na dinâmica dessa posição:

“o bebê vem a reconhecer que o seio que o frustra é o mesmo que o gratifica, e o resultado dessa integração, no decorrer do tempo, é que a ambivalência – isto é, o ódio e o amor pelo mesmo objeto – é sentida. Essas mudanças são o resultado de uma capacidade maior de integrar experiências e levam a uma mudança da preocupação básica, da sobrevivência do *self* para uma consideração pelo objeto do qual o indivíduo depende. Isto resulta em sentimentos de perda e culpa que permitem que a sequência de experiências que conhecemos como luto possa

ocorrer. As consequências disto incluem um desenvolvimento da função simbólica e o surgimento de capacidades reparadoras, que se tornam possíveis quando o pensar não mais precisa permanecer concreto” (Steiner, 1994, 62).

Em outras palavras, na posição depressiva a perda do objeto é sentida, na fantasia, como uma consequência dos impulsos sádicos que danificaram o objeto amado resultando num elevado medo de perda e em estados semelhantes ao pesar e ao sentimento de culpa que configuram a ansiedade depressiva, primordial nessa posição. Os sentimentos depressivos contribuem para uma crescente integração do ego, na medida em que facilitam a compreensão da realidade psíquica, a percepção do mundo externo e a integração entre as situações internas e externas. Por sua vez, esse processo possibilita o surgimento do sentimento e impulso para reparar ou proteger o objeto amado que foi danificado, o que leva à integração do ego e ao desenvolvimento de relações objetais “inteiras” e mais saudáveis (Klein, 1982a e 1982b; Klein & Riviere, 1975).

Sumariamente, a diferença mais significativa entre a posição esquizoparanóide e a depressiva pode ser compreendida na dimensão da integração que ocorre progressivamente levando ao sentimento de inteireza tanto do *self* como do objeto, à medida que se aproxima da posição depressiva (Steiner, 1994; Joseph, 1991). No entanto, para algumas pessoas, a experiência das ansiedades depressivas e, também das persecutórias, pode ser tão intensa e intolerável que a fixação ou a regressão à posição esquizoparanóide é reforçada, evocando todas as defesas de natureza eminentemente psicótica (Levine, 2011; Bronstein, 2010; Deloya, 2002; Waska, 2001; Briton, 1994; Rosenfeld, 1991[1952]; Segal, 1991[1956]; Bion, 1991[1957]; Klein, 1982_a [1946]). De acordo com esse referencial, para que se configure ou se estabeleça o funcionamento psicótico é necessária a interação entre um ambiente adverso com

uma disposição inata extremamente adversa, caracterizada pela preponderância da pulsão de morte com prevalência de impulsos destrutivos, pela intolerância total às frustrações e pela presença das ansiedades primordiais em níveis extremamente intensos (O'Shaughnessy, 1994; Bion, 1991[1957]).

Outra proposição deste referencial concebe que, na impossibilidade de vivenciar as ansiedades, o indivíduo pode desenvolver uma organização defensiva ou um refúgio psíquico ilusório, como uma espécie de posição intermediária, para se proteger da ameaça de fragmentação, assim como da dor mental provocada pelas ansiedades persecutórias e depressivas. São consideradas como “organizações patológicas” por aprisionarem o sujeito num refúgio ilusório de proteção e impedirem o seu desenvolvimento psíquico (Paniago & Viana, 2008; Steiner, 1997, 1994 e 1991; Rey, 1991; Meltzer, 1991; Rosenfeld, 1991; Brenman, 1991; Sohn, 1991; O'Shaughnessy, 1991; Joseph, 1991). As organizações patológicas têm como função “(...) conter, neutralizar e controlar a destrutividade primitiva, seja qual for sua origem, e são uma característica universal da constituição defensiva de todos os indivíduos” (Steiner, 1997, p. 20). Por meio dessas organizações o indivíduo também seleciona objetos destrutivos para receberem as projeções das partes destrutivas do *self*, o que possibilita a manifestação da destrutividade e, ao mesmo tempo, uma defesa contra ela (Paniago & Viana, 2008; Steiner, 1997, 1994 e 1991). As organizações patológicas são constituídas fundamentalmente por defesas de natureza narcísica, mas podem se manifestar de diversas maneiras com características obsessivas, maníacas, perversas ou psicóticas e, também, se manifestam de forma diferente nos pacientes neuróticos, *borderline* ou psicóticos, sendo que com os últimos as

expressões são mais intensas e destrutivas (Paniago & Viana, 2008; Steiner, 1997, 1994 e 1991).

O conceito de organizações patológicas representa um aprimoramento ou desdobramento na compreensão da dinâmica das posições esquizoparanóide e depressiva, pois também traz uma proposição sobre o que pode acontecer com o sujeito, na impossibilidade de vivenciar as ansiedades persecutórias e depressivas. Dentro desta perspectiva, o quadro descrito como transtorno bipolar pode ser compreendido como uma manifestação da dificuldade ou impossibilidade do indivíduo experienciar as ansiedades inerentes ao desenvolvimento mental, o que envolve a interação entre disposições inatas adversas e um ambiente também adverso.

Em síntese, o conceito de “organizações patológicas” representa uma tentativa de descrever e apreender os fenômenos singulares, inusitados, diferentes, incomuns, idiossincráticos ou discrepantes que surgem ao nos depararmos com as inúmeras possibilidades de constituição do humano. A Teoria das Relações Objetais concebe que estas organizações configuram-se como possibilidades defensivas com o objetivo de evitar o conflito e negar a dor psíquica, evocando defesas maníacas.

Sobre as defesas maníacas

“na mania o indivíduo é perseguido pela depressão” (Bion).

Defesas maníacas são mecanismos de defesa. Os estudos sobre os mecanismos de defesa compreendem que estes são usados para permitir a homeostase psicológica e apresentam múltiplas funções como, por exemplo, manter a autoestima, proteger contra ansiedades que resultam de impulsos inaceitáveis, proteger de ansiedades que surgem pelas dificuldades nas relações

interpessoais, ajudar na manutenção das relações interpessoais e controlar a vivência de afetos intensos. A utilização dos mecanismos de defesa se torna patológica apenas quando se apresenta de forma imatura, rígida e excessiva (Sharma & Sinha, 2010; Vaillant, 2000; Cramer, 1988; Vaillant & Drake, 1985). Nesse sentido, a utilização das defesas maníacas (de configurações mais imaturas ou primitivas) se torna um problema quando surge de forma excessiva e enrijecida.

O desenvolvimento do conceito “defesas maníacas” ocorreu principalmente com os trabalhos de Klein e seguidores. Existem diferentes tipos de defesas maníacas e de mecanismos envolvidos nas suas formações, o que significa que podem assumir diversas formas e operarem de diferentes maneiras. Os estudos descrevem duas modalidades diferentes de defesas maníacas, relacionadas às ansiedades características de cada posição. A primeira modalidade refere-se às defesas contra as ansiedades paranóides e a culpa persecutória (medo de retaliação e aniquilamento) e a segunda, às defesas contra ansiedades depressivas (medo da perda do objeto, demanda de reparação). Ambas as modalidades têm em comum a finalidade de evitar o conflito psíquico, negar o sofrimento e permitir o acesso ao estado de onipotência (Sharma & Sinha, 2010; Bronstein, 2010; Deloya, 2002; Waska, 2001, Klein 1996_a, 1996_b, 1982_a, 1982_b; Bion, 1991; Rosenfeld, 1991; Riviere, 1982).

Os autores descrevem que os sistemas defensivos são constituídos por diferentes componentes ou mecanismos de defesa. A partir dessa literatura e de nossa prática clínica, selecionamos indicadores clínicos psicodinâmicos que constituem sistemas defensivos maníacos de defesa contra ansiedades persecutórias e depressivas. Organizamos esses sistemas de acordo com sua

natureza: narcísica, maníaca ou melancólica, sendo que as defesas de natureza narcísica se caracterizam como as mais imaturas destes três grupos. Nesse sentido, temos como indicadores clínicos psicodinâmicos de natureza:

a) narcísica: onipotência, desqualificação, negação, idealização e triunfo;

b) maníaca: voracidade e projeção;

c) melancólica: autodesqualificação, desinvestimento libidinal e dor psíquica.

Desenvolvemos os conceitos destes indicadores com exemplos clínicos de falas que nos auxiliam a identificar a ocorrência destes, nos relatos dos sujeitos. As conceituações dos indicadores com seus respectivos exemplos clínicos encontram-se no Anexo C.

No próximo capítulo, apresentaremos nosso método de pesquisa.

CAPÍTULO II

MÉTODO

“Não há nenhuma evidência de que nada, nem ninguém, obedeça às leis da ciência – mesmo que se leve em conta todas as leis da ciência. Seria conveniente se o mundo da realidade se mantivesse dentro dos limites de nossa compreensão – mas ele não está e não há razão para que obrigatoriamente estivesse.” (Bion).

CAPÍTULO II – MÉTODO

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com o Protocolo nº 123/12.

Objetivo Geral

Formular casos prototípicos com Transtorno Bipolar I por meio de categorias diagnósticas descritivas e psicodinâmicas.

Objetivos Específicos

Com o desenvolvimento desta pesquisa espera-se:

1. Analisar o diagnóstico descritivo:
 - a. Realizar o diagnóstico descritivo a partir do qual será possível confirmar ou refutar o diagnóstico de Transtorno Bipolar I realizado pelos profissionais que encaminharam os sujeitos;
 - b. Realizar a Avaliação Multiaxial dos dez casos;
 - c. Avaliar a presença de possíveis comorbidades que poderiam iluminar ou confundir o acompanhamento do caso;
 - d. Descrever e analisar a manifestação ou expressão clínica dos sintomas descritivos/fenomenológicos do Transtorno Bipolar I.
2. Analisar o diagnóstico psicodinâmico:
 - a. Realizar o diagnóstico psicodinâmico fundamentado na teoria psicanalítica das relações objetais;
 - b. Descrever e analisar a manifestação ou expressão clínica do funcionamento psicodinâmico de pessoas acometidas pelo Transtorno Bipolar I.
3. Selecionar casos clínicos prototípicos (dentre os dez casos avaliados e analisados) e realizar a formulação de caso.

- a. Descrever, analisar e discutir a relação entre a constelação sintomática e o funcionamento mental psicodinâmico em pessoas com Transtorno Bipolar I, na construção de uma formulação de caso.

Entrevistadora

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, que conta com 15 anos de experiência como psicóloga clínica, com 11 anos de participação no Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio e nove anos no PSIU, Programa de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio da Diretoria de Saúde, do Decanato de Gestão de Pessoas, ambos na Universidade de Brasília. No PSIU, a pesquisadora exerceu as funções de coordenadora executiva, coordenadora clínica e supervisora institucional. Também possui experiência no ensino de psicopatologia geral e, em específico, das técnicas das entrevistas utilizadas.

Os participantes: critérios de inclusão

A amostra foi composta por dez participantes, cinco de cada sexo. Todos os participantes preencheram os requisitos de:

- Ter completado 18 anos de idade;
- Estar em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico;
- Ser indicado pelo profissional de psiquiatria ou psicologia que o acompanha;
- Ter o diagnóstico atual de Transtorno Bipolar confirmado por este profissional;
- Estar atualmente medicado (a) e fora de situação de risco ou crise aguda;
- Ser considerado (a) em condições de participar pelo profissional que o (a) acompanha;

- Não demonstrar desconforto ou fragilidade no momento do convite para participação espontânea;
- Concordar com os termos da pesquisa conforme descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/ TCLE e assinar este documento (Anexo D).

Coleta de dados

1) Entrevista Clínica Semiestruturada para o DSM-IV – SCID I - Versão Pesquisa (First & cols, 1994; Spitzer & cols, 1992), traduzida e adaptada para o português (Tavares, 1999): é uma entrevista clínica semiestruturada utilizada para diagnosticar os principais transtornos mentais do Eixo I do DSM-IV-TR em pacientes internados ou em acompanhamento ambulatorial. Esta versão apresenta uma avaliação completa das principais categorias diagnósticas, avaliando 44 condições clínicas mais frequentes no contexto da Saúde Mental. Também apresenta questões para avaliação de gravidade e de especificadores dos transtornos mentais (Del Bem e cols, 2001; Tavares, 2000; APA, s/d).

2) Entrevista psicodinâmica (Naves & Tavares, 2007; Gabbard, 2006, 2005, 1998; Perry, Fowler & Semeniuk, 2005; Domanico & Tavares, 2005; Sifneos, 1993; Luborsky, 1984; Malan, 1983): é uma entrevista semiestruturada desenvolvida a partir da prática clínica de psicoterapia psicodinâmica (Tavares, 2004; Gunderson e Gabbard, 1999; Crits-Cristoph, 1992; Svatberg & Stiles, 1991; Pine, 1990 e 1985; Straker, 1986), comparável ao contexto de uma entrevista de avaliação e admissão em psicoterapia psicodinâmica (Kramer, 2008). As entrevistas psicodinâmicas têm sido amplamente utilizadas como uma ferramenta

de investigação em pesquisas sobre psicoterapia, pois oferece a possibilidade do clínico-pesquisador explorar os afetos presentes e oferecer apoio ao entrevistando, fazer interpretações das defesas e da transferência e realizar a síntese do encontro (Kramer, 2008; Perry, Fowler, & Semeniuk, 2005; Fowler e Perry, 2005; Hoglend & Perry, 1998; Perry & Cooper, 1989). Em anexo encontram-se o roteiro para a elaboração de nossa entrevista (Anexo E) e a entrevista que foi desenvolvida a partir desse roteiro (Anexo F).

Análise da dados

1) ATLAS.ti (“Archiv fuer Technik, Lebenswelt und Alltagssprache” - Arquivo de tecnologia, da vida das palavras e da linguagem do dia a dia): é um programa de software de análise de dados qualitativos assistidos por computador desenvolvido pela Technical University of Berlin.

2) Análise de conteúdo dos critérios diagnósticos descritivos e indicadores clínicos psicodinâmicos:

a) Critérios diagnósticos descritivos: Foram utilizados os critérios diagnósticos descritivos presentes na SCID. A Tabela 2.1 apresenta a relação destes critérios nos episódios depressivos e maníacos. As definições destes critérios são aquelas apresentadas no DSM-IV-TR.

Tabela 2.1: Categorias diagnósticas e critérios diagnósticos descritivos dos episódios depressivo e de mania

Categorias diagnósticas	Crítérios descritivos Depressivos	Crítérios descritivos da mania
Humor	Humor deprimido	Humor elevado, expansivo Humor irritável
Investimento libidinal	Diminuição do interesse ou prazer (Anedonia)	Envolvimento excessivo em atividades prazerosas
Apetite ou peso corporal	Perda de peso Diminuição do apetite Ganho de peso Aumento do apetite	Não é critério diagnóstico no DSM-IV-TR, embora seja comum observar alterações do padrão de comportamento alimentar.
Sono	Insônia Hiper-Sonia	Diminuição da necessidade de sono
Psicomotricidade	Agitação psicomotora Lentificação psicomotora	Agitação psicomotora
Nível de energia	Fadiga ou perda de energia	Aumento das atividades dirigidas a objetivos
Visão de si: autoimagem e autoestima	Sentimento de inutilidade Culpa excessiva	Autoestima inflada Grandiosidade
Capacidades cognitivas	Inibição do pensamento Diminuição da atenção Indecisão Alterações na memória	Loquacidade ou pressão para falar Fuga de ideias Distratibilidade
Comportamentos suicidas	Pensamentos de morte recorrentes Ideação suicida Planejamento de suicídio Tentativa de suicídio	Não é critério diagnóstico no DSM-IV-TR, embora seja comum observar ideação e comportamentos suicidas no paciente com Transtorno Bipolar.

b) Indicadores clínicos psicodinâmicos: Foram selecionados indicadores clínicos psicodinâmicos, a partir da literatura psicanalítica das teorias das relações objetais (Mawson, 2011; Bion, 2004; Anderson, 1994; Hinshelwood, 1992; Spillius, 1991; Klein, 1982a e 1982b; Klein & Riviere, 1975). A Tabela 2.2 apresenta os indicadores clínicos psicodinâmicos na bipolaridade com suas dimensões/ mecanismos/características. Ressaltamos que todos os indicadores são

inter-relacionados constituindo um processo psicodinâmico. Entretanto, as descrições individuais dos indicadores fazem-se necessárias para possibilitar o mapeamento das defesas e a elucidação do funcionamento psicodinâmico. As definições conceituais dos indicadores clínicos psicodinâmicos com seus respectivos exemplos clínicos podem ser verificadas no Anexo C.

Tabela 2.2: Indicadores clínicos psicodinâmicos na bipolaridade com suas dimensões/ mecanismos/características

Indicadores clínicos	Dimensões/mecanismos/características
Onipotência	Invencibilidade Excepcionalidade Superioridade
Triunfo	Aniquilamento do objeto Independência do objeto
Voracidade	Insaciabilidade Investimento libidinal excessivo
Negação	Anulação do contexto frustrador Distorção da realidade
Projeção	Expulsão Rejeição
Idealização	Atribuição de características positivas Rejeição de características negativas
Desqualificação ou desprezo	Atribuição de características negativas Rejeição de características positivas
Desinvestimento libidinal	Perda de interesse pelo mundo externo Isolamento Afastamento da realidade
Autodesqualificação (severidade do Supereu)	Diminuição da autoestima Autocríticas Comportamentos autolesivos
Dor psíquica	Estado doloroso Afetos intoleráveis

Procedimentos

Os procedimentos foram realizados da maneira descrita a seguir:

- I. A pesquisadora entrou em contato com psiquiatras e psicólogos da comunidade fornecendo orientações para que estes fizessem o encaminhamento espontâneo de possíveis participantes.

- II. Feito o encaminhamento espontâneo a pesquisadora entrou em contato com o participante e agendou as entrevistas.
- III. Foram planejados dois encontros com cada participante, o primeiro para a Entrevista Psicodinâmica e o segundo para a *Entrevista Clínica Semiestruturada para o DSM-IV – SCID I - Versão Pesquisa*. Em dois casos foram necessários o agendamento de um terceiro encontro para complementar algum dado que não tinha sido coletado nas anteriores, um referente à entrevista psicodinâmica e outro à SCID. Em cada um dos encontros, ao final, a pesquisadora fez, em conjunto com o participante, a avaliação da experiência de participação na pesquisa e, quando necessário, forneceu orientações e encaminhamentos, de acordo com cada situação.
- IV. Os encontros foram realizados em local privado, no consultório da pesquisadora.
- V. Conforme elucidado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram gravadas gerando arquivos digitais para transcrição e análise das mesmas visando fazer uma avaliação qualitativa do material clínico.
- VI. Os dados coletados na pesquisa, tais como registros escritos das entrevistas e arquivos digitais de gravação, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa, armazenados, protegidos e resguardados no Laboratório de Saúde Mental e Cultura, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília.
- VII. As entrevistas foram transcritas por uma psicóloga.

- VIII. Após as transcrições, as entrevistas foram lançadas no programa Atlas.TI. Em seguida, em cada entrevista, foram feitas as análises de conteúdo com as codificações dos descritores diagnósticos descritivos e dos indicadores clínicos psicodinâmicos.
- IX. Após as análises das entrevistas, os sujeitos foram divididos e classificados em grupos prototípicos, agrupados de acordo com suas características, pelas semelhanças ou por contraste.
- X. Após a definição dos grupos um caso foi selecionado de cada grupo. A seleção foi feita considerando-se a maior incidência dos indicadores clínicos psicodinâmicos e o menor escore da Avaliação Geral do Funcionamento – AGF, obtida no momento da avaliação. Cada um desses casos foi descrito por meio da formulação psicodinâmica.

No capítulo seguinte, faremos a análise e discussão dos dados encontrados.

CAPÍTULO III

ANÁLISE E DISCUSSÃO

DOS DADOS

“(...) é preciso emitir um fecho de intensa escuridão de modo que algo que até então tenha estado obscurecido pelo resplendor da iluminação possa brilhar ainda mais na escuridão” (Sigmund Freud).

CAPÍTULO III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Apresentaremos a análise e discussão dos dados por meio de seções ordenadas de forma alfabética. Na **Seção A**, fornecemos uma síntese e, ao mesmo tempo, uma visão panorâmica acerca dos dados referentes aos dez sujeitos analisados. Apresentamos a Avaliação Multiaxial dos casos e discutimos as comorbidades encontradas. A **Seção B** oferece uma análise global dos dados apresentados por todos os sujeitos tendo como referência cada critério diagnóstico descritivo. Na **Seção C** apresentamos as análises dos indicadores clínicos psicodinâmicos. A **Seção D** discute a configuração dos tipos ou grupos prototípicos apresentados por nossa amostra. Por fim, na **Seção E**, analisamos e discutimos os casos prototípicos de Transtorno Bipolar I, utilizando o método de formulação de caso.

Seção A – Síntese e visão panorâmica dos dados

Foram entrevistados dez sujeitos, cinco homens e cinco mulheres, com idade entre 23 e 49 anos. No total, foram feitas 22 entrevistas computando 32 horas de gravação. A Tabela 3.1 apresenta a síntese da Avaliação Multiaxial dos casos, fornecendo uma “visão panorâmica” sobre os quadros e a situação clínica dos sujeitos. Observando-se a Tabela 1, verificamos que todos os sujeitos tiveram o diagnóstico confirmado de Transtorno Bipolar I. Note-se que, no momento da entrevista, o sujeito 05 apresentava um episódio depressivo maior leve, dois sujeitos (07 e 10) vivenciavam um episódio depressivo maior moderado e os sujeitos 01 e 06 apresentavam um episódio maníaco leve. Destacamos na Tabela 3.1 os sujeitos que apresentavam um episódio depressivo ou de mania, no momento das entrevistas.

Tabela 3.1: avaliação multiaxial dos dez sujeitos pelo DSM-IV-TR

S/S/ I	Eixo I	Eixo I Comorbidades	Eixo II	Eixo III	Eixo IV	Eixo V AGF
01/ F/ 47	296.41 -Transtorno Bipolar I, episódio atual maníaco, leve.	304.20 -Dependência de cocaína, remissão completa mantida. 305.90 -Abuso de Outras Substâncias, remissão completa mantida. Sintomas obsessivo-compulsivos	799.9 - Diagnóstico protelado. Características de Personalidade Narcisista.	Histórico de câncer	Conflitos familiares, suicídio de pessoa muito próxima, aposentadoria por invalidez.	35
02/ M/ 40	296.46 -Transtorno Bipolar I, episódio mais recente maníaco, em remissão completa.	AUSENTE	799.9 - Diagnóstico protelado	Nenhum relato	Superproteção dos pais na infância e adolescência; primeiras experiências sexuais traumáticas; condições de trabalho difíceis.	89
03/ M/ 28	296.46 -Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco, Em remissão completa.	AUSENTE	799.9 - Diagnóstico protelado.	Nenhum relato	Separação dos pais na infância, morte do pai há cinco anos.	84
04/ M/ 26	296.46 -Transtorno Bipolar I, episódio mais recente maníaco, em remissão completa.	304.20 -Dependência de cocaína, remissão completa inicial. 305.90 – Abuso de Outras Substâncias, remissão completa inicial. 309.81 – TEPT, história prévia. 307.1 -Anorexia Nervosa, história prévia.	799.9 - Diagnóstico protelado. Características de Personalidade Narcisista.	Nenhum relato	Conflitos familiares, bullying na infância, sequestro violento com espancamento.	61
05/ M/ 23	296.51 -Transtorno Bipolar I, episódio atual depressivo maior leve.	Sintomas de ansiedade	799.9 - Diagnóstico protelado. Características de Personalidade Esquiva.	Nenhum relato	Abandono paterno, abuso sexual na infância, conflitos familiares, bullying na adolescência.	59
06/ F/ 48	296.41 -Transtorno Bipolar I, episódio atual maníaco, leve.	300.00 -Transtorno de Ansiedade SOE 300.11 -Transtorno conversivo, com déficit sensorial (surdez e zumbidos)	799.9 - Diagnóstico protelado	Queixa de surdez	Abandono na infância, conflitos familiares, suspeita de abuso sexual na infância.	40
07/ F/ 38	296.42 -Transtorno Bipolar I, episódio atual depressivo maior, moderado.	300.11 -Transtorno conversivo, quadro misto.	799.9 - Diagnóstico protelado. Características de Personalidade Dependente.	Muitas queixas somáticas	Abuso sexual na infância, disciplina inadequada na infância e adolescência, conflitos familiares, sequestro recente.	32
08/ F/ 27	296.46 -Transtorno Bipolar I, episódio mais recente maníaco, em remissão completa.	AUSENTE	799.9 - Diagnóstico protelado.	Nenhum relato	Abandono dos pais, primeiras experiências sexuais traumáticas, conflitos familiares.	85
09/ M/ 48	296.46 -Transtorno Bipolar I, episódio mais recente maníaco, em remissão completa.	309.81 -TEPT, em remissão parcial. Sintomas obsessivo-compulsivos.	799.9 - Diagnóstico protelado.	Nenhum relato	Violência física na infância e adolescência	62
10/ F/ 49	296.42 -Transtorno Bipolar I, episódio atual depressivo maior, moderado.	307.50 -Transtorno da Alimentação SOE (Compulsão periódica).	799.9 - Diagnóstico protelado.	Obesidade	Abuso sexual na infância, conflitos familiares, apoio social inadequado, mora sozinha.	34

Legenda: S/S/I = sujeitos, sexos e idades; **TEPT** = Transtorno do Estresse Pós-Traumático; **SOE** = Sem outra especificação

No Eixo I, sete sujeitos apresentaram comorbidades de sintomas ou de transtornos clínicos. Dentre estes, dois apresentaram dependência de cocaína e abuso de múltiplas substâncias; dois apresentaram TEPT; dois sujeitos relataram sintomas obsessivo-compulsivos, um apresentou Transtorno de Alimentação SOE, dois apresentaram Transtorno Conversivo, um sujeito relatou sintomas de ansiedade, o Transtorno de Ansiedade SOE foi apresentado por um sujeito assim como a Anorexia Nervosa.

Quanto ao Eixo II, apesar de não termos feito uma avaliação específica, identificamos quatro sujeitos que apresentaram características de transtornos de personalidade. Um sujeito apresentou características de personalidade dependente, outro, de esquiva e dois de personalidade narcisista. Em relação ao Eixo III, um sujeito apresentou obesidade, outro, histórico de câncer e dois sujeitos apresentaram queixas somáticas. No Eixo IV, todos os sujeitos apresentaram algum problema de ordem psicossocial e ambiental. Considerando-se os eventos traumáticos, três sujeitos vivenciaram abuso sexual na infância e um quarto sujeito possui essa suspeita; dois sujeitos vivenciaram as primeiras experiências sexuais de forma traumática; dois sofreram bullying; três sofreram abandono parental na infância; um sofreu violência física na infância e na adolescência e dois sofreram sequestros sendo que, com um deles, foi extremamente violento, com risco de morte.

O Eixo V apresenta a avaliação geral do funcionamento – AGF e consideramos o momento da avaliação para a atribuição dos valores. Assim, verificamos que três sujeitos apresentaram valores muito baixos na AGF, por volta de 30 pontos. Três sujeitos apresentaram valores mais altos, entre 84 e 89, três apresentaram por volta de 60 pontos e um apresentou a pontuação 40. Em

síntese, a maioria dos sujeitos apresentou um baixo nível de funcionamento geral com pontuação por volta ou abaixo de 60 pontos, o que significa que apresentam sintomas e dificuldades que variam de moderados a graves, com alto prejuízo no funcionamento.

Interação das comorbidades com o Transtorno Bipolar I

Nosso objetivo neste momento é oferecer uma visão mais aproximada e particular sobre os sete sujeitos que apresentaram comorbidades, buscando vislumbrar “se” e “como” estas associações de transtornos interferiram ou ainda interferem no curso do transtorno bipolar (TB) e nas suas vidas, de um modo geral. Para fazermos essas análises, discutiremos a situação clínica de cada sujeito que apresentou comorbidades.

Sujeito 01, feminino, 47 anos, AGF 35

Apresentou comorbidades no Eixo I - dependência de cocaína e abuso de outras substâncias, ambos em remissão completa mantida por cerca de seis anos - e câncer, no Eixo III, também há cerca de seis anos, sem reincidência. O quadro de TB contribuiu para o intenso uso de álcool e outras drogas. Por sua vez, a dependência da cocaína e o abuso de outras substâncias agravaram o quadro e seu estado físico, pois, juntamente com o tratamento contra o câncer, prejudicaram seu funcionamento hepático e renal. Atualmente, faz acompanhamento psiquiátrico e seu tratamento medicamentoso está comprometido pelo funcionamento debilitado destes sistemas, não podendo ser administradas medicações mais adequadas. Apresenta cronicidade do quadro não apresentando remissão completa dos sintomas maníacos há muitos anos. No Eixo II, apesar de

não ser feito o diagnóstico específico, percebemos a presença de muitas *características da personalidade narcisista*. Identificamos a prevalência da *desqualificação do outro* como uma forma de ressaltar sua *grandiosidade*. O sujeito 01 possui a *crença de que faz parte de um grupo especial* de religiosos. Nos seus relacionamentos interpessoais demonstrou ser *exploradora e não apresentar empatia*. Por fim, os seus relatos e sua postura durante as entrevistas revelaram *comportamentos e atitudes arrogantes*. Essas características trouxeram dificuldades em seus relacionamentos ao longo de sua vida e dificultaram o reconhecimento de que possuía problemas e que precisava de ajuda profissional.

Sujeito 04, masculino, 26 anos, AGF 61

Apresentou como comorbidades no Eixo I a dependência de cocaína e abuso de outras substâncias, ambos em remissão completa inicial por cerca de 30 dias e a história prévia de anorexia nervosa na infância e Transtorno do Estresse Pós-Traumático – TEPT, na adolescência. Sofreu *bullying* na infância. Atualmente apresenta alguns sintomas obsessivo-compulsivos, mas sem prejuízos em seu funcionamento. O TEPT foi desenvolvido após ter sofrido um sequestro violento, com espancamento e quase morte, por volta dos seus 19 anos. Apresentou uma resposta maníaca do que ele chama de “compulsão por sexo” e, na sequência, o intenso uso de múltiplas drogas. Além de agravar o quadro de TB, o intenso uso de drogas trouxe prejuízos sociais, financeiros, profissionais e pessoais, com risco de morte, pois já vivenciou algumas situações de *overdose*, precisando ser hospitalizado. Não foi feito o diagnóstico específico para o Eixo II, mas identificamos características da personalidade narcisista. O sujeito 04 relata

com prazer e orgulho o uso e abuso de múltiplas substâncias e o diagnóstico de TB, o que o dificulta perceber verdadeiramente que tem problemas.

Sujeito 05, masculino, 23 anos, AGF 59

O Sujeito 05 sofreu abuso sexual na infância e *bullying* na adolescência. Não foi feito o diagnóstico específico para os transtornos do Eixo II, mas avaliamos que possui características de personalidade esquiva, pois apresenta baixa estima, isolamento social, grande sentimento de inadequação, grande sensibilidade à rejeição e temores com os contatos pessoais e sociais, o que o leva a apresentar sintomas de ansiedade (Eixo I), apesar de não ter um quadro clínico configurado. Essas características interferem negativamente nas suas relações pessoais e de trabalho. Atualmente, vive isolado, sem amigos no trabalho ou na faculdade. Por outro lado, sua intensa sensibilidade à rejeição interpessoal (mesmo que em fantasia), sua baixa estima e o grande sentimento de inadequação, tendem a deprimi-lo, principalmente quando ocorre uma situação social desfavorável. De fato, no momento da avaliação, apresentava um episódio depressivo maior leve que parece ter sido desencadeado após um conflito no trabalho. Outro risco é a possibilidade de desenvolvimento de um quadro de ansiedade.

Sujeito 06, feminino, 48 anos, AGF 40

Há suspeita, pelo próprio sujeito, de abuso sexual na infância. O sujeito 06 apresentou Transtorno de Ansiedade SOE, relatando principalmente sintomas fóbicos (medo de falar em público e de lugares fechados) e Transtorno Conversivo, com déficit sensorial (surdez e zumbidos), como comorbidades no

Eixo I. Essa associação de transtornos traz muitos prejuízos para suas relações pessoais e sociais.

Sujeito 07, feminino, 38 anos, AGF 32

O sujeito 07 sofreu abuso sexual na infância. Como comorbidade no Eixo I, apresentou o Transtorno Conversivo com Quadro Misto. Esta condição clínica leva o sujeito a buscar vários atendimentos médicos, passando por situações constrangedoras durante esses atendimentos e nas relações pessoais e sociais por “dar muito piti”. No Eixo II, mesmo sem o diagnóstico específico, avaliamos que possui características de Personalidade Dependente, pois se apresenta muito submissa, sugestionável e indecisa. Essas características agravam sua condição clínica, impedindo-a de assumir seu tratamento e as decisões na sua vida. O sujeito 07 já passou por cinco internações, na maioria das vezes por deixar de tomar a medicação por sugestão de seu pai, por exemplo.

Sujeito 09, masculino, 48 anos, AGF 62

O sujeito 09 sofreu muita agressão física de seu pai e irmãos mais velhos, durante a infância e adolescência. Ainda criança, testemunhou o grave atropelamento de seu pai, o que acarretou no desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Ainda hoje, sofre com as lembranças e apresenta sintomas de esquiva e revivência. Pelos relatos, há uma relação entre a apresentação destes sintomas e o desencadeamento de episódio de mania. Já apresentou sintomas obsessivo-compulsivos durante episódios de mania, por exemplo, ficar lavando as mãos até sangrar.

Sujeito 10, feminino, 49 anos, AGF 34

O sujeito 10 sofreu abuso sexual na infância. Apresentou o Transtorno da Alimentação SOE (Compulsão periódica), como comorbidade no Eixo I. Este quadro trouxe problemas sérios para sua saúde, pois se encontra em obesidade e com alto risco de diabetes.

Em síntese, com essas breves explicações, percebemos que a presença de comorbidades nesses sujeitos parece estar relacionada com o desencadeamento dos episódios do TB ou com o agravamento do quadro clínico. Por outro lado, também contribuiu para dificultar o diagnóstico de TB, principalmente nos casos de dependência e abuso de múltiplas substâncias. Importante ressaltar a presença de eventos de vida traumáticos em idades precoces (abandono, violência física e sexual) e considerar os efeitos que esses eventos possam ter tido na estruturação das personalidades, deixando-as mais vulneráveis. Analisaremos, agora, a manifestação dos sintomas.

Seção B – Análise dos critérios diagnósticos descritivos

Nesta seção analisaremos e discutiremos cada critério diagnóstico descritivo codificado nas entrevistas. Ressaltamos que o número de codificações identificadas para cada critério não implica em maior ou menor gravidade do episódio. A frequência em que um critério é referido no relato do sujeito não reflete necessariamente a intensidade ou a gravidade do sintoma e a classificação diagnóstica depende apenas da presença ou ausência do sintoma. O maior ou menor número de codificações dos critérios refere-se, por um lado, ao estilo pessoal do sujeito, na medida em que este possa ser mais falante, detalhista ou preciso nos relatos de suas experiências. O número de codificações também pode ser influenciado pelo estado mental que o sujeito apresenta, no momento da avaliação, caso esteja mais maníaco ou depressivo. Apresentaremos os critérios diagnósticos descritivos por meio das grandes categorias diagnósticas, a saber: humor, visão de si (autoimagem e autoestima), investimento libidinal, nível de energia, psicomotricidade, capacidades cognitivas, sono, apetite ou peso corporal e comportamentos suicidas. A Tabela 2.1, no Capítulo II, apresenta essas categorias diagnósticas com seus respectivos critérios diagnósticos descritivos, nos episódios depressivos e de mania. Todos os sujeitos tiveram o diagnóstico confirmado de Transtorno Bipolar I, o que significa que apresentaram pelo menos um episódio de mania em sua vidas. Todos os sujeitos, com exceção do sujeito 04, também apresentaram pelo menos um episódio depressivo. Ilustraremos os critérios com alguns exemplos clínicos das falas codificadas e apresentadas pelos sujeitos. Por fim, destacaremos aqueles sujeitos que vivenciavam um episódio depressivo ou de mania durante as entrevistas.

Categoria diagnóstica do humor

Em adultos, compõem esta categoria os critérios diagnósticos de humor deprimido, para o episódio depressivo e humores elevado e irritável para o episódio de mania. A Tabela 3.2 apresenta a frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria do humor.

Tabela 3.2: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria do humor

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07•	Suj 08	Suj 09	Suj 10•	Total
Critério diagnóstico											
Humor deprimido	5	5	5	1	4	11	2	5	9	5	52
Humor elevado	2	2	6	2	2	3	1	1	6	2	27
Humor irritável	3	7	—	—	4	14	2	8	4	1	43

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

• Episódio Depressivo Maior Moderado

Todos os sujeitos apresentaram o rebaixamento de humor em algum momento de suas vidas. Dentre estes, nove vivenciaram pelo menos um episódio depressivo. O sujeito 04 já apresentou humor deprimido e, em uma ocasião, apresentou impulso suicida. Entretanto, esses sintomas estiveram presentes durante crises de abstinência de cocaína e não foi possível identificar a presença de outros sintomas depressivos que pudessem configurar um episódio. Considerando-se os sujeitos que vivenciaram o episódio depressivo, a maioria recebeu por volta de cinco codificações, dois receberam duas ou menos codificações e dois sujeitos apresentaram números mais elevados, nove e 11 codificações. Destaca-se o sujeito 06 que apresentou o maior número de codificações (11), mesmo vivenciando um episódio maníaco leve no momento da avaliação. Este sujeito já apresentou vários episódios depressivos que, geralmente, antecedem os episódios de mania. No momento da avaliação, o sujeito 05

vivenciava um episódio depressivo leve e os sujeitos 07 e 10, vivenciavam episódios moderados. Em todos os casos, a experiência subjetiva da depressão revelou-se como um momento de muito sofrimento, mais assustador e de difícil vivência do que os estados de mania. Temos alguns exemplos que ilustram essa experiência: “E esse ano foi de bastante tristeza, eu ficava mal sempre com medo de não conseguir nada” (sujeito 05); “Eu não queria sair da cama eu não queria ficar de pé, sentada, não queria conversar com ninguém” (sujeito 07); “Eu já não tenho ânimo pra nada, né? Não tenho ânimo pra estudar, não tenho ânimo pra dirigir, não tenho ânimo pra me relacionar com as pessoas” (sujeito 10).

Em relação ao *humor elevado* identificamos que todos os sujeitos apresentaram elevação de humor em algum momento de suas vidas. A maioria apresentou duas ou menos codificações para este critério e dois sujeitos apresentaram seis codificações. Destacam-se os sujeitos 01 e 06 que vivenciavam um episódio de mania leve, no momento da avaliação, e, mesmo assim, identificamos poucas codificações. A maioria dos sujeitos relata uma experiência subjetiva positiva em relação à elevação do humor, podendo ter uma visão idealizada deste estado, o que pode ser verificado nos exemplos a seguir: “Eu não sei explicar é uma coisa muito boa que eu sentia na época, eu fiquei feliz porque eu tava viva assim, eu queria fazer muitas coisas” (sujeito 10); “Quando eu tô eufórico, entusiasmado é tipo um prazer” (sujeito 09); “Só consigo trabalhar dessa forma e o processo criativo é muito intenso. Então, realmente vem a vontade boa, vem uma satisfação em função do que se faz e do retorno das pessoas, as pessoas elogiam. Então, saía um pouco até de certo marasmo que eu estava” (sujeito 01).

Identificamos 43 codificações referentes ao critério do *humor irritável*. Oito sujeitos apresentaram humor irritável associado ao humor elevado, com

exceção apenas dos sujeitos 03 e 04. Destaca-se o sujeito 05 que apresentou 14 codificações referentes tanto a episódios passados quanto ao presente, visto que vivenciava um episódio maníaco leve. Neste sujeito, prevalece a irritabilidade, ocasionando muitas divergências interpessoais. Subjetivamente, a experiência desse estado é sentida como negativa pela maioria dos sujeitos. Os exemplos seguintes ilustram essa questão: “Era muito nervoso que eu sentia (...). Aí eu entrava no banheiro e me mordida, sabe aquela coisa, aquela ira que eu sentia por dentro, sem ninguém fazer nada. Mas eu sentia muita ira, era uma coisa muito ruim” (sujeito 06); “Eu ficava mais irritada, alterada, qualquer coisa era motivo de briga” (sujeito 08); “Eu acho que o pior momento desse período foi a falta de compreensão que a gente tem das outras pessoas, e assim, porque por qualquer coisa a gente explode, né, a euforia leva a gente a uma explosão, né?” (sujeito 09).

Categoria diagnóstica da visão de si: autoimagem e autoestima

Esta categoria é composta pelos critérios diagnósticos, sentimento de inutilidade e culpa excessiva, referentes ao episódio depressivo e pela autoestima inflada e grandiosidade, referentes à mania. Em nossa amostra, identificamos que a manifestação ou a experiência relatada dos critérios autoestima inflada e grandiosidade se diferenciam não apenas na intensidade destes, mas também na natureza da experiência. Enquanto que na autoestima inflada o sujeito se percebe melhor ou mais confiante do que o habitual, na grandiosidade, o sujeito experimenta uma sensação de poder ou de superioridade. A Tabela 3.3 apresenta a frequência de codificações dos critérios diagnósticos desta categoria.

Seis sujeitos apresentaram *sentimento de inutilidade* durante seu estado depressivo, em sua maioria apresentado duas ou uma codificação. Destaca-se o sujeito 06 (em episódio de mania leve) que apresentou oito codificações, relatando

com muitos detalhes os vários episódios depressivos que vivenciou. Cinco sujeitos relataram pensamentos de morte recorrentes ou ideação suicida, associados ao sentimento de inutilidade. Analisaremos esta questão com mais detalhes no critério comportamentos suicidas. Por hora, trazemos algumas falas que ilustram essa associação, na experiência dos sujeitos: “A minha estima abaixava muito, eu me sentia inútil. Perdi o amor próprio me perguntando por que eu já não morria, essas coisas assim...” (sujeito 09); “Eu sentia como se eu não valesse, sabe? Inútil. Falava assim, que eu não valia nada que pra quê ficar viva, né?” (sujeito 06).

Tabela 3.3: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria da visão de si: autoimagem e autoestima

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Sentimento de inutilidade	1	—	1	—	2	8	—	—	2	1	15
Culpa excessiva	2	5	—	—	—	6*	3	—	3	3	22
Autoestima inflada	1	2	1	1	1	—	—	1	1	1	9
Grandiosidade	1	5	2	1	2	2	1	—	2	4	20

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

Sete sujeitos apresentaram *culpa excessiva*. Dentre eles, quatro sujeitos (01, 06, 09 e 10) apresentaram o sentimento de inutilidade em concomitância. A maioria dos sujeitos apresentou por volta de três codificações. O sujeito 06 se destaca por apresentar seis codificações, mesmo estando em mania. Como ilustrações temos: “Acho que eu tenho muito isso de achar que eu sempre fiz alguma coisa pra contribuir pro erro de alguém” (sujeito 06); “Acredito que eu fiz uma coisa que eu não deveria ter feito, mas que não se trata de legalmente falando

de um crime, mas é uma coisa que me acusa, da qual eu me acuso” (sujeito 02); “Quando eu discuto, eu entro em crise e passo até uma semana chateado comigo mesmo, me culpando, me julgando, achando que eu deveria morrer. Eu fico muito mal mesmo” (sujeito 09).

O critério *autoestima inflada* foi codificado nove vezes. Oito sujeitos apresentaram este sintoma durante a mania. Destaca-se o sujeito 06 que mesmo estando em mania, não apresentou este sintoma. A experiência subjetiva deste sentimento é vivenciada como positiva, como podemos verificar nos exemplos: “Eu me sentia melhor do que o normal, muito melhor” (sujeito 02); “Me sinto mais confiante do que o habitual. Tá um pouquinho exagerado” (sujeito 01).

Identificamos 20 codificações para o critério *grandiosidade*. Nove sujeitos apresentaram este critério. A maioria apresentou duas ou uma codificação. Destacam-se os sujeitos 02 e 10, com cinco e quatro codificações, respectivamente. Sete sujeitos apresentaram este sintoma em concomitância com a autoestima inflada, o que parece revelar uma proximidade entre estes dois sentimentos. Nessa perspectiva, destacamos os sujeitos 01 e 06 que vivenciavam mania leve no momento da entrevista. O sujeito 01 apresentou autoestima inflada no momento presente e grandiosidade em episódios passados, enquanto no sujeito 06, a manifestação é de grandiosidade. Como exemplos de grandiosidade temos: “Eu me achava o melhor, né, provavelmente eu trabalhava muito bem, mas eu me achava o melhor, o mais capacitado e eu trabalhava muito bem” (sujeito 09); “Fico acreditando que posso. Se eu quero, eu posso, eu faço!” (sujeito 03).

Categoria diagnóstica dos comportamentos suicidas

Esta categoria é constituída pelos critérios: pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida, planejamento de suicídio e tentativa de suicídio. A Tabela 3.4 apresenta a frequência de codificações dos critérios diagnósticos desta categoria de comportamentos suicidas. Acrescentamos os critérios dos sentimentos de inutilidade e de culpa excessiva por percebermos que dois sujeitos que tentaram suicídio apresentaram, concomitantemente, esses dois sentimentos durante os episódios depressivos. Dessa forma, podemos visualizar melhor essa incidência para analisarmos sobre a possível relação entre esses sentimentos e os comportamentos suicidas.

Observando-se a Tabela 3.4, notamos que o critério *pensamentos de morte* foi apresentado por seis sujeitos. O critério *ideação suicida* foi apresentado por sete sujeitos. Nota-se que dois sujeitos (04 e 05) apresentaram ideação suicida, mesmo não tendo apresentado pensamentos de morte, mas não progrediram no comportamento suicida.

Tabela 3.4: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria de comportamentos suicidas e relação com os sentimentos de inutilidade e de culpa excessiva

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07•	Suj 08	Suj 09	Suj 10•	Total
Pensamentos de morte	—	4	5	—	—	2	—	1	6	1	19
Ideação suicida	—	2	—	2	2	2	—	2	6	3	19
Planejamento de suicídio	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	5
Tentativa de suicídio	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	6
Sentimento de inutilidade	1	—	1	—	2	8	—	—	2	1	15
Culpa excessiva	2	5	—	—	—	6	3	—	3	3	22

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

• Episódio Depressivo Maior Moderado

O critério *planejamento do suicídio* foi apresentado por três sujeitos e codificado cinco vezes. Foram identificadas seis codificações para o critério *tentativa de suicídio*. Dois sujeitos da amostra já tentaram suicídio, nos momentos de crise depressiva. Com exceção do sujeito 03, todos os outros cinco sujeitos que apresentaram pensamentos de morte desenvolveram a ideação suicida. Dentre estes, três apresentaram planejamento suicida e dois culminaram na tentativa de suicídio. Este fenômeno demonstra que, na nossa amostra, um terço das pessoas que apresentaram pensamentos de morte chegou a fazer uma ou mais tentativas de suicídio, revelando um índice considerável de progressão nos comportamentos suicidas. Por outro lado, nota-se que os sujeitos que tentaram suicídio também apresentaram os sentimentos de inutilidade e de culpa excessiva. Esse fenômeno parece revelar que a presença concomitante dos pensamentos de morte e dos sentimentos de inutilidade e culpa excessiva aumenta o risco de tentativa de suicídio. Para ilustrar essa relação resgatamos os exemplos: “Quando eu discuto eu entro em crise, (...) passo até uma semana chateado comigo mesmo, me culpando, me julgando achando que eu deveria morrer, quando eu discuto com a pessoa. Eu fico muito mal mesmo” (sujeito 09); “Foi um período que eu fiquei bem triste assim. Decepcionado com as pessoas e comigo mesmo. Eu não pensei em suicídio, mas pensei em morrer” (sujeito 09); “A minha estima abaixava muito eu me sentia inútil. Perdi o amor próprio assim, sem amor por mim mesmo, me perguntando por que eu não já morria essas coisas assim”; “Pensei em morte (...), e eu achei que eu tava dando muito trabalho pra ela (mãe), aí eu tomei o mellaril (medicação) todinho...” (sujeito 10);

Categoria diagnóstica do nível de energia

Fazem parte desta categoria os critérios fadiga ou perda de energia para o episódio depressivo e aumento de atividades dirigidas a objetivos, no episódio de mania. A Tabela 3.5 apresenta a frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria de nível de energia.

Tabela 3.5: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria de nível de energia

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07•	Suj 08	Suj 09	Suj 10•	Total
Fadiga ou perda de energia	1	1	2	—	1	3	2	1	2	3	16
Aumento das atividades dirigidas a objetivos	11	3	3	—	4	7	3	—	3	3	37

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

• Episódio Depressivo Maior Moderado

Com exceção do sujeito 04, todos os outros sujeitos vivenciaram uma diminuição de energia durante o episódio depressivo. Os sujeitos 05, 07 e 10, também apresentaram no momento da entrevista. Este sintoma foi experienciado subjetivamente como muito cansaço, moleza, sensação de peso no corpo e falta de ar. Os exemplos selecionados ilustram essas experiências: “Me sentia cansada o tempo inteiro, com a sensação de peso muito grande no corpo” (sujeito 01); “Sentia muita moleza, um pouco de coisa que faz... parece que já fez muita...” (sujeito 08); “Eu faço as coisas, mas parece que falta essa energia pra continuar fazendo as coisas, (...) parece que tá faltando o ar, parece que você tá querendo respirar e tá faltando o ar” (sujeito 10).

Com exceção dos sujeitos 04 e 08, todos apresentaram *aumento das atividades dirigidas a objetivos* durante a mania. Os sujeitos 01 e 06 se destacam por apresentarem este sintoma no momento da avaliação. Os sujeitos relatam a experiência subjetiva de uma pressão para realizar atividades, às vezes elegendo uma como mais importante e desprezando outras. Os exemplos selecionados

ilustram essas vivências: “Tava tão mal. Quando eu entrei na faculdade eu comecei a estudar bastante, muito, muito, muito, muito, muito” (sujeito 05); “Ficava com uma energia focada naquilo que se tá fazendo. Era de pensar naquilo, de fazer aquilo o tempo todo, aí esquece um pouco dos compromissos” (sujeito 01); “E ficava trabalhando, trabalhando, trabalhando até de madrugada pra botar as coisas em dia lá, que o setor tava uma bagunça” (sujeito 10); “Trabalhava muito e visitava as pessoas que eu não costumava visitar, e assim esticava os meus dias o máximo possível. Assim quando eu to eufórico assim, quando eu vou ler um livro eu leio ele bem... eu quero ler ele bem rápido” (sujeito 09).

Categoria diagnóstica de investimento libidinal

Esta categoria é constituída pelos critérios descritivos de anedonia, no episódio depressivo, e de envolvimento excessivo em atividades prazerosas, no episódio de mania. Em nossa amostra, o envolvimento excessivo se manifestou nas atividades de intenso uso de álcool e outras drogas, de fazer compras, presentear as pessoas e namoro e sexo. A Tabela 3.6 apresenta a frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria de investimento libidinal.

Tabela 3.6: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria de investimento libidinal

Sujeito		Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Critério diagnóstico												
Anedonia – diminuição do interesse ou prazer		1	1	3	—	1	3	1	2	2	1	15
Envolvimento excessivo em atividades prazerosas	álcool e drogas	4	—	—	7	—	—	—	—	—	—	11
	compras	5	3	3	—	1	7	—	1	2	1	23
	presentear	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
	namoro e sexo	3	—	—	4	—	—	3	—	—	—	10

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

A *anedonia* foi apresentada por nove sujeitos, com exceção apenas do sujeito 04. Todos apresentaram três ou menos codificações. A maioria dos sujeitos

relata a experiência subjetiva da falta de prazer ou ânimo para fazer até as coisas que mais gostam. Seleccionamos algumas falas que exemplificam essa experiência: “Eu não conseguia nem conversar direito com os meus amigos assim, sair pra brincar, jogar bola. Eu perdi o prazer assim sabe?” (sujeito 03); “Perda do sentido de tá vivo, né, perda de prazer, quase que todas as coisas” (sujeito 02); “Eu perdi tudo, não tenho ânimo pra nada. Não tenho ânimo pra estudar, não tenho ânimo pra dirigir, não tenho ânimo pra me relacionar com as pessoas” (sujeito 10).

Todos os sujeitos apresentaram *envolvimento excessivo em atividades prazerosas* durante a mania. Apenas dois sujeitos (01 e 04), relataram o intenso *uso de álcool e drogas*. A atividade *compras excessivas* foi apresentada por oito sujeitos, com exceção apenas dos sujeitos 04 e 07. O sintoma manifesto por *presentear* foi apresentado apenas pelo sujeito 02. Por fim, o quesito *namoro e sexo* foi relatado apenas por três sujeitos (01, 04 e 07). Em sete sujeitos, a manifestação do sintoma ocorreu apenas por meio de compras excessivas. O sujeito 04 relata o envolvimento excessivo em dois quesitos, intenso uso de álcool e outras drogas e namoro e sexo. O sujeito 07 experienciou este sintoma apenas pelo envolvimento com namoro e sexo. Nota-se que o sujeito 01 diferencia-se dos outros sujeitos da amostra, por apresentar envolvimento excessivo em todas as atividades prazerosas relatadas pelos sujeitos da amostra. Destacamos que os sujeitos 01 e 07 estavam em estado maníaco no momento da entrevista, mas não apresentaram este sintoma no presente, apresentando apenas nos episódios passados. Os relatos selecionados exemplificam essas vivências: “Bebia cerveja e vinho e um pouco talvez de uísque e era associado também à cocaína. Então... É isso que eu acho que tinha que ter droga” (sujeito 01); “Eu comprei tanta roupa, tanta roupa e comecei a juntar (...) então eu vejo a inutilidade de tudo isso

entendeu?” (sujeito 06); “Eu adoro dar presente então eu chego e dou, dou, dou e quando eu vejo assim, então tem um componente que não é racional aí” (sujeito 01); “Eu vou fazer tudo que eu não faço há muito tempo, quero me acabar, quero curtir muito, quero transar com não sei quantos, quero me drogar e tudo” (sujeito 04); “E daí logo eu me envolvi com um menino lá, aí a gente, a gente ficou meio que namorando” (na internação) (sujeito 07).

Categoria diagnóstica de capacidades cognitivas

Constituem esta categoria os critérios diagnósticos de inibição do pensamento, diminuição da atenção, indecisão e alterações na memória no episódio depressivo e os critérios de loquacidade ou pressão para falar, fuga de ideias e distratibilidade, na mania. A Tabela 3.7 descreve a frequência das codificações dos critérios diagnósticos identificados nesta categoria.

Tabela 3.7: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria de capacidades cognitivas

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Inibição do pensamento	1	1	2	—	1	2	—	—	1	1	9
Diminuição da atenção	1	1	1	—	—	2	4	1	2	2	14
Indecisão	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alterações na memória	2	—	—	—	—	4	8	1	3	2	20
Loquacidade ou pressão para falar	8	2	2	3	2	9	3	1	2	9	41
Fuga de ideias	19	1	1	—	1	5	12	—	2	8	49
Distratibilidade	3	2	—	1	1	3	—	1	1	2	14

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

O critério *inibição do pensamento* foi apresentado por sete sujeitos, com exceção apenas dos sujeitos 04, 07 e 08. A maioria recebeu uma codificação. Os sujeitos relatam a experiência subjetiva de ficar com o raciocínio mais lento dificultando a conversação, como pode ser verificado nos exemplos a seguir: “Eu

ficava um pouco mais lento pra acho que raciocinar e conversar com outras pessoas” (sujeito 05); “Eu não conseguia nem falar, nem raciocinar” (sujeito 06).

A *diminuição da atenção* foi apresentada por oito sujeitos, com exceção apenas dos sujeitos 04 e 05. Os sujeitos 05, 07 e 10 estavam deprimidos no momento da avaliação. Note-se que o sujeito 05 não apresentou este sintoma em nenhum episódio passado nem no presente, enquanto os sujeitos 07 e 10 apresentaram em ambos os momentos. Os sujeitos relatam a dificuldade de concentração, assimilação de conteúdos e realização de atividades rotineiras, o que pode ser observado nos seguintes exemplos: “Assim de concentração eu fico com dificuldade, eu fico dispersa sabe?” (sujeito 06); “Era difícil de absorver, de entender as leituras. Então, era muito desesperador” (sujeito 07); “Interfere no dirigir, no sair de casa pra resolver algumas coisas (...) Tira muito minha concentração” (sujeito 09).

Não houve nenhum relato sobre o sintoma de *indecisão*. Já o sintoma *alterações na memória* foi identificado 20 vezes, sendo apresentado por seis sujeitos. Os sujeitos relatam que sofreram muitos esquecimentos e isto interferia negativamente na realização de atividades mais simples e no dia-a-dia. Os exemplos selecionados ilustram as percepções dos sujeitos sobre como as alterações da memória interferiam nas suas atividades: “Eu gostava de ler, apesar de que eu não gravava muita coisa” (sujeito 06); “No sair de casa pra resolver algumas coisas e eu esquecia outras, decorar um endereço, às vezes até um lugar que eu já fui” (sujeito 09); “Eu não conseguia guardar, assim nenhuma matéria de jornal simples eu não conseguia assimilar” (sujeito 07).

Na vivência da mania, todos os sujeitos apresentaram *loquacidade ou pressão para falar*. Destacam-se os sujeitos 01 e 06 (em estado de mania) e os

sujeitos 07 e 10 (em estado depressivo) que se apresentaram muito falantes no momento da avaliação. Os sujeitos relataram falar muito e, às vezes, muito rápido, o que dificultava a expressão e comunicação com as pessoas. Podemos verificar essas vivências nos relatos a seguir: “Às vezes eu nem conseguia me expressar assim...” (sujeito 03) “Eu falava muito e não pensava antes de falar, era bem automático. Eu tava bastante acelerado” (sujeito 02); “Quando eu tô eufórico eu quero conversar com todo mundo, eu quero brincar, eu quero sei lá, eu sinto prazer assim, falava pelos cotovelos. Às vezes nem eu mesmo me conhecia” (sujeito 09).

O critério *fuga de ideias* foi apresentado por oito sujeitos. Dentre eles, destacam-se os sujeitos 01 e 06 (estado de mania) e os sujeitos 07 e 10 (estado depressivo) que apresentaram fuga de ideias durante a maior parte do tempo, nas duas entrevistas. Os sujeitos relataram a experiência subjetiva de aceleração do pensamento, o que pode ser exemplificado pelas falas selecionadas: “Fico com pensamentos rápidos e fica parecendo que tá tudo andando muito devagar. Quero que tudo passe rápido, mas parece que não passa” (sujeito 06); “Falava muito e eu tava bem acelerado também” (sujeito 02); “Quando eu tô assim eufórico os pensamentos tumultuam um pouco na minha mente sabe?” (sujeito 09).

O critério *distratibilidade* foi apresentado por oito sujeitos. Destacam-se os sujeitos 01 e 06 (estado de mania) que se mostraram muito dispersas no momento das entrevistas. Todos relataram ficarem muito dispersos, se distraindo facilmente, o que pode ser corroborado nos exemplos a seguir: “Eu sentia bastante, aquela atenção facilmente dispersa, eu tô fazendo uma coisa e qualquer coisa me dispersava a atenção” (sujeito 02); “Eu era muito distraído, quando eu tô assim

qualquer coisa me distrai” (sujeito 09); “Assim de concentração eu fico com dificuldade, eu não consigo acompanhar, eu fico dispersa sabe?” (sujeito 06).

Categoria diagnóstica da psicomotricidade

Compõem esta categoria o critério lentificação psicomotora no episódio depressivo e agitação psicomotora para ambos os episódios. Na Tabela 3.8 verificamos a frequência de codificações dos critérios diagnósticos nesta categoria.

Tabela 3.8: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria de psicomotricidade

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07•	Suj 08	Suj 09	Suj 10•	Total
Lentificação psicomotora	1	1	2	—	—	3	1	—	2	—	10
Agitação psicomotora/ episódio maníaco	5	8	—	2	2	10	3	2	—	1	33
Agitação psicomotora/ episódio depressivo	—	—	—	—	—	—	—	1	4	3	8

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

• Episódio Depressivo Maior Moderado

Seis sujeitos apresentaram *lentificação psicomotora* durante o episódio depressivo. Destacamos os sujeitos 05, 07 e 10 que estavam depressivos durante a entrevista. Dentre eles, apenas o sujeito 07 relatou este sintoma no episódio atual. Os relatos selecionados exemplificam essas vivências: “Comecei a ficar muito lenta, elas diziam que eu tava muito lenta só que pra mim, a meu ver, eu tava normal” (sujeito 06); “Falava mais devagar, talvez era por conta da medicação, acredito que por conta da medicação” (sujeito 02); “Eu tava muito parada, não tava falando quase nada e eu sou muito falante. Se tinha uma conversa eu ficava ouvindo ou falava bem pouco assim” (sujeito 07).

Em relação ao critério *agitação psicomotora*, oito sujeitos vivenciaram este sintoma na mania, com exceção dos sujeitos 03 e 09. Três sujeitos (08, 09 e 10) apresentaram este sintoma também no episódio depressivo. Dentre eles, dois

sujeitos (08 e 10) apresentaram o sintoma nos dois episódios. Note-se que o sujeito 03 não apresentou este sintoma em nenhum dos episódios. Destacamos os sujeitos 01 e 06 (estado de mania) que também apresentaram este sintoma no episódio presente. Os sujeitos relataram a experiência subjetiva de não conseguirem ficar quietos e de precisarem estar em movimento, como podemos observar nos exemplos: “É só na fase das atividades que eu me movimento muito, vou e volto não paro muito quieta (sujeito 01); “Não consigo ficar parada, sempre que eu fico assim as pessoas já notam, comigo assim totalmente diferente” (sujeito 08); “Eu fico muito inquieto, se eu sair pra um lugar eu não fico, não me sinto bem, se eu for pra outro eu não me sinto bem, eu volto pra casa não me sinto bem” (sujeito 09).

Categoria diagnóstica do sono

Esta categoria é composta pelos critérios insônia e hipersonia no episódio depressivo e diminuição da necessidade do sono, na mania. Na Tabela 3.9 verificamos a frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria do sono.

Tabela 3.9: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria do sono

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07•	Suj 08	Suj 09	Suj 10•	Total
Insônia	—	1	1	—	—	2	1	1	—	3	9
Hipersonia	1	—	—	—	—	6	1	—	3	—	11
Diminuição da necessidade de sono	1	4	2	1	2	2	2	2	2	1	19

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

• Episódio Depressivo Maior Moderado

Seis sujeitos apresentaram *insônia* durante o episódio depressivo, sendo necessário a medicação para voltarem a dormir. O sujeito 10 apresentou este sintoma no episódio presente. Como exemplos de relatos temos: “Eu não

conseguia dormir né, em hipótese alguma, eu cochilava 3h, 2h por noite e não estava bom mesmo, eu só consegui controlar depois que eu comecei a tomar o remédio aí foi equilibrando” (sujeito 03); “Não tava bom, eu dormia e acordava durante a noite, eu dormia e acordava” (sujeito 10); “Foram 2 semanas que eu quase não dormi a noite. Eu fiquei muito mal” (sujeito 07).

Quatro sujeitos apresentaram *hipersonia* durante o episódio depressivo, sendo que um deles (sujeito 06), também apresentou insônia. O sujeito 05, mesmo estando depressivo não apresentou este sintoma. Os sujeitos relataram a experiência subjetiva de dormir como um refúgio ou um descanso, mas que o sono não tem qualidade, como podemos perceber nas falas selecionadas: “Eu pensava só em dormir porque é um dos refúgios meu, porém o sono não fica muito bom, é aquele sono que não alimenta. Fica tumultuado com pesadelo, um sono bem agitado” (sujeito 09); “Agora cansaço físico, acho que é só pra dormir mesmo, eu quero sempre dormir, dormir e ainda tá pouco” (sujeito 06).

Todos os sujeitos apresentaram *diminuição da necessidade de sono* durante a mania, revelando ser uma característica preponderante na amostra. Os sujeitos 01 e 06, que estavam em estado maníaco durante a entrevista, apresentaram este sintoma apenas nos episódios passados. Alguns relatos exemplificam essa experiência dos sujeitos da amostra: “Eu tava dormindo pouco, dormia tarde e acordava bastante cedo e me sentia com bastante energia” (sujeito 02); “Ficava as noites praticamente acordada né, mas durante o outro dia eu perdia o sono né” (sujeito 08); “Dormia menos e sentia descansado, podia trabalhar e sair do serviço, o que eu quisesse fazer, que eu não me sentia cansado” (sujeito 09).

Categoria diagnóstica do apetite ou peso corporal

Constituem esta categoria os critérios perda de peso, diminuição do apetite, ganho de peso e aumento do apetite, geralmente apresentados nos episódios depressivos. A Tabela 3.10 a frequência de codificações dos critérios diagnósticos nesta categoria.

Tabela 3.10: Frequência de codificações dos critérios diagnósticos na categoria de apetite ou peso corporal

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Perda de peso	—	—	2	—	1	1	—	—	—	1	5
Diminuição de apetite	—	—	1	—	—	1	—	—	1	2	5
Ganho de peso	2	—	—	—	—	1	—	1	2	1	7
Aumento de apetite	—	—	—	—	—	1	—	1	2	2	6

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

Quatro sujeitos apresentaram *perda de peso e diminuição do apetite* durante o episódio depressivo. Dentre eles, três sujeitos (03, 06 e 10) apresentaram estes sintomas em concomitância. Quanto aos sujeitos 05, 07 e 10 que estavam em estado depressivo na avaliação: o sujeito 05 perdeu peso, em episódio passado, sem perceber ficar com o apetite diminuído, mas não apresentou estes sintomas no episódio presente; o sujeito 07 não observou estes sintomas em seus episódios e o sujeito 10 apresentou os dois sintomas no passado e observou a diminuição do apetite no episódio presente, mas sem perda de peso. Os sujeitos relatam a perda da vontade de comer, o que pode ser observado nos exemplos de relatos: “Perdi bastante peso. É que não dava nem vontade de comer também” (sujeito 03); “Eu fiquei uma semana sem querer comer, não comia nada, nada, nada, só largada na cama” (sujeito 10).

O critério *ganho de peso* foi apresentado por cinco sujeitos, enquanto o critério *aumento do apetite* foi apresentado por quatro sujeitos. Os sujeitos apresentaram ganho de peso com ou aumento do apetite no episódio depressivo, com exceção do sujeito 10 que apresentou estes sintomas no episódio de mania. Em todos os casos há o relato de vivência de uma grande ansiedade que os leva a comer, como pode ser verificado nos exemplos: “Quanto mais deprimido eu tô mais eu como” (sujeito 09); “Eu engordei, eu fico muito ansiosa, só como, como, eu começo a comer bastante, né. Dá aquela ansiedade e eu quero comer” (sujeito 06); “Se eu ficar ansiosa eu danço a comer desesperadamente, se eu tiver alguma coisa me preocupando aí pronto” (sujeito 10).

Síntese da análise dos critérios descritivos depressivos e de mania

Nosso objetivo neste momento é delinear e caracterizar, de forma sintética, como o Transtorno Bipolar se manifestou nos sujeitos de nossa amostra através dos episódios depressivos e de mania. Buscaremos evidenciar quais os sintomas mais incidentes em ambos os episódios. Em relação aos episódios depressivos, com exceção do sujeito 04, todos apresentaram pelo menos um episódio depressivo maior no decorrer de suas vidas. A Tabela 3.11 apresenta a incidência dos sintomas depressivos na amostra.

A categoria de sintomas com menor incidência sobre os sujeitos refere-se às alterações do apetite ou do peso corporal, apresentadas por cinco sujeitos, ou seja, na metade da amostra. A maioria dos sujeitos (sete) apresentou sintomas que abrangem as categorias diagnósticas da psicomotricidade, da visão de si e dos comportamentos suicidas. A grande maioria apresentou sintomas que se referem

às categorias: investimento libidinal, sono, psicomotricidade e capacidades cognitivas. Todos os sujeitos apresentaram rebaixamento de humor.

Tabela 3. 11: Incidência dos critérios diagnósticos e dos sintomas depressivos

Categorias diagnósticas	Critérios descritivos depressivos	Incidência	
		S/S	S/C
Humor	Humor deprimido	10	10
Investimento libidinal	Anedonia	9	9
Apetite ou peso corporal	Perda de peso	4	5
	Diminuição do apetite	4	
	Ganho de peso	5	
	Aumento do apetite	4	
Sono	Insônia	6	9
	Hipersonia	4	
Psicomotricidade	Agitação psicomotora	3	7
	Lentificação psicomotora	6	
Nível de energia	Fadiga ou perda de energia	9	9
Visão de si: autoimagem e autoestima	Sentimento de inutilidade	6	7
	Culpa excessiva	7	
Capacidades cognitivas	Inibição do pensamento	7	8
	Diminuição da atenção	8	
	Indecisão	0	
	Alterações na memória	6	
Comportamentos suicidas	Pensamentos de morte	6	7
	Ideação suicida	7	
	Planejamento de suicídio	3	
	Tentativa de suicídio	2	

Legenda

S/S: sujeitos por sintomas

S/C: sujeitos por categoria

Dentre as categorias diagnósticas, os sintomas menos comuns que incidiram apenas sobre cinco ou menos sujeitos foram: hipersonia, alterações no apetite e peso, agitação psicomotora, planejamento e tentativa de suicídio. A indecisão não foi apresentada por nenhum sujeito. Com uma incidência sobre seis sujeitos surgem os sintomas: sentimento de inutilidade, pensamentos recorrentes de morte, insônia, alterações na memória e lentificação psicomotora. A maior incidência de sintomas manifestados pela maioria dos sujeitos (em pelo menos

sete sujeitos) recaí sobre sete sintomas, a saber: humor deprimido, anedonia, fadiga, culpa inadequada, diminuição da atenção, inibição do pensamento e ideação suicida.

Em síntese, considerando-se as incidências sobre as categorias e os sintomas, podemos descrever que em nossa amostra os episódios depressivos se caracterizam, principalmente, pelo rebaixamento do humor associado à perda de prazer ou interesse na maioria das atividades, com rebaixamento do nível de energia, com a presença dos sentimentos de inutilidade e de culpa inadequada, com alterações cognitivas principalmente a diminuição do pensamento e da atenção e comportamentos suicidas, especialmente pensamentos sobre morte e ideação suicida, sendo que dois sujeitos tentaram suicídio e um deles com múltiplas tentativas.

Quanto aos episódios de mania, a Tabela 3.12 apresenta a incidência dos critérios diagnósticos e dos sintomas na amostra. Considerando-se as categorias diagnósticas, todos os sujeitos apresentaram alterações do humor, do sono e das capacidades cognitivas. A grande maioria dos sujeitos apresentou alterações no investimento libidinal, na psicomotricidade, no nível de energia e na visão de si. Apenas um sujeito apresentou alterações no apetite ou peso corporal.

Os sintomas menos comuns que incidiram apenas em três ou menos sujeitos foram aumento de apetite e peso e envolvimento excessivo em atividades prazerosas de namoro e sexo ou dar presentes. Todos os sujeitos apresentaram humor elevado, diminuição da necessidade de sono e loquacidade. Oito sintomas de mania incidiram sobre a grande maioria da amostra, em pelo menos oito sujeitos, como podem ser verificados na Tabela 3.12.

Tabela 3. 12: Incidência dos critérios diagnósticos e dos sintomas maníacos

Categorias diagnósticas	Critérios descritivos depressivos	Incidência	
		S/S	S/C
Humor	Humor elevado	10	10
	Humor irritável	8	8
Investimento libidinal - Envolvimento excessivo em atividades prazerosas	Compras	8	9
	Namoro e sexo	3	
	Presentear	1	
Apetite ou peso corporal	Perda de peso	0	1
	Diminuição do apetite	0	
	Ganho de peso	1	
	Aumento do apetite	1	
Sono	Diminuição da necessidade	10	10
Psicomotricidade	Agitação psicomotora	8	8
Nível de energia	Aumento de atividades dirigidas a objetivos	8	8
Visão de si: autoimagem e autoestima	Autoestima inflada	8	9
	Grandiosidade	9	
Capacidades cognitivas	Loquacidade	10	10
	Fuga de ideias	8	
	Distratibilidade	8	

Considerando-se a incidência das categorias e dos critérios, podemos sintetizar que em nossa amostra os episódios de mania se caracterizam pela elevação do humor associada à irritabilidade, com elevação da autoestima seguida pelo sentimento de grandiosidade. Os sujeitos têm a necessidade de sono diminuída, apresentam agitação psicomotora com aumento das atividades dirigidas a objetivos e se envolvem excessivamente em atividades prazerosas, principalmente fazer compras. Em relação às capacidades cognitivas, os sujeitos ficam muito falantes e dispersos, apresentando fuga de ideias. Outra evidência clínica muito incidente é a apresentação de características psicóticas durante esse episódio. Analisaremos, agora, as manifestações dessas características.

Manifestações das características psicóticas

Os sujeitos de nossa amostra apresentaram delírios, alucinações, comportamento desorganizado e dissociação, durante os episódios maníacos ou depressivos passados. A Tabela 3.13 apresenta, em ordem decrescente, a incidência das características na amostra e a frequência das codificações identificadas.

Tabela 3.13: Incidência e frequência de codificações das características psicóticas

Sintoma psicótico	Sujeito										Total	
	01*	02	03	04	05#	06*	07•	08	09	10•	S	C
Delírio de perseguição	—	5	14	—	2	7	2	—	1	2	7	33
Alucinação auditiva	—	3	5	—	—	1	—	—	3	3	5	15
Estórias delirantes	—	1	1	—	—	—	5	—	—	3	4	10
Delírio de referência	—	5	2	—	—	—	2	—	—	—	3	9
Delírio de retirada de pensamento	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	3	3
Delírio grandioso	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	3	2
Delírio somático	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	3	4
Alucinação visual	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	3	4
Alucinação olfativa	—	—	3	—	—	—	3	—	1	—	3	7
Dissociação	—	—	—	—	—	—	1	2	—	2	3	
Delírio de ciúmes	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	2	4
Delírio de irradiação de pensamento	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	3
Delírio de inserção de pensamento	—	1	—	—	—	—	—	—	3	—	2	4
Delírio bizarro	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	2	3
Alucinação tátil	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	2	3
Comportamento desorganizado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Ingestão de fezes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Houve Delírio?	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	7	
Houve Alucinação?	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	7	

Legenda: S = Sujeito; C = Codificação

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

• Episódio Depressivo Maior Moderado

Observando-se a Tabela 3.13 notamos que sete sujeitos apresentaram pelo menos um sintoma psicótico, com exceção apenas dos sujeitos 01, 04 e 08. Apresentaremos as manifestações mais significativas, a título de exemplo.

A maior incidência foi de delírio de perseguição apresentado por sete sujeitos com 33 codificações, seguida pela alucinação auditiva, apresentada por cinco sujeitos com 15 codificações e pelas estórias delirantes, apresentadas por quatro sujeitos, com 10 codificações. Os conteúdos dos *delírios de perseguição* foram semelhantes nos oito sujeitos e todos o apresentaram durante o episódio de mania. Todos os sujeitos acreditavam estar sendo perseguidos e temiam ser atacados.

Dos cinco sujeitos que apresentaram *alucinação auditiva*, dois sujeitos (02 e 06) apresentaram só durante o episódio de mania, o sujeito 10 apresentou só no episódio depressivo e dois sujeitos (03 e 09) apresentaram nos dois episódios. Com exceção dos sujeitos 02 e 06 que ouviram apenas ruídos ou sons estranhos sem congruência com o humor (sujeito 02 ouviu sons de pássaros pré-históricos sobrevoando sua casa e o sujeito 06 ouviu um zumbido persistente), os outros sujeitos apresentaram alucinação auditiva em congruência com o humor. Assim, os sujeitos 03, 09 e 10, durante o episódio depressivo ouviram vozes que os depreciavam e comandos para tentarem suicídio. Já no episódio de mania, o sujeito 03, num delírio grandioso de proximidade com Deus acreditava que este falava com ele e o sujeito 09 ouvia vozes de comando para fazer mais atividades e sair caminhando pelas ruas.

Caracterizamos como *estórias delirantes* as narrativas fantasticamente bem construídas e elaboradas que funcionam como suporte ou “pano de fundo” para a configuração de um ou mais delírios, em algum momento da vivência da crise. Ao mesmo tempo, essas estórias trazem para o sujeito um sentido ou uma tentativa de compreensão e justificativa para a experiência vivida. Os sujeitos 02,

03, 07 e 10 se destacaram na amostra por apresentarem estas estórias.

Resumiremos duas estórias para ilustrar esse fenômeno.

- *Estória um:* o sujeito 02 “se acusa” por ter vivenciado de forma traumática suas primeiras experiências sexuais, que parece ter sido, em fantasia, uma experiência incestuosa. Ele se percebe como um grande pecador que precisa expiar sua culpa excessiva e pecados. Este “cenário” leva-o ao delírio grandioso de estar muito santificado para poder “buscar o 01 do inferno” e desafiá-lo a provar a existência de algum pecado seu que ainda não tivesse sido perdoado.
- *Estória dois:* na adolescência, durante uma brincadeira, o sujeito 03 teve um incidente violento com seu colega e caiu com o ombro e a cabeça no chão, quebrando a clavícula. Os exames clínicos não apontaram nenhuma lesão na cabeça, pois o impacto maior foi no ombro. Sua mãe entrevistou “dando bronca” no colega. Mesmo sendo aquele que foi agredido, o sujeito 03 sentiu-se culpado, desculpando-se com o colega. Ainda na adolescência, pouco tempo após esse incidente, começa a acreditar que tinha uma lesão na cabeça (mesmo os exames terem dado negativo) e num certo dia, ao andar de ônibus junto com sua mãe, acreditou ter visto um assalto dentro deste, mesmo sua mãe lhe afirmando que nada acontecera. Este foi o “cenário” para o desenvolvimento do delírio de perseguição, pois acreditava que os assaltantes iriam atrás dele, pois tinha sido testemunha (e podia os denunciar).

Em síntese, dentre os sete sujeitos que apresentaram sintomas psicóticos o sujeito 03 foi o que apresentou mais sintomas, relatando experienciar dez sintomas diferentes durante os episódios. Em seguida, temos o sujeito 09 que apresentou nove sintomas diferentes, o sujeito 02 com oito sintomas, o sujeito 10 com sete sintomas, o sujeito 07 com seis sintomas, os sujeitos 05 e 06 que apresentaram quatro sintomas diferentes e o sujeito 08 que relatou a experiência de um sintoma. Três sujeitos (07, 08 e 10) relataram apresentar dissociação durante o episódio de mania, nos quais foram internados em unidades psiquiátricas, sem se lembrarem muito bem dos acontecimentos, mas relatam que se desconheciam nesses momentos, pois apresentaram comportamentos que usualmente não fariam. O sujeito 10 também apresentou comportamento desorganizado nesses momentos, chegando a ingerir fezes.

Considerações sobre as análises dos critérios diagnósticos descritivos

Em nossa amostra, predominou a ocorrência do Transtorno Bipolar I - TBI, com características psicóticas, visto que sete dos dez sujeitos apresentaram estas características. Três sujeitos apresentaram dissociação durante o episódio maníaco, configurando maior gravidade no episódio. Por outro lado, dois dos sujeitos (01 e 04) que não apresentaram características psicóticas se assemelharam por apresentarem dependência de cocaína, abuso de múltiplas substâncias e características da personalidade narcisista.

Em relação à apresentação de comorbidades junto ao TBI, sete sujeitos apresentaram outros quadros clínicos. Dentre estes, cinco sujeitos fazem parte do grupo de sete, com características psicóticas e, os outros dois são aqueles que não apresentaram características psicóticas. Importante ressaltar que sete sujeitos de

nossa amostra sofreram algum tipo de violência na infância (sexual, física ou psicológica). Essa associação de múltiplos transtornos e eventos de vida adversos em tenra idade também caracterizou nossa amostra como um grupo de sujeitos com baixo nível de funcionamento geral ($AGF \leq 60$), no qual a maioria apresentou, no momento da avaliação, sintomas e dificuldades que variavam de moderados a graves e traziam prejuízos significativos para as vidas dessas pessoas.

Nossa última consideração refere-se às manifestações sintomáticas nos episódios depressivos e de mania. No episódio depressivo, a maioria dos sujeitos apresentou sete sintomas em comum, variando na apresentação dos outros 13 sintomas depressivos. Já no episódio de mania, a maioria dos sujeitos apresentou 11 sintomas em comum, variando na apresentação de apenas outros quatro sintomas maníacos. Parece que nossa amostra se apresenta mais homogênea na vivência da mania e se comporta de forma mais heterogênea na vivência do episódio depressivo. A seguir, analisaremos os indicadores clínicos psicodinâmicos.

Seção C - Análise dos indicadores clínicos psicodinâmicos

Nesta seção, analisaremos os indicadores clínicos psicodinâmicos. Ressaltamos que, conforme discutido no primeiro capítulo, os indicadores clínicos psicodinâmicos ou mecanismos de defesa referem-se a processos inconscientes que **operam na fantasia**, sendo que no transtorno bipolar são evocados os mecanismos mais imaturos. Em outras palavras, na maioria das vezes, o sujeito não se dá conta do que está acontecendo, de como se relaciona com as pessoas ou que se comporta de determinada maneira. Ressaltamos, também, que a incidência dos indicadores clínicos no funcionamento psíquico dos sujeitos revela-se mais importante do que a frequência de codificações destes indicadores. Nesse sentido, apresentaremos a frequência das codificações mais como ilustração do comportamento da amostra. Os indicadores clínicos psicodinâmicos avaliados foram: voracidade e projeção (natureza maníaca), onipotência, negação idealização, desqualificação ou desprezo e triunfo (natureza narcísica), desinvestimento libidinal, autodesqualificação (severidade do Supereu) e dor psíquica (natureza melancólica). Analisaremos cada indicador e ilustraremos com alguns exemplos clínicos de falas apresentadas pelos sujeitos. Destacaremos aqueles sujeitos que apresentavam episódio depressivo ou de mania, no momento da avaliação.

Voracidade

A voracidade, de natureza maníaca, caracteriza-se pelo sentimento de intenso prazer e pela busca desenfreada por este. Foi identificada em nove sujeitos, com exceção apenas do sujeito 07, apresentando 52 codificações. Dentre estes, destaca-se o sujeito 01 que apresentou 34 codificações, seguido pelo sujeito

04, com nove codificações. Reiteramos que os sujeitos 01 e 06 vivenciavam episódio maníaco leve, no momento da avaliação. Entretanto, apenas o sujeito 01 apresentou alta incidência do critério. A Tabela 3.14 mostra a incidência e a frequência de codificações deste indicador clínico psicodinâmico.

Tabela 3. 14: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico voracidade

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Indicador clínico psicodinâmico: Voracidade	34	1	1	9	2	2	—	1	1	1	52

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

Os sujeitos relatam a experiência subjetiva de uma vontade insaciável e a busca exagerada por situações prazerosas, como podemos observar nas falas selecionadas: “Parece que eu quero comer o mundo” (sujeito 01); “Querer fazer tudo em termos de sexo, de drogas, a não ter limites” (sujeito 04); “Eu me achava egoísta pensando só em mim (...) tudo que eu recebia do seguro eu comecei a gastar tudo com roupa e bijuteria para mim” (sujeito 06).

Projeção

Quatro sujeitos apresentaram este indicador clínico (de natureza maníaca) e foram identificadas 16 codificações, como pode ser verificado na Tabela 3.15. Destaca-se o sujeito 02 que recebeu oito codificações.

Tabela 3. 15: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico projeção

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Indicador clínico psicodinâmico	4	8	1	—	—	—	3	—	—	—	16

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

Nos exemplos a seguir, podemos observar como o sujeito, sem se dar conta, “joga” para o outro algo que é seu, o que ilustra a vivência desse mecanismo: “Eu a achava muito equilibrada emocionalmente, muito mais que eu, personalidade forte, personalidade muito mais forte que a minha e achava ela totalmente capaz de assimilar o que tava passando pra ela” (sujeito 02, com 23 anos falando sobre a namorada de 16 anos); “Minha irmã fala isso, que sou arrogante sabe, mas porque eu percebo que eles jogam em mim uma carga que eles não conseguem resolver, então eu é que tenho que resolver” (sujeito 07); “Na minha família são todos gastadores porque não recebemos educação financeira” (sujeito 01).

Negação

Este indicador clínico psicodinâmico, de natureza narcísica, é constituído pelas dimensões anulação do contexto frustrador e distorção da realidade. A Tabela 3.16 mostra a incidência e a frequência de codificações da negação e suas dimensões.

Tabela 3. 16: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico negação e suas dimensões

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Indicador clínico psicodinâmico: Negação											
Anulação do contexto frustrador	2	—	—	1	1	3	8	1	1	—	17
Distorção da realidade	2	4	—	—	—	2	9	—	—	1	18
Total	4	4	—	1	1	5	17	1	1	1	35

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

A *negação* foi identificada 35 vezes. Nove sujeitos apresentaram este indicador em pelo menos uma de suas duas dimensões, com exceção do sujeito 03 em que não foi identificada a negação em seu discurso. Destaca-se o sujeito 07

que recebeu 17 codificações (em episódio depressivo maior moderado), seguido pelo sujeito 06, com cinco codificações (em episódio maníaco leve) e os sujeitos 01 e 02 com quatro codificações cada.

Foram identificadas 17 codificações da negação na *dimensão anulação do contexto frustrador*. Sete sujeitos apresentaram esse indicador, com exceção dos sujeitos 02, 03 e 10. Novamente destaca-se o sujeito 07 que recebeu oito codificações para esse indicador. Os sujeitos não aceitam sua condição clínica e a gravidade da situação, apesar de todas as evidências de que as coisas não estão indo nada bem. Essas experiências podem ser vislumbradas nas enunciações a seguir: “Porque eu merecia aquilo? O quê que eu tinha feito de tão grave, de tão danoso, de tão ruim? A que ponto eu fui tão agressiva, se é que eu fui?” (sujeito 07, falando sobre sua quinta internação); “Acredito que isso veio a acontecer comigo depois do término desse namoro, eu acho que se não fosse isso eu não, nada disso teria acontecido” (sujeito 08, justificando o surgimento do transtorno em que apresentou dissociação e foi internada); “Os médicos falavam: ó você tem que fazer um tratamento psiquiátrico, tem que fazer e eu não dei crédito e eu achava que isso não, eu fui meio que preconceituoso, né?” (sujeito 09, falando sobre o diagnóstico e recomendações clínicas e já tendo passado por duas internações).

A negação na *dimensão distorção da realidade* recebeu 18 codificações, sendo apresentada por cinco sujeitos. Destaca-se o sujeito 09 com nove codificações, seguido pelo sujeito 02 com quatro codificações. Nessa dimensão, o sujeito não aceita sua condição clínica e constrói uma história delirante para se justificar, como podemos verificar nos exemplos selecionados: “Mesmo sabendo que eu tô numa situação limite, eu tô medicada pra não opinar, eu tô medicada pra

não resolver coisas” (sujeito 07, questionando a necessidade de medicação); “Eu não entendo como uma crise, eu acho que aquilo ali foi um momento de decepção foi um momento em que eu tava enfrentando um problema que era uma decepção amorosa” (sujeito 02, não reconhecendo o delírio de ciúmes); “O problema do ouvido é esse que era o problema na verdade que me levou no médico (...) porque se eu parar de dormir e ter a possibilidade de ficar surda, porque eu não tava descansando bem e o meu medo era esse (...) porque pra mim problema mental, bipolar, essas coisas, eu não tinha nada disso” (sujeito 06).

Onipotência

Este indicador clínico psicodinâmico, de natureza narcísica, é constituído pelas dimensões: invencibilidade, excepcionalidade e superioridade. A presença deste indicador evidencia, também, a intensidade do estado maníaco. A Tabela 3.17 apresenta a incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico onipotência.

Tabela 3. 17: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico onipotência e suas dimensões

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07•	Suj 08	Suj 09	Suj 10•	Total
Indicador clínico psicodinâmico: Onipotência											
Excepcionalidade	12	6	3	—	—	2	3	—	1	4	31
Superioridade	5	1	—	—	4	1	2	—	1	1	15
Invencibilidade	1	3	—	3	—	—	—	—	2	1	10
Total Onipotência	18	10	3	3	4	3	5	—	4	6	56

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

• Episódio Depressivo Maior Moderado

Identificamos 56 codificações para o indicador onipotência. Entre as suas dimensões, a excepcionalidade recebeu 31 codificações, seguida da superioridade com 15 codificações e da invencibilidade com 10 codificações. Nove sujeitos

apresentaram pelo menos uma dimensão deste indicador, com exceção do sujeito 08 que não apresentou onipotência.

Sete sujeitos apresentaram onipotência na *dimensão da excepcionalidade*. Dentre estes, o sujeito 01 se destacou por receber 12 codificações para este indicador, seguido dos sujeitos 02 e 10 que apresentaram seis e quatro codificações, respectivamente. Ressaltamos que os sujeitos 01 e 06 apresentavam um episódio de mania leve, no momento da avaliação. Todos os sujeitos relataram a crença de ter habilidades e poderes excepcionais que ninguém mais tinha. Os trechos de falas selecionados ilustram essas experiências: “É como se eu tivesse poder de mudar, de fazer as pessoas não agirem daquela forma” (sujeito 06); “Parece que é um super poder, que você percebe assim de fazer tudo acontecer” (sujeito 03); “Me sentia com bastante super poderes espirituais, bastante santo, né? E preparado pra ajudar a quem quer que fosse espiritualmente” (sujeito 02).

Sete sujeitos apresentaram onipotência na *dimensão da superioridade*. Novamente o sujeito 01 se destacou por receber mais codificações no grupo (cinco), seguido pelo sujeito 05 com quatro codificações. Os sujeitos relataram a experiência subjetiva de serem superiores ou melhores do que os outros, como podemos verificar nos exemplos: “Eu me achava o melhor, né? Provavelmente eu trabalhava muito bem, mas eu me achava o melhor, o mais capacitado” (sujeito 09); “Talvez eu me sentisse assim, como é que eu vou dizer... superior ou melhor do que algumas pessoas” (sujeito 10); “Estava me sentindo intelectualmente superior” (sujeito 05).

A onipotência na *dimensão da invencibilidade* foi relatada por cinco sujeitos. Os sujeitos 02 e 04 se destacaram por receberem três codificações para este indicador. Os cinco sujeitos relataram a experiência subjetiva de que nada

poderia lhes acontecer, o que podemos verificar em suas falas: “Tinha tido uns episódios no mesmo dia de ultrapassar uns carros lá, né? Achando que eu tava num outro patamar” (sujeito 02); “Eu fiquei confiante pensando: ah, eu sou forte, não vai acontecer nada, eu tava acostumando, já usei muito e fiz tudo” (sujeito 04) (teve uma *overdose*); “Eu tinha mais desses episódios pra cima de achar que eu era... que não acontecia nada comigo” (sujeito 09).

Note-se que os sujeitos 01, 02, 09 e 10 apresentaram a onipotência em todas as suas dimensões. Dentre eles, o sujeito 01 se destacou por receber 18 codificações em seus relatos, seguido pelo sujeito 02 com 10 codificações, pelo sujeito 10 com seis e pelo sujeito 09 com quatro codificações. Destaca-se que o sujeito 01 apresentava o episódio de mania leve no momento da avaliação, podendo ter apresentado mais codificações por esta condição clínica. Por outro lado, o sujeito 06 também vivenciava um episódio maníaco leve, no momento da avaliação e não apresentou tantas codificações como o sujeito 01. Parece que as características da personalidade narcisista do sujeito 01 contribuem para essa alta frequência. Retomaremos essa questão no decorrer das análises.

Idealização

Foram identificadas 22 codificações para o indicador clínico psicodinâmico idealização (de natureza narcísica), sendo apresentado por sete sujeitos, com exceção dos sujeitos 03, 06 e 08, como pode ser verificado na Tabela 3.18.

Tabela 3. 18: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico idealização

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Indicador clínico psicodinâmico	10	4	—	1	2	—	2	—	1	2	22

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

Destaca-se o sujeito 01 com 10 codificações, seguido pelo sujeito 02, com quatro codificações. Novamente ressaltamos a diferença entre os sujeitos 01 e 06 (que não apresentou este indicador), ambos em episódio de mania leve. Este indicador também é de natureza narcísica e parece que o sujeito 01 tem a tendência de apresentar mais incidência e codificações de defesas de natureza narcísica. Retomaremos esta questão no decorrer das análises.

Os quatro sujeitos apresentaram idealização de pessoas importantes para eles. O sujeito 01 também apresentou uma visão idealizada sobre o transtorno. Os exemplos selecionados ilustram essas experiências: “A minha mãe é minha heroína (...) um padrão quase divino assim (...) vejo minha mãe como aquela pessoa como Nelson Mandela, como o próprio Lula que lutou tanto pra ser presidente, mas a minha mãe foi melhor ainda” (sujeito 09); “Acho que são pessoas encantadoras, o bipolar, assim, que desprende e vai. É isso que dá a questão da bipolaridade. É isso que dá o brilho na coisa...” (sujeito 01).

Desqualificação ou desprezo

A Tabela 3.19 apresenta a incidência e a frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico desqualificação ou desprezo, de natureza narcísica.

Tabela 3.19: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico desqualificação ou desprezo

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Indicador clínico psicodinâmico											
Desqualificação ou desprezo	16	4	—	8	2	—	—	—	1	1	32

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

Foram identificadas 32 codificações para este indicador, presentes nos relatos de seis sujeitos. Dentre eles, destacam-se o sujeito 01, com 16 codificações e o sujeito 04, com oito codificações, ambos com características da personalidade narcisista. Ressaltamos que os sujeitos 01 e 06 vivenciavam episódio de mania leve, entretanto o sujeito 06 não apresentou este indicador. Novamente inferimos que as características da personalidade narcisista do sujeito 01 parecem contribuir para este fenômeno.

Em sua maior parte, as desqualificações referiram-se os pais, seguidos pelos cônjuges e irmãos, como pode ser observado nos seguintes exemplos: “E eu tinha medo. Eu sentia meu pai assim como um animal selvagem que eu não saberia qual era a reação dele” (sujeito 09); “A lembrança que tinha dela (mãe) na infância realmente é essa, ela bem quieta, morta” (sujeito 04); “Minha mãe é muito carrasca” (sujeito 05).

Triunfo

Compõem este indicador de natureza narcísica as dimensões de aniquilamento e independência do objeto. A Tabela 3.20 mostra a incidência e a frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico triunfo e suas dimensões.

Tabela 3. 20: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico triunfo e suas dimensões

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Indicador clínico psicodinâmico: Triunfo											
Aniquilamento do objeto	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Independência do objeto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

O triunfo na *dimensão aniquilamento do objeto* foi identificado apenas no sujeito 01, com sete codificações. Selecionamos dois exemplos: “A família que tá por sua conta. Então fica!”; “Eu sempre dei tchauzinho, dei pé na bunda com muita facilidade nos caras”. O triunfo na *dimensão independência do objeto* não foi identificado nas falas dos sujeitos. Sobre este fenômeno, pensamos em três possibilidades: 1) o indicador clínico psicodinâmico triunfo não se caracteriza como um identificador psicodinâmico na bipolaridade? 2) com exceção do sujeito 01, é característica dos sujeitos desta amostra *não* experienciar o triunfo? 3) o indicador clínico psicodinâmico triunfo requer outro método de avaliação e identificação, por exemplo, pode ser observável durante as crises maníacas nas não serem adequadamente relatados pelos sujeitos, tornando a entrevista fora dessas crises um método inadequado para o acesso ao fenômeno. Retomaremos essa discussão em momento posterior.

Desinvestimento libidinal

Este indicador clínico, de natureza melancólica, pode se manifestar na perda de interesse pelo mundo externo, no isolamento e num certo afastamento da realidade. Foram identificadas 31 codificações para o indicador clínico psicodinâmico desinvestimento libidinal. Todos os sujeitos da amostra apresentaram este indicador durante os episódios depressivos, como pode ser observado na Tabela 3.21.

Tabela 3. 21: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico desinvestimento libidinal

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Indicador clínico psicodinâmico											
Desinvestimento libidinal	4	5	7	1	2	4	4	1	2	1	31

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

Destaca-se o sujeito 03 com sete codificações, seguido pelo sujeito 02 com cinco codificações e os sujeitos 01, 06 e 07, com quatro codificações cada. Os sujeitos relatam a experiência subjetiva de querer se isolar do mundo e das pessoas, como podemos ver nas falas selecionadas: “Eu não tinha vontade nenhuma de me relacionar” (sujeito 02); “Passei um mês sem querer sair de casa, sem querer ir pra rua, assim deprimido” (sujeito 09); “Eu não tava muito bem porque eu não queria gente, eu não queria aceitar visitas na minha casa” (sujeito 06).

Autodesqualificação (severidade do Supereu)

O indicador clínico psicodinâmico autodesqualificação, de natureza melancólica, pode se manifestar nas autoacusações e autocríticas, inclusive com comportamentos autolesivos. Foi apresentado por nove sujeitos, durante os episódios depressivos, com exceção apenas do sujeito 03, sendo identificadas 32 codificações, como podemos observar na Tabela 3.22.

Tabela 3. 22: Incidência e frequência de codificações do indicador clínico psicodinâmico autodesqualificação

Sujeito	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07●	Suj 08	Suj 09	Suj 10●	Total
Indicador clínico psicodinâmico											
Autodesqualificação	9	1	—	1	6	3	3	2	3	4	32

Legenda

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

● Episódio Depressivo Maior Moderado

Destacam-se os sujeitos: 01 com nove codificações e 05 e 10, com seis e quatro codificações, respectivamente. Todos os sujeitos apresentaram autodesqualificação durante a vivência do episódio depressivo. O sujeito 01(em episódio maníaco leve) e o sujeito 05 (em episódio depressivo leve) também apresentaram no momento das entrevistas. Ressaltamos que no sujeito 01 a

autodesqualificação, no momento da entrevista, foi desencadeada pelo sentimento de culpa em relação aos seus comportamentos no passado. Os exemplos escolhidos ilustram essas experiências dos sujeitos: “Aí eu entrei numa profunda decrepitude moral mesmo, porque a cocaína já chega num momento que você ... não dava conta de falar mais”(sujeito 01); “Não tenho namorada, eu às vezes me olho no espelho assim e me sinto tão feio, tão péssimo” (sujeito 05); “e sentia uma pessoa muito má, às vezes eu falava assim: eu acho que eu não presto porque pra tá acontecendo tudo isso comigo...” (sujeito 09).

Dor psíquica

O indicador clínico psicodinâmico dor psíquica, de natureza melancólica, refere-se aos afetos intoleráveis ou à aflição numa intensidade insuportável, podendo chegar ao estado de desespero. Por vezes, o sujeito faz referência ao corpo, na tentativa de nomear esse estado. Identificamos este indicador apenas nos relatos do sujeito 01, durante estados depressivos, recebendo três codificações. Como ilustração da experiência, apresentamos o exemplo: “Foi a primeira vez na minha vida que eu senti... que eu não sentia a comida descer pescoço abaixo”.

A ocorrência desse fenômeno nos traz as reflexões: Será que o indicador clínico psicodinâmico dor psíquica não se caracteriza como um identificador psicodinâmico na bipolaridade? Será que é característica dos sujeitos desta amostra *não* experienciarem a dor psíquica, com exceção do sujeito 01? Será que o indicador clínico psicodinâmico dor psíquica requer outro método de avaliação e identificação? Retomaremos essas reflexões mais adiante, no quarto capítulo.

Feitas as análises de cada indicador clínico psicodinâmico apresentaremos agora uma compilação dessas informações, com o intuito de fornecer uma visão geral da amostra no se refere aos mecanismos psicodinâmicos. A Tabela 3.23

mostra essa compilação, apresentando a incidência e a frequência das codificações dos indicadores clínicos psicodinâmicos, organizada em blocos pela natureza dos indicadores: maníaca, narcísica e melancólica. Destacamos o bloco dos indicadores de natureza narcísica com preenchimento de cor nas linhas e os outros blocos estão sem preenchimento. Também destacamos os sujeitos que vivenciavam um episódio depressivo ou de mania, no momento da avaliação.

Tabela 3. 23: Incidência e frequência de codificações dos indicadores clínicos psicodinâmicos

Indicadores clínicos psicodinâmicos	Suj 01*	Suj 02	Suj 03	Suj 04	Suj 05#	Suj 06*	Suj 07•	Suj 08	Suj 09	Suj 10•	Total	
											S	C
Voracidade	34	1	1	9	2	2	—	1	1	1	9	52
Projeção	4	8	1	—	—	—	3	—	—	—	4	16
Negação/ anulação do contexto frustrador	2	—	—	1	1	3	8	1	1	—	7	17
Negação/distorção da realidade	2	4	—	—	—	2	9	—	—	1	5	18
Triunfo/aniquilamento do objeto	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7
Triunfo/independência do objeto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	—
Onipotência/ Superioridade	5	1	—	—	4	1	2	—	1	1	7	15
Onipotência/ Excepcionalidade	12	6	3	—	—	2	3	—	1	4	6	31
Onipotência/ Invencibilidade	1	3	—	3	—	—	—	—	2	1	5	10
Desqualificação	16	4	—	8	2	—	—	—	2	1	6	33
Idealização	10	4	—	1	2	—	2	—	1	2	7	22
Desinvestimento libidinal	4	5	7	1	2	4	4	1	2	1	10	31
Autodesqualificação	9	1	—	1	6	3	3	2	2	4	9	31
Dor psíquica	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3
Total de codificações	109	36	12	24	19	17	34	5	13	15	284	
Total de incidências	13*	11	5	7	7	7	8	4	9	9	—	—

Legenda

S: Sujeitos

C: Codificações

* Episódio Maníaco Leve

Episódio Depressivo Maior Leve

• Episódio Depressivo Maior Moderado

O primeiro bloco (*sem* preenchimento de cor nas linhas) refere-se aos indicadores de natureza maníaca. A maior incidência entre os sujeitos ocorreu

com o indicador voracidade, apresentado por nove sujeitos. A projeção foi identificada em quatro sujeitos. Destacam-se os sujeitos 01 e 04 que apresentaram os maiores números de codificações na amostra, principalmente o sujeito 01. Ressaltamos que ambos têm histórico de dependência e abuso de substâncias e que o sujeito 01 estava em episódio de mania leve.

O bloco do meio (*com* preenchimento de cor nas linhas) refere-se aos indicadores de natureza narcísica. Todos os indicadores tiveram um índice de incidência significativo, ocorrendo, pelo menos, na metade da amostra. As maiores incidências ocorreram com os indicadores: negação com anulação do contexto frustrador, idealização, desqualificação e onipotência, nas dimensões de superioridade e de excepcionalidade. Metade dos sujeitos apresentou onipotência na dimensão invencibilidade e negação com distorção da realidade, representando maior gravidade no quadro. O indicador triunfo não se apresentou de forma significativa, nesta amostra. O sujeito 01 se destaca por apresentar todos os indicadores. O sujeito 07 se destacou na amostra por apresentar mais codificações na negação, em ambas as dimensões. No momento da avaliação, vivenciava um episódio depressivo maior moderado. Ambos os sujeitos 01 e 06 vivenciavam um episódio maníaco leve no momento da avaliação. Entretanto, a diferença entre eles é discrepante. O sujeito 06 apresentou apenas três codificações em dois indicadores. Pensamos que, se o episódio de mania já evoca mecanismos de natureza narcísica, as características da personalidade do sujeito 01 potencializam essa tendência. Outro destaque se refere aos sujeitos 01 e 04, no que diz respeito ao indicador desqualificação. Ambos os sujeitos apresentaram mais codificações que a maioria da amostra e ambos apresentaram características da personalidade narcisista.

O terceiro bloco (sem preenchimento de cor nas linhas) diz respeito aos indicadores de natureza melancólica. Durante o episódio depressivo, todos os sujeitos apresentaram desinvestimento libidinal, manifestado principalmente no desejo e no comportamento de se isolarem do mundo e das pessoas. A autodesqualificação foi relatada por nove sujeitos, enquanto a dor psíquica não se mostrou representativa na amostra.

Em relação à incidência dos indicadores clínicos psicodinâmicos nos sujeitos, a maioria apresentou pelo menos sete dos 14 indicadores selecionados. Dentre estes, com as maiores incidências na amostra, destacam-se: o sujeito 01 com a incidência de 13 mecanismos, seguido pelo sujeito 02, com 11 e pelos sujeitos 09 e 10, com nove incidências de indicadores, cada um. Dois sujeitos apresentaram as menores incidências de indicadores na amostra: sujeito 03 com cinco e o sujeito 08, com quatro incidências.

Em síntese, considerando-se as maiores incidências, os sujeitos de nossa amostra, durante os episódios de mania, tendem a se apresentar vorazes, com alto índice de negação e evocam muitas defesas narcísicas, apresentando-se onipotentes, desqualificadores e, ao mesmo tempo, idealizadores. Por outro lado, durante os episódios depressivos, os sujeitos tendem a se criticarem e a se acusarem, ao mesmo tempo em que buscam o isolamento.

Considerações sobre as análises dos indicadores clínicos psicodinâmicos

No que se refere ao episódio maníaco, em nossa amostra predominou a manifestação dos indicadores de natureza narcísica, visto que a maioria dos sujeitos apresentou estes indicadores. No que se refere aos indicadores de natureza maníaca, predominou o indicador voracidade. Em relação aos indicadores de

natureza melancólica, com exceção do indicador dor psíquica, a amostra foi unânime na incidência do desinvestimento libidinal e quase total, na incidência da autodesqualificação. Esses dados sugerem que, em termos de mecanismos psicodinâmicos, a amostra, de um modo geral, se comporta de uma forma mais homogênea, tanto no funcionamento maníaco quanto no depressivo, permitindo discrepâncias, como no caso do sujeito 01 (que mais apresentou incidências (13) e frequência de codificações (109) em toda a amostra) e dos sujeitos 03 e 08 (que menos apresentaram incidências (5 e 4) e frequência de codificações (12 e 5) em toda a amostra).

Com as contribuições da Teoria das Relações Objetais as diferentes manifestações sintomáticas apresentadas pelos dez sujeitos podem ser compreendidas sob o ponto de vista das posições - esquizoparanóide e depressiva - cujas ansiedades primordiais evocam defesas específicas e configuram duas modalidades de defesas maníacas (Sharma & Sinha, 2010; Bronstein, 2010; Deloya, 2002; Waska, 2001, Klein 1996_a, 1996_b, 1982_a, 1982_b; Bion, 1991; Rosenfeld, 1991; Riviere, 1982). A primeira modalidade, sob a égide da posição esquizoparanóide, evoca defesas contra ansiedades paranóides e a culpa persecutória, principalmente de natureza narcísica (onipotência, desqualificação, negação, idealização e triunfo), com o intuito de expulsar ou desaparecer com a possibilidade de aniquilação do *self*. A segunda modalidade evoca defesas contra as ansiedades e culpa depressivas, principalmente aquelas de natureza maníaca (voracidade e projeção) e envolve a sobrevivência do objeto que, na fantasia, foi danificado.

Nesse sentido, a partir dessas duas modalidades de defesas maníacas, encontramos três estilos defensivos diferentes: a) que utiliza mais defesas de

natureza narcísica, contra as ansiedades persecutórias; b) que utiliza mais defesas de natureza maníaca, contra as ansiedades depressivas e c), que utiliza das duas modalidades de defesa. Em seis sujeitos (04, 05, 06, 08, 09 e 10), houve prevalência do estilo defensivo contra ansiedades persecutórias, um sujeito (sujeito 03) apresentou preponderância do estilo defensivo contra ansiedades depressivas e em três sujeitos (01, 02 e 07) prevaleceu a utilização das duas modalidades de defesa.

Esse fenômeno nos remete a pensar na natureza dessas discrepâncias e semelhanças, naquilo que aproxima e naquilo que afasta os sujeitos, dentro dessa amostra. É o que buscaremos na próxima seção.

Seção D – configuração de grupos prototípicos e seleção dos casos

Nesta seção, analisaremos os fenômenos que ocorreram na manifestação do Transtorno Bipolar I, nos dez sujeitos avaliados, buscando identificar como eles se assemelham e, também, como se diferenciam. Essa busca de identificações nos remete à reflexão de que as manifestações apresentadas pelos sujeitos podem aproximá-los ou distanciá-los uns dos outros, levando à configuração de grupos prototípicos. Resgatando a metáfora freudiana do cristal (Freud, 2006 [1932]), que não se parte aleatoriamente, mas de acordo com um delineamento determinado pela estrutura que o constitui, somos levados a nos perguntar de quantas maneiras diferentes o “cristal” se partiu com esses sujeitos. O diagnóstico de Transtorno Bipolar – atribuído aos sujeitos como critério de seleção e posteriormente confirmado – já representa uma “quebra” do sujeito, pelo significado que tem de ser um transtorno mental.

Nas análises anteriores, descrevemos as diferenças de manifestações sintomáticas considerando o Transtorno Bipolar e as comorbidades associadas e também as manifestações psicodinâmicas. Contudo, resguardando as diferenças individuais, a reflexão acerca das semelhanças é necessária, assim como é a questão da referência a tipos. Ou seja, é necessário avaliar se estamos em posição de enunciar que afinidades nos permitem agrupar as dez individualidades nessa amostra. Apontaremos dimensões da experiência que parecem definir três agrupamentos possíveis entre estes dez sujeitos. Estas são: as experiências psicóticas, as manifestações dissociativas e os traços de personalidade narcisista.

Em nossas análises dos critérios descritivos nas seções A e B observamos que sete entre os dez sujeitos avaliados apresentaram características psicóticas e, dentre estes, dois apresentaram dissociação durante os episódios de mania. Um

sujeito (08) apresentou dissociação, mas não apresentou características psicóticas. Apesar de receberem o mesmo diagnóstico de Transtorno Bipolar I, a manifestação do transtorno é qualitativamente diferente. Em termos descritivos temos: *com* características narcisistas e *sem* características psicóticas, *com* características psicóticas e *com* sintomas dissociativos. Mesmo as características psicóticas e dissociação surgem de forma diferente. Quanto aos indicadores clínicos psicodinâmicos, na seção C, podemos distinguir os sujeitos em relação à prevalência de indicadores de natureza narcísica. Desse modo, em nossa amostra, observamos a formação de três grupos ou tipos:

- a) Grupo I: Transtorno Bipolar I, com predomínio de características narcisistas e sem sintomas psicóticos (sujeitos 01 e 04);
- b) Grupo II: Transtorno Bipolar I, com sintomas psicóticos (sujeitos 02, 03, 05, 06 e 09);
- c) Grupo III: Transtorno Bipolar I, com sintomas dissociativos (sujeitos 07, 08 e 10).

Para selecionar um caso típico de cada um destes grupos, teremos como critérios de seleção: a) a maior incidência dos indicadores clínicos psicodinâmicos, b) a maior incidência dos sintomas psicóticos e c) o menor escore da AGF. A escolha destes critérios se justifica se considerarmos que, por um lado, a alta incidência dos indicadores clínicos psicodinâmicos sugere um funcionamento mental que recorre intensamente aos mecanismos psicopatológicos e, também, a maior incidência dos sintomas psicóticos sugere maior gravidade no caso. Por outro lado, o menor escore da Avaliação Global do Funcionamento (AGF) no momento da entrevista, sugere o maior impacto da patologia na

capacidade geral de funcionamento do sujeito. Em síntese, para a seleção dos casos, consideraremos o sujeito que apresentar a maior incidência de indicadores clínicos psicodinâmicos, o maior número de sintomas psicóticos e, ao mesmo tempo, apresentar o menor valor na AGF. A Tabela 3.24 mostra a distribuição dos sujeitos por grupo, com o número de incidência dos sintomas psicóticos e dos indicadores clínicos psicodinâmicos e o valor da AGF, no momento da avaliação.

Tabela 3.24: Distribuição dos sujeitos por grupos com incidência dos critérios diagnósticos descritivos e dos indicadores clínicos psicodinâmicos e valor da AGF

Grupos prototípicos	Sujeitos	Sexo	Incidência de sintomas psicóticos	Incidência de indicadores clínicos psicodinâmicos	AGF (no momento da entrevista)
Grupo I – <i>com</i> características narcisistas e <i>sem</i> sintomas psicóticos	Sujeito 01	F	—	13	35
	Sujeito 04	M	—	7	60
Grupo II - <i>com</i> sintomas psicóticos	Sujeito 02	M	8	11	89
	Sujeito 03	M	10	5	85
	Sujeito 05	M	4	7	51
	Sujeito 06	F	4	7	40
	Sujeito 09	M	9	9	62
Grupo III – <i>com</i> sintomas dissociativos	Sujeito 07	F	6	8	32
	Sujeito 08	F	—	4	80
	Sujeito 10	F	7	9	38

Observando-se a Tabela 3.24, no Grupo I, o sujeito 01 (realce em negrito) se destacou por apresentar uma alta incidência dos indicadores clínicos psicodinâmicos, sendo a maior incidência de toda a amostra. Ao mesmo tempo, vivenciava um episódio maníaco leve e apresentou um baixo escore da AGF = 35, no momento da avaliação, estando entre os quatro menores escores da AGF de toda a amostra.

No Grupo II, nota-se que três sujeitos, 02, 03 e 09, apresentaram a maior incidência de características psicóticas, com 8, 10 e 9, respectivamente. Também apresentaram a incidência de 11, 5 e 9 indicadores clínicos psicodinâmicos, respectivamente. Entretanto, os sujeitos 05 e 06 apresentaram os menores AGF do Grupo II (51 e 40, respectivamente) e vivenciavam, no momento da avaliação, um episódio depressivo maior leve (sujeito 05) e um episódio maníaco leve (sujeito 06). Assim, o sujeito 06 foi selecionado por apresentar o menor AGF do Grupo II, e também ter uma manifestação levemente maníaca durante a entrevista. Os sujeitos 02 (AGF=89) e 03 (AGF= 85) do Grupo II apresentaram muitas características psicóticas durante o episódio de mania, porém, nos momentos das entrevistas, apresentaram remissão total desses sintomas, bom nível de funcionamento geral, boa aceitação de suas situações clínicas e engajamento nos tratamentos psiquiátricos. Um deles estava em psicoterapia (sujeito 02).

Todos os sujeitos no Grupo III são do sexo feminino. Nota-se que dois sujeitos, 07 e 10 (destaques em negrito), apresentaram as maiores incidências de características psicóticas (6 e 9, respectivamente) e de indicadores psicodinâmicos (8 e 9). Ambos os sujeitos vivenciavam um episódio depressivo maior moderado e apresentaram baixos AGF, 32 e 38, no momento da avaliação, estando entre os quatro menores AGF da amostra, juntos com o sujeito 01 e o sujeito 06. O sujeito 07 foi selecionado por apresentar o menor AGF.

Em síntese, os sujeitos 01, 06 e 07 foram escolhidos como exemplos, respectivamente, dos Grupos I, II e III. Todos os sujeitos são do sexo feminino. Na próxima seção, analisaremos cada um desses casos.

Seção E – análise dos casos prototípicos do Transtorno Bipolar I

Analisaremos os três casos por meio do nosso modelo de formulação de casos apresentado de forma esquemática na Figura 1, do Capítulo I. Conforme discutimos nesse capítulo, a formulação de caso oferece um mapeamento e articulação das etapas ou momentos e procedimentos clínicos com importantes informações clínicas de forma sucinta e objetiva para orientar um processo psicoterapêutico. Nesse sentido, nas análises dos casos, vamos apresentar a formulação de caso e, ao mesmo tempo, discutir os dados clínicos com maior profundidade do que é usualmente requerida pela formulação de caso. Para alcançar essa proposta apresentaremos nossas discussões e, quando possível e necessário, apresentaremos uma síntese ao final de cada etapa. Escolhemos nomes fictícios para os sujeitos. Então, doravante, chamaremos de Maria o sujeito 01 (Grupo I), de Patrícia o sujeito 06 (Grupo II) e de Jaqueline o sujeito 07 (Grupo III).

Formulação de caso do Grupo I – Maria

“(...) então a depressão é difícil pra mim. A melhor forma de eu lidar com qualquer dificuldade emocional é a mania”.

Contextualização do caso – história de vida

Maria é a primeira filha numa família de dez filhos – oito irmãos biológicos e dois adotivos. Relata que cresceu nesse “turbilhão” de gente, tendo que cuidar dos irmãos mais novos e se descreve como uma criança que preferia ficar sozinha, no seu “mundinho”, mas também “brava”. Como exemplo, relata um episódio em que brigou com uma colega da escola, da qual sentia muita raiva, chegando a “puxar a tesoura”.

Na adolescência, por volta dos seus 15 anos, apresentou sintomas depressivos e sofria com “crises de choro fácil”. Na época desses episódios, a família atribuiu essas alterações à mediunidade. Trataram da questão dentro da religiosidade e não buscaram outro tratamento. Ainda adolescente, com 17 anos, entrou na universidade, período em que a psicodinâmica da mania com seus sintomas equivalentes começaram a se manifestar: passou a consumir muito álcool e múltiplas drogas (principalmente cocaína) e se envolvendo em muitos relacionamentos sexuais. Aos 19 anos saiu da casa dos pais e foi morar sozinha, pois queria mais liberdade.

Por volta de seus 23 anos foi morar com seu companheiro numa comunidade alternativa, com quem teve seu primeiro filho. Por volta dos 28 anos, saiu dessa comunidade e foi morar com outro companheiro por cerca de sete anos, com quem teve seu segundo filho. Em ambos os relacionamentos, teve uma “vida boêmia” com intenso consumo de álcool e múltiplas drogas e desenvolveu a dependência de cocaína. Quando seu segundo filho tinha 11 meses, por volta dos seus 35 anos, rompeu esse relacionamento, deixou os dois filhos com seus

respectivos pais e voltou a morar na comunidade alternativa, onde encontrou um novo companheiro com quem teve o terceiro filho, por volta dos 39 anos. Viveram juntos por cerca de três anos e se separaram, quando saiu da comunidade.

Nesse período, por volta dos seus 40 anos, vivenciou um episódio depressivo maior grave. Iniciou acompanhamento em um CAPS quando recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar. Aos poucos, foi assumindo uma “vida mais regrada”, sem o consumo de álcool e drogas. Recebeu o diagnóstico de câncer por volta de 2008, realizando o tratamento e se aposentando por invalidez. Cerca de dois anos depois, perdeu seu filho mais velho por suicídio. Vejamos a síntese da história clínica.

Síntese da história de vida de Maria

Maria, 47 anos, professora aposentada por invalidez. Vários episódios de mania ao longo da vida, sem tratamento adequado. Desde a adolescência, apresentou sintomas depressivos que evocavam respostas maníacas. Iniciou uso intenso de drogas e desinibição sexual na adolescência, vivendo dessa forma até por volta de seus 42 anos, quando iniciou tratamentos mais sistemáticos. Teve três filhos, cada um de um companheiro diferente. Seu filho mais velho se suicidou há cerca de três anos. Recebeu diagnóstico de câncer há cerca de cinco anos, tratado e sem reincidência. Apresentou-se agitada e verborrérica nos momentos das entrevistas.

Avaliação – formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica

Nos momentos das entrevistas, Maria apresentou-se muito falante, prolixa, agitada, dispersa e com fuga de ideias, na maior parte do tempo. Reconhecia que estava com o humor mais elevado e alegava estar conseguindo se controlar mais,

não fazendo compras. Desde que parou de consumir álcool e outras drogas o envolvimento excessivo em atividades prazerosas foi direcionado para fazer compras e presentear as pessoas. Sua voracidade se manifesta nos gastos desenfreados com as inúmeras atividades que elege como importantes nos momentos de crise. Refere que se “apaixona por todas as suas causas” e, nesses momentos, disse que parece que quer “comer o mundo”. Relatou que sempre foca numa atividade envolvendo-se intensamente com ela e abandonando os outros compromissos. Na última crise, em 2011, era criar carpas e na época da entrevista era confeccionar bijuterias. Esse envolvimento diminuía sua necessidade de sono. Percebe que nos episódios de mania seu humor fica mais elevado e expansivo, mas que também tem irritabilidade e agressividade associadas. Percebia-se com a autoestima inflada sentindo-se mais confiante de uma forma “um pouco exagerada”. Apresentava agitação psicomotora e explicou que não conseguia ficar parada e que “precisava estar sempre fazendo algo”. A fuga de ideias era experienciada como a sensação de que os pensamentos ficam acelerados “a ponto da fala não conseguir acompanhar”. Percebe que sente pressão para falar e que fica mais falante, principalmente sobre a atividade eleita no momento.

Por volta dos seus 40 anos, vivenciou um episódio depressivo maior grave, experienciado como o momento mais difícil de sua vida, precisando de licença médica por não conseguir trabalhar, pois era professora de muitas turmas numa escola particular. Nesse episódio, experienciou uma constelação de sintomas depressivos numa intensidade nunca vivida antes. A anedonia se manifestou na perda de interesse e vontade de fazer “até as coisas que mais gostava”. Apresentou fadiga, pois se sentia cansada na maior parte do tempo com a sensação de “peso muito grande no corpo”. Às vezes, “passava pela cabeça as ideias de que era uma

inútil”. Teve o apetite aumentado, pois “descontava na comida” e ganhou peso. Dormia muito mais e sentia sono durante todo o dia. Lembra que falava mais devagar, o que chamava a atenção das pessoas, devido à diferença de comportamento. Sofreu alterações cognitivas vivenciadas como uma ruminação de ideias “focando só nos problemas”, o que a deixava com “dificuldades de se concentrar em outras coisas” e atrapalhava o desempenho de “coisas mais simples” como organizar a casa e fazer compras no mercado, pois se “esquecia de tudo” e isto trazia a “sensação de estar ficando louca”.

Em seu funcionamento psicodinâmico a onipotência/excepcionalidade, no passado, foi vivenciada com a crença de que era uma “grande missionária que tinha que salvar o mundo”, possuindo habilidades especiais que ninguém mais tinha. Quando criava carpas, acreditava que tinha algo especial e ficava “meditando com a luz” enquanto observava as carpas e assim “ia resolver todos os problemas”. Também sente essa excepcionalidade nas bijuterias que faz, pois acredita que as “reveste com a sua intensidade e passa isso para as pessoas”. Suas percepções são carregadas de onipotência/superioridade, pois acredita que faz coisas que “ninguém mais consegue fazer”. O mecanismo de onipotência/invencibilidade está presente nos seus comportamentos de correr riscos acreditando que nada de ruim poderia lhe ocorrer, pois sempre “se jogava sem medo”.

Possui uma concepção idealizada sobre a mania acreditando que “utiliza a mania de forma mais produtiva” e sobre o quadro de transtorno bipolar alegando que as pessoas com esse transtorno “são mais encantadoras, desprendidas e brilhantes”. A idealização também está presente na sua percepção de que o pai é especial por ser “encantador e sedutor” e que essa é a “marca da família”.

Em seus relatos prevalece a desqualificação do outro. Assim, retrata sua mãe como uma mulher cansada, oprimida, ciumenta e competitiva, “que não orientava, como se não se importasse”. Seus irmãos são percebidos como promíscuos, sem capacidade de viver a vida sozinhos, dependentes da renda da mãe, gastadores e desorganizados. O sentimento de inveja parece estar presente nessas desqualificações, visto que todos seus irmãos possuem situação financeira melhor do que a sua e ocupam cargos importantes. A respeito dos homens com quem se relacionou retrata que “não são lá grandes coisas” e que foram sustentados por ela.

O mecanismo de negação/anulação do contexto frustrador está presente na sua percepção de que as divergências que possui com sua família devem-se ao fato de que, ao contrário de sua percepção, seus familiares “consideram o ter e não o ser”. A negação também ajuda no alívio do sentimento de inveja em relação aos seus irmãos. Identificamos a negação/distorção da realidade no que se refere à sua percepção sobre o suicídio de seu filho mais velho, há cerca de três anos. Descreve que foi “preservada”, pois estava viajando e “chegou só para o velório” e que “o rostinho dele estava lindo e sereno”. No passado, a distorção da realidade estava presente no fato de que, apesar do intenso consumo de álcool e outras drogas, da agitada vida social e sexual e dos vários relacionamentos tumultuados que teve “não enxergava que tinha problemas”. Foi necessária a vivência de um episódio depressivo maior grave para fazê-la repensar e reconhecer os problemas.

O mecanismo de projeção manifestou-se no passado com a atribuição de que os outros eram os causadores de seus problemas. Atualmente, acredita que o “lugar da mais doícinha na família” está sendo ocupado por uma irmã. Alega que

todos na família são “gastadores porque não tiveram educação financeira” e que gosta de conversar sobre bipolaridade porque vê “que muitas pessoas têm isso”.

Apesar de se apresentar em estado maníaco durante as entrevistas foram identificados mecanismos psicodinâmicos mais depressivos neste momento atual. O desinvestimento libidinal foi identificado na sua vontade de ficar mais sozinha, sem muito contato social, mais “isolada e em reclusão”. Também apresentou uma visão negativa de si mesma. Relata que se sente “muito horrorosa”, não se reconhecendo no espelho por estar “ruim fisicamente”. Percebe-se “lesada e sem memória” e que alcançou uma “decrepitude moral” com uso de cocaína e álcool. Demonstrou sentir-se muito culpada por ter sido “irresponsável e estúpida” na relação com os outros e por ter “abandonado seus dois filhos” na época em que foi morar na comunidade alternativa, “não sendo uma boa mãe para o primeiro filho”, que se suicidou. Na época da avaliação, a data da morte deste filho estava próxima. Segue a síntese das avaliações.

Síntese da formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica

Avaliação Multiaxial – DSM-IV-TR

Eixo I - Transtornos Clínicos: 296.41-Transtorno Bipolar I, episódio atual maníaco, leve; 304.20 – Dependência de cocaína, Remissão Completa Mantida; 305.90 – Abuso de Outras Substâncias, Remissão Completa Mantida.

Eixo II - Transtornos de Personalidade: 799.9 – Diagnóstico protelado. Características de Personalidade Narcisista.

Eixo III - Condições médicas gerais: Histórico de câncer; relato de problemas no sistema hepático e renal.

Eixo IV - Problemas psicossociais e ambientais: Conflitos familiares, suicídio do filho há três anos.

Eixo V: AGF = 35 (no momento da avaliação).

Avaliação Psicodinâmica – Triangulação psicodinâmica

1) *Contexto mobilizador de angústia:* Proximidade do aniversário do suicídio do filho, com mobilização de muita culpa.

2) *Reações ou respostas:* Desenvolvimento de episódio maníaco como defesa contra as angústias depressivas, com realce para a culpa: humor elevado, autoestima inflada, aumento de atividades dirigidas a objetivos, agitação psicomotora, voracidade, desqualificação, idealização, onipotência, projeção, triunfo e negação.

3) *Fantasia inconsciente/ Relação Objetal:* a) *Autoimagem e autoestima:* conflito entre imagens de ser responsável, superior, qualificada *versus* irresponsável, estúpida, abandonadora (autoimagem da qual se defende); b) *Objeto (Imagem do outro):* desqualificado e inferior; c) *Natureza do vínculo:* desqualificação; d) *Afeto:* culpa, raiva e inveja; e) *Impulso:* anular e controlar.

Formulação clínica – formulação psicodinâmica

Maria, em seu funcionamento psicodinâmico, apresenta a utilização de muitas defesas imaturas: voracidade, idealização, desqualificação, onipotência, negação, projeção e triunfo. A preponderância desses mecanismos contribui para o baixo nível de funcionamento geral e baixa adequabilidade nas relações e nas atividades que se propões a fazer. Suas características de personalidade narcisista agravam o quadro, na medida em que evocam defesas narcísicas (onipotência e desqualificação do outro), principalmente nos estados maníacos, o que prejudica ainda mais suas relações interpessoais, pois, nesses momentos, apresenta-se

bastante arrogante e com sentimentos de superioridade, pois “ninguém faz as coisas melhor” do que ela.

Outro agravante que a coloca em risco e estabelece um prognóstico ruim para seu quadro clínico, refere-se à associação dos mecanismos voracidade e onipotência. A crença de que pode tudo e de que nada de ruim pode lhe acontecer (onipotência) associada à vontade desenfreada de fazer ou consumir coisas (voracidade) a predispoem a atuações ou comportamentos do tipo *acting-out*, em que prevalece a impulsividade com a ausência de avaliação das consequências de suas escolhas. Analisando sua história de vida, percebe-se que estes comportamentos estiveram presentes em grande escala e lhe trouxeram muitos prejuízos.

Considerando-se ainda a preponderância das defesas narcísicas, onipotência e desqualificação, e analisando esse “dueto” em associação com a tríade - negação, projeção e triunfo - vislumbramos mais dificuldades e gravidade no quadro, na medida em que Maria, com esses mecanismos, apresenta uma tendência a não reconhecer suas dificuldades e a forma como se relaciona com outro (com desqualificação) e a responsabilizar o outro pelos conflitos e problemas que possam surgir. Essas características ou tendências vão interferir negativamente na construção de uma aliança terapêutica. A percepção do outro como em melhores condições emocionais, psicológicas ou situacionais que as suas, motivadas pelos afetos de raiva e inveja, impede o reconhecimento, no paciente, de que ele precisa da ajuda do profissional. Estes afetos podem evocar a desqualificação deste profissional. Quando o profissional não estiver em condições de lidar com os fortes afetos contratransferências que isto evoca, este contexto clínico pode deflagrar uma relação de disputa e competição, na qual

tanto o paciente quanto o profissional sairão perdendo. Frequentemente, esta situação típica de transferência negativa não é bem tratada no contexto clínico e, infelizmente, a perda real mais grave é a do paciente. Vejamos a síntese da formulação psicodinâmica para a formulação de caso.

Síntese da formulação psicodinâmica

A proximidade do aniversário do suicídio do filho evocou muita culpa em Maria revelando uma imagem muito negativa de si mesma: irresponsável, estúpida e abandonadora. Para se defender da angústia dessa autopercepção busca se afirmar evocando defesas narcísicas e maníacas, que lhe fornecem a autoimagem de responsabilidade, superioridade e qualificação, sustentados pelos mecanismos de negação, projeção, desqualificação e idealização de si. Assim, sob a dinâmica dos afetos de culpa, raiva e inveja e dos impulsos de anular e controlar vincula-se nas relações de forma desqualificante, na qual o outro é percebido como desqualificado e inferior. Num círculo retroativo, as respostas maníacas e narcísicas são evocadas ao se deparar com os sentimentos depressivos despertados pela percepção negativa de si mesma. Sua vulnerabilidade parece consistir na incapacidade de lidar com as angústias depressivas, principalmente com sua culpa.

Formulação do planejamento terapêutico – proposta ilustrativa de intervenção

As dificuldades encontradas para a realização da psicoterapia psicodinâmica ou de outro tratamento com pessoas acometidas pelo Transtorno Bipolar pautam-se, principalmente, na dificuldade em desenvolver uma aliança terapêutica positiva devido à emergência das defesas narcísicas e maníacas. Em pacientes como Maria, que também apresentam características de personalidade

narcisista, essas dificuldades se acentuam na medida em que as defesas narcísicas estarão preponderantemente presentes em todo o processo, não exclusivamente nos episódios de mania. O profissional deve estar atento à emergência das defesas narcísicas e seus efeitos na relação transferencial e aos sentimentos contratransferenciais que possam emergir. Isso também é fundamental na relação com outros profissionais que acompanham o paciente, principalmente com o (a) psiquiatra. Geralmente é uma tarefa difícil construir uma aliança terapêutica com pacientes que oferecem resistência em aceitar suas dificuldades, que tendam a projetar responsabilidades, a desqualificar o que é diferente de suas próprias concepções, a se sentir superior e invulnerável e a se colocar em alto posto. Além disso, essas atitudes tendem a provocar as angústias narcísicas do próprio profissional que estiver com ela. Se esse profissional não tiver condições de elaborar estas angústias e se sentir em posição vulnerável, dificilmente a relação terapêutica se desenvolverá. Apresentaremos algumas sugestões de metas terapêuticas.

A primeira meta a ser alcançada em curto prazo refere-se à constituição da aliança de trabalho. É preciso que Maria desenvolva uma confiança básica na relação terapêutica, para que possa se “entregar” às análises e reflexões suscitadas na psicoterapia. E, para que isso ocorra, será necessário refletir sobre os aspectos ou sentimentos negativos que certamente emergirão durante as sessões. Então, deve-se proporcionar um contexto acolhedor para que Maria perceba que sua valorização de si mesma é respeitada pelo profissional e possa se autoafirmar, ou seja, mostrar-se e reconhecer verdadeiramente os atributos que possui (experienciados como positivos ou negativos) e reconhecer-se como quem verdadeiramente é de forma integrada.

Outro ponto importante refere-se ao diagnóstico do transtorno bipolar. Maria se identifica com o diagnóstico (se “afeiçoando” à mania), se intitula de bipolar e idealiza essa condição como o que a torna muito especial, brilhante e despreendida. Nesse sentido, a psicoterapia deve tomar em consideração essa experiência subjetiva de Maria, o que leva ao desdobramento em seis micro metas: 1) explorar quais sentidos, significados e funções a vivência da mania representa para Maria; 2) proporcionar a descoberta de outras formas de enfrentamento das dificuldades, 3) possibilitar a conscientização de que as “crises” a prejudicam; 4) desenvolver o autocuidado para evitar o desencadeamento de novos episódios; 5) sensibilizar sobre a necessidade do acompanhamento psiquiátrico e das medicações prescritas, além de mudanças em seu estilo de vida e 6) reconhecer a necessidade de fazer psicoterapia. Para esse momento da psicoterapia sugerimos, como estratégias de intervenção nas sessões: a) usar mais técnicas de apoio e suporte, principalmente no início do processo para possibilitar a autoafirmação e a “descarga de afetos”, b) usar técnicas de apoio e suporte para criar um contexto acolhedor para a análise da transferência, c) interpretação da transferência de forma cuidadosa, visto as características narcisistas de Maria e d) utilizar estratégias de intervenção em crise, quando necessário.

No desenvolvimento do processo psicoterapêutico o clínico avalia seu andamento e propõe novas metas. Como exemplos, sugerimos como metas: *para médio prazo*: 1) proporcionar à Maria a percepção de que os episódios de mania são uma “resposta de defesa” contra os sentimentos depressivos. 2) possibilitar associações entre seu intenso sentimento de culpa e o desencadeamento dos sentimentos de superioridade, onipotência e desqualificação do outro; e para *longo*

prazo: 1) proporcionar a conscientização de seu estilo narcisista de funcionamento com o qual se percebe como superior ou melhor do que os outros; 2) proporcionar a conscientização dos efeitos desse funcionamento nas relações interpessoais, ou seja, que nas suas relações tende a desqualificar as pessoas, o que provoca conflitos e as leva a se afastarem; 3) possibilitar a percepção de que o estilo narcisista é uma defesa contra o a autoimagem negativa.

Formulação de caso do Grupo II – Patrícia

“Acho que eu tenho muito isso de achar que eu sempre fiz alguma coisa pra contribuir pro erro de alguém... sempre acho que se alguém erra perto de mim é porque eu fiz alguma coisa, que eu deveria ter feito algo pra evitar. É como se eu tivesse poder de mudar, de fazer as pessoas não agirem daquela forma. (...) Eu olho pra trás e vejo que eu não pensava muito em mim, que eu era muito de servir...”

Contextualização do caso – história de vida

Patrícia, 48 anos, casada e mãe de dois filhos. É a primeira de doze filhos. Ainda bem pequena, antes de um ano, foi deixada para morar com os avós maternos quando seus pais se mudaram para uma fazenda. Relata que se sentia bem próxima afetivamente dos avós e os chamava de pais. Morou com os avós até por volta dos sete anos, quando a mãe a buscou para que a ajudasse a cuidar dos irmãos mais novos e lhe atribuiu responsabilidades e autoridade de mãe. Relata que se sentia distante dos pais biológicos, pois sentia que tinha sido abandonada por eles e considera que foi “um momento da minha vida que eu achei errado”. Não se lembra de receber carinho de sua mãe biológica. Descreve-se como uma criança e adolescente sozinha e vazia, com uma mãe muito rígida que a impedia de se expressar ou de se relacionar com outras pessoas, além de seus irmãos. Refere-se ao pai como ausente e um homem violento e ciumento. Relata que não confiava nele. Não se lembra de ter ocorrido situação de abuso, mas Patrícia suspeita que sim e diz que cresceu com uma “cisma” dele. Lembra-se de episódios de violência que marcaram sua infância: a mãe chorando ensanguentada, pois o pai havia batido nela e o pai brigando de faca com um vizinho. Relata que apanhou muito do seu pai na infância e na adolescência.

Na adolescência surgiram sintomas depressivos de forma expressiva. Relata que desejava muito morrer e chegou a pensar em suicídio, pois sentia que seus pais não a amavam, não lhe davam valor, não se importavam com ela, que nada do que fizesse era importante pra eles e que ela não valia a pena pra eles.

Encontrou acalento na religião e desenvolveu um projeto de se tornar uma missionária. Relata ser abusada sexualmente por um médico aos 15 anos, mas que conseguiu se proteger, evitando que acontecesse algo mais grave. Guardou segredo desse episódio, pois não confiava nos pais para falar com eles. Aos 17 anos, sua mãe planejou e arranjou um casamento para Patrícia. Mesmo não estando nos seus planos namorar e casar na época, pois queria ser missionária, seguiu as determinações da mãe. Namorou com o rapaz escolhido por cerca de três anos e se casou por volta dos 20 anos. Aos 26 anos, já tinha seus dois filhos. Por volta dos seus 30 anos, novamente vivenciou um episódio depressivo maior grave, seguido de um episódio maníaco, sem fazer nenhum tratamento.

Aos 33 anos mudou-se para outro país com seu marido e filhos para trabalharem e juntar dinheiro. Ficaram 12 anos nesse país. As condições de trabalho eram muito difíceis. O trabalho era mecânico e braçal com uma jornada de trabalho alta. Surgiram muitos problemas na família, os filhos não se adaptaram e vivenciaram problemas psicológicos. Patrícia e o marido estavam sobrecarregados nos trabalhos. Patrícia começa a desenvolver vários sintomas físicos. Vivenciou vários episódios depressivos, seguidos de episódios maníacos, sem fazer tratamentos adequados. Voltou para o Brasil em 2009, com 45 anos e vivenciando outro episódio depressivo maior grave. Só então iniciou tratamento de forma sistemática.

Síntese da história de vida de Patrícia

Patrícia, 48 anos, casada, dona de casa e mãe de dois filhos. É a primeira filha numa família de doze irmãos. Desde os sete anos teve que cuidar dos irmãos mais novos, com designação de responsabilidades e autoridade maternas, delegadas pela sua mãe. Histórico de abandono e violência na infância. Pai

violento que batia muito na mãe e nos filhos. Suspeita de abuso sexual na infância e abuso confirmado na adolescência. Vários episódios depressivos e de mania durante a vida, sem tratamentos adequados. Iniciou tratamento sistemático há três anos, quando já se encontrava com 45 anos. Primeiro episódio depressivo vivenciado na adolescência, sem nenhum tratamento. Época em que pensava muito em morte e teve ideação suicida. Retorno do episódio depressivo, seguido de mania, por volta dos 31 anos e, desde então, passou a vivenciar vários episódios alternando entre depressão e mania.

Avaliação – formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica

Patrícia vivenciava um episódio de mania leve, no momento da avaliação. Apresentava *humor elevado* com muita *irritabilidade associada*, *loquacidade*, *fuga de ideias* e com a *necessidade de sono um pouco diminuída*. Relatou que estava “naquela fase de tá pra cima. Não de levantar cedo, mas de tá muito elétrica, um pouco mais agressiva, falante, mais assim exaltada... discutindo com as pessoas”. Em termos *psicodinâmicos*, apresentava *onipotência/excepcionalidade* por acreditar que os outros poderiam resolver os próprios problemas se ficassem perto dela. Estava envolvida num grande conflito familiar por causa dessa crença, mas apresentou discernimento, o que pode ser observado nas falas selecionadas: “Eu já percebi que sem querer eu me torno... eu causo problemas pra mim quando eu tô assim, porque eu acho que eu vou resolver o problema. Eu achava que se ela ficasse comigo ela ia resolver o problema, entende?”.

No passado, os *episódios de mania* se manifestaram apresentando toda a constelação sintomática descritiva. Patrícia relata ficar com *humor elevado*, com a experiência subjetiva de estar muito bem: “Eu queria viver, era como se... eu não

sei explicar, é uma coisa muito boa que eu sentia na época, né? Eu tava muito alegre”. Também apresentava *humor irritável*: “Eu ficava muito irritada, eu ficava sem paciência (...) brigava muito com meu marido e com outras pessoas”. O sintoma de *envolvimento excessivo em atividades prazerosas* se manifestou em fazer compras: “Eu comprava muito e meu marido não aguentava mais, do tanto que eu gastava” e envolvia o sentimento de *grandiosidade*: “Além de pegar revistas de moda, aquelas que vêm, é... revistas de roupas muito chique, eu gastava, fazia pedido de roupa tudo caro... eu queria sempre tudo mais caro, entende?”. A *agitação psicomotora* foi vivenciada como uma sensação de estar “elétrica”, sem conseguir ficar quieta e ter que estar sempre fazendo alguma coisa: “Fico elétrica, eu fico muito inquieta, eu fico balançando muito as pernas, os membros, né? Eu tremo assim, sempre tô fazendo alguma coisa, mesmo quando eu tô vendo televisão, eu levanto toda hora ou então, eu fico mudando de canal”. Também apresentava *diminuição da necessidade do sono* com a experiência subjetiva de querer aproveitar mais o dia: “Eu queria usar muito meu tempo e parece que era pouco o tempo que eu tinha”. Apresentava *aumento das atividades dirigidas a objetivos* com a experiência subjetiva de ser algo bom e que deveria aproveitar: “Fiquei feliz porque eu tava viva assim, eu queria fazer muitas coisas, organizava a casa, ficava mudando os móveis de lugar”. Em relação às alterações das *capacidades cognitivas* percebe que sempre fica muito *falante*, com *fuga de ideias* e experencia a sensação de que os *pensamentos passam muito rápido*: “Pensamentos rápidos, fica parecendo que tá tudo andando muito devagar. Quero que tudo passe rápido, parece que não passa”. Também apresenta *distratibilidade*: “Eu fico muito dispersa. Eu já queimei panela por causa disso, porque eu deixo a panela no fogo e esqueço que a panela tá lá, aí uma coisa na televisão que me

interessa ou uma notícia sobre saúde, uma notícia sobre algo muito importante, aí eu esqueço o quê que tava fazendo”.

Patrícia também apresentou *sintomas psicóticos* durante os episódios de mania. Experienciou *alucinação tátil*: “Eu já senti uma vez assim coisas me espetando por dentro, da cabeça até o dedo do pé, igual tendo agulhas”; e *alucinação cinestésica*: “Quando eu deitava eu sentia sempre que alguém afundava o meu colchão. E que parece que ia me agarrar e eu tinha que sair. Aí eu dava aquele salto na cama” e *delírio de perseguição*: “Comecei a imaginar que uma pessoa ia entrar na minha casa, ia atacar meu filho”; “Eu imaginava o tempo inteiro alguém entrando na minha casa com uma faca, aquela cena não saía da minha cabeça”.

Em termos psicodinâmicos, no passado, durante os episódios de mania Patrícia apresentou os *mecanismos de natureza narcísica*: onipotência e negação. A *onipotência/excepcionalidade* foi vivenciada como um poder de mudar as pessoas: “É como se eu tivesse poder de mudar, de fazer as pessoas não agirem daquela forma”. Também experienciou a *onipotência/superioridade*: “Comecei a ter desentendimento com uma pessoa, como se eu fosse mais inteligente do que ela”. A *negação/anulação do contexto frustrador* se manifestou na recusa em aceitar que tinha problemas: “Na verdade eu tava bem antes, no meu ponto de vista. Apesar de que eu não conseguia dormir”; “Sempre pulava dose (do remédio) porque eu achava desnecessário entende, e eu não queria dormir”. A *negação/distorção da realidade* se manifestou na crença de que possuía um problema orgânico, de surdez e não o TB (foi esclarecido que o tratamento do problema era com a psiquiatria): “O médico identificou o meu problema, só que ele falava e eu nunca acreditei nele, né, (...) porque a minha preocupação era essa

que se eu poderia ficar mais surda do que eu já tava (...) porque pra mim problema mental, bipolar, essas coisas, eu não tinha nada disso”. Em relação aos *mecanismos de natureza maníaca*, Patrícia apresentou *voracidade* experienciada como uma vontade de fazer tudo: “Não conseguia abrir mão de nada entendeu? Pra mim tudo era prioridade eu não queria abrir mão de nada”.

Quanto aos episódios depressivos, Patrícia experienciou toda constelação dos *sintomas depressivos descritivos*, inclusive comportamentos suicidas. O *humor deprimido* foi vivenciado como desânimo e mal estar: “Sentia aquele desânimo, aquela época eu sentia mal estar, chegava meio-dia e eu sem vontade de levantar da cama”. Também apresentou *humor irritável*, vivenciado como um “nervoso” ou uma grande ira: “Eu ia lavar louça e dava vontade de pegar aquela louça quebrar toda, toda, toda, jogar fora sabe?”; “Era muito nervoso que eu sentia. Eu entrava no banheiro e me mordida, sabe aquela coisa, aquela ira que eu sentia por dentro, sem ninguém fazer nada. Mas eu sentia muita ira, era uma coisa muito ruim”. A *anedonia* foi vivenciada como perda de vontade de fazer até as coisas que mais gostava: “Eu não tinha vontade de nada, eu não tinha vontade de me cuidar, não levantava nem pra tomar café, porque eu amo café”. Experienciou *diminuição do apetite com perda de peso*: “Não conseguia nem comer (...) fiquei magrinha, eu tava com 49 quilos”. No episódio mais recente, há cerca de três meses antes da avaliação, apresentou *aumento de apetite com ganho de peso* com a vivência de ansiedade: “Eu acho que eu mais engordei, eu fico muito ansiosa, só como, como, eu começo a comer bastante, né. Dá aquela ansiedade e eu quero comer”. Também apresentou *hipersonia*: “Fico dormindo demais, quero só dormir, eu quero sempre dormir, dormir” e *fadiga*, com a sensação de muito cansaço. Relata a presença de *lentificação psicomotora*: “Aí, eu fiquei tão lenta,

tão lenta... eu chegava e não conseguia fazer as coisas direito”. Em relação às *capacidades cognitivas*, apresentou *inibição do pensamento*, vivenciada como perda de imaginação e criatividade: “Você não tem imaginação, você não consegue associar uma coisa com a outra. A minha criatividade fica péssima nesse período”; *diminuição da atenção*: “Assim de concentração eu fico com dificuldade, eu fico dispersa sabe? Eu não consigo acompanhar...”; e *alterações da memória*: “Quando voltei para o Brasil, eu cheguei tão mal que eu não lembro das pessoas que me visitaram, quase nenhuma da minha família. Muitas falavam: eu te vi assim, assim, e eu não me lembro”. Também vivencia muita *culpa*: “Não é culpa normal não, é algo que talvez as pessoas normais não sentissem, porque no passado, antes de eu ter essa doença essas coisas não me faziam me sentir culpada”; “Essa culpa ela, ela me, como que eu posso dizer, é a culpa de eu sentir culpa como se eu tivesse... Acho que eu tenho muito isso de achar que eu sempre fiz alguma coisa pra contribuir pro erro de alguém” e *sentimento de inutilidade e desvalia*: “Começava me sentir inútil porque eu não tava sendo capaz de fazer nada, de realizar nada”. Durante sua adolescência, estes sentimentos estavam relacionados aos *comportamentos suicidas*. Nessa época, tinha *pensamentos recorrentes de morte*: “Falava assim, que eu não valia nada, que pra quê ficar viva, né?”; “Tinha hora que pensava, pra quê que eu tô viva? Não tenho valor nenhum. Eu sentia assim, eu não sentia que eu era alguém importante, entendeu?” e chegou a desenvolver *ideação suicida*: “Pensei assim, de que tá ruim eu tá viva, é melhor não existir”, mas nega ter feito algum planejamento ou tentativa de suicídio.

Em termos psicodinâmicos, apresentou os *mecanismos de natureza melancólica*: autodesqualificação e desinvestimento libidinal. A

autodesqualificação foi experienciada pelos sentimentos de ser inútil, de não ter valor, de não ser amada ou de ser um peso: “Porque eu achava que eu era um peso pros meus pais e que meus pais não gostavam de mim”. O *desinvestimento libidinal* foi vivenciado como perda da vontade do convívio social: “Eu gosto de falar da bíblia, eu tenho algumas pessoas que já estudam a bíblia comigo né? Então, até essas pessoas eu não tava conseguindo falar, ir até elas, à casa delas pra falar. Então eu não tava tendo alegria nisso”; “Também não queria receber pessoas na minha casa”.

Patrícia apresentou como *comorbidades* no Eixo I, o Transtorno de Ansiedade SOE e o Transtorno conversivo, com déficit sensorial. Experiencia sintomas de ansiedade de natureza fóbica. Apresenta medo de *lugares fechados*: “Lugar muito fechado eu não consigo ficar”; de *falar em público*: “Tenho muita vergonha de falar. Eu tenho medo mesmo. É algo que se fosse assim, como se diz, se eu pudesse, eu não falaria mesmo”; *locais e situações sociais ou públicas*: “Eu sempre me escondi. Aliás, não só falar. Eu não danço em público. Nunca gostei de participar em nada que fosse em público”; “Quando eu ia jogar queimada na escola, eu não ficava perto das minhas colegas. Eu deixava alguém me queimar pra mim ficar fora”; “Não fico em lugares muito públicos, tenho medo de bandido, de tiroteio, de uma bala perdida, de um assalto”. Ainda em relação aos seus medos, Patrícia relata se sentir muito dependente do marido, que lhe oferece muito apoio e teme sobre como vai ser a sua vida e o que será dela, se ele morrer primeiro. Descreve-se como uma pessoa medrosa: “Eu sinto medo o tempo todo. Eu vivo com medo”.

Em relação ao *transtorno conversivo*, vivencia sintomas de tontura, zumbidos no ouvido e surdez, que se agravam durante os episódios de mania:

“Quando eu não durmo, o ouvido já dá sinal”; “Aí a zuada do meu ouvido começou, aquele zunido horrível, horrível de dia e de noite”; “Fiquei três semanas assim, com muito barulho no ouvido muito forte, sem conseguir dormir. A tontura aumentou muito, fiquei flutuando e com esse barulho”; “Eu fiz tratamento do ouvido vários meses seguidos né? Eles fizeram aquela audiometria vários meses, pra ver se ia aumentar o grau da minha surdez. Aí quando chegou a um certo grau eles falaram: seu problema não é aqui, seu problema é com psiquiatra”.

Síntese da formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica

Avaliação Multiaxial – DSM-IV-TR

Eixo I - Transtornos Clínicos: 296.41-Transtorno Bipolar I, episódio atual maníaco, leve. 300.00-Transtorno de Ansiedade SOE. 300.11-Transtorno conversivo, com déficit sensorial (surdez e zumbidos).

Eixo II - Transtornos de Personalidade: 799.9 – Diagnóstico protelado.

Eixo III - Condições médicas gerais: Queixa de surdez

Eixo IV - Problemas psicossociais e ambientais: Abandono e violência na infância, conflitos familiares, suspeita de abuso sexual na infância, abuso na adolescência.

Eixo V: AGF = 40 (no momento da avaliação).

Avaliação Psicodinâmica – Triangulação psicodinâmica

1) *Contexto mobilizador de angústia:* ameaça (real ou imaginária) de abandono.

2) *Reações ou respostas:* sentimento de culpa e servidão (servir para solucionar o problema do outro e não ser abandonada), reparação onipotente; humor elevado, humor irritável, loquacidade, fuga de ideias, onipotência.

3) *Fantasia inconsciente/ Relação Objetal*: a) Autoimagem e autoestima: desqualificada, sem valor, inútil, medrosa e inferior; b) Objeto (Imagem do outro): superior, desqualificador e abandonador; c) Natureza do vínculo: desqualificante e de abandono; d) Afeto: culpa e medo; e) Impulso: subserviência.

Formulação clínica – formulação psicodinâmica

Os intensos sentimentos de culpa e de medo são elementos fundamentais no funcionamento psicodinâmico de Patrícia. São uma “herança”, marcas deixadas pelas experiências de abandono e de abuso, que a levaram a crescer com o sentimento de vazio e solidão. Esses sentimentos de culpa, medo, vazio e solidão, associados a sua autoimagem negativa – desqualificada, sem valor, inútil, medrosa e inferior – levam Patrícia a se vincular às pessoas de forma subserviente, pois precisa se submeter ao outro para não ser abandonada e, talvez, poder até ser amada. De fato, Patrícia se submeteu a um casamento “arranjado” por sua mãe, mesmo não sendo de seu interesse naquele momento, parece que para obter o reconhecimento amoroso dela.

Em relação às características psicodinâmicas nos episódios de mania, Patrícia, tanto no episódio atual como nos passados, não apresentou muita recorrência aos mecanismos imaturos. No passado, apresentou os mecanismos de natureza narcísica – onipotência e negação - e voracidade, como mecanismo de natureza maníaca. No episódio presente, apresentou apenas onipotência. Quanto à negação, no momento presente, apresentou discernimento acerca de sua condição clínica. Está engajada no seu tratamento e percebe o desejo de não ter o TB, mas sem negar a sua ocorrência. Destaca-se a qualidade ou característica da manifestação do mecanismo onipotência/excepcionalidade: poder mágico para

solucionar os problemas dos outros e para mudá-los, para que não cometam erros. Patrícia relata que se sentiu abandonada pelos pais e avalia que foi muito errado, o que fizeram com ela. Parece que, na sua fantasia infantil, ela foi responsável pelos erros deles, pois eles a abandonaram por culpa sua e por ela não possuir valor ou importância suficientes para que eles a amassem. Nesse sentido, o sentimento onipotente de corrigir ou impedir que as pessoas cometam erros, por um lado, atualiza a vivência do abandono e, por outro, traz a possibilidade de corrigir os erros paternos.

Nos episódios depressivos passados, Patrícia apresentou os mecanismos de natureza melancólica - autodesqualificação e desinvestimento libidinal. Nesses momentos, ela se percebe de forma tão negativa que se tornam necessários o auto abandono e o afastamento do convívio social. Talvez, considerando-se a fantasia infantil, por não ser merecedora desse amor.

Síntese da formulação psicodinâmica

Patrícia possui uma visão muito negativa de si mesma – desqualificada, sem valor, inútil, medrosa e inferior. A autoimagem desqualificada e os afetos de culpa e medo do abandono levam-na a se vincular aos outros de forma autodesqualificante e submissa, sendo subserviente. O contato com sua imagem desqualificada, juntamente com a ameaça de abandono, despertam seu intenso sentimento de culpa desencadeando defesas narcísicas e maníacas, com as quais poderá, em fantasia, mudar e corrigir o outro, para que não seja abandonada.

Formulação do planejamento terapêutico – proposta ilustrativa de intervenção

Os vários anos sem tratamento adequado com a ocorrência de múltiplos episódios depressivos e de mania agravaram o quadro clínico de Patrícia,

provocando uma cristalização ou enrijecimento das defesas, no seu funcionamento.

Em função das vivências traumáticas (abandono, violência física, abuso psicológico e sexual) que teve em idade precoce, Patrícia tende a não confiar nas pessoas. Nesse sentido, uma das primeiras metas de curto prazo seria proporcionar um contexto acolhedor, para que Patrícia possa ir desenvolvendo a confiança básica para se constituir uma aliança terapêutica positiva. Para isso, é importante abordar os conflitos aos poucos, em pequenos passos, partindo dos temas menos ansiogênicos. Podemos começar pelo contexto do quadro de transtorno bipolar, o que nos leva a quatro micro metas: 1) proporcionar a conscientização sobre a necessidade do acompanhamento psiquiátrico e da medicação; 2) possibilitar o aprendizado de autocuidado para evitar o desencadeamento de novos episódios; 3) explorar as percepções e associações relacionadas aos seus medos e 4) explorar as percepções e sentimentos relacionados aos sintomas conversivos. Essas micro metas apontam para a necessidade de discussão do caso com o (a) psiquiatra considerando os sintomas de ansiedade e conversivos, para que a prescrição medicamentosa seja revista, o que representa nossa quinta meta para curto prazo. Outro ponto fundamental na psicoterapia refere-se ao padrão de relacionamentos de Patrícia, ou seja, a sua tendência a se submeter nas relações. Importante ficar atento (a) às reações contratransferenciais despertadas no contato com Patrícia, que, provavelmente, tentará agradar, corresponder às expectativas do(a) psicoterapeuta e se submeter à relação. Isso nos leva à sexta micro meta: proporcionar à Patrícia reflexões sobre seu modo de se relacionar com a(o) psicoterapeuta. Dito de outro modo, fazer a análise da transferência.

Em relação às metas de médio prazo, como primeira meta, sugerimos explorar as percepções acerca do sentimento de culpa para possibilitar que Patrícia faça associações em direção da percepção da autoimagem. Outra meta seria possibilitar a ela associações entre a culpa, o medo e os episódios depressivos e de mania, o que possibilitaria o reconhecimento de sua autoimagem negativa e o reconhecimento de seus valores, sua qualificação, nossas terceira e quarta metas de curto prazo. O alcance dessas metas proporcionaria recursos para que Patrícia avançasse para temas mais mobilizadores de ansiedade, nossas metas para longo prazo.

Sugerimos cinco macro metas para a psicoterapia de Patrícia: 1) possibilitar o reconhecimento do seu modo de se vincular às pessoas, sendo subserviente; 2) possibilitar o reconhecimento da fantasia infantil de ser a responsável por ter sido abandonada; 3) explorar as percepções e sentimentos relacionados à sua mãe; 4) explorar as percepções e sentimentos relacionados a seu pai e 5) explorar as lembranças e sentimentos ligados ao abuso sexual infantil. Espera-se que o alcance dessas metas poderá possibilitar à Patrícia uma nova forma de se relacionar, na qual poderá ser menos dependente e subserviente ao outro.

Formulação de caso do Grupo III – Jaqueline

“Era algo mais cheio de magia do que só uma opinião que eu tava dando pra ele. Entendeu? acho que era uma opinião cheia de magia, mas não no sentido de... é... uma fábula”.

Contextualização do caso – história de vida

Jaqueline, 38 anos, solteira, estudante, uma filha, mora com os pais. É a terceira filha numa família de três mulheres. O pai e a irmã do meio também possuem o diagnóstico de transtorno bipolar. Pelos relatos de Jaqueline, hipotetizamos que a mãe e a irmã mais velha possuam transtorno depressivo. A história de vida de Jaqueline foi marcada pelas instabilidades emocionais dos pais e por várias mudanças: de situação financeira, de casas e de cidades. A família tinha uma boa situação financeira que foi perdida devido às condições do pai. Jaqueline ainda estava no início da adolescência quando, durante um episódio de mania, o pai vendeu tudo o que tinham e foram morar numa comunidade alternativa, perdendo tudo. Desde então, a situação financeira da família ficou muito precária.

Jaqueline descreve-se como uma criança triste, amedrontada e que aprendeu a fazer as coisas sozinhas. Por volta dos seus 11 anos, sofreu abuso sexual de uma pessoa próxima, amigo e vizinho da família. Conta que na adolescência passou a se sentir mais segura, autônoma e brincalhona, principalmente em casa, e que “o espaço fora” é que trazia medo. A partir da adolescência, com mais autonomia, teve uma vida tumultuada, cheia de mudanças de casas, cidades e de namorados. Teve sua filha por volta dos 24 anos, quando teve seu primeiro episódio maníaco configurado, com início pós-parto, seguido de depressão. Teve uma segunda crise maníaca por volta dos 27 anos e ficou internada por dois meses. A segunda internação ocorreu por volta dos 32 anos, a

terceira com 34, a quarta com 36 e a quinta internação com 38 anos, ficando 26 dias na unidade psiquiátrica. A última internação ocorreu cerca de quatro meses antes da entrevista de pesquisa. Jaqueline é resistente em seguir os tratamentos de forma sistemática, abandonando a medicação sempre que se sente melhor.

Síntese da história de vida de Jaqueline

Jaqueline, 38 anos, solteira, estudante, uma filha, mora com os pais. É a terceira filha numa prole de três mulheres. Histórico de transtorno mental na família nuclear. O pai e a irmã do meio também possuem o diagnóstico de transtorno bipolar. Hipótese de que mãe e a irmã mais velha possuam transtorno depressivo. A história de vida de Jaqueline foi marcada pelas instabilidades emocionais dos pais e por várias mudanças: de situação financeira, de casas e de cidades. Por volta dos seus 11 anos, sofreu abuso sexual de uma pessoa próxima. Teve sua filha por volta dos 24 anos, quando teve seu primeiro episódio maníaco configurado, com início pós-parto, seguido de depressão. Histórico de cinco internações, sendo que a última ocorreu cerca de quatro meses antes da entrevista de pesquisa. Resistente em aceitar sua condição clínica e em aderir ao tratamento medicamentoso.

Avaliação – formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica

Jaqueline apresentava um *episódio depressivo maior moderado* no momento da avaliação. No entanto, mesmo estando deprimida apresentou-se muito falante, prolixa, com fuga de ideias e distratibilidade. Seu discurso estava confuso.

Na época da entrevista estava com o *humor deprimido*, experienciado subjetivamente como tristeza e vazio: “Estou triste, mas não pensando em coisas ruins. Na verdade, eu tava com a minha cabeça muito vazia”. E com *anedonia*,

vivenciada como perda de vontade e prazer: “Logo vieram as festas (ano novo), aí eu não tava bem, não tinha vontade nem de comer as coisas gostosas que eu poderia comer”. Apresentava *hipersonia*: “Eu tenho dormido demais”; *lentificação psicomotora*: “Eu tava muito parada, eu não tava falando quase nada. E eu sou muito falante. Se tinha uma conversa eu ficava ouvindo ou falava bem pouco assim” e *fadiga*, vivenciada como perda de energia e cansaço: “Me sentia sem energia e cansada”. Também apresentava *sentimento de culpa*: “Eu me sentia culpada, me cobrava, me cobrava por eu tá repetindo uma atitude, por eu tá entrando num período depressivo (...) aí eu colocava essas coisas todas que eu não fiz”. Em relação às *capacidades cognitivas* apresentou *alterações da memória*: “Eu não conseguia guardar, assim nenhuma matéria de jornal simples, eu não conseguia assimilar” e *inibição do pensamento*, com a experiência subjetiva de lentidão: “Eu tô pensando muito lentamente. Eu não consigo elaborar um pensamento. Eu não consigo assim, sonhar, planejar”. Em termos psicodinâmicos apresentou os mecanismos de natureza melancólica – *autodesqualificação*: “Eu comecei a me sentir feia, a achar que nenhuma roupa ia ficar bem em mim porque eu tava emagrecendo” e *desinvestimento libidinal*, vivenciado como o desejo de isolamento social: “Não tinha vontade de sair. Não queria conversar com ninguém. Eu não queria nem conversar mesmo”. No momento presente, Jaqueline também apresenta *autodesqualificação relacionada à culpa*, por identificar nos seus namorados um olhar semelhante ao do abusador, na época de sua infância: “Eu tinha medo desse gostar. Como é que eu posso gostar de alguém que tem o olhar dele? (o abusador). E o pai da minha filha tem o olhar dele. Então assim, é muito estranho a gente sentir atração por isso. Eu me sentia muito suja”.

Quanto aos *episódios de mania*, Jaqueline apresentou *humor irritável* ficando agressiva, violenta e se envolvendo em brigas: “Eu fiquei brava com ela e ela veio pra cima de mim também. E então, eu respondi também brigando. Aí, separaram a gente”; “E daí todo mundo começou a brigar comigo, a brigar comigo, brigar comigo, e ela colocou remédio na minha boca”. Também apresentou *agitação psicomotora*: “Eu lembro que eu fiquei muito, muito agitada” com *diminuição da necessidade de sono e aumento de atividades dirigidas a objetivos*: “Então eu comecei a trabalhar, com muito, muito mais ênfase do que eu já fazia (...) eu fiquei uma noite inteira em atividade”. O *envolvimento excessivo em atividades prazerosas* se manifestou em relações de namoro e sexo, inclusive durante as internações: “E daí logo eu me envolvi com um menino lá. Aí a gente ficou meio que namorando lá e quando saiu, a gente tava levando a sério”; “Eu tinha o meu noivo. Eu sabia disso, mas chegou um rapaz lindo assim, muito amigo, muito meigo e aí a gente trocou um beijo só. Aí ele me deu uma camiseta de presente”. Em relação às *capacidades cognitivas* apresenta *loquacidade*: “Sempre fico falante. Eu sou muito falante”. Jaqueline não se recorda de experienciar fuga de ideias e distratibilidade. Entretanto, como apresentou estes sintomas no momento da entrevista, mesmo estando deprimida, supomos que estes estejam presentes na mania em uma intensidade muito maior. Quanto à categoria diagnóstica *visão de si*, Jaqueline não identificou as experiências de autoestima inflada e grandiosidade. A respeito de Jaqueline não identificar ou não se recordar de algumas experiências ressaltamos que, por um lado, ela apresenta episódios maníacos graves, com sintomas psicóticos e dissociativos, com um histórico de cinco internações e que, realmente, muitas experiências não permaneceram conscientes. Por outro lado, parece que Jaqueline queria

“amenizar” a gravidade dos episódios maníacos, sendo extremamente detalhista em questões de pouca relevância e muita vaga e generalista em outros pontos.

Em relação aos *sintomas psicóticos* durante os episódios de mania, Jaqueline experienciou *delírio de referência*: “Eu tava conversando com alguém. Aí apareceu na televisão. E aquilo que a gente não tava conseguindo responder um por outro, aí a televisão veio e respondeu com o assunto que tava acontecendo, com qualquer assunto”; *delírio bizarro*: “Eu achava que tinham pessoas me vendo (...) a ponto de achar que de repente eu falei, nossa então quer dizer que dentro desse espelho tem um câmera, porque tão me vendo nessa brincadeira, vai ter uma hora que essa brincadeira vai acabar e vão se revelar”; *alucinações auditivas*: “Ouvi uma voz falando comigo” (não consegue relatar, depois negou a informação) e *estórias delirantes*: “Nessa quarta noite eu preciso dar um grito, só isso. E vou descansar. Eu não sei como isso ia acontecer, mas eu precisava falar dessa forma simples assim, porque eu sabia que era isso que tinha que acontecer. Eu precisava era expulsar essa placenta que tava no lugar errado, o meu corpo tava incomodando com ela, só que como eu falei dessa forma simples assim, o pessoal falou assim: ela tá entrando em crise” (relatando sobre as experiência que teve após o parto, quando ocorreu o primeiro episódio de mania. Tinha recebido alta médica e estava em casa. Acreditava que ainda tinha uma placenta dentro dela e que esta sairia com um grito); “Comecei a sentir uma energia muito negativa e daí a gente começou a ficar sabendo das questões de ditadura que aconteceram nos prédios da instituição. E daí eu percebia que aquilo que eu tava sentindo tava tendo uma resposta, né?” (relato referente ao episódio que levou à terceira internação).

Jaqueline também apresenta *sintomas dissociativos* na mania: “Eu não me lembro assim do processo de eu sendo retirada de casa pelos bombeiros, pela minha família. Eu lembro de eu acordando numa cama, amarrada”; “Foi a primeira vez que eu tive a informação de um período que eu estive acordada e eu tinha certeza que eu tinha ido me deitar. No dia seguinte quando clareou, eu tinha certeza que eu tinha acordado e levantado em minha cama. (...) Falaram pra mim: todo mundo foi dormir e você continuou, você não foi dormir, você não deitou, que você não dormiu essa noite. E eu me vi ir deitar, me vi levantar pra ir tomar café”.

Destaca-se o agravante de Jaqueline estar experienciando *sintomas psicóticos* fora e muito tempo antes do episódio de mania. O último episódio, com internação, ocorreu por volta de julho de 2012. Os relatos a seguir referem-se ao ano 2011: *alucinação olfativa*: “Eu comecei a sentir cheiros estranhos que me lembravam oferendas de quando eu era pequena, assim um cheiro meio azedo, meio forte assim, e... esse cheiro às vezes ficava três dias e às vezes ficava 15 dias, eu acordava e sentia esse cheiro. Eu tava no ônibus e eu tava e não parava. Até que eu comecei a chamar as pessoas, ah você ta sentindo um cheiro diferente? Ah, um perfume doce... ah não to sentindo nada, aí eu vi que era só eu né. E... assim, isso me permeou uns quatro... a seis ou oito meses”.

Em *termos psicodinâmicos*, Jaqueline apresentou os *mecanismos de natureza narcísica*: onipotência, negação e desqualificação. Ressaltamos que essas experiências são atuais, ou seja, não se restringem aos episódios de mania, pois Jaqueline ainda pensa e acredita nesses relatos. A *onipotência/excepcionalidade* se manifestou na crença de possuir capacidade de transformar as pessoas com suas histórias cheias de magia: “Aí eu falei assim, eu

vou contar uma estória pra gente se acalmar, pra gente dormir (...) Era algo mais cheio de magia do que, do que só uma, uma, uma opinião que eu tava dando pra ele. Entendeu? Acho que era uma opinião cheia de magia, mas não no sentido de... é... uma fábula”. A *onipotência/superioridade* foi vivenciada como ter melhores condições psicológicas do que os outros: “Durante a minha internação, até inclusive nessa última, algumas pessoas chegavam em mim e perguntavam se eu era terapeuta ou se eu era enfermeira ou se eu era médica, se eu era da equipe, porque não parecia que eu tava doente e não parecia que eu precisava de cuidado” e de ter mais coragem que outras pessoas: “Eu era a única pessoa que enfrentava, porque eu não gostava do jeito dele. Eu enfrentava mesmo, sabe, se todo mundo fazia, falava pra ficar quieta, eu não ficava”. A *negação/anulação do contexto frustrador* se manifestou em ignorar a realidade ou os problemas que estavam acontecendo: “Nesse dia ela (chefe) achou que eu tava tendo uma crise e me, e me, e chamou a minha mãe. E minha irmã veio trazer a minha mãe e elas chamaram a ambulância pra eu ir direto pra ir pro São Vicente, e eu não acreditava... Aí o bombeiro me levou de elevador e eu pedi pra uma amiga minha entrar, né, no elevador. Aí eu falei pra ela: ó, isso daqui, o que tá acontecendo... eu quero que você, que você explique depois pra mim, porque eu não quero ser capaz de entender isso agora, eu não quero ser capaz de entender a minha mãe, a minha irmã, a minha chefe, de tá fazendo uma coisa dessas, eu não quero acreditar nisso que tá acontecendo” (estava agitada e agressiva e chamaram o corpo de bombeiros); ou na recusa em reconhecer sua condição clínica: “Essa pressão que eu sinto das pessoas, tipo, eu não vou conseguir ficar bem porque eu soube que o meu tio tá sedado, que ele talvez não saia. Eu não vou conseguir se meu tio morrer. Sabe, isso, isso é assim, é uma fragilidade que eu não sei se eu tenho,

sabe? (...) Porque eu tenho que ser protegida a ponto de eu ter a necessidade de me defender e entrar numa crise?”. A *negação/distorção da realidade* se manifesta pela recusa em aceitar a realidade apresentando justificativas fantásticas: “Passei a tomar lítio, mas eu também não tinha entendido que era um medicamento que meu pai tomava... que eu podia ter a mesma coisa que ele, eu não entendi”; “Mesmo sabendo que eu tô numa situação limite, eu tô medicada pra não opinar, eu tô medicada pra não resolver coisas”. Jaqueline também apresentou *desqualificação*, principalmente em relação aos pais: “A minha mãe era muito medrosa, ela falava sempre dos limites”; “Eu sabia que meu pai nunca era o cara que trocava a telha, que arrumava tomada, que trocava a lâmpada. Então eu passei a fazer esse trabalho masculino também, braçal inclusive”.

Quanto aos *mecanismos de natureza maníaca*, Jaqueline apresentou voracidade e projeção. A *voracidade* se manifestou, na mania, como o desejo de fazer muitas coisas: “Comecei a ajudar bastante, aí tudo eu queria fazer bastante”. A *projeção* ainda se faz presente na percepção de Jaqueline, com a qual responsabiliza o outro por suas dificuldades: “Teve um problema (...) a médica tava sempre cancelando as consultas. Às vezes, *ela marcava as consultas pra um dia que eu não podia*. Então, isso acarretou é... prejuízos quanto ao que a gente tava fazendo”; “Minha irmã fala isso, que sou arrogante sabe, mas porque eu percebo que eles jogam em mim uma carga que eles não conseguem resolver, então eu é que tenho que resolver”.

Jaqueline apresentou como *comorbidades* no Eixo I o Transtorno Conversivo, quadro misto e sintomas de ansiedade de natureza fóbica e compulsiva. Em relação ao *transtorno conversivo*, experencia *sintomas motores*: “Eu comecei a tontear, tontear, tontear, mesmo sabe? Eu não conseguia ficar

sentada. Aí eu comecei a querer desmaiar”; “Eu ficava tonta e com aquela dor, aquela dor... Eu começava a adormecer assim e eu começava a estremecer”; “Teve o formigamento e a contração desse lado aqui e era involuntário (...) Eu comecei a não passar muito bem pela manhã, teve vontade de desmaiar e desmaiar... O meu corpo... Eu não conseguia andar” e *ataques ou convulsões*: “O meu corpo começou a se mover, a balançar, a chacoalhar assim, bem levemente e foi aumentando a velocidade assim. Daí, no momento que eu realmente senti que tinha alguma coisa, a minha cabeça baixou e eu não conseguia levantar e nem esticar. Se eu forçava, eu levantava, mas aquilo me impulsionava de novo pra baixo”; “Eu senti meu corpo vibrar, vibrar, vibrar. Eu comecei a vibrar muito mais, comecei a tremer. Eu tremia, tremia, tremia e daí começou a anestésiar até o meu rosto. Comecei a tremer. Eu caí no chão e me seguraram”.

Jaqueline experencia sintomas de *ansiedade de natureza fóbica*. Apresenta *medo de provas*: “Quando tem prova eu fico com muito medo, muito medo. Só do professor falar no dia de apresentar a ementa, já não dá vontade de não ir mais sabe?”; *medo de falar em público*: “Assim, já teve momento de eu deixar de falar, já teve momento de eu deixar de apresentar um seminário” e *medo de escrever em público*: “Eu fiquei anos, eu tinha muito medo de escrever na frente das pessoas. Eu tremia, eu não conseguia, assim tinha que assinar eu falava assim, ai meu Deus, eu não vou fazer isso agora”. Também experencia sintomas de *ansiedade de natureza compulsiva*: “Quando eu tiro o sapato ou quando eu tô sentada, não ponho o pé na risca assim sabe? Aí eu tiro o sapato. Se tá sujo, suado, eu não quero por no armário. Aí eu ponho no meio do quadrado. Se não tem espaço eu ponho assim na reta. Eu nunca ponho no meio desse X”; “Vejo a desorganização da minha filha, aquilo me dá até dor, sabe? Parece que vai pro

meu corpo, começa a me dar uma agonia que vai me doendo o corpo. Eu percebo assim: eu começo a sentir dor assim... Eu começo a sentir dor... Eu não quero mais o que eu ia fazer. Se eu tenho um compromisso naquele momento, eu já quero ficar em casa”. Não foi feito o diagnóstico específico para o Eixo II, mas Jaqueline apresentou *características de Personalidade Dependente* mostrando-se muito submissa, sugestionável e indecisa.

Ressaltamos que o quadro clínico de Jaqueline é de alta gravidade. Do ponto de vista descritivo, apresenta o transtorno bipolar, com sintomas psicóticos e dissociativos, transtorno conversivo, sintomas de ansiedade fóbicos e compulsivos e características da personalidade dependente. Outro agravante: começou a apresentar sintomas psicóticos não apenas nos episódios de humor. Essas informações indicam um agravamento da condição clínica em direção à configuração de um quadro psicótico (esquizoafetivo). Do ponto de vista do funcionamento psicodinâmico, Jaqueline recorre às defesas mais imaturas, de natureza narcísica e maníaca, mesmo estando em estado depressivo, o que também revela um estado psicótico. Vejamos a síntese das avaliações.

Síntese da formulação diagnóstica descritiva e psicodinâmica

Avaliação Multiaxial – DSM-IV-TR

Eixo I - Transtornos Clínicos: 296.42 - Transtorno Bipolar I, episódio atual depressivo maior, moderado. 300.11 - Transtorno Conversivo, quadro misto. Sintomas de ansiedade (fóbicos e compulsivos).

Eixo II - Transtornos de Personalidade: 799.9 – Diagnóstico protelado. Características de Personalidade Dependente.

Eixo III - Condições médicas gerais: Muitas queixas somáticas.

Eixo IV - Problemas psicossociais e ambientais: Abuso sexual na infância, disciplina inadequada na infância e adolescência, conflitos familiares, sequestro recente.

Eixo V: AGF = 32 (no momento da avaliação).

Avaliação Psicodinâmica – Triangulação psicodinâmica

1) *Contexto mobilizador de angústia:* Medo de ser abusada.

2) *Reações ou respostas:* Sintomas descritivos depressivos e maníacos, sintomas psicóticos, sintomas somatoformes, sintomas de ansiedade, sintomas dissociativos. Mecanismos psicodinâmicos: onipotência, negação, desqualificação, voracidade, projeção, autodesqualificação, desinvestimento libidinal. Sentimentos predominantes: culpa, medo, indecisão.

3) *Fantasia inconsciente/ Relação Objetal:* a) Autoimagem e autoestima: abusada, suja, doente; b) Objeto (Imagem do outro): desqualificador e abusador; c) Natureza do vínculo: abuso e dependência; d) Afeto: culpa e medo; e) Impulso: dependência ou fuga.

Formulação clínica – formulação psicodinâmica

Jaqueline recorre aos mecanismos de defesa mais imaturos, mesmo estando em estado depressivo. A prevalência destes mecanismos em seu funcionamento psicodinâmico promove uma percepção da realidade de forma altamente distorcida, em níveis psicóticos.

No momento da entrevista, apresentou mecanismos de natureza narcísica (onipotência, negação, desqualificação) e de natureza maníaca (projeção). Recusa-se em aceitar sua condição clínica (negação/anulação do contexto

frustrador), utilizando-se de estórias delirantes para justificar suas dúvidas (negação/distorção da realidade) ou atribuindo responsabilidades aos outros pelas suas dificuldades (projeção). Em seus relatos tentou convencer a avaliadora de que as cinco internações pelas quais passou foram desnecessárias do ponto de vista clínico (negação), sendo mais uma reação ou vontade de sua família (projeção e distorção da realidade). Nesse momento, se coloca como vítima de uma família adoecida e abusadora (projeção e desqualificação). De fato, o pai e a irmã do meio de Jaqueline possuem o diagnóstico de TB. No entanto, existem evidências de que seus episódios são realmente graves, nos quais fica extremamente violenta, com sintomas psicóticos e dissociação.

Jaqueline sofreu abuso sexual na infância. Essa experiência traumática deixou marcas em sua personalidade. Parece que essas marcas se manifestam de duas maneiras. Por um lado, Jaqueline percebe o outro como um potencial abusador, o que gera intensos sentimentos de medo - pois está sempre sob a ameaça de ser abusada - e culpa - por se interessar ou gostar de homens, identificados, na fantasia, como abusadores - o que contribui para a sua autodesqualificação: se perceber “suja”. Por outro lado, sua autoimagem desqualificada (suja e doente) e o intenso sentimento de medo, a impedem de desenvolver autonomia e a levam a se vincular de forma dependente. Nesse sentido, por via de um vínculo de dependência, Jaqueline se coloca nas relações numa posição de ser abusada. Assim, a mania e a dissociação surgem como possibilidades de fuga da situação abusadora e, paradoxalmente, colocam-na em situação de abuso.

Síntese da formulação psicodinâmica de Jaqueline

Jaqueline possui uma visão muito negativa de si mesma (abusada, doente e suja) e tende a perceber o outro como desqualificador e abusador. Em suas relações, tende a se vincular de forma dependente, o que desperta intensos sentimentos de medo de ser abusada e de culpa por se relacionar com abusadores. Assim, a mania e a dissociação surgem como possibilidades de fuga da situação abusadora e, paradoxalmente, colocam-na em situação de abuso.

Formulação do planejamento terapêutico – proposta ilustrativa de intervenção

A gravidade do quadro clínico de Jaqueline requer o uso de estratégias de intervenção em crise. Jaqueline negou a presença de comportamentos suicidas no passado e no presente. Entretanto, possui múltiplas vulnerabilidades - transtorno bipolar com comorbidades, grande recorrência a defesas imaturas, alta distorção da realidade e um estressor crônico grave: abuso sexual na infância – que configuram um elevado risco de suicídio. Nesse sentido, a primeira micro meta refere-se à avaliação do risco de suicídio. Na presença confirmada do risco, as próximas metas de curto prazo devem ser estratégias de prevenção do suicídio. A segunda micro meta refere-se a uma nova avaliação, pois Jaqueline começou a apresentar sintomas psicóticos “fora” dos episódios de humor e não foi possível avaliar melhor, devido ao seu estado clínico, nos momentos das entrevistas. Outra meta refere-se à discussão do caso com o(a) psiquiatra para adequação da medicação. O que nos leva à quarta micro meta: proporcionar a conscientização sobre a necessidade do acompanhamento psiquiátrico e da medicação. Em relação ao transtorno conversivo, as evidências apontam para origem psicogênica. No

entanto, é necessário descartar a condição médica. Assim, como quinta meta, sugerimos o encaminhamento à neurologia para avaliação. Frente às múltiplas vulnerabilidades de Jaqueline, além da intervenção em crise, devem predominar intervenções de natureza suportiva. Nesse sentido, sugerimos que os temas mais ansiogênicos e conflitantes sejam abordados em longo prazo.

Com as metas de médio prazo objetiva-se que Jaqueline desenvolva mais consciência sobre si mesma, sobre seus recursos e suas dificuldades. Assim, propomos quatro metas: 1) possibilitar o aprendizado de autocuidado para evitar o desencadeamento de novos episódios; 2) explorar as percepções e associações relacionadas aos seus medos; 3) explorar as percepções e sentimentos relacionados aos sintomas conversivos e de ansiedade e 4) proporcionar reflexão sobre seu modo de se relacionar com a (o) psicoterapeuta – análise da transferência.

Sugerimos cinco macro metas para a psicoterapia de Jaqueline: 1) explorar as percepções acerca de seu sentimento de culpa; 2) possibilitar associações entre a culpa, o medo e os transtornos; 3) possibilitar o reconhecimento de sua autoimagem negativa, associada à culpa em relação ao abuso; 4) possibilitar o reconhecimento do seu modo de se vincular às pessoas, sendo dependente e contribuindo para abusos; 5) explorar as lembranças e sentimentos ligados ao abuso sexual infantil. O alcance dessas metas poderá possibilitar a Jaqueline uma nova forma de se relacionar, na qual poderá ser mais independente e autônoma. No próximo capítulo, apresentaremos nossas considerações finais acerca das análises dos dados.

CAPÍTULO IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se não conseguimos ver as coisas claramente, pelo menos veremos claramente quais são as obscuridades” (Sigmund Freud).

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentaremos nossas considerações finais alternando a discussão de uma forma abrangente para uma forma mais singular, dependendo da situação e do contexto. Primeiro, discorreremos sobre os principais pontos de reflexão identificados nas análises e discussões dos dados, abordando as evidências clínicas-empíricas e o suporte teórico com as respectivas implicações clínicas. Em seguida, discutiremos algumas considerações e limites acerca do método utilizado em nossa pesquisa. Por fim, delinearemos algumas perspectivas de investigação para estudos futuros.

Principais pontos de reflexão

A análise dos dez casos nos mostrou que a maioria dos sujeitos começou a apresentar sintomas ainda na adolescência, por volta dos seus 20 anos, recebendo o diagnóstico de TB já decorridos quase dez anos de curso do transtorno. Alguns sujeitos receberam os diagnósticos mais precocemente, ainda mais jovens, como por exemplo, os sujeitos 03, 05 e 08, atualmente com 28, 23 e 27 anos respectivamente, que receberam os diagnósticos por volta dos seus 19 anos. Pela análise dos relatos, parece que os diagnósticos mais precoces possibilitaram a esses sujeitos aderirem mais rapidamente aos tratamentos e apresentarem maior estabilização do quadro clínico, o que poderá contribuir para um prognóstico mais positivo. Dentre eles, destaca-se o sujeito 08 com histórico de duas internações na adolescência e sintomas dissociativos, que, no momento da avaliação, estava há quase cinco anos sem ocorrência de episódios. A literatura especializada indica que diagnóstico tardio e o tratamento inadequado contribuem para o agravamento do quadro (Taylor & cols, 2011; Almeida & Lafer, 2010; Braga, Kunzler e Yu Hua, 2008; Costa, 2008; Gomes e Lafer, 2007; Alcântara e cols, 2003). Nesse

sentido, sugerimos que os clínicos dediquem um tempo maior para os primeiros contatos com o paciente, com a finalidade de realizar um bom acolhimento e uma avaliação de qualidade, com maior eficácia e precisão, para se fazerem planejamentos terapêuticos e intervenções mais adequadas e eficientes, o que contribui para a adesão do paciente aos tratamentos indicados.

A análise dos dados mostrou que, de um modo geral, em relação aos Eixos I e III, os sujeitos de nossa amostra apresentaram comorbidades previstas nas pesquisas - transtornos de: ansiedade, somatoformes, de alimentação, uso/ abuso de substâncias ou obesidade (Barbosa & cols, 2011; Carvalho & cols, 2011; Gentil, 2009; Costa, 2008; Sanches, Assunção & Hetem, 2005; Alcântara & cols, 2003). Em relação aos transtornos de personalidade, apesar de não realizado o diagnóstico específico, observamos que quatro sujeitos apresentaram características das personalidades: narcisista (sujeitos 01 e 04), esquiva (sujeito 05) e dependente (sujeito 07). Temos referências clínicas significativas nos relatos desses sujeitos indicando que suas características de personalidade causaram impacto no curso do transtorno e na adesão aos tratamentos. As pesquisas sobre o tema indicam que o tratamento das comorbidades é fundamental em pacientes com TB (Kramer, 2008; Gunderson & cols., 2006), pois estas podem agravar o quadro clínico ou desencadear episódios (Barbosa & cols, 2011; Carvalho & cols, 2011; Gentil, 2009). Assim, uma avaliação de qualidade se faz necessária para identificar essas comorbidades e para se fazer os encaminhamentos clínicos necessários e específicos. Em nosso estudo, a entrevista psicodinâmica, a entrevista diagnóstica com a SCID e o Diagnóstico Multiaxial pelo DSM-IV-TR se revelaram como excelentes instrumentos para a avaliação, o detalhamento e o levantamento de hipóteses das comorbidades clínicas. Quanto à avaliação da

personalidade pelo sistema descritivo pode-se utilizar a SCID-II que avalia os transtornos do Eixo II.

Em nossa análise observamos que a grande maioria dos sujeitos (nove sujeitos) vivenciou situações de violência física, sexual ou psicológica durante idades precoces. Esses dados apontam para a importância de se realizarem pesquisas sobre o impacto de eventos traumáticos ou crônicos no desenvolvimento do TB. Também observamos que dois sujeitos que apresentavam um episódio depressivo no momento da avaliação (sujeitos 05 e 10), começaram a apresentar os sintomas depressivos após a ocorrência de situações negativas em suas vidas, enquanto o sujeito 04 começou a apresentar sintomas de mania após ter sofrido um sequestro violento, com alto risco de morte. Esses dados apontam para a necessidade de se pesquisar sobre a relação entre a ocorrência de eventos de vida e o desencadeamento dos episódios. Estudos sobre o tema indicam que, com portadores do TB, lidar com eventos de vida deve ser uma meta de longo prazo (Kramer, 2008; Bock, & Koesler, 2005). Entretanto, identificar a ocorrência de eventos de vida torna-se importante já no início do processo, pois estes eventos podem se caracterizar tanto como estressores crônicos que podem contribuir para o desenvolvimento do quadro (Johnson & cols, 2008; Alloy & cols, 2005) quanto como precipitadores de crises ou episódios depressivos ou maníacos (Johnson, 2005_a e 2005_b; Johnson & cols, 2004). Nessa perspectiva, com a identificação de fatores de vulnerabilidades (crônicos ou precipitadores) torna-se possível desenvolver estratégias de prevenção (Almeida & Lafer, 2010). Existem instrumentos específicos para avaliação e identificação dos eventos de vida (Montenegro & Tavares, 2005). Na SCID, é possível obter essas informações na

Avaliação Preliminar e no Módulo F, que avalia os transtornos de ansiedade, especificamente na avaliação do Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

As análises dos dez casos nos mostrou que três sujeitos (07, 08 e 10) apresentaram sintomas dissociativos. Todos do sexo feminino, sendo que duas mulheres sofreram abuso sexual na infância (sujeitos 07 e 10) e a terceira (sujeito 08) vivenciou as primeiras experiências sexuais na adolescência, de forma traumática (experienciada subjetivamente como abusiva), desenvolvendo um episódio maníaco com dissociação, pouco tempo depois (por volta dos seus 18 anos). Esses dados sugerem que o abuso sexual na infância e as experiências sexuais traumáticas interagem com o desenvolvimento de experiências dissociativas e apontam para a necessidade de se realizarem pesquisas sobre o impacto dessas experiências sobre a vida dessas pessoas. Estudos sobre o tema indicam uma associação entre a vivência de experiências abusivas ou traumáticas e a apresentação de sintomas dissociativos (Costa, 2010; Taboas & cols., 2006), com uma relação maior com o abuso sexual, (Waller & cols., 2000; Boon & Draijer, 1993). As pesquisas também indicam a relação entre dissociação e o envolvimento em situações de violência física (Costa, 2010; Simoneti, Scott, & Murphy, 2000) e maior dificuldade em perceber e responder adequadamente às intervenções terapêuticas (Abreu, 2009; Spitzer & cols., 2000). Nessa perspectiva, a identificação da ocorrência dessas experiências é importante para se desenvolver estratégias preventivas. Com a entrevista psicodinâmica e com a SCID foi possível identificar essas experiências, mas podem-se utilizar instrumentos mais específicos.

Em nossa amostra, dois sujeitos (09 e 10) já tentaram suicídio, sendo que o sujeito 09 fez múltiplas tentativas. As análises dos dados mostraram que, durante os episódios depressivos, estes sujeitos apresentaram os comportamentos suicidas (pensamentos de morte, ideação, planejamento e tentativa) associados aos intensos

sentimentos de culpa e de inutilidade, vivenciados de forma dolorosa e intolerável, o que os impulsionou ao ato suicida. Esses dados sugerem que a presença de afetos intoleráveis tem um impacto sobre os comportamentos suicidas e podem aumentar o seu risco. Estudos revelam que o índice de tentativas de suicídio entre pessoas com TB é mais elevado (entre 15 e 50%) do que entre outros pacientes psiquiátricos (Kramer, 2008). Esse risco aumenta com a vivência dos afetos intoleráveis (Montenegro & Tavares, 2012; Hendin & cols, 2010; Maltzberger & cols, 2006) que, também, podem funcionar como “gatilhos internos” ou emocionais para o uso de substâncias na tentativa de administrar esses afetos (Washton & Zweben, 2009; Pratta & Santos, 2006; Tavares, Beria & Lima, 2004; Khantzian, 1997). A associação desses três fatores de alto risco torna o quadro alarmante, com altíssimo risco de suicídio e deve ser avaliado já no início do processo. A SCID avalia a presença de comportamentos suicidas no Módulo A, ao investigar os episódios depressivos. No Módulo E, avalia a presença dos transtornos por uso de substâncias. Também é possível avaliar esses fatores por outros métodos ou entrevistas clínicas. Quanto ao risco de suicídio sugerimos a HeARTS - História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio – uma entrevista clínica semiestruturada de avaliação dos comportamentos suicidas, conforme a singularidade de cada caso (Montenegro & Tavares, 2012_a e 2012_b; Camarotti & Tavares, 2009).

Em nossa amostra, identificamos os indicadores clínicos triunfo (natureza maníaca) e dor psíquica (natureza melancólica) apenas nos relatos de Maria (sujeito 01), que estava levemente maníaca na avaliação e apresenta características da personalidade narcisista. A ocorrência desse fenômeno nos levou a cinco reflexões: 1^a) as definições por nós desenvolvidas se mostraram ineficientes em

descrever os mecanismos, dificultando a identificação de suas ocorrências; 2^a) o modo de condução da entrevista pode não ter possibilitado oportunidades adequadas para se avaliar esses conceitos; 3^a) o método escolhido para a identificação dos mecanismos – análise do discurso, não possibilitou a identificação destes, 4^a) é característico desta amostra não apresentar estes indicadores e 5^a) o estilo de personalidade e a condição clínica de Maria, no momento da avaliação, possibilitaram a identificação destes mecanismos em seus relatos, o que não foi possível fazer nos relatos dos outros nove sujeitos.

A análise dos casos mostrou que, dentre os indicadores psicodinâmicos selecionados, os mecanismos voracidade e negação (de natureza maníaca) e os mecanismos onipotência, desqualificação e idealização (de natureza narcísica), foram os mais utilizados. A literatura caracteriza esses mecanismos como imaturos e indica a prevalência do uso da negação e maior dependência de defesas de natureza narcísica, principalmente nos estados de mania (Sharma & Sinha, 2010; Kramer, 2008, Bion, 1957 [1991]; Klein, 1935[1996], 1940 [1996]). Destacamos os casos de Maria (sujeito 01) e de Patrícia (sujeito 06) que estavam em estado de mania, no momento da avaliação, e apresentaram discrepâncias na apresentação dos sintomas maníacos e na utilização das defesas, sendo que em Maria a manifestação foi muito superior. Destacamos também o caso de Jaqueline (sujeito 07) que se configurou como um paradoxo, pois, no momento da avaliação, estava em estado depressivo e demonstrou utilizar mais defesas narcísicas e maníacas do que Patrícia em estado de mania. Esses dados sugerem que as características da personalidade interagem na recorrência aos mecanismos de defesa e na manifestação sintomática, o que aponta para a necessidade de se realizar o diagnóstico de personalidade para avaliar o impacto do estilo de

personalidade sobre o curso do transtorno e fazer o planejamento terapêutico adequado a cada caso.

Em nossas análises, encontramos diferentes configurações e manifestações sintomáticas que nos levou a identificar três grupos de tipos diferentes de ocorrência do Transtorno Bipolar I: 1) com características da personalidade narcisista e sem sintomas psicóticos, 2) com sintomas psicóticos e 3) com sintomas psicóticos e dissociativos. São três tipos com diferentes manifestações sintomáticas e diferentes configurações e expressões das defesas ou mecanismos psicodinâmicos. Esses dados nos sugerem que o aumento da amostra e a expansão das fontes de encaminhamento, abarcando instituições da rede privada, poderiam possibilitar a identificação de outros tipos de configurações. Por outro lado, as análises dos três casos selecionados (que melhor representavam estes grupos prototípicos) nos mostraram diferenças significativas e discrepantes nas configurações e manifestações dos quadros clínicos desses sujeitos que se assemelham pelo diagnóstico, pelos sintomas apresentados, pelas defesas utilizadas e mesmo, por eventos de vida. Essas diferenças nos sugerem que poderia ser um erro clínico grave ou até mesmo um grande risco realizar o tratamento desses três casos de forma padronizada. A identificação dos grupos prototípicos sugere que os clínicos devem avaliar as diferentes configurações e manifestações do quadro e considerar tanto as vulnerabilidades quanto os recursos individuais para se fazerem as intervenções.

Nosso trabalho buscou fazer a aliança entre a avaliação diagnóstica da psicopatologia, própria do estudo de caso, e a compreensão psicodinâmica, de fundamento psicanalítico, referente à construção do caso (D'Agord, 2005). Essa aliança foi possível por via do método de formulação de caso, com o qual

elaboramos a formulação psicodinâmica, o que demonstrou ser possível chegar à compreensão do funcionamento psicodinâmico a partir da escuta do psicopatológico. A vantagem em fazer o diálogo entre a visão descritiva e a visão psicodinâmica, por meio da formulação de caso, foi que assim obtivemos em curto prazo uma compreensão mais integrada do sujeito com a caracterização de suas vulnerabilidades. Essa possibilidade é crucial, pois nos informa se o quadro clínico, por exemplo, é de alta gravidade e por isso requer intervenção imediata. Essas possibilidades adquiridas em curto prazo são de extrema importância para os serviços de Intervenção em Crise, por exemplo, que requerem rapidez e eficácia no processo de avaliação e compreensão do caso e na tomada de decisões acerca de procedimentos clínicos.

Considerações e limites metodológicos

Nosso estudo é exploratório e qualitativo. O método utilizado – análise de conteúdo – abre um território de investigações contendo limites os quais apresentaremos a seguir.

O primeiro se refere ao número de participantes. Foram entrevistados dez sujeitos, cinco homens e cinco mulheres, o que não nos possibilita informações ou dados que possam ser generalizados para o entendimento do transtorno bipolar I. O segundo refere-se à gravidade da situação clínica de cada caso, sendo que a maioria dos sujeitos (sete, dos dez casos) apresentou características psicóticas e três apresentaram dissociação. Quanto a este ponto, destacamos que todos os sujeitos foram encaminhados de serviços de saúde mental da rede pública do Distrito Federal. Tem-se conhecimento das precárias condições atuais de funcionamento desses serviços no DF. Assim, as poucas vagas que existem para atendimento levam as instituições a realizarem atendimentos apenas dos casos mais graves ou em crise. Essa realidade do nosso sistema de saúde pública pode

ter definido nossa amostra como sendo de casos mais graves e com características psicóticas, o que é esperado nessas unidades de atendimento (Almeida & Lafer, 2010).

O terceiro refere-se ao nosso método de avaliação: análise de conteúdo por um avaliador capacitado. Esse método se configura como de alto custo, na medida em que são necessárias as transcrições das entrevistas clínicas ou das sessões de psicoterapia e a capacitação do avaliador. Por consequência, a produção de dados é demorada e trabalhosa. O quarto diz respeito ao número de avaliadores. Apenas a pesquisadora, com a supervisão do orientador, realizou as avaliações e análises de conteúdo. Dessa forma, não foi possível fazer comparações das análises ou das codificações dos critérios ou indicadores com outros avaliadores para verificar a confiabilidade clínica destes critérios. Outra consideração, ainda a respeito do método, refere-se às entrevistas de avaliação. Foram programadas duas entrevistas, uma psicodinâmica e outra de diagnóstico descritivo para o Eixo I. Durante as análises, identificamos características de personalidade que indicavam a presença de transtornos no Eixo II. Nesse sentido, uma avaliação específica dos transtornos de personalidade se apresentou como necessária para uma melhor e mais abrangente compreensão do sujeito e do transtorno que o acomete.

Uma última consideração refere-se aos indicadores clínicos ou mecanismos de defesa selecionados. As pesquisas atuais sobre o tema têm se utilizado de organizações hierárquicas de níveis de funcionamento defensivo, que vão do menor até o mais adaptativo: psicótico, imaturo, neurótico e maduro (Sharma & Sinha, 2010; Kramer, 2008; Vaillant, 2000; Vaillant & Drake, 1985). Em nosso estudo, nos concentramos na identificação das defesas imaturas de

natureza narcísica, maníaca ou melancólica. Nesse sentido, não avaliamos a presença dos outros mecanismos.

Perspectivas para pesquisas futuras

Algumas perspectivas para investigações futuras decorrem de nossas reflexões discutidas anteriormente. Discorremos sobre essas perspectivas.

Além do aumento da amostra sugerimos expandir as fontes de encaminhamento, abarcando instituições e consultórios particulares. Em nossa pesquisa, todos os encaminhamentos advieram da rede pública e encontramos três grupos prototípicos para o Transtorno Bipolar I. Pensamos que com os encaminhamentos da rede privada a amostra poderá se tornar mais heterogênea e outros grupos prototípicos poderão ser identificados. Sugerimos a avaliação sistemática de transtornos de personalidade que se mostrou necessária em nosso estudo, pois a análise dos dados sugeriu uma interação entre as características de personalidade e a configuração e expressão dos sintomas e mecanismos de defesa. Também sugerimos a avaliação do risco de suicídio com o uso da HeARTS, o que irá proporcionar a melhor contextualização dos comportamentos suicidas. Incentivamos a utilização do método de formulação de caso nas pesquisas futuras, pois este se mostrou de grande relevância e utilidade para a pesquisa e a prática clínica. Por último, sugerimos expandir os quadros clínicos e os mecanismos de defesa para avaliação, abarcando as organizações defensivas em vários níveis de adaptabilidade. Assim, podem-se comparar os resultados encontrados nos transtornos: bipolar I, bipolar II e depressivo, por exemplo, para descobrir se existem características comuns nas organizações defensivas destes três quadros clínicos que possam auxiliar no diagnóstico diferencial.

EPÍLOGO

“Só que a coisa em si mesma não desaparece porque lhe demos um nome” (Bion).

Se fosse possível sintetizar as experiências vividas na realização deste estudo numa única palavra, certamente seria: *aprendizado*. Tentamos explicitar essa experiência no artigo: “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I): revisão narrativa e relato de experiência” (Anexo B). No entanto, ele também não se mostra suficiente, pois o que vivenciamos representa muito mais.

O processo de aprendizagem foi amplo e, muitas vezes, sofrido. Enfrentamos muitas adversidades nos âmbitos institucionais (nos trâmites burocráticos, nas relações com gestores e gerências de serviços...), nas definições e redefinições de objeto e método de pesquisa, na vida pessoal... Em muitos momentos, tivemos que, praticamente, recorrer às estratégias de intervenção em crise para ser possível realizar este estudo. Foi difícil nos deparar com gestores, chefias e profissionais de saúde mental que desconhecem a importância de serviços de intervenção em crise e da realização de diagnósticos.

Um aprendizado também doloroso foi lidar com minha onipotência de querer “descobrir a pedra filosofal” do transtorno bipolar e trazer contribuições revolucionárias (pensamento mágico ou como dizia Bion sobre o pensamento onipotente: o lugar da estupidez, arrogância e burrice). Os limites do estudo foram se apresentando no decorrer do processo e, também, mostrados de forma carinhosa e parcimoniosa pelo meu orientador.

Neste momento, posso dizer que o maior legado que este trabalho trouxe para a minha vida pessoal e de clínica-pesquisadora, além de “aprender a fazer perguntas”, foi descobrir que à cada “pretensa” resposta encontrada, várias outras perguntas se apresentam... E que esse é o caminho!

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS
E
ANEXOS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. L. (2009). Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 270-6.

Abreu, L. N., Lafer, B., Baca-Garcia, E. & Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 271-80.

Akkerman, K., Lewin, T. J., & Vaughan, C. J. (1999). Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 80–7.

Akkerman, K., Vaughan, C., & Lewin, T. (1992). Changes in ego defenses with recovery from depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 634–8.

Alcântara, I., Schmitt, R., Schwarzthaupt, A. W. e cols. (2003). Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *Revista de Psiquiatria*, 25'(supl. 1), 22-32.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R. & Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review* 25 (2005) 1043–75.

Alloy, L. B., Reilly-Harrington, N., Fresco, D. M., Whitehouse, W. G., & Zechmeister, J. S. (1999). Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 21–40.

Almeida, K. M. & Lafer, B. (2010). *Avaliação de personalidade em transtorno afetivo bipolar por meio do estudo de pares de irmãos*. Tese de Doutorado. Programa de Psiquiatria. Faculdade de Medicina. São Paulo: USP

Anderson, R. (org) (1994). Conferências clínicas sobre Klein e Bion. Trad. Mandelbaum, B. H. Rio e Janeiro: Imago Editora.

APA – [American Psychological Association](http://www.scid4.org/). (S/d). *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID PTSD Module)*. <http://www.scid4.org/> site visitado em 12/05/2013.

Askofaré, S. & Alberti, S. (2011). Estrutura e discurso: problema e questões do diagnóstico (estrutura, discurso, diagnóstico). *Revista Affectio Societatis*, v. 8, 15, 1-21.

Baranger, W. & Baranger, M. (1969). La situación analítica como campo dinámico. In: *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires, Kargieman, 129-64.

Barber, J; Morse, J. Q.; Krakauer, I. D. et al. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited expressive-supportive therapy. *Psychotherapy*, 34: 133-143.

Barbosa, I. G., Ferreira, R. A., Huguet, R. B., Rocha, F. L., Salgado, J. V. & Teixeira, A. L. (2011). Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60,4,271-6.

Barnett, J. H. & Smoller, J. W. (2009). The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, 164(1), 331-43.

Beautrais, A. (2003) Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46, 9, 1137-56.

Berrios, G. E. (1988). Melancholia and Depression During the 19th Century: A Conceptual History (Lecture). *British Journal of Psychiatry*, v. 153, 298-304.

Berrios, G. E. (2012). Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 15, n. 3, 590-608.

Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D. e Wasserman, D. (2004) Psychiatric Diagnoses and Suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25, 4, 147-155.

Bion, W. R. (1991 [1955]). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. Em: Spillius, E. B. (org) (1991). *Melanie Klein hoje*, vol. 1. Trad. Mandelbaum, B. H. Rio e Janeiro: Imago Editora, 69-88.

Bion, W. R. (1991 [1957]). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica

Bion, W. R. (2004). *O aprender com a experiência*. 2ª ed.; tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed.

Bond, M., Banon, E., & Grenier, M. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 7, 301–18.

Braga, A. R. M., Kunzler, L. S. e Yu Hua, F. (2008). Transtorno de humor bipolar: diversas apresentações de uma mesma doença. *Revista de Psiquiatria*, 30(1),77-80.

Brietzke, E., Moreira, C. L. R., Toniolo, R. A & Lafer, B. (2011). Clinical correlates of eating disorder comorbidity in women with bipolar disorder type I. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 162-65.

Britton, R. (1994 [1985]). A situação edípica e a posição depressiva. Em: Anderson, R. (org) (1994). *Conferências clínicas sobre Klein e Bion*. Trad. Mandelbaum, B. H. Rio e Janeiro: Imago Editora, 48-59.

Bronnec, M., Corruble, E., Falissard, B., Reynaud, M., Guelfi, J. D., & Hardy, P. (2005). Reports on defense styles in depression. *Psychopathology*, 38, 9–15.

Bronstein, C. (2010). Two modalities of manic defences: Their function in adolescent breakdown. *International Journal of psychoanalysis*, 91:583–600.

Cacilhas, A. A., Magalhães, P. V. S., Ceresér, K. M., Walz, J. C., Weyne, F., Rosa, A. R., Vieta, E. e Kapczinski, F. (2009). Bipolar disorder and age-related functional impairment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 354-7.

Camarotti, J. & Tavares, M. (2009). *A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Cardoso, B. M., Sant'Anna, M. K., Dias, V. V., Andreazza, A. C., Ceréser, K. M. & Kapczinski, F. (2010). *Alcohol*, 42, 451-57.

Carneiro, C. A. (2013). A prática da psicanálise. *Psique: ciência & saúde*, Ano VII, nº 87, 72-8.

Carvalho, D. T., Araújo, A. F. L. L., Gomes, A. A. D., Ferro, C. C., Barbosa, F. M., Medeiros, H. M. F., Costa, J. B. R., Neto, J. S. L., Lima, R. A. & Araújo, F. S. (2011). Transtorno bipolar do humor: comorbidades e relações com etiopatogenia; idade e gênero. *Neurobiologia*, 74(2), 145-62.

Caspar, F. & Ecker, S. (2008). Treatment of an avoidant patient with comorbid psychopathology: a plan analysis perspective. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64(2), 139-53.

Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados sobre associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de psiquiatria*, 31, (supl I), 31-5.

Cooper, S. H. (1998). Changing notions of defense with in psychoanalytic theory. *Journal of Personality*, 66(6), 947-64.

Costa, A. M. N. (2008). Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (3), 104-110.

Costa, M. J. P. (2010). *Experiências dissociativas, traumáticas e sintomas psicopatológicos numa amostra da população reclusa masculina de Coimbra*. Dissertação de mestrado em psicoterapia e psicologia clínica. Instituto Superior Miguel Torga: Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

Cramer, P. (1988). The defense mechanisms inventory: a review of research and discussion of the scales. *Journal of Personality Assessment*, 52, 142–64.

Crits-Cristoph, P., Cooper, A. e Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 56: 490-95.

Davanloo, H. (ed) (1986). *Short-term dynamic psychotherapy*. London: Jason Aronson. 283-302.

Del-Ben, C.M.; Vilelab, J. A. A.; Crippab, J. A. de S.; Hallaka, J. E. C.; Labatec, C. M. e Zuardia, A. W. (2001). Confiabilidade da “Entrevista Clínica

Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica” traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 23(3), 156-9.

Delouya, D. (2002). Acerca da *comunicação*: entre Freud (1895) e Klein (1946). *Ágora*, v. V, n. 1, 79-90.

Despland, J.N., Despars, J., de Roten, Y., Stiglar, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 10, 155–64.

Domanico, A. & Tavares, M. (2005). *Um estudo preliminar para o desenvolvimento de um modelo de registro clínico em psicoterapia psicodinâmica*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília: UnB.

Dör, J. (1991). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Tradução: Bastos, J. & Telles, A. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores.

Dunker, C. I. L. & Neto, F. K. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 14, n. 4, 611-626.

Eells, T., & Lombart, K. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamics therapists. *Psychotherapy Research*, 13, 187-204.

Falvey, J. (2001). Clinical judgment in case conceptualization and treatment planning across mental health disciplines. *Journal of Counseling and Development*, 79, 292-303.

Fan, A. H. & Hassell, J. (2008). Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. *Journal Clinical of Psychiatry*, 69(11):1794-803

Faraone, S. V., Glatt, S. J., Tsuang, M. T. (2003). The genetics of pediatric-onset Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 970-77.

Fekete, Vörös & Osvath (2004) Life events and psychopathology in the group of suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 110 (Supplement 421): 45.

Feldman, M. (1994). Cisão e identificação projetiva. Em: Anderson, R. (org). (1994). *Conferências clínicas sobre Klein e Bion*. Tradução Belinda H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago Editora, 88-102.

Fernandes, C. A. & Celes, L. A. M. (1999). *Um furo no psiquismo: melancolia-depressão*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Brasília: UnB.

Figueiredo, A. C. & Machado, O. M. R. (2000). O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*, v.III, n.2, 65-86.

Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: A means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(5), 463-73.

Freud, S. (2006 [1915]). Luto e Melancolia. Em: Freud, S. (2006). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*,. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Freud, S. (2006 [1932]). Conferência XXXI: A decomposição da personalidade psíquica. Em: Freud, S. (2006). *Obras psicológicas completas de*

Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica: baseado no DSM-IV*. 2ª ed. Trad. Luciana N. A. Jorge e Maria Rita S. Hofmeister. Porto Alegre: Artmed.

Gabbard, G. O. (2005 [2004]). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed.

Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*, 4ª ed. Trad. Maria Rita S. Hofmeister. Porto Alegre: Artmed.

Gentil, V. (2009). Bipolar disorder and concurrent psychiatric and medical disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(8), 29-36.

George, E. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Simoneau, T. L., Taylor, D. O. (2003). The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorders*, 5(2), 115-22.

Gomes, B. C. & Lafer, B. (2007). Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (2), 84-89.

Gunderson, J. G., Weinberg, I., Daversa, M. T., Kueppenbender, K. D., Zanarini, M. C., Shea, M. T., et al. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1173-8.

Gunderson, J.G. e Gabbard, G. O. (1999). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal American Psychology Association*, 47: 679-704.

Haynes, S.N. (1993). Treatment implications of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 5, 251-65.

Helen M. Lyon, H. M., Startup, M. & Bentall, R. P. (1999). Social Cognition and the Manic Defense: Attributions, Selective Attention, and Self-Schema in Bipolar Affective Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 108, No. 2, 273-82.

Hendin, H., Al Jurdi, R.K., Houck, P.R., Hughes, S., & Turner, J.B. (2010). Role of intense affects in predicting short-term risk for suicidal behavior: a prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 3, 220-25.

Hendin, H., Maltzberger, A.L., Hass, A.P. & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 2, 115-28.

Hendin, H., Maltzberger, J.T., & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 5, 363-68.

Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Tradução: José Octavio A. Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas.

Holmes, J. (1998). The changing aims of psychoanalytic psychotherapy: an integrative perspective. *International Journal Psycho-Analysis*, Vol. 79, 227-40.

Horowitz, L. M.; Rosenberg, S. E.; Baer, B. A.; Ureño, G.; Kalehzan, B. M. & O'Halloran, P. (1989). Psychodynamic Formulation, consensual response method, and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.

Howard, K.I, Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-64.

Hoyt, W. T. (2002). Bias in participant ratings of psychotherapy process: an initial generalizability study. *Journal of Counseling Psychology*, 49(1), 35-46.

Hyun, M., Friedman, H. M., & Dunner, D. L. (2000). Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2, 131–35.

Issler, C. K., Sant'Anna, M. K., Kapczinski, F. & Lafer, B. (2004). Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl III):31-6.

Johnson, S. L. (2005_a). Goal regulation in mania. *Clinical Psychology Review*, 25, 241–62.

Johnson, S. L. (2005_b). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25, 1008–27.

Johnson, S. L., & Miller, I. (1997). Negative life events and recovery from episodes of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 449–57.

Johnson, S. L., Cueller, A. K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R., & Miller, I. (2008). Life Events as Predictors of Mania and Depression in Bipolar I Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, v.117, n.2, 268–77.

Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Keitner, G. (2000). Increases in manic symptoms following life events involving goal-attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 721–27.

Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 80, 101-14.

Joseph, B. (1991). Identificação projetiva – alguns aspectos clínicos. Em: Spillius, E. B. (org). (1991). *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e*

da técnica, vol.1. Tradução: Belinda H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago Ed., 146-58.

Junqueira, C. & Coelho Junior, N. E. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline? *Psicologia Clínica*, vol.18, n.2, 25-35.

Kassaw, K.; Gabbard, G. O. (2002). Creating a psychodynamic formulation from the clinical evaluation. *American Journal Psychiatry*, 159, 721-726.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent application. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-44.

Klein, M. & Riviere, J. (1975). *Amor, ódio e reparação – as emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico*. 2ª Ed. Coleção Psicologia Psicanalítica. Dir. Jayme Salomão. São Paulo: Imago Editora Ltda.

Klein, M. (1982_a). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. Em: Klein, M. e cols.(1982 [1952]). *Os progressos da psicanálise*, 3ª ed., trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 313-43.

Klein, M. (1982_b). Sobre a teoria de ansiedade e culpa. Em: Klein, M. e cols.(1982 [1952]). *Os progressos da psicanálise*, 3ª ed., trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 290-312.

Kramer, U. (2008). *Adaptational Processes in Affective Disorders: Conceptual, Empirical and Clinical Perspectives*. Dissertation. Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg. Fribourg: Suisse.

Kramer, U.; Berger, T. & Caspar, F. (2009). Psychotherapeutic Case Conceptualization Using Plan Analysis for Bipolar Affective Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 352-67.

Lambert, M.J. (1998). Manual-based treatment and clinical practice: Hangman of life or promising development? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5, 391-95.

Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeesch, D.A., Nielsen, S.L. & Hawkins, E.J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.

Lambotte, M.C. (1998). *O discurso melancólico*. Trad. Felgueiras, S. R. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck Jr., P. E., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., et al. (2002). Early physical or sexual abuse and the course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 51, 288–97.

Levine, H. (2011). ‘The consolation which is drawn from truth’: the analysis of patient unable to suffer experience. In: Mawson, C. (ed.). (2011). *Bion today*. London & New York: Routledge, 188-211.

Lozano, B. E., & Johnson, S. L. (2001). Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *Journal of Affective Disorders*, 63, 103–11.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.

Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the

general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 387-94.

Machado-Vieira, R. & Soares, J. C. (2007). Transtornos de humor refratários a tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (Supl II), 48-54.

Magtaz, A. C. & Berlinck, M. T. (2012). Orality disorders in melancholia: acedia as stagnation. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 15, n. 3 (Suppl.), 683-703.

Malan, D. (1983). *Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Martins, F. (2003). *Psicopatologia II: semiologia clínica: investigação teórico-clínica das síndromes psicopatológicas clássicas*. Colaboração de Arílson Corrêa da Costa e Cláudio Cortes Paiva. Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.

Mawson, C. (ed.). (2011). *Bion today*. London & New York: Routledge.

McElroy, S., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck, P., Frye, M., Denicoff, K., Nolen, W., Kupka, R., Leverich, G., Rochussen, J., Rush, A. J., & Post, R. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 3.

Meier, S. T. (1999). Training the practitioner-scientist: bridging case conceptualization, assessment, and intervention. *The Counseling Psychologist*, 6, 846-69.

Meier, S. T. (2003). *Bridging case conceptualization, assessment, and intervention*. London: Sage Publications.

Meyer, L. & Melchert, T. P. (2011). Examining the Content of Mental Health Intake Assessments From a Biopsychosocial Perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21:1, 70–89.

Montenegro, B. & Tavares, M. (2005). *Eventos de vida e risco de suicídio em estudantes de uma universidade pública brasileira*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.

Montenegro, B. & Tavares, M. (2012_a). HeARTS – CL: a operacionalização de variáveis como recurso para o julgamento clínico do risco de suicídio. Manuscrito, artigo de tese de doutorado, Universidade de Brasília.

Montenegro, B. & Tavares, M. (2012_b). *O julgamento clínico do risco de suicídio*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Naves, M. & Tavares, M. (2007). *Uso de um modelo padronizado de registro clínico na psicoterapia psicodinâmica*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília: Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília.

Naves, M. & Tavares, M. (2008). *Intervenção em Crise: saberes e práticas clínicas em diferentes contextos e situações*. XXXVIII Reunião Anual de Psicologia, 2008, Uberlândia/MG. Comunicação oral.

Naves, M., Tavares, M., Domanico, A. & Villemor-Amaral, A. E. (2012). Registro Clínico: funções e benefícios. In: (2012) Viana, T. C.; Diniz, G. S.; Fortunato, L. C. e Zanello, V.. (Org.). *Coleção Psicologia Clínica e Cultura UnB - Volume I*. 1ed. Brasília - DF: Liber Livro Editora Ltda, v. I: 529-46.

Neves, F. J. L. (2007). A psicanálise kleiniana. *Reverso*, ano 29, n.54, 21-8.

Neves, F. S., Malloy-Diniz, L. F., Barbosa, I. G. e cols. (2009). Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 114-8.

Nilsson, D. & Svedin, C. G. (2006). Dissociation among Swedish adolescents and the connection to trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 9, 684-9.

Oquendo, M. A., Currier, D., Liu, S., Hasin, D. S., Grante, B. F. & Blanco, C. (2010). Increase risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: on alcohol and related conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 902-09.

Paniago, I. M. L. & Viana, T. C. (2008). O refúgio psíquico como o estranho recurso da resistência. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, v. VIII, nº 4, 1099-119.

Paul, G.L. & Menditto, A.A. (1992). Effectiveness of inpatient treatment programs for mentally ill adults in public psychiatric facilities. *Applied & Preventive Psychology*, 1, 41-63.

Perry, J. C. (2001). A pilot study of defenses in psychotherapy of personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 651-60.

Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 865-895.

Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1989). An empirical study of defense mechanisms I : Clinical Interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-452.

Perry, J. C., & Hoglend, P. (1998). Convergent and Discriminant Validity of Overall Defensive Functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 529-535.

Perry, J. C., & Hoglend, P., Shear, K., Vaillant, G. E., Horowitz, M. J., Kardos, M. E., Bille, H., & Kagan, D. (1998). Field Trial of a diagnostic Axis for defense mechanisms for DSM-IV. *Journal for Personality Disorders*, 12, 1-13.

Perry, J. C., & Ianni, F. F. (1998). Observer-Rated Measures of Defense Mechanisms. *Journal of Personality*, 66(6), 993-1024.

Perry, S.; Cooper, A.; e Michles, R. (1987). The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, Vol.144 (5), 543-550.

Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New York: Yale University Press.

Pine, F. (1990). *Drive, ego, object and self: a synthesis for clinical work*. New York: Yale University Press

Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2006). Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas*, v.2, n.2.

Prieto, D. (2002). *Sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto na tentativa de suicídio*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Raimy, A. C. (Ed.). (1950). *Training in clinical psychology*. New York: Prentice Hall.

Reilly-Harrington, N. A., Alloy, L. B., Fresco, D. M., & Whitehouse, W. G. (1999). Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 567–78.

Rizvi, S., & Zaretsky, A.E. (2007). Psychotherapy through the phases of bipolar disorder: Evidence for general efficacy and differential effects. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(5), 491–506.

Rosenfeld, H. (1991[1971]). Uma abordagem clínica para a teoria psicanalítica das pulsões de vida e morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo. Em: Spillius, E. B. (org) (1991). *Melanie Klein hoje*, vol. 1. Trad. Mandelbaum, B. H. Rio de Janeiro: Imago Editora, 243-59.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). Verbetes sobre melancolia e sobre mania. *Dicionário de psicanálise*. Trad. de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Supervisão da ed. bras. de Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Sanches, R. F., Assunção, S. e Hetem, L. A. B. (2005). Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, suplemento 1, 71-77.

Santos, T. C. & Sartori, A. P. (2007). Loucos de amor! Neuroses narcísicas, melancolia e erotomania feminina. *Tempo Psicanalítico*, v.39, 13-33.

Sar, V., Akyüz, G., & Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169-76.

Schmidt, E. (2013). Melancolia, depressão e suas narrativas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 89-99.

Schwartzmann, A. M., Amaral, J. A., Cilly Issler, C. e cols. (2007). A clinical study comparing manic and mixed episodes in patients with bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 130-3.

Scott J. (1995). Psychotherapy for bipolar disorder: An unmet need? *British Journal of Psychiatry*, 167, 581-88.

Segal, H. (1991 [1956]). Depressão no esquizofrênico. Em: Spillius, E. B. (org) (1991). *Melanie Klein hoje*, vol. 1. Trad. Mandelbaum, B. H. Rio de Janeiro: Imago Editora, 60-8.

Sharma, P. & Sinha, U. K. (2010). Defense mechanisms in mania, bipolar depression and unipolar depression. *Psychology Studies*, 55(3): 239–47.

Shea, M.; Yang, L. H. & Leong, F. T. L. (2010). Loss, psychosis, and chronic suicidality in a Korean American immigrant man: integration of cultural formulation model and multicultural case conceptualization. *Asian American Journal of Psychology*, 1:3, 212–23.

Sifneos, P. E. (1993). *Psicoterapia Breve Provocadora de ansiedade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sifneos, P.E. (1971) Two different kinds of psychotherapy of short duration. In: Barten, H.H. (eds). *Brief therapies*. New York: Behavioral Publications, 82-9.

Simoneti, S., Scott, E. C., & Murphy, C. M. (2000). Dissociative experiences in partner-assaultive men. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1262-83.

Smoller, J. W., & Finn, C. T. (2003). Family, twin, and adoption studies of Bipolar Disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 123C, 48-58.

Sperry, L. (2005_a). Case Conceptualization: A Strategy for Incorporating Individual, Couple and Family Dynamics in the Treatment Process. *The American Journal of Family Therapy*, 33:353–64.

Sperry, L. (2005_b). Case conceptualizations: The missing link between theory and practice. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*.

Sperry, L., Grissom, G., Brill, P., & Mrion, D. (1997). Changing clinician's practice patterns and managed care culture with outcomes systems. *Psychiatric Annals*, 27, 127–132.

Spillius, E. B. (org) (1991). *Melanie Klein Hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica*, vol. 1. Trad. Mandelbaum, B. H. Rio de Janeiro: Imago Editora, 243-59.

Spitzer, C., Abraham, G., Reschke, K., Michels, F., Siebel, U., & Freyberger, H. J. (2000). Posttraumatic stress disorder following high- and low-magnitude stressors in psychotherapeutic inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7,379–84.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, Aug; 49(8), 624-9.

Spratt, C.G. & Carey, T. A. (2009). Can a control model approach assist case formulation in psychotherapy? *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2, 197–210.

Sprinkle, S.D. (2002). Criterion validity, severity cut scores and test-retest reliability of the Beck Depression Inventory-II in a university counseling center sample. *Journal of Counseling Psychology*, v. 49, n.3, 381-5.

Steiner, J. (1991). O interjogo entre Organizações Patológicas e as Posições Esquizo-paranóide e Depressiva. In: Spillius, E. B. (org). (1991). *Melanie Klein Hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 329-48.

Steiner, J. (1994). O equilíbrio entre as posições esquizo-paranóide e depressiva. Em: Anderson, R. (org). (1994). *Conferências clínicas sobre Klein e Bion*. Tradução: Belinda H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago Editora, 60-72.

Steiner, J. (1997). *Refúgios psíquicos: Organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteirços*. Tradução: Quintana, R. & Sette, M. L. Rio de Janeiro: Imago.

Straker, M. (1986). An overview. In: Davanloo, H. (ed). *Short-term dynamic psychotherapy*. London: Jason Aronson. 221-35.

Summers, R. F. (2003). The psychodynamic formulation updated. *American Journal of Psychotherapy*, Vol 57(1), 39-51

Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, nº5, 704-714.

Taboas, A. M., Canino, G., Wang, M. Q., Garcia, P., Bravo, M. (2006). Prevalence and Victimization Correlates of Pathological Dissociation in Community Sample of Youths. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 4, 439-48.

Tavares, B. F., Beria, J. U. & Lima, M. S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, v.38, n.6, 787-96.

Tavares, M. (1995). O papel do clínico-pesquisador para o desenvolvimento da psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, V.8, 169-80.

Tavares, M. (1997). *Adaptação e padronização da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV no Brasil*. Relatório de projeto de pesquisa no CNPQ. Brasília: Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília.

Tavares, M. (1999_a). *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Transtornos do Eixo I – Edição para pacientes – SCID-I/P – (versão 2.0). Traduzida para o português*. Brasília: Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília.

Tavares, M. (1999_b). *Manual da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Transtornos do Eixo I. Traduzido para o português*. Brasília: Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília.

Tavares, M. (2000). A entrevista estruturada para o DSM-IV. Em: Cunha, J.A. e cols (2000). *Psicodiagnóstico –V. 5ªed. Revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed, 75-87.

Tavares, M. (2004). A clínica na confluência da história pessoal e profissional. Em: Codo, W. (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes. 53-103.

Taylor, M., Bressan, R. A., Neto, P. P. e Brietzke, E. (2011). Intervenção precoce no transtorno bipolar: necessidades atuais, rumos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 33, Suplemento II,

Tonelli, H. (2011). Empatia no transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5):207-8.

Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F. e Dalbenc, I. (2001). Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2):79-87.

Tummala–Narra, P., Singer, R., Zhushan Li e cols (2012). Individual and Systemic Factors in Clinicians’ Self-Perceived Cultural Competence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43:3, 165-74.

Vaillant, G. E. (2000). Adaptive Mental Mechanisms. Their role in a Positive Psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.

Vaillant, G. E., Drake, R. E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601

Van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experience Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-82.

Ventura J., Liberman, R.P, Green, M.F., Shaner, A e Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID-I/P) *Psychiatry Research*. 79:163-73.

Waller, G., Hamilton, K., Elliot, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., et al. (2000). Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 81-98.

Washton, A. M. & Zweben, J. E (2009) *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: ArtMed.

Wexler, B. E., Lyons, L., Lyons, H., & Mazure, C. M. (1997). Physical and sexual abuse during childhood and development of psychiatric illnesses during adulthood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 522–34.

Williams, P. (1998). Internet site discussion: “the changing aims of psychoanalytic psychotherapy: an integrative perspective” by Jeremy Holmes. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 841-51.

**ANEXO A: MANUAL DE TREINAMENTO PARA USO DO MODELO DE
REGISTRO CLÍNICO ESCRITO**

Universidade de Brasília
Laboratório de Saúde Mental e Cultura

Meirilane Naves
Marcelo Tavares
Alexandre Domanico

**MANUAL DE TREINAMENTO PARA USO DO MODELO DE
REGISTRO CLÍNICO ESCRITO**

Brasília – 2006

Apresentação

Este manual destina-se ao treinamento e capacitação de psicólogos e estudantes de psicologia para o uso de um modelo padronizado de Registro das informações clínicas geradas na psicoterapia psicodinâmica individual. Descreveremos, a seguir, o contexto de sua construção e desenvolvimento.

Contexto de construção e desenvolvimento do Modelo de Registro

A construção e o desenvolvimento do Modelo de Registro responde às necessidades impostas por um contexto prático clínico. Assim, o Modelo representa uma resposta de aplicação prática às exigências advindas da clínica psicoterápica. Nesse sentido, partindo de um problema clinicamente relevante – *a necessidade de padronizar e orientar a elaboração do registro de informações obtidas na prática clínica* – um modelo preliminar de registro clínico escrito para a psicoterapia psicodinâmica individual foi construído (Tavares, xxxx), desenvolvido e implementado em um estudo anterior (Domanico, 2005). Por sua vez, o uso desse modelo está sendo descrito, caracterizado, analisado e qualificado em trabalho atual (Naves, 2006), visando construir um conhecimento empírico clinicamente significativo. O Modelo fundamenta-se num modelo de relação objetal e se destina ao registro das informações geradas durante a psicoterapia psicodinâmica individual (ver Domanico, 2005. cap.II).

A construção de um modelo de registro mostra-se significativamente importante, pois além de padronizar e orientar a sua execução, o que contribui para o sucesso da psicoterapia, também responde às exigências inerentes ao exercício da profissão de psicólogo clínico, com suas implicações éticas e legais. Com efeito, o Conselho Federal de Psicologia – CFP (2005^a; 2005b; 2000), por meio da Resolução CFP N° 010/05, publicada em 21 de julho de 2005 que aprova

o Código de Ética Profissional do Psicólogo e da Resolução CFP N° 010/00, publicada em 20 de dezembro de 2000 que especifica e qualifica a psicoterapia como prática do psicólogo, determina a realização do registro de informações clínicas.

Por outro lado, a sistematização de uma prática de registros clínicos escritos torna-se fundamentalmente importante por oferecer proteção e segurança ao clínico no exercício de sua profissão. É de conhecimento geral que todo profissional de saúde possui responsabilidades éticas e legais em relação às pessoas que atende, acompanha ou realiza algum tipo de tratamento. Essa responsabilidade também inclui proteger a vida humana da autodestruição (suicídio) ou da destruição de outrem (homicídio) e implica na possibilidade do profissional sofrer processos por “mau exercício da profissão”. A responsabilidade pela informação, formação, capacitação, apreensão de conhecimento técnico e o registro adequado dos julgamentos clínicos, dos procedimentos adotados e das sessões ocorridas constituem algumas das recomendações feitas para o clínico reduzir o risco do mau exercício de sua profissão (Fremouw, Perczel e Ellis, 1990). Descrito o contexto de construção e desenvolvimento do Modelo, apresentaremos algumas reflexões sobre o registro clínico escrito e sua definição operacional.

Reflexões sobre o Registro Clínico Escrito

A implicação de estar numa relação, o que caracteriza o trabalho do psicólogo clínico, suscita e gera um conjunto de informações e dados que constituem o material clínico que deverá ser recolhido, armazenado, analisado, transmitido e comunicado. O clínico deve inscrever, deve registrar suas percepções, interpretações e elaborações dos fenômenos ocorridos na situação ou

realidade na qual ele se confrontou com pessoas, definiu objetivos e procedimentos a serem utilizados. Deve construir uma situação, colocá-la em perspectiva e a comunicar. Deve registrar o material clínico obtido nesses confrontos. Por sua vez, o registro desse material pode ocorrer através de diferentes modos de inscrição: por filmagem, por fotografia, por gravação de áudio e por escrita. Nesse sentido, o clínico poderá, por exemplo, gravar uma sessão para depois transformar esse material acústico em transcrição escrita ou fazer um registro escrito da sessão ocorrida. Por sua vez, esse registro constituído pelo procedimento de fixação pela escrita conduz a uma materialização e objetivação do material clínico (Plaza, 2004) ou à escrita da clínica (Mezan, 1998).

Nessa perspectiva, a fixação do material clínico em forma de um registro clínico escrito torna-o um traço permanente de memória, diminuindo as deformações próprias ao processo mnêmico humano, o que possibilita ir para além do tempo. Dito de outra forma, o registro escrito possibilita-nos revisitar o material clínico arquivado minimizando os prejuízos que o tempo poderia trazer, sem o recurso da memória objetivada ou materializada. Certamente, essa memória materializada, esse registro clínico escrito não corresponde à transcrição idêntica dos acontecimentos ou à visão integral da realidade referida mas sim, se fundamenta no ponto de vista do clínico. Não significa a descrição da experiência de um encontro nem a tentativa de reproduzir aquilo que ocorreu na experiência. Significa uma construção, um recorte (Nogueira, 2004). No registro escrito sobre um momento da relação entre pessoas, intervêm a formação, a personalidade e os pontos cegos do clínico, o procedimento de elaboração e o quadro de atividade do profissional (Giami e Plaza, 2004). Desse modo, o registro escrito é um recorte,

uma interpretação do clínico sobre o momento referenciado e representa a sua significação sobre as questões ou temas selecionados na escuta do paciente. Feitas as reflexões, vejamos a definição e discussão do conceito de Registro Clínico Escrito.

Definição e discussão do conceito de Registro Clínico Escrito

Em nossa definição o registro é um *“documento que apresenta um conjunto de informações, relacionadas entre si, sobre determinados fenômenos ocorridos numa relação, organizadas, elaboradas e registradas de acordo com a percepção e interpretação ou recortes do registrador”* (Naves, 2006).

Com efeito, esta compreensão do registro enquanto um documento elaborado a partir das percepções, interpretações e organizações de um registrador acerca de um fenômeno observado numa situação de relacionamento, evidencia a condição de ser um “ponto de vista”, um recorte, bem como a condição de dinamicidade. Por um lado, ao evidenciar um “ponto de vista”, ou seja, a percepção e interpretação do registrador, o registro acaba denunciando os desconhecimentos, os “pontos cegos” daquele que o elabora. Ao mesmo tempo, possibilita novas percepções, interpretações e elaborações, novos olhares ou pontos de vista, para além do registrador. Novas interpretações advindas daquele(s) que o acessam, daqueles que consultam esse registro. E é justamente essa possibilidade de novas interpretações, por outro lado, que traz a condição de dinamicidade, pois evidencia que o registro é um documento constituído por material dinâmico, “vivo” que poderá ser reinterpretado e reelaborado a partir de cada nova consulta ou acesso a este documento. Nessa perspectiva, o registro pode ser considerado enquanto um documento de construção dinâmica, podendo ser ressignificado na medida em que representa um objeto vivo de construção de

conhecimento acerca de uma situação ou fenômeno. Vejamos, agora, as funções e atributos do registro.

Funções e atributos do registro clínico escrito

Considerando as reflexões apresentadas anteriormente, podemos elencar *onze funções e atributos* para o registro escrito do material clínico. São funções e atributos do registro:

- 1) Criar um traço permanente de memória objetivada, uma fixação escrita que documenta recortes de situações e acontecimentos do processo psicoterapêutico;
- 2) Minimizar as deformações inerentes ao transcorrer do tempo;
- 3) Manter e possibilitar o acesso e retomada da memória objetivada, com a minimização de deformações e esquecimentos inerentes ao tempo;
- 4) Organizar de forma mais otimizada o material clínico;
- 5) Promover maior efetividade da reflexão clínica;
- 6) Possibilitar melhor compreensão do indivíduo em processo psicoterapêutico;
- 7) Possibilitar melhor compreensão do processo de psicoterapia;
- 8) Possibilitar melhor norteamento para a condução do processo;
- 9) Possibilitar melhor transmissão e compartilhamento dessas situações e informações nos contextos de supervisão, da própria psicoterapia e nos contextos de pesquisa e comunicação científica;
- 10) Oferecer proteção e segurança ao profissional, considerando-se as responsabilidades éticas e legais implicadas no exercício dessa clínica; e
- 11) Contribuir para o sucesso da psicoterapia.

Elencados os atributos do registro clínico, apresentaremos o Modelo de Registro.

Modelo de Registro

O modelo padronizado de registro clínico escrito foi apresentado em estudo preliminar (Domanico, 2005). A apresentação do Modelo, definições, instruções e formulários para registros das sessões iniciais e das sessões subsequentes fazem parte do Manual de psicoterapia, desenvolvido por Naves, Tavares e Domanico, (2004). Esse manual sofreu reformulações no decorrer do processo de pesquisa e das reflexões advindas do seu uso. O presente Manual refere-se à versão atual do Manual de Treinamento e Capacitação para o Uso do Modelo Padronizado do Registro Clínico. Os campos para preenchimento dos formulários que constituem o modelo desenvolvido podem ser observados na Tabela 1, apresentada a seguir.

Tabela 1 – Campos dos formulários para a sessão inicial e sessões subsequentes

Tipos de campos	Campos	Sessão inicial	Sessões subsequentes
Descritivos	Falas (pt e terapeuta)	- Queixa - Histórico da queixa - Sintomas e histórico - Tratamentos anteriores - Desenvolvimento	Registro livre das falas
	Observação	Y	XY
Analíticos	Avaliação	Y	XY
	Transferência	XY	XY
	Elementos do conflito	XY	XY
	Formulação psicodinâmica	XY	XY
	Planejamento	XY	XY

Tabela extraída e adaptada de Domanico, 2005.

Note-se que os símbolos “X” e “Y” indicam, respectivamente, quais campos devem ser preenchidos de acordo com o trabalho desenvolvido por Domanico (2005) e por Naves (2006). Essa reformulação e adaptação advêm das

reflexões ocorridas no decorrer do processo de pesquisa e da utilização do modelo de registro. Pode-se observar, com a análise da tabela, que a única diferença entre as duas versões é que na atual todos os campos são preenchidos desde a primeira sessão.

Apresentado o modelo de registro clínico escrito, descreveremos os campos que o constituem: a) os campos descritivos – falas e observação; e b) os campos analíticos – avaliação, transferência, elementos do conflito, formulação psicodinâmica e planejamento.

Campos Descritivos

Os Campos Descritivos são compostos pelos subcampos fala e observação e irão subsidiar a construção dos demais campos que são analíticos. Estes campos são concebidos enquanto descritivos por apenas descreverem o que aconteceu ou o que foi observado, o que foi escutado e o que foi dito. Pode ser pensado na síntese: o que vejo, o que ouço e o que digo. Referem-se ao comportamento observável e nenhuma inferência ou avaliação se aplicam durante o seu preenchimento. Estes subcampos representam as evidências clínicas nas quais as inferências, as avaliações e hipóteses diagnósticas se pautam. O preenchimento desses campos independem do referencial teórico do clínico. Descreveremos mais detalhadamente esses dois subcampos descritivos.

Falas

No subcampo *Falas* devem ser registradas as principais falas do paciente e do psicoterapeuta, durante a sessão. As falas referentes ao paciente devem estar entre aspas (p.e. “estou me sentindo bem hoje”). As falas referentes ao psicoterapeuta devem vir entre colchetes (p.e. [como se sente?]). Em relação às falas do psicoterapeuta, recomenda-se que sejam registradas apenas falas

interpretativas, pois falas de clarificação ou de estímulo, por exemplo, podem ser subtendidas no decorrer da leitura do registro.

Concebido dessa forma, o registro mostra-se prático, pois não é necessário que seja construído um novo texto discursivo para retratar o que o paciente disse. Ao mesmo tempo, se torna menos dispendioso em relação ao volume de trabalho, à extensão do documento escrito bem como ao tempo utilizado para a sua elaboração.

Ressaltamos as qualidades de documento (função 1) e de amparo legal (função 10) do registro escrito. Assim, feita a investigação sobre ideação suicida, por exemplo, essa informação deve ser incluída no registro. Considerando uma possível tentativa ou mesmo o suicídio do paciente, o psicoterapeuta poderá ser questionado sobre a realização da avaliação do risco de suicídio. Caso essa avaliação esteja no registro, existirão evidências de que a investigação foi feita, o que permite a avaliação da qualidade do processo e apresenta informações completas para subsidiar eventuais pesquisas sobre o tema.

Queixa

O subcampo *queixa* deve apresentar as principais dificuldades enfrentadas atualmente pelo paciente, inclusive os sintomas. Como podem surgir muitas queixas, poderá ser identificada uma queixa principal, aquela que mais incomoda o paciente e que efetivamente o levou para a psicoterapia.

Neste subcampo, também devem ser apresentados exemplos de situações em que essas dificuldades se manifestam. Assim, a idéia é descrever a queixa e os sintomas do paciente de forma contextualizada, indicando quando eles ocorrem, onde ocorrem, quais os contextos que podem estar associados, entre outras informações que estejam disponíveis para a compreensão da situação.

Quando um diagnóstico for registrado é importante que sejam oferecidos elementos para a sua compreensão. Sendo assim, devem ser registradas as características (sinais e sintomas) do paciente que poderiam suportar tais diagnósticos. Isso deve ser aplicado a qualquer diagnóstico que seja registrado.

História da queixa

As queixas que foram apresentadas no subcampo queixa devem ter o seu histórico registrado no subcampo história da queixa. Este subcampo apresenta uma visão processual de como a queixa se desenvolveu. Deve estar registrado quando as queixas começaram, o que estava acontecendo na vida do paciente na época, como as queixas foram tratadas anteriormente, como evoluíram e qual o impacto que tiveram na vida do paciente, entre outras informações. Em outras palavras espera-se que seja registrada uma narrativa detalhando como foi o início do desenvolvimento das queixas.

Não se deve esperar uma relação de causa e efeito entre eventos da vida do paciente e o surgimento das queixas, mas que sejam consideradas situações que possam ter influenciado o surgimento ou exacerbação do sintoma e que possam evidenciar a psicodinâmica do paciente.

Desenvolvimento

O registro desse subcampo deve apresentar um panorama geral de como foi a vida do paciente, apresentar questões ligadas ao relacionamento entre o paciente, seus pais e irmãos (ou pessoas próximas que tenham exercido esse papel), o desenvolvimento da sexualidade, os primeiros namoros e a intimidade existente nesses namoros, a entrada na escola, o primeiro emprego, ou seja, os principais pontos de referência para o paciente e, principalmente, os afetos e experiências associados a cada uma dessas passagens. Essas informações devem

ser registradas em ordem cronológica. Certamente, a memória do paciente terá várias idas e vindas com relação a questões temporais. Dessa forma, cabe ao psicoterapeuta estruturar as informações.

Registrar períodos ou datas em que determinados eventos ocorreram possibilita que as experiências possam ser relacionadas adequadamente.

Outra questão importante com relação à história de desenvolvimento é construir o genograma do paciente para apresentar sua composição familiar e seus vínculos.

Observação

No subcampo *observação* consideram-se duas questões principais. A primeira refere-se à associação entre um comportamento e o contexto em que ele surge. Assim, no lugar de registrar “paciente chora”, deve ser registrado “paciente chora ao falar sobre a mãe”. A associação entre o comportamento e o contexto são evidências que auxiliam no momento da avaliação e no do registro. Com essas informações, também será possível inferir e antecipar uma possível reação do paciente ao se falar de um certo tema.

A segunda questão refere-se à permanência ou mudança de comportamento. Caso um comportamento seja apresentado de forma semelhante e, principalmente, de forma diferente na sessão que está sendo registrada, essas informações devem ser pontuadas no registro (p.e. paciente continua chegando atrasado ou paciente chegou pontualmente, ou paciente começa a olhar para a psicoterapeuta enquanto fala).

O registro de informações no subcampo observações deve ser restrito às observações, ou seja, devem ser apresentadas informações baseadas naquilo que

foi observado diretamente. As inferências estão associadas ao subcampo *avaliação*.

Campos analíticos

Os Campos Analíticos são compostos pelos subcampos: avaliação, transferência, elementos do conflito, formulação psicodinâmica e planejamento. A construção desses subcampos analíticos é subsidiada pelos campos descritivos que oferecem as evidências clínicas para a formulação de hipóteses a respeito do funcionamento psicodinâmico do paciente. Estes campos são concebidos enquanto analíticos por apresentarem um estudo pormenorizado de fenômenos clínicos percebidos na relação terapêutica. Isso significa que para elaborar a formulação psicodinâmica este fenômeno é decomposto em vários elementos que são analisados separadamente e, posteriormente, reunidos em síntese, numa análise clínica que parte de pormenores para alcançar uma compreensão maior e integrada do funcionamento psíquico. Para o preenchimento desses subcampos é necessária uma reflexão clínica fundamentada no referencial teórico da psicoterapia psicodinâmica, em especial, um modelo de Relação objetal. Pode ser pensado na síntese: o que infiro, o que avalio, o que julgo. Descreveremos mais detalhadamente os subcampos analíticos.

Avaliação

O subcampo *avaliação* apresenta a compreensão que o psicoterapeuta tem do caso. É uma inferência que tem como base aquilo que foi dito pelo paciente (o conteúdo registrado no campo fala) e percebido pelo psicoterapeuta (o conteúdo registrado no campo observação). A elaboração da inferência leva em consideração o modelo teórico usado.

Os subcampos *falas* e *observação* são integrados e não se espera uma repetição do conteúdo que já foi registrado. Deve haver um alinhamento entre as informações contidas nesses subcampos e a construção do subcampo *avaliação*.

A *avaliação* agrega valor à compreensão que se tem do paciente, ou seja, é feita com base naquilo que foi dito pelo paciente e observado pelo terapeuta. Esse é o momento de fazer e registrar uma reflexão analítica do caso, como por exemplo, “paciente sente-se profundamente vulnerável em relação aos seus conflitos com a mãe e sua dificuldade de enfrentamento desses conflitos parece relacionada a sua dinâmica depressiva”.

Transferência

Este subcampo deve evidenciar como as relações com outras pessoas são vivenciadas na psicoterapia. A apresentação da transferência deve ser feita na forma de uma narrativa. Essa narrativa deve associar a forma como o paciente se relaciona com o psicoterapeuta, fundamentada pela forma como ele se relaciona com os diversos contextos da sua vida. De fato, de acordo com a TRO, por influência de Klein, o que se transfere é a angústia e, por conseqüência, as relações objetais na fantasia inconsciente.

Elementos do conflito

O registro dos elementos do conflito abrange três elementos que evidenciam, caracterizam e qualificam a *triangulação psicodinâmica*. Estes são: 1) Contexto mobilizador de ansiedade; 2) Respostas ou Reações; e 3) Relações Objetais. Veremos cada elemento em pormenores.

Contexto Mobilizador

Nesse subcampo são identificadas e registradas as situações que provocam mais ansiedade para o paciente. Podemos pensar em fatores estressantes ou desencadeadores de angústia.

Respostas ou reações

O registro desse subcampo indica a forma como o paciente responde ao Contexto Mobilizador de ansiedade e angústia. Essas respostas podem ser comportamentos ou vivências afetivas. Podem ser registrados: os mecanismos de defesa utilizados, os sintomas, as respostas afetivas, as formas de enfrentamento da situação, a posição de funcionamento (esquizo-paranóide ou depressiva) e modos de estruturação (*borderline*, neurótica, psicótica, psicopática e autística).

Relação Objetal/ Fantasia Inconsciente

O registro do subcampo *Relações objetais/ Fantasia Inconsciente* envolve cinco elementos ou cinco subcampos, o que implica numa análise clínica pormenorizada desse fenômeno. Os cinco elementos são: 1) Auto-imagem e auto-estima; 2) Objeto (Imagem do outro); 3) Natureza do vínculo; 4) Afeto; e 5) Impulso.

1) Auto-imagem e auto-estima

Deve ser registrada a avaliação que o paciente faz de si mesmo. Envolve a percepção que tem de como o outro o vê.

2) Objeto (Imagem do outro)

O registro deve apresentar a posição do outro na relação com o paciente. A partir da concepção que o paciente tem de si mesmo, inclusive em funcionamento inconsciente, pode-se inferir qual a posição, imagem e concepção do outro em relação ao paciente.

3) Natureza do vínculo

Considerando-se os subcampos 1 e 2, ou seja, como o paciente percebe a si mesmo e ao outro, é possível construir e identificar a natureza do vínculo, nessa relação. Essa análise e informação devem ser registradas nesse subcampo.

4) *Afeto*

A construção e análise do subcampo *natureza do vínculo* possibilita a identificação, inferência e registro dos afetos envolvidos nessa relação.

5) *Impulso*

Semelhante à construção dos outros registros nos subcampos *relação objetal*, a análise dos subcampos anteriores possibilita a identificação e o registro dessa informação. Assim, com base na análise do objeto + vínculo + afeto, posso inferir qual o impulso presente na Relação Objetal em Fantasia Inconsciente (p.e. *Auto-imagem*: desqualificada; *objeto*: desqualificador; *vínculo*: desqualificação ou desqualificante; *afeto*: raiva; *impulso*: agressão ou fuga). Essas informações/hipóteses serão confirmadas ou não, durante o processo psicoterapêutico.

Integração entre os subcampos dos elementos do conflito

O registro relativo ao campo elementos do conflito deve apresentar a integração entre os diversos elementos, ou seja, deve apresentar uma integração entre o Contexto Mobilizador de ansiedade, as Respostas ou Reações e Relação Objetal na fantasia inconsciente. As respostas e reações podem variar de contexto para contexto e, ainda, podem estar associadas a diferentes elementos da fantasia inconsciente.

Nesse modelo de registro devem ser explicitadas as relações do paciente com as figuras parentais, as figuras atuais e psicoterapeuta. Essas relações podem ser múltiplas. Também poderiam ser múltiplas as relações com as figuras parentais (pai, mãe ou com outras pessoas que exerceram essa função) e com a

relação terapêutica (relação entre o paciente e os outros profissionais que o acompanham ou já acompanharam).

Frente às múltiplas relações e a multiplicidade dessas relações nas quais várias pessoas podem ser colocadas, por exemplo, no lugar de figura paterna ou uma pessoa pode assumir vários objetos como um pai acolhedor e amoroso e desqualificador e abandonador, é necessário que os elementos do conflito sejam apresentados de forma associada. A apresentação de forma associada mostra os contextos que desencadeiam ansiedade, as respostas dadas a essas situações e indica a fantasia ligada a essa relação. Isso facilita a compreensão do caso, pois será possível associar quais são as situações que geram ansiedade, quais são as respostas dadas a essas relações e quais são as fantasias inconscientes associadas.

No registro de informações sobre os elementos do conflito, deve-se atentar para o fato de que esses diversos elementos são integrados em torno da angústia ou das angústias principais. Podem existir, por um lado, várias relações objetais em uma única relação marcadas por diversas angústias (pai amoroso, pai repressor). Por outro lado, pode-se identificar a mesma angústia em várias relações (homens desqualificantes - pai, namorado e terapeuta).

Para o detalhamento dos elementos do conflito, as falas do paciente que deram origem a determinadas interpretações devem estar registradas no campo falas. Caso necessário, poderá ser incluído no preenchimento do campo elementos do conflito, referências que indiquem qual o conteúdo considerado. Não se espera que sejam incluídas as falas do paciente, pois seria dispendioso.

Um outro detalhe com relação ao preenchimento dos subcampos que constituem os *elementos do conflito* é que mesmo que não existam informações suficientes para indicar o conteúdo desses elementos é possível elaborar questões

sobre aspectos relacionados a serem considerados em uma próxima sessão. Ou seja, no registro do planejamento pode ser sugerida atenção à determinada informação que não foi suficientemente explorada.

Formulação psicodinâmica

O subcampo formulação psicodinâmica deve apresentar, na forma de uma narrativa, a relação entre os elementos do conflito, ou seja, explicitar a psicodinâmica do conflito em forma de narrativa. Este subcampo sintetiza a triangulação psicodinâmica evidenciada, caracterizada e qualificada na análise dos elementos do conflito. Embora diversas alternativas estilísticas possam ser adotadas na redação da formulação psicodinâmica, o modelo utilizado com mais frequência inicia-se pela apresentação da situação/contexto mobilizador de ansiedade, seguido das respostas/reações do indivíduo, passando às considerações dos aspectos da fantasia inconsciente. Uma das vantagens de se adotar esse modelo é que ele é paralelo ao processo de investigação clínica na psicoterapia.

Quando os elementos do conflito são registrados de forma integrada fica mais explícito como o paciente se comporta em determinadas situações, quais são as respostas que ele apresenta e quais são os elementos da fantasia inconsciente que o estão levando a apresentar determinados comportamentos. A formulação psicodinâmica talvez seja o campo mais difícil de ser composto. Primeiro, requer entendimento de todos os elementos do conflito. Segundo, é um campo metapsicológico. Nele não importa mais quem é a pessoa, mas o papel assumido nas relações objetais. Em outras palavras, o modelo de registro da triangulação psicodinâmica evidencia o padrão de relacionamento que uma pessoa apresenta e que se repete em qualquer relação e com qualquer pessoa, o que inclui a relação psicoterapêutica e a figura do psicoterapeuta.

Planejamento

Por último, o campo planejamento apresenta subsídios para a próxima sessão. Considerando que há um espaço de tempo entre uma sessão e outra é importante ter uma linha que oriente o percurso da terapia fazendo uma ligação entre as várias sessões. Assim, é como se o planejamento fosse o elo de ligação entre uma sessão e outra.

Por articular, priorizar e organizar as informações nos diversos campos, supõe-se que essa prática possa estar associada à eficácia terapêutica e redução do tempo de psicoterapia.

O planejamento poderá indicar que informações, referentes a quais campos, devem ser obtidas para tornar a formulação psicodinâmica mais evidente e consistente. A busca por essas informações também deverá levar em conta que uma formulação poderá estar equivocada por inteiro ou em parte. Sendo assim, essa busca poderá fundamentar uma compreensão ou indicar que outras compreensões devem ser consideradas para aprofundar o entendimento sobre o caso.

O registro do planejamento engloba assuntos a serem discutidos, o estabelecimento de parâmetros para próximas sessões e procedimentos adicionais que devam ser realizados. Todos esses conteúdos estão de acordo com o esperado para esse campo. Também se podem incluir os objetivos almejados com a escolha de determinado procedimento clínico.

Integração entre campos

Todos os subcampos dos campos descritivos e analíticos devem estar integrados. Isso porque, como apresentado anteriormente, os campos descritivos são as evidências clínicas para o preenchimento dos campos analíticos. Assim,

enquanto os campos descritivos (falas e observação) representam um recorte ou uma construção que o psicoterapeuta faz da sessão que efetuou, os campos analíticos (avaliação, transferência, elementos do conflito, formulação psicodinâmica e planejamento) representam a análise pormenorizada, evidenciada, caracterizada e qualificada desse recorte feito. Representam a interpretação, o “ponto de vista” do clínico a respeito dessa situação/ fenômeno ocorrida no *setting* psicoterapêutico.

Nesse sentido, com a análise integrada das queixas, da história das queixas e do desenvolvimento de um paciente, é possível definir um foco para o tratamento psicológico. Desse modo, queixa, história da queixa e desenvolvimento, permitem a compreensão da dinâmica do paciente e a definição de um foco para o trabalho psicoterapêutico. Se essas experiências de vida do paciente não forem consideradas, há uma grande possibilidade de que a situação que gerou a queixa continue a ser repetida.

Os subcampos elementos do conflito, formulação psicodinâmica e planejamento são complementares. Esses subcampos apontam para a necessidade de informações fundamentais para a compreensão psicodinâmica. Por sua vez, o subcampo formulação psicodinâmica apresenta, na forma de narrativa, como ocorre a relação entre os elementos do conflito, na triangulação psicodinâmica. Por fim, o subcampo planejamento norteia e orienta o psicoterapeuta sobre quais os procedimentos clínicos necessários e adequados para a continuidade do processo indicando as possíveis ações a serem executadas.

Referências bibliográficas

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2005a). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*.

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2005b). *Resolução CFP Nº 010/05. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo*.

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2000). *Resolução CFP Nº 010/00. Específica e qualifica a psicoterapia como prática do Psicólogo.*

D'Allonnes, C. R. (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 17-34.

Domanico, A. (2005). *Um estudo preliminar para o desenvolvimento de um modelo de registro clínico em psicoterapia psicodinâmica.* Dissertação de mestrado. Brasília: UnB.

Fremouw, W. J.; Perczel, M. & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: assessment and response guidelines.* NY: Pergamon Press.

Giami, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Giami, A. (2004). Pesquisa em psicologia clínica ou pesquisa clínica. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 35-49.

Mezan R. (1998) *Escrever a clínica.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Naves, M. (2006). *Uso de um modelo padronizado de registro clínico escrito na psicoterapia psicodinâmica individual.* Laboratório de Saúde Mental e Cultura. Instituto de Psicologia. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília. Defesa em dezembro de 2006.

Nogueira, L. C. (2004). Aula: a pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP.* 15(1/2); 83-106.

Plaza, M. (2004). O documento: o registro, a interpretação e a verdade – a estratégia do documento e suas inclinações. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tavares, M. (?). *Modelo de registro clínico*

Tavares, M. (1995). O papel do clínico-pesquisador para o desenvolvimento da psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* V.8, 169-180.

Tavares, M. (2004a). *O conceito de crise e seus efeitos na prevenção e na intervenção em crise.* Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico, Universidade de Brasília - UnB.

Tavares, M. (2004b). A clínica na confluência da história pessoal e profissional. Em: Codo, W. (Org.) (2004). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho.* Petrópolis, RJ: Vozes. 53-103.

ANEXO B: ARTIGO: ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O DSM-IV (SCID-I): REVISÃO NARRATIVA E RELATO DE EXPERIÊNCIA

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I): revisão narrativa e relato de experiência

Resumo

Contexto: A “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM – IV (SCID)” é um instrumento de diagnóstico dos transtornos mentais. **Objetivos:** Apresentar a SCID-I com a finalidade de descrever sua importância para o diagnóstico, para os serviços de saúde mental e para os contextos de ensino, pesquisa e prática clínica. **Métodos:** Revisão narrativa de artigos sobre a SCID. Também são feitas descrições sobre a prática com o uso deste instrumento. **Resultados:** Feito um breve resumo histórico do desenvolvimento da entrevista e descritas sua estrutura modular e as vantagens obtidas por meio de sua utilização. **Conclusões:** A utilização do instrumento possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades para: 1) a avaliação dos transtornos mentais, 2) o manejo da situação clínica; 3) a realização de entrevistas diagnósticas, mesmo não utilizando formalmente o método; 4) a postura profissional; 5) a reflexão clínica; 6) a discussão e argumentação diagnóstica, 7) o planejamento terapêutico; 8) a elaboração de Laudo Diagnóstico Diferencial Justificado; 9) a multiplicação/transmissão do conhecimento e da técnica e 10) uma formação ampla e abrangente para profissionais de diferentes áreas que atuam em Saúde Mental.

Palavras-Chave: SCID-I/P, avaliação, psicodiagnóstico, psicopatologia, entrevista semiestruturada.

Introdução

“Acima de tudo, a SCID ajuda-nos a desenvolver a consciência da complexidade de nossa tarefa e a competência para lidar com ela. É mais um instrumento técnico de nossa profissão, com um potencial excepcional na clínica, na pesquisa e no ensino” (Tavares, 2000, p.87).

O maior desafio para os profissionais de saúde mental é fazer a entrevista de avaliação dos transtornos mentais, com qualidade, eficiência e confiabilidade clínica. A entrevista possibilita: a) o acesso a informações gerais sobre a história de vida, b) a percepção da demanda psicológica, ou seja, das motivações que levaram a pessoa ao processo de psicodiagnóstico, c) o conhecimento de informações mais detalhadas e específicas como hábitos, opiniões, fantasias,

comportamentos, crenças, valores e motivações, d) a identificação de características da personalidade, e) uma compreensão sobre o modo de funcionamento da pessoa, incluindo defesas e f) a formulação de hipóteses diagnósticas (Morrison, 2010; Rodrigues & Tavares, 2009; Affonso, 2005; Tavares, 2000a e 2000b).

Existem diferentes tipos de classificação das entrevistas clínicas podendo ser de acordo com o enquadramento teórico, com os objetivos ou com a estrutura ou forma. A maioria dos autores concorda com a classificação das entrevistas quanto ao seu aspecto formal dividindo-as em: a) estruturadas, diretivas ou fechadas, b) não-diretivas, inestruturadas, não-estruturadas, abertas ou de livre estruturação e c) semiestruturadas (Rodrigues & Tavares, 2009; Affonso, 2005; Moura & Ferreira, 2005, Tavares, 2000a). Para os objetivos deste trabalho, focaremos na discussão sobre as entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas clínicas semiestruturadas apresentam-se na forma de roteiros padronizados de perguntas que deverão ser ajustadas em cada situação clínica, de acordo com as necessidades do momento de entrevista. Nessa técnica, o entrevistador tem a liberdade de construir e acrescentar novas questões, com o intuito de esclarecer e/ ou investigar pontos que julgar importantes para a avaliação de determinado fenômeno e que não foi satisfatoriamente abarcado pelo roteiro (Rodrigues & Tavares, 2009; Moura & Ferreira, 2005; Tavares, 2000a e 2000b). Essa liberdade presente nas técnicas de semi-estruturação requer a competência e o exercício do julgamento clínico do entrevistador. Isso quer dizer que essas técnicas objetivam ajudar e intensificar e não substituir e subjugar o julgamento ou o discernimento clínico e a experiência do profissional treinado,

pois a padronização da técnica não significa a aplicação mecânica desta (First, Frances e Pincus, 2004; APA, 2002; Tavares, 2000b).

Nas últimas décadas, as técnicas de entrevista semiestruturada têm contribuído para o desenvolvimento da qualidade nas pesquisas, no ensino e na prestação de serviços em Saúde Mental. (Rodrigues & Tavares, 2009; Silva e cols., 2006; Tavares, 2000b e 1997; Fennig e cols., 1994). Elas podem ser consideradas como as principais responsáveis pelo aumento da validade e da confiabilidade dos diagnósticos realizados por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e outros profissionais de Saúde Mental no exterior. Existe hoje considerável literatura apontando para a importância clínica deste tipo de instrumento diagnóstico, cuja utilização é, via de regra, claramente recomendada para exames clínicos na avaliação dos transtornos mentais. (Tavares, 1997). O desenvolvimento e o uso dos instrumentos padronizados têm possibilitado, por um lado, o aumento da validade diagnóstica e da consistência entre as formulações diagnósticas de diferentes profissionais com diversas orientações e formações e, por outro, uma maior adequação do planejamento do tratamento. Por consequência, tem-se um aumento na eficácia dos tratamentos. Além disso, a padronização de instrumentos também possibilita o aumento na qualidade das pesquisas (com uma maior precisão de classificação diagnóstica) e a criação de bancos de dados para uso administrativo e de pesquisa (Tavares, 2000b). Estudos demonstram que os instrumentos semi-estruturados são mais efetivos para produzir diagnósticos principais corretos, para aumentar a homogeneidade e a confiabilidade diagnóstica (Rodrigues & Tavares, 2009; Cunha, 2000; Tavares, 2000b e 1997; Cox, Hopkinson & Rutter, 1981; Cox, Rutter & Holbrook, 1981) e

para revelar diagnósticos secundários (Morrinson, 2010), do que as abordagens mais livres.

No Brasil, o uso e as pesquisas sobre as técnicas semiestruturadas ainda são novos (Rodrigues & Tavares, 2009; Tavares, 2000b), mas já existem trabalhos de grande relevância nos diversos contextos de pesquisa, de ensino e de aplicabilidade clínica como, por exemplo, a EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, para avaliação da eficiência adaptativa visando à prevenção da perda adaptativa (Simon, 1993 e 1989), a ESAP – Entrevista Semiestruturada para Autópsia *Psicológica* (Werlang & Botega, 2003; Werlang, 2000a e 2000b) e a *HeARTS – Entrevista de História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio*. (Rodrigues & Tavares, 2009; Tavares e cols., 2007 e 2004; Montenegro & Tavares, 2006).

Por outro lado, estudos envolvendo as versões brasileiras de instrumentos com valores clínicos e de pesquisa reconhecidos no exterior, também vêm ganhando espaço no cenário nacional, como é o caso da Escala HARE PCL-R, entrevista para avaliação das psicopatias no sistema penitenciário (Morana, 2004; Hare, 1998) e da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM) conhecida internacionalmente como SCID (Tavares, 2000b; First e cols, 1994; Spitzer e cols, 1992). Esta é considerada atualmente como o instrumento mais abrangente para a avaliação dos transtornos mentais e que, ao mesmo tempo, tem se apresentado como referência para o desenvolvimento de outros instrumentos de avaliação, assim como para o desenvolvimento de pesquisas, do ensino e da prática clínica (Torrens e cols., 2004; Sprinkle, 2002; Del Bem e cols., 2001 e 1996; Ventura e cols., 1998; Scarvalone e cols., 1996; Segal e cols., 1994).

Nosso objetivo é apresentar a SCID-I com a finalidade de descrever sua importância para o diagnóstico, para os serviços de saúde mental e para os contextos de ensino, pesquisa e prática clínica.

Método

Foi realizada uma revisão direcionada e narrativa da literatura. Também foram feitas descrições e reflexões sobre a prática com o uso deste instrumento fundamentando-se na experiência clínica dos autores, no relato de colegas (profissionais e estagiários) e de pacientes entrevistados e na situação de ensino e supervisão.

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV ou SCID⁴

É uma entrevista clínica semiestruturada de diagnóstico pelo sistema DSM-IV (First e cols, 1994; Spitzer e cols, 1992). Foi idealmente desenvolvida nos EUA para ser utilizada por clínicos ou profissionais de saúde mental com experiência em avaliação psicopatológica. No entanto, poderá ser administrada por entrevistadores menos experientes, desde que recebam treinamento adequado em psicopatologia. Um dos aspectos importantes desta técnica é a demonstração do aumento da confiabilidade do diagnóstico a partir de seu uso, comparado ao processo diagnóstico usual. Também pessoas que tiveram treinamento neste método são capazes de produzir diagnósticos mais válidos sem o emprego formal do método, o que ressalta seu valor na formação de um profissional em Saúde

⁴ A tradução adotada para *Structured Clinical Interview for the DSM-IV* será Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, por extenso, porém, ela será referida no texto pela sigla *SCID* (pronuncia-se SKID), como ela é internacionalmente conhecida. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (traduzido pela Manolo como Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais), é editado pela American Psychiatric Association, e conhecido pela sigla DSM, seguida pelo número da edição em algarismos romanos. A edição do DSM-IV –TR em português da Editora Artmed está sob o título “Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 4ª edição, Texto Revisado.

Mental (Tavares, 2000b; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1997). Apresentaremos, a seguir, o desenvolvimento e a caracterização deste instrumento.

O desenvolvimento da SCID: breve histórico

O lançamento do DSM-III, com sua linguagem descritiva e fenomenológica na classificação dos transtornos mentais, representa um marco histórico e clínico que favoreceu o desenvolvimento do psicodiagnóstico, dos serviços em saúde mental e da estruturação do julgamento clínico com sua conseqüente sistematização (Torrens & cols, 2004; Basco & cols., 2000; Tavares, 2000b; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1997; Fennig e cols, 1994 e Segal, Hersen & Van Hasselt, 1994). A esse respeito, Tavares (2000b) esclarece que

“ao se tornar o padrão utilizado por profissionais de diversas orientações e inclinações, o DSM-III se tornou o principal instrumento para aumentar precisão diagnóstica, favorecer a comunicação clínica entre profissionais, e facilitar a generabilidade e comparabilidade entre pesquisas clínicas. A edição atual para classificação dos transtornos mentais, o DSM-IV-TR, mantém esta mesma característica descritiva. Além disso, é o resultado de 15 anos de testes com este sistema diagnóstico por milhares de profissionais de saúde mental, tendo corrigido, durante estes anos, erros e imprecisões de suas edições anteriores” (p.77).

Em outras palavras, desde 1980, o sistema DSM ganhou ampla aceitação e tem contribuído substancialmente para a melhoria da concordância diagnóstica entre os profissionais de saúde mental, mesmo considerando alguns problemas ainda não resolvidos, como por exemplo, pessoas que receberam um diagnóstico do DSM-IV-TR também apresentarem critérios para outros diagnósticos (Bernstein, 2011). Na perspectiva atual, são quase 40 anos de pesquisa com esse sistema de classificação diagnóstica. As revisões e correções de erros e imprecisões das edições continuaram acontecendo e está previsto o lançamento da edição DSM-5 (a APA decidiu utilizar o numeral arábico) para maio de 2013. As

reformulações, discussões e a proposta da estrutura organizacional do DSM-5 poderão ser conferidas no site www.dsm5.org

Dentro deste cenário, a SCID foi desenvolvida e ainda se apresenta como o mais atual e melhor instrumento que emprega este método, em benefício do diagnóstico dos transtornos mentais (Tavares, 2000b, 1997 e 1995). Para melhor descrever o resumo histórico do desenvolvimento da SCID optamos por apresentá-lo sob a forma de uma linha cronológica do tempo. Vejamos a seguir.

Cronologia do desenvolvimento da SCID (Tavares, 2000b; First e cols, 1994; Spitzer e cols, 1992; APA, s/d)

Entre 1983 e 1985: Spitzer, editor do DSM-III (1980) e do DSM-III-R (1987) juntamente com outros membros da equipe: - Williams, Gibbon e First – ganharam um edital do National Institute of Mental Health (NIMH, Washington, DC) para o desenvolvimento de uma entrevista estruturada fundamentada no DSM-III.

Entre 1985 e 1987: A equipe recebeu financiamento para avaliar a fidedignidade da SCID para vários grupos clínicos e não clínicos (Spitzer et al., 1992). Nesse período o DSM-III-R ainda estava em elaboração e seus critérios foram incluídos nesta versão da SCID.

Entre 1994 e 1995: Com a publicação do DSM-IV inicia-se a reavaliação da SCID para adequá-la aos novos critérios contidos nesta última classificação. Feitas a revisão e diagramação do texto e início de uma nova seqüência de testes de fidedignidade.

Entre 1996 e 1998: Várias modificações foram feitas, mas todas de ordem menor, como por exemplo, reformulações de orientações e de perguntas, erros de

diagramação, entre outros, sem alterar a estrutura do instrumento nem o seu conteúdo.

Entre 2000 e 2001: Lançamento da edição DSM-IV-TR. Alterou-se o nome para "SCID-I: Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV-TR Transtornos do Eixo I" para refletir a publicação da revisão de texto do DSM-IV-TR. Na SCID, foram feitas mudanças nas questões referentes aos Transtornos Relacionados a Substâncias (Módulo E), aos Episódios de Humor (Módulos A), aos Transtornos psicóticos (Módulo C), aos Transtornos de Humor (Módulo D). Entretanto, essas mudanças não alteraram a estrutura do instrumento. Em termos de conteúdo, foram acrescentadas e/ou modificadas questões e/ou especificadores que auxiliam no diagnóstico diferencial, adequando a SCID ao DSM-IV-TR.

Entre 2002 e 2004: Feitas revisões na parte referente ao Transtorno Bipolar, mas com poucas alterações no conteúdo e na parte referente ao Transtorno de Estresse Agudo, cuja avaliação passa a ser independente do Transtorno do Estresse Pós-Traumático, mas com poucas alterações no conteúdo.

2005: Feitas reformulações de orientações e de perguntas, erros de diagramação, entre outros, sem alterar a estrutura do instrumento nem o seu conteúdo.

2006: Feitas orientações e modificações referentes aos Transtornos de Humor devido a uma condição médica e induzidos por substância, na relação com o Delirium.

Entre 2007 e 2008: As maiores mudanças ocorreram no Módulo E de avaliação do uso de substância. Acrescentaram-se perguntas e atualizou-se a lista de substâncias. Nos outros módulos, feitas pequenas modificações, reformulações de perguntas, codificações, sem mudanças importantes no conteúdo na entrevista.

2010: Feitas várias modificações de pequeno porte, principalmente para adequar o instrumento aos testes biométricos, resolvendo questões de inconsistência.

Como pode ser verificado nesta cronologia, desde o lançamento da primeira versão da SCID e baseando-se na experiência crescente com sua utilização, a entrevista tem sido periodicamente revisada para integrar novos desenvolvimentos e, também, as modificações sofridas no sistema DSM. Sua linguagem tem sido refinada, diminuindo as ambiguidades nas instruções ao entrevistador e tornando suas questões mais acessíveis ao entrevistado.

As versões da SCID

Há cinco versões disponíveis da SCID, de acordo com a necessidade e os objetivos do entrevistador: SCID-I-RV, SCID-CT, SCID-CV, SCID-II e Kid-SCID.

A *SCID-I-RV, versão de pesquisa*, é a mais completa e da qual se derivam as outras. É utilizada para diagnosticar os principais transtornos mentais do Eixo I do DSM-IV-TR em pacientes internados ou em acompanhamento ambulatorial. Esta versão apresenta uma avaliação completa das principais categorias diagnósticas, avaliando 44 condições clínicas mais frequentes no contexto da Saúde Mental. Também apresenta questões para avaliação de gravidade e de especificadores dos transtornos mentais (Del Bem e cols, 2001; Tavares, 2000b; First e cols, 1994; Spitzer e cols, 1992; APA, s/d). A *SCID-I-RV* possui três edições: 1) a *SCID-I/P* que objetiva a avaliação clínica de pessoas identificadas como pacientes psiquiátricos (internados ou ambulatoriais), ou seja, já identificados como portadores de um transtorno mental; 2) a *SCID-I/P screen*, igual à *SCID-I/P*, mas com o acréscimo de um *Screen* para psicose para ser feito

antes de iniciar a entrevista, nos casos em que há suspeita de que a pessoa possui um transtorno psicótico; e 3) a *SCID-I/NP*, uma versão resumida destinada à avaliação de pessoas que não foram identificadas como pacientes psiquiátricos, isto é, ainda não há uma indicação de que a pessoa é portadora de um transtorno mental.

A 2ª versão, *SCID-CT - ensaios clínicos* – é uma versão mini da *SCID-I-RV*, desenvolvida especificamente para ensaios clínicos. Embora o formato da *SCID-CT* foi simplificado para torná-lo mais fácil de usar, as questões que constituem o instrumento continuam a ser as mesmas encontradas na *SCID I-RV*.

A *SCID-CV - versão clínica* – é uma adaptação reduzida da *SCID-I/P*, com o objetivo de introduzir os benefícios de uma entrevista semiestruturada para o *setting* clínico. No Brasil, Del Bem e cols (2001 e 1996) têm desenvolvido pesquisas com esta versão. A 4ª versão, a *SCID-II*, foi desenvolvida para diagnosticar os transtornos do Eixo II (Transtornos de Personalidade). Por fim, a *KID-SCID*, é uma versão destinada à avaliação de transtornos mentais em crianças. Ainda está em desenvolvimento, mas já disponível para utilização em pesquisas.

A estrutura da *SCID-I/P*

A entrevista possui uma estrutura modular, ou seja, é dividida em módulos de avaliação. Cada módulo corresponde a uma categoria diagnóstica e possui: a) questões obrigatórias e critérios operacionais para o diagnóstico pelo DSM-IV-TR; b) um sistema categorial para avaliar a presença dos sintomas; e c) um algoritmo para chegar a um diagnóstico final. Em resumo, a estrutura da *SCID* possui questões baseadas em critérios diagnósticos e estatísticos, o que aumenta a confiabilidade dos diagnósticos dos transtornos mentais (Sprinkle e cols., 2002;

First, e cols., 1997). Além disso, também contem perguntas para avaliar informações demográficas, queixa principal, história psiquiátrica passada e presente, tratamentos anteriores e desempenho atual (Ventura e cols, 1998; First, e col., 1996 e Spitzer e cols, 1992). A estrutura da SCID-I/P compreende uma *Avaliação Preliminar* seguida de *10 módulos específicos* (do Módulo A até o Módulo J) para avaliação de sintomas, episódios e transtornos. Descreveremos sucintamente, a seguir, as características dessa estrutura.

A entrevista começa com a *Avaliação Preliminar* destinada à coleta de dados demográficos básicos, incluindo perguntas menos ameaçadoras, como a história escolar e de trabalho. Em seguida é feita uma avaliação geral, com questões abertas, onde o entrevistado é encorajado a falar livremente sobre sua situação atual, incluindo a queixa principal, sua história de vida e de tratamentos. Nesta fase deve-se aproveitar a oportunidade para fortalecer o *rapport* e obter informações iniciais relevantes para a avaliação da psicopatologia do entrevistado. A partir desta descrição inicial dos sintomas e dificuldades do paciente, o entrevistador poderá estabelecer algumas hipóteses diagnósticas a serem confirmadas ou descartadas de modo mais seguro, nos módulos específicos.

Em contraste com a *Avaliação Preliminar*, os *módulos específicos* começam com questões fechadas seguidas por questões abertas que convidam o entrevistado a elaborar melhor suas respostas. O entrevistador poderá incluir suas próprias perguntas, por exemplo, para questionar afirmações contraditórias ou confrontar negações diante de outros fatos de seu conhecimento. Isso porque a SCID permite que o entrevistador utilize seu julgamento clínico, o que aumenta a validade clínica do seu diagnóstico. Para concluir, com a ajuda dos critérios e das

instruções, o entrevistador vai codificando as respostas de tal modo que, ao final da entrevista, ele poderá emitir um diagnóstico clínico para o caso.

A Tabela 1 apresenta a estrutura modular da SCID I/P com os sintomas, episódios e transtornos incluídos nos seus Módulos.

Vantagens no uso da SCID

A primeira vantagem em se ter um instrumento com uma estrutura modular é a facilidade para adaptação aos diversos contextos e *settings* de acordo com as necessidades da situação e os objetivos do profissional. Essa adaptabilidade do método mostra-se essencial para os contextos de pesquisa e de clínicas especializadas (Tavares, 2000b, 1997 e 1995). Assim, por exemplo, no *contexto da prática clínica*, se na avaliação preliminar o profissional levantou a hipótese diagnóstica de que a pessoa em avaliação apresenta apenas um quadro de transtorno de somatização, ele poderá selecionar apenas o módulo de avaliação dos transtornos somatoformes para confirmar ou descartar sua hipótese diagnóstica. No que se refere ao *contexto de pesquisa clínica* a SCID pode ser usada para selecionar uma população de estudo. Dessa forma, por exemplo, em um estudo sobre a eficácia de vários tratamentos para um transtorno mental específico, pode ser usada para garantir que todos os sujeitos do estudo tenham sintomas que satisfazem os critérios para esse transtorno. Por outro lado, também pode ser usada para excluir indivíduos com certos transtornos. Os pesquisadores podem usar a SCID para excluir todos os pacientes com histórico de sintomas psicóticos, por exemplo. Outra possibilidade, é utilizar a SCID para caracterizar uma população de estudo em termos de diagnósticos psiquiátricos, passados ou atuais, visto que o instrumento oferece essa condição de avaliação (Tavares, 1999b; Spitzer e cols, 1992, APA, s/d).

A segunda vantagem da SCID refere-se à organização de seus módulos. Estes são organizados numa sequência lógica que reflete a reflexão clínica (com decisões e escolha de caminhos investigativos) que acontece numa ordem naturalmente encontrada nas entrevistas clínicas conduzidas por profissionais experientes. A essa sequência lógica de raciocínio e julgamento clínico chamamos de algoritmos. Estes “representam um meio prático de esclarecer os passos que envolvem o diagnóstico diferencial. Cada algoritmo inicia com um determinado sintoma e a seguir fornece pontos de decisão para determinar qual o melhor diagnóstico” (First, Frances & Pincus, 2004, p.29). Os algoritmos foram integrados à estrutura da SCID. Isso quer dizer que existe uma hierarquia nas questões que compõem cada módulo. Estas são agrupadas por diagnósticos e por critérios. Assim, se um critério essencial para um diagnóstico não é satisfeito, o entrevistador não precisa formular as perguntas restantes relacionadas aos outros critérios daquele diagnóstico e pode prosseguir a entrevista, avaliando outras condições. Por exemplo, se a pessoa nunca apresentou humor irritável ou expansivo, condição para um episódio maníaco ou hipomaníaco, não é necessário que o entrevistador faça as outras perguntas desse quadro. Dessa forma, o entrevistador pode prosseguir avaliando outras condições, o que proporcionará uma economia no tempo de entrevista.

Além dessas vantagens, a SCID também possibilita a padronização das avaliações psicopatológicas, o aumento da validade diagnóstica, a consistência diagnóstica entre equipes multiprofissionais de diferentes orientações, a melhor adequação do planejamento e tratamento terapêutico, maior eficácia nos tratamentos e melhor qualidade nas pesquisas.

Reflexões sobre a prática com o uso da SCID: relato de uma experiência

As observações e reflexões que apresentaremos fundamentam-se em nossa experiência clínica, no relato de colegas (profissionais e estagiários) e das pessoas/pacientes entrevistados e na situação de ensino e supervisão, além das referências na literatura especializada.

À medida que divulgamos nossos trabalhos e serviços com a utilização da SCID, profissionais de diferentes áreas (psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, entre outros), inseridos na rede de assistência em saúde mental, nos contextos de serviços públicos e privados, têm nos procurado para a configuração de parcerias. Essas parcerias incluem a) realizarmos entrevistas diagnósticas para os auxiliarmos nos impasses clínicos de seus casos em acompanhamento, b) realizarmos supervisões com discussão diagnóstica e orientações norteadoras para o desenvolvimento dos processos de atendimento e c) fornecer-lhes capacitação e treinamento para a utilização da SCID (em novembro de 2011 finalizamos um curso de extensão de qualificação e treinamento no “Uso da entrevista SCID para avaliação em Psicopatologia”, com a participação de psicólogos, psiquiatras, estudantes de psicologia e medicina e residentes em psiquiatria). Essas parcerias, possibilitadas pela utilização e pesquisa com a SCID, tem resultado no aumento da qualidade das avaliações e dos atendimentos nesses serviços, na medida em que contribui para a capacitação técnica desses profissionais. Além disso, os profissionais também se tornam multiplicadores do conhecimento e técnica adquiridos, o que repercute na melhoria da qualidade do serviço numa escala maior, se considerarmos esse fator ao longo do tempo.

Por outro lado, a utilização da SCID possibilita uma formação ampla e abrangente em Psicologia Clínica. Para exemplificar, relataremos uma experiência bem sucedida de intercâmbio entre o ensino, a pesquisa e a prática clínica. No primeiro semestre de 2009, ministramos a disciplina Psicopatologia I com o objetivo de familiarizar, formar e capacitar os estudantes na avaliação diagnóstica pelo sistema DSM e, também, prepará-los para a utilização da SCID, no próximo semestre. Os 44 quadros psicopatológicos de incidência mais frequente foram apresentados. Utilizamos diferentes recursos didáticos para os estudos e descrição desses quadros (aulas expositivas, exibição de filmes, análise e discussão de casos, *role play* de entrevistas, entre outros). Dando continuidade aos objetivos, no segundo semestre de 2009 ministramos a disciplina Psicopatologia II, com o propósito de capacitar os estudantes na avaliação psicopatológica por meio da SCID. A maioria da turma tinha cursado Psicopatologia I conosco, no semestre anterior e se encontrava, dentro da grade curricular, entre o 5º e o 7º período do curso. Nenhum dos estudantes tinha tido, naquela época, alguma experiência com a prática clínica. A disciplina tinha como meta a realização de uma entrevista clínica de avaliação num contexto clínico real, com usuários de serviços públicos de saúde mental. Durante o semestre foi feito o treinamento no uso da SCID (exposição teórica, *role play*, realização de entrevistas com voluntários não-pacientes, observação de entrevistas e supervisão) e, ao seu final, os estudantes realizaram uma entrevista com usuários/ pacientes/ voluntários de uma instituição pública de saúde mental de Brasília.

O desenvolvimento desses estudantes, durante o semestre, nos impressionou. Os receios e inseguranças referentes ao primeiro contato com pacientes reais, apresentados no início do curso, foram se dissipando no decorrer

deste. À medida que o treinamento no uso da SCID avançava os estudantes iam demonstrando maior desenvoltura, confiança e naturalidade para iniciar e realizar uma entrevista. Ao mesmo tempo, também desenvolviam suas capacidades de reflexão clínica, compreensão e argumentação diagnóstica. A realização da entrevista no contexto real foi feita em duplas com alternância de observador-entrevistador, ou seja, enquanto um observava o outro realizava a entrevista e vice-versa. Nesse sentido, cada estudante teve a oportunidade de observar e de realizar uma entrevista. Nas supervisões, eram feitas discussões diagnósticas dos casos, além da escuta à experiência e constatou-se que a maioria dos diagnósticos estava correta. Surgiram dificuldades naqueles casos que requeriam maior experiência clínica e maior conhecimento em psicopatologia, o que era esperado com um grupo de estudantes em meio do curso, sem ainda terem cursado as disciplinas necessárias para a realização de estágio em Psicologia Clínica. Cada estudante elaborou um Laudo Diagnóstico Diferencial Justificado da entrevista realizada para ser entregue aos psiquiatras responsáveis. Por sua vez, as pessoas entrevistadas relataram (aos psiquiatras que os atendiam e aos entrevistadores) sentirem-se acolhidos e compreendidos e alguns espontaneamente manifestaram o desejo de iniciar um processo psicoterapêutico com a pessoa que o entrevistou. Com efeito, essa experiência evidencia como a utilização da SCID pode proporcionar uma formação ampla e abrangente em Psicologia Clínica.

Considerações finais

Neste artigo, apresentamos a “Entrevista Clínica Semiestruturada para o DSM-IV-SCID-I/P”, versão pesquisa, descrevendo sua estrutura modular. Também descrevemos a importância de seu uso em diferentes contextos apontando as vantagens e benefícios que este instrumento oferece aos

profissionais de diferentes áreas de atuação, bem como aos serviços de saúde mental. De fato, a experiência no uso desse método demonstrou que este é facilitador para o desenvolvimento da capacidade técnica destes profissionais possibilitando a melhoria da qualidade das avaliações e dos atendimentos.

Outro ponto importante refere-se ao fato de que as pessoas com pouca prática clínica, normalmente, questionam sobre o tempo de duração da entrevista (entre 60 e 90 minutos) alegando ser uma entrevista de longa duração, o que poderá gerar desconforto para o entrevistado. Ao contrário, nossa experiência demonstrou que as pessoas tendem a se sentirem acolhidas e aliviadas, quando entrevistadas com a SCID por perceberem que possuem um espaço e tempo para serem ouvidas e compreendidas, o que está de acordo com a literatura (Scarvalone e cols., 1996).

A importância da SCID também pode ser discutida a partir de nossa experiência no Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio com a realização de práticas no ensino, na pesquisa e na extensão. Por meio dessas situações, constatamos que a utilização da SCID possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades para: 1) a avaliação dos transtornos mentais, 2) o manejo da situação clínica; 3) a realização de entrevistas diagnósticas, mesmo não utilizando formalmente o método; 4) a postura profissional; 5) a reflexão clínica; 6) a discussão e argumentação diagnóstica, 7) o planejamento terapêutico; 8) a elaboração de Laudo Diagnóstico Diferencial Justificado; e 9) a multiplicação/transmissão do conhecimento e da técnica. Ao possibilitar o desenvolvimento de várias competências e habilidades a SCID demonstra conter um método facilitador para promover uma formação ampla e abrangente em Psicologia Clínica e em outras áreas de atuação em saúde mental.

A utilização desta entrevista pode contribuir para o desenvolvimento da SCID-I, instrumento de avaliação psicopatológica de alta qualidade, que pode ser utilizado na pesquisa, na clínica psicológica e psiquiátrica, no ensino e na capacitação técnica de profissionais da saúde mental. Em resumo, pesquisas com a SCID podem contribuir para o fortalecimento da saúde mental no Brasil, pois além de contribuírem para o desenvolvimento do instrumento podem possibilitar, através da capacitação técnica dos profissionais, a melhoria da qualidade dos nossos serviços assistenciais.

Referências Bibliográficas

Affonso, R M. L. (2005). A importância da epistemologia no ensino da avaliação psicológica no processo psicodiagnóstico. *Avaliação psicológica*, v. 4, n. 2, 183-193.

APA - American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ªed. Texto Revisado - DSM- IV-TR*. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: ArtMed.

APA – [American Psychiatric Association](http://www.scid4.org/). (S/d). *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders*. <http://www.scid4.org/> site visitado em 17/10/2011.

Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W. & Barnett, V. (2000). Methods to Improve Diagnostic Accuracy in a Community Mental Health Setting. *American Journal of Psychiatry*;157:1599-1605.

Bernstein, C. A. (2011). Meta-Structure in DSM-5 Process. *Psychiatric News March 4*. American Psychiatric Association, V. 46, N. 5, Page 7, versão online.

Cox, A., Hopkinson, K. & Rutter, M. (1981). Psychiatric interviewing techniques: II. Naturalistic study: Eliciting factual material. *British Journal of Psychiatry*, 138, 283-291.

Cox, A., Rutter, M. & Holbrook, D. (1981). Psychiatric interviewing techniques: V. Naturalistic study: Eliciting factual material. *British Journal of Psychiatry*, 139, 29-37.

Cunha, J. A. e cols. (2000). *Psicodiagnóstico-V. 5ª ed. Revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed.

Del-Ben, C. M., Rodrigues, C. R. C., & Zwardi, A. W. (1996). Reliability of the portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Brazilian Journal of Medical Research*, 29(12), 1675-1682.

Del-Ben, C. M.; Vilelab, J. A. A.; Crippab, J. A. de S.; Hallaka, J. E. C.; Labatec, C. M. e Zuardia, A. W. (2001). Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica” traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23(3):156-9.

[Fennig, S.](#), [Bromet E. J.](#), [Jandorf, L.](#), [Schwartz J. E.](#), [Lavelle, J.](#) & [Ram, R.](#) (1994). Eliciting psychotic symptoms using a semi-structured diagnostic interview. The importance of collateral sources of information in a first-admission sample. *Journal Nervous Mental Disorder*, Jan;182(1):20-6.

First, M. B., Frances, A. e Pincus, H. A. (2004). *Manual de diagnóstico diferencial do DSM-IV-TR*. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed.

Hare, R. D. (1998). The Hare PCL-R: Some issues concerning its use and misuse. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 101-122.

Montenegro, B. & Tavares, M. (2006). *Avaliação do risco de suicídio pela entrevista de História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio – HeARTS: a sistematização de variáveis*. Projeto de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília: Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília.

Morana, H. (2004). *Manual Escala Hare PCL-R: critérios para pontuação de psicopatia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Morrison, J. (2010 [2008]). *Entrevista inicial em saúde mental*. Tradução: Costa, R. C. 3ª Ed. – Porto Alegre: Artmed.

Moura, M. L. S., & Ferreira, M. C. (2005). *Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro: EDUERJ.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1997). Comparability of Telephone and Face-to-Face Interviews in Assessing Axis I and II Disorders. *American Journal of Psychiatry*; 154(11):1593-1598.

Rodrigues, J. C. & Tavares, M. (2009). *A entrevista clínica no contexto do suicídio*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília: Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília.

Scarvalone, P. A., Cloitre, M., Spielman, L. A., Jacobsberg L., Fishman, B. & Perry, S. W. (1996). Distress Reduction During the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Psychiatry Research*; Jan 31; 59(3):245-9.

[Segal, D. L.](#), [Hersen, M.](#), [Van Hasselt, V. B.](#) (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*; Jul-Aug, 35(4):316-27.

Silva, G. R., Macedo, K. N., Rebouças, C. B. e Souza, A. M. (2006). Interview as a technique of qualitative research – a literature review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(2).

Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.

Simon, R. (1993). Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). *Mudanças*, 1, 1, 13-25.

Sprinkle, S.D. (2002). Criterion validity, severity cut scores and test-retest reliability of the Beck Depression Inventory-II in a university counseling center sample. *Journal of Counseling Psychology*, v. 49, n.3, 381-5.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, Aug; 49(8):624-9.

Tavares, M. (1997). *Adaptação e padronização da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV no Brasil*. Relatório de projeto de pesquisa no CNPQ. Brasília: Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília.

Tavares, M. (1999a). *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Transtornos do Eixo I – Edição para pacientes – SCID-I/P – (versão 2.0). Traduzida para o português*. Brasília: Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília.

Tavares, M. (1999b). *Manual da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV: Transtornos do Eixo I. Traduzido para o português*. Brasília: Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília.

Tavares, M. (2000a). A entrevista clínica. In: Cunha, J. A. e cols. (2000). *Psicodiagnóstico –V. 5ªed. Revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed, 45-56.

Tavares, M. (2000b). A entrevista estruturada para o DSM-IV. In: Cunha, J. A. e cols. (2000). *Psicodiagnóstico –V. 5ªed. Revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed, 75-87.

Tavares, M. e cols. (2004). *Entrevista de História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio – HeARTS*. Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Brasília: Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília.

Tavares, M. e cols. (2007). *Entrevista de História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio – HeARTS. Revisada*. Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Brasília: Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília.

Torrens, M., Serrano, D., Astals, M.; Pérez-Domínguez, G. & Martín-Santos, R. (2004). Diagnosing Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Abusers: Validity of the Spanish Versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*;161:1231-1237.

Ventura J., Liberman, R.P., Green, M. F., Shaner, A. e Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID-I/P) *Psychiatry Research*. 79:163-73.

Werlang, B. G. (2000a). *Proposta de uma entrevista semiestruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio*. Tese de Doutorado. Escola de Ciências Médicas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Werlang, B. G. (2000b). Avaliação retrospectiva: autópsia psicológica para casos de suicídio. In: Cunha, J. A. e cols (2000). *Psicodiagnóstico –V. 5ªed. Revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed, 196-201.

Werlang, B. G. & Botega, N. J. (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (25)4, 212-9.

Tabela 1: Sintomas, episódios e transtornos incluídos nos Módulos da SCID I/P

Módulo A Episódios de Humor	-Episódio Depressivo Maior (atual / passado) -Episódio maníaco (atual / passado) -Episódio Hipomaníaco (atual / passado) -Transtorno Distímico (atual) -Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral -Transtorno do Humor Induzido por Substância
Módulo B Sintomas Psicóticos	-Delírios; -Alucinações; -Discurso e comportamento desorganizado -Comportamento catatônico; -Sintomas negativos
Módulo C Transtornos Psicóticos	-Esquizofrenia (Tipos: paranóico, catatônico, desorganizado, indiferenciado e residual) -Transtorno esquizofreniforme -Transtorno esquizoafetivo -Transtorno Delirante -Transtorno Psicótico Breve -Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral -Transtorno Psicótico Induzido por Substância -Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação
Módulo D Transtornos de Humor	-Transtorno Bipolar I; -Transtorno Bipolar II -Outros Transtornos Bipolares (Transtorno Ciclotímico, Transtorno Bipolar SOE*) -Transtorno Depressivo Maior -Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação
Módulo E Transtornos por Uso de Substâncias	-Dependência de Álcool -Abuso de álcool -Dependência de anfetaminas -Abuso de anfetaminas -Dependência de cannabis -Abuso de maconha -Dependência de cocaína -Abuso de cocaína -Dependência de alucinógeno -Abuso de alucinógeno -Dependência de opiáceos -Abuso de opióides -Dependência de fenciclidina - Abuso de fenciclidina -Dependência de sedativos / hipnóticos / Ansiolíticos -Abuso de sedativos / hipnóticos / Ansiolíticos -Dependência de múltiplas substâncias -Dependência de outras substâncias (ou de substâncias desconhecidas) -Abuso de outras substâncias (ou de substâncias desconhecidas)
Módulo F Transtornos de Ansiedade	-Transtorno do Pânico Com Agorafobia -Transtorno do Pânico Sem Agorafobia - Transtorno do Pânico Sem História de Agorafobia -Fobia Social; -Fobia específica -Transtorno Obsessivo-Compulsivo -Transtorno do Estresse Pós-Traumático -Transtorno de Ansiedade Generalizada (atual) -Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral - Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância; -Transtorno de Ansiedade SOE*
Módulo G Transtornos Somatoformes	-Transtorno de Somatização (atual) - Transtorno Somatoforme Indiferenciado (atual) -Transtorno Doloroso (atual) -Hipocondria (atual) -Transtorno Dismórfico Corporal (atual)
Módulo H Transtornos de Alimentação	-Anorexia Nervosa; - Bulimia Nervosa -Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica**
Módulo I Transtornos de Ajustamento	-Transtornos de Ajustamento (atual)
Módulo J Módulo Opcional.	-Transtorno do Estresse Agudo -Transtorno Depressivo Menor** -Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão** -Detalhes sintomáticos de Episódio Depressivo Maior ou Maníaco passado

Fonte: http://cumc.columbia.edu/dept/scid/faq/research_version.html

*SOE: Sem Outra Especificação

** categoria apêndice do DSM-IV-TR

ANEXO C: DEFINIÇÕES E EXEMPLOS CLÍNICOS DOS INDICADORES PSICODINÂMICOS NA BIPOLARIDADE

Onipotência: refere-se à fantasia de possuir um poder com o qual é possível realizar tudo o que se quer e deseja. Tudo o que se refere à pessoa é grandioso, enquanto o que se refere ao outro é minimizado. A fantasia onipotente pode se manifestar em três dimensões: a invencibilidade, a excepcionalidade e a superioridade.

a) Na *dimensão da invencibilidade* a pessoa sente-se invencível, invulnerável e portadora de superpoderes. Exemplos:

- “Eu posso tudo.”
- “Eu fazia ultrapassagens perigosas acreditando que nada poderia me acontecer. Eu estava acima de qualquer perigo.”
- “Nada pode me ferir.”

b) A *dimensão da excepcionalidade* refere-se ao sentimento de possuir talentos, habilidades e criatividade excepcionais em contraste com a maioria das pessoas. Envolve também a crença de possuir capacidade para ter sucesso em qualquer tarefa, independentemente de preparação ou treinamento. Exemplos:

- “Eu posso fazer qualquer coisa.”
- “Mesmo não tendo feito o curso de direito, eu faço o trabalho de qualquer advogado.”
- “Eu tenho um talento nato para ser o que eu quiser.”

c) A *dimensão da superioridade* faz referência ao sentimento de perceber a si ou características de si mesmo como melhores ou superiores às outras pessoas. Exemplos:

- “Eu sou uma pessoa superior.”
- “As pessoas não estão no meu nível, não há concorrentes para mim.”
- “Minha inteligência é maior que a da maioria das pessoas.”

Triunfo: faz referência à fantasia de poder minimizar, desprezar ou mesmo destruir a importância do outro e envolve os mecanismos de aniquilamento e de independência em relação ao objeto.

a) O mecanismo de *aniquilamento do objeto* revela o desejo, o sentimento ou a fantasia de vitória, destruição ou triunfo sobre o objeto. Exemplos:

- “Eu quero mais é que ele se dane!”
- “Para mim, essa pessoa não existe. Está morta!”
- “Queria que ele desaparecesse do mapa!”

b) O mecanismo de *independência do objeto* diz respeito à fantasia ou ao sentimento de não precisar ou depender das pessoas. Exemplos:

- “Não preciso de ninguém.”
- “Ninguém consegue me ajudar.”
- “Fico melhor sozinho (a).”

Voracidade: caracteriza-se pelo sentimento de intenso prazer e busca por este de forma exagerada ou descontrolada. Envolve a insaciabilidade e o investimento libidinal excessivo. Com a *insaciabilidade* ocorre o desejo de “devoramento” (Martins, 2003) do mundo de objetos externos sem que as experiências possam trazer satisfação duradoura. E o mecanismo de *investimento libidinal excessivo* manifesta-se na busca desenfreada por atividades que possam

proporcionar prazer como compras, sexo, festas, uso de drogas e outras atividades que provoquem muita excitação. Exemplos:

- “Eu quero tudo e mais ainda!”
- “Depois que saio da loja o prazer de ter comprado uma roupa acaba e entro noutra loja para comprar mais”.
- “Queria fazer tudo sem parar e tudo era muito prazeroso.”
- “Não falo não para ninguém. Eu aceito todos os convites.”
- “Preciso sair com meus amigos todos os dias. Fico estressada se não sair.”
- “Sempre dirijo em alta velocidade. Gosto de viver perigosamente.”

Negação: diz respeito ao processo que retira da consciência as experiências dolorosas envolvendo os mecanismos de anulação do contexto frustrador e de distorção da realidade.

a) O mecanismo de *anulação do contexto frustrador* manifesta-se pelo não reconhecimento ou negativa de dificuldades ou problemas que a pessoa possa estar vivenciando, o que envolve certo nível de distorção de realidade. Exemplos:

- “Não vejo que tenho problemas só porque gasto muito.”
- “Qual o problema em não dormir? Dormir é uma perda desnecessária de tempo.”
- “Não acho que tenho depressão. Só estou muito cansada e preciso dormir muito.”

b) Quando o nível de *distorção da realidade* se apresenta muito elevado ocorre uma total recusa ou negação da realidade, o que caracteriza maior gravidade no quadro. Exemplos:

- “Não suportam ver a minha criatividade por isso, me internaram.”
- “O psiquiatra falou de uma crise psicótica, mas vejo que foi só uma desilusão amorosa.”
- “Eu só estava muito animada com minhas atividades e não conseguia dormir, pois queria fazer tudo. Não vejo problema nisso.”

Projeção: processo pelo qual pensamentos, sensações ou sentimentos existentes na mente são *expulsos* ou banidos para fora, considerando-se que se localizam externamente ou que pertençam à outra pessoa sendo, portanto, *rejeitados* ou repudiados como pertencentes a si mesmo. Exemplos:

- “Estou endividado por culpa do meu pai que nunca me ensinou a cuidar das minhas finanças.”
- “Como ela cresceu nos princípios cristãos eu esperava um tipo de comportamento dela, mas ela não correspondeu às minhas expectativas.”
- “Ele sempre me decepciona, pois nunca age como eu espero.”

Idealização: consiste em atribuir ao objeto (pensamentos, sentimentos, pessoas ou situações) apenas *características positivas* negando ou rejeitando suas características negativas. Dessa forma, o objeto é percebido como perfeito e por isso caracteriza-se como incompleto e irreal. Exemplos:

- “Ela é perfeita! Não tem nenhum defeito.”

- “Quero ser ator. É uma vida perfeita para mim, só gente bonita, luxo e glamour.”

Desqualificação ou desprezo: em oposição à idealização, na desqualificação ou desprezo são atribuídas e reforçadas apenas as *características negativas* do objeto, apontando faltas ou defeitos, rejeitando ou negando as características positivas. Exemplos:

- “Eles não dão conta de me tratar. São uns incompetentes.”
- “Minha vida é horrível. Nunca acontece nada de bom.”
- “Que pessoa detestável. Não possui nenhuma qualidade.”

Desinvestimento libidinal: consiste no processo de desinvestimento da libido em relação ao mundo externo. Clinicamente, este processo pode ser observado na *perda de interesse pelo mundo externo*, no *isolamento* e em certo *afastamento da realidade*. Exemplos:

- “Não tenho vontade de sair de casa.”
- “Minha vontade é a de me isolar do mundo.”
- “Parece que não existe mais ninguém no mundo, além de mim.”

Autodesqualificação: refere-se à *diminuição da autoestima*, manifestando-se nas *autoacusações e autocríticas* ou no “devoramento de si mesmo” (Martins, 2003), inclusive com *comportamentos autolesivos*. Exemplos:

- “Minha presença não faz diferença.”
- “Sou um (a) inútil. Não sirvo para nada.”
- “Sou um fracasso total.”

Dor psíquica: refere-se a afetos intoleráveis ou à dor de natureza subjetiva e pode variar em intensidade até se tornar insuportável na forma de uma aflição ou de um estado de desespero ou propiciar o desejo ou a busca de alívio imediato ou cessação do estado doloroso. Por vezes o sujeito faz referências ao próprio corpo no esforço para dar nome a este estado. Exemplos:

- “Sinto um aperto no peito.”
- “Não sei dizer o que sinto, mas é muito ruim, dói.”
- “Parece que estou com um nó na garganta, mas nem consigo chorar.”
- “Parece que tem um buraco dentro de mim”.

ANEXO D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “*A contribuição do diagnóstico descritivo e psicodinâmico para o planejamento do tratamento em casos do transtorno bipolar*”, de responsabilidade de Meirilane Naves, aluna de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, sob a orientação do professor Marcelo Tavares.

O objetivo desta pesquisa é analisar e descrever como o diagnóstico descritivo, aliado a outras informações acerca da queixa, do contexto e da história de vida, pode auxiliar na elaboração da formulação psicodinâmica e do planejamento terapêutico para acompanhamento do paciente em psicoterapia psicodinâmica.

Os riscos de sua participação são leves e podem ser gerados pela sensação de desconforto associada ao relato de algumas experiências de vida. Por outro lado, sua participação também é uma oportunidade de refletir sobre essas experiências de vida e sobre seu tratamento. Espera-se com esta pesquisa possibilitar maior consistência diagnóstica sobre sua situação clínica e, com isso, promover uma melhor adequação no planejamento de estratégias terapêuticas para o seu tratamento.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração. Você é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Caso você decida participar deste estudo, receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. O seu nome não será divulgado e lhe asseguramos que as informações sobre você serão descaracterizadas, objetivando impedir a sua identificação.

As entrevistas de coleta de dados serão feitas pela pesquisadora por meio de dois ou três encontros, em momentos distintos, no CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos, do Instituto de Psicologia da UnB e/ou no consultório da pesquisadora, nas datas combinadas. Os encontros terão um tempo estimado de 2 e 3 horas de duração. As entrevistas serão gravadas gerando arquivos digitais.

Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como registros escritos das entrevistas e arquivos digitais de gravação, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa, no Laboratório de Saúde Mental e Cultura, do Instituto de Psicologia da UnB. Os resultados desta pesquisa serão divulgados na forma de relatório de análise e discussão de dados sem relatos que identifiquem os participantes, podendo ser publicados na forma de textos científicos.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947. Você também pode me contatar através do telefone (61) 8134-5757 ou pelo e-mail naves.meirilane@yahoo.com.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com você.

Brasília, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do (a) participante

Marcelo Tavares – orientador

Meirilane Naves - pesquisadora

ANEXO E: ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA ENTREVISTA PSICODINÂMICA

1) Rapport

2) Apresentação do TCLE

3) Problemas apresentados

- queixa e história da queixa
- histórico dos tratamentos
- investigar os sintomas e sua psicodinâmica

4) História dos relacionamentos – qualidade das relações de objeto

- relacionamentos familiares
- relacionamentos com pares
- perdas de pessoas significativas
- padrões de transferência e contratransferência

5) História do desenvolvimento psíquico

- Investigar como o passado está se repercutindo no presente
- Investigar abuso sexual ou violência

6) Exame do Estado Mental

7) Relacionamento com a entrevistadora

8) Avaliação da experiência e finalização

ANEXO F: ENTREVISTA PSICODINÂMICA

[Nome; nascimento, estado civil (constituição familiar), nível de instrução, trabalho]

- 01) Qual a sua lembrança mais remota de sua infância?
- 02) Como você descreve a sua infância?
- 03) Por volta dos seus 5 anos, de quem você era mais próximo, de seu pai ou de sua mãe? Você percebia ser o (a) favorito (a) de um dos seus pais?
- 04) Você poderia descrever alguma situação vivida por você e seu (sua) pai (mãe)?
- 05) Você se lembra de ter feito algum sacrifício especial por seu (sua) pai (mãe) ou por alguma outra pessoa que você gostasse, na sua infância? Como foi isso?
- 06) Na sua infância, qual a lembrança que você tem de como era sua mãe? Como era o relacionamento entre vocês?
- 07) Na sua infância, qual a lembrança que você tem de como era seu pai? Como era o relacionamento entre vocês?
- 08) [se tem irmão mais novo] O que você se lembra da época do nascimento do seu (sua) irmão (irmã)?
- 09) Como era o relacionamento com os irmãos?
- 10) E com outras crianças?
- 11) Quando você entrou na escola? O que você se lembra dessa época?
- 12) E os anos seguintes?
- 13) Como foi sua adolescência?
- 14) (se for mulher) quantos anos você tinha quando menstruou pela 1ª vez?
- 15) Quando você começou as paqueras? Como foi?
- 16) E quanto a sua 1ª experiência sexual? Quantos anos você tinha?
- 17) Em algum momento da sua vida, você vivenciou alguma situação de abuso mental, físico ou sexual?
- 18) Quando começaram as dificuldades que levaram ao diagnóstico de Transtorno Bipolar? Como foi?
- 19) O que estava acontecendo na sua vida, nessa época?
- 20) Quando você percebeu que alguma coisa não ia bem?
- 21) Quando você iniciou os tratamentos? Conte-me como foi.
- 22) Em algum momento da sua vida, você pensou em fazer algo para se machucar ou para tirar a própria vida? Como foi?
- 23) Você já fez algo para se machucar? E contra a sua vida?
- 24) Você já fez algo para machucar outra pessoa ou atentar contra a vida dela?
- 25) Como foi conversar sobre acontecimentos de sua vida comigo hoje?