

Conceitos e Perspectivas da Avaliação da Terapia Psicanalítica*

Horst Kächele** & Michael Hölzer (Ulm)

A pesquisa em psicoterapia psicanalítica é hoje, como antes, uma enteada; o número daqueles que com ela se ocupam de forma séria não é muito grande. Ela está ligada a instituições científicas, pois somente nelas existe a infra-estrutura necessária para sua realização. Seus pontos fortes estão hoje tanto na avaliação geral de formas de terapia psicanalítica, como na análise microprocessual dos conceitos centrais da terapia psicanalítica. Uma separação rígida da *Psicanálise-standard* dos outros procedimentos terapêuticos dela derivados não é, até hoje, defensável; a variação existente no seio daquilo que se batizou como psicanalítico, multiplicado pela muito grande variedade do fazer psicanalítico ligado aquele que o exerce, origina uma variabilidade que, somente de forma artificial, se deixa classificar em categorias rígidas. Seria de grande ajuda identificar dimensões essenciais do fazer terapêutico-psicanalítico e descobrir para cada paciente que mistura e que dose é necessária para ele. Cada psicanalista é hoje, como no passado, chamado, através de cuidadosos estudos de caso, a colaborar para que possa comprovar o seu fazer. Assim, não é necessária nenhuma preocupação em relação a terapia destruir a ciência pois, então, como anteriormente, cada um dos estudos de caso poderá contribuir para o crescimento do conhecimento psicanalítico.

* Versão revisada de conferência proferida na Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre em abril 1993.

** Membro Efetivo da Associação Psicanalítica Alemã.

Introdução

Durante muito tempo, discutiu-se muito sobre pesquisa em terapia; ainda hoje encontramos declarações, cheias de preocupações, sobre o perigo do modelo empírico de compreensão científica dominante. Teme-se a imitação, a qualquer preço, do paradigma das ciências naturais e a subordinação a determinadas definições de saúde e doença, com os conseqüentes resultados disso para a teoria e a técnica. Em 1930, isso era muito diferente: Ernst Simmel, em seu relatório de prestação de contas do Instituto de Berlim, exigia, categoricamente, um estudo do tipo custo-benefício, que hoje nós entenderíamos como um apelo do público consumidor. Simmel dizia, então:

“Quem calculasse o que as seguradoras de saúde dispendem inutilmente em verbas para as chamadas psicopatias, o que, na realidade, se denomina neuroses...” e “quem calculasse a grande quantidade de conquistas financeiras que as seguradoras conseguiram para os doentes que sempre sofrem recaídas, porque não foram corretamente diagnosticados como neuróticos... quem calculasse isso e outras tantas coisas mais, poderia comprovar para as seguradoras o quanto elas poderiam economizar, ou empregar em outros empreendimentos com objetivo de higiene social, se viessem a oferecer tratamento psicanalítico aos seus assegurados” (Simmel, 1930, p. 9).

Pesquisa on-line e off-line

O chão de origem da construção da teoria psicanalítica foi, e continua sendo, a situação de trabalho psicanalítico.

A indicação de Freud, do ano de 1933, aponta de forma muito clara aquilo que a pesquisa em terapia psicanalítica teria que conseguir:

“Como sabem, a psicanálise originou-se como método de tratamento, ela o desenvolveu muito, mas não abandonou seu chão de origem e ainda está vinculada ao seu contato com os pacientes para aumentar sua profundidade e se desenvolver mais. *As informações acumuladas* (grifado pelo autor), de que derivamos nossas teorias, não poderia ser obtidas de outra maneira” (Freud, 1933, p. 185).

Pesquisa clínica, isto é, observação de caso cuidadosa e orientada para a descoberta, deve se desenvolver no sentido da pesquisa empírica sistemática, se o problema das “informações acumuladas” for levado a sério. Desde a verdade específica das *idéias* – o tema favorito de muitos clínicos e daqueles que fazem da filosofia seu hobby – até as afirmações nomotéticas percorre-se um longo caminho.

O psicanalista Ulrich Moser, que em 1968, confrontou a estarecida Sociedade Psicanalítica Internacional com uma simulação computadorizada da teoria das defesas, destacou convincentemente, durante a 12ª Workshop de Ulm para Pesquisa Empírica em Psicanálise¹, em 1989, esta diferença com as expressões oriundas do mundo da computação como pesquisa *on-line* e *off-line*.

“O terapeuta psicanalítico e prático é um cientista *on-line*. Isto por duas razões: em primeiro lugar, o terapeuta cria o sistema que ele observa como parte do sistema e ele o modifica constantemente; em segundo, ele próprio precisa, na situação do fazer terapêutico, manter-se em atividade “científica”. Ele cria conhecimento ... mas a validade do seu próprio fazer permanece nesta região da certeza intuitiva” (Moser, 1992 p. 183).

Por um lado, na situação psicanalítica, é a atividade a característica principal da Psicanálise científica, o que garante que “a terapia não destrua a ciência” (Freud, 1927a, p. 288); por outro lado, permanece a validade do próprio fazer entregue a esta região da certeza intuitiva. Uma vez que são geradas conclusões generalizantes a partir desta pesquisa específica da díade, como demasiadamente fácil ocorre na certeza clínica (ou a ela corresponde), então o terapeuta pesquisador intuitivo destrói a ciência. Nós defendemos a idéia de que o manejo do paciente exige uma posição científica, que não deve ser entendida como tão somente um empreendimento hermenêutico (Thomä & Kächele, 1975). O paciente não é um texto, a relação entre analista e analisando não corresponde basicamente à relação entre leitor e sua leitura; a presença dos autores no diálogo psicanalítico cria uma situação interativa (Meyer, 1990). Isto se transforma, através da reflexão clínica e formalizada, em atitude de pesquisa com a situação psicanalítica interativa. Deste modo, a pesquisa em terapia psicanalítica *off-line* inicia no momento em que o paciente deixa o consultório e o analista senta a sua escrivaninha; esta situação é comparável com aquela do antropólogo que, ao voltar do campo, começava a ordenar seus dados (Kächele, 1990).

Três fases da pesquisa em terapia

Retrospectivamente, distinguimos hoje três fases da pesquisa em terapia (Shapiro, 1990). A primeira fase – iniciada nos anos trinta e dominante nos anos cinquenta e sessenta – está voltada para os objetivos de legitimação. Sua questão típica era: tem alguma utilidade a psicoterapia, a psicanálise? A segunda fase – de 1960 a 1980 – focou a relação entre processo e resultado. Aqui a questão típica era: o que deve

¹ Desde 1977, esta reunião anual de todos os psicanalistas empíricos da língua alemã, que trabalham no Departamento de Psicoterapia da Universidade de Ulm, sob a coordenação do Prof. Dr. H. Kächele e do Prof. Dr. H. Thomä, se comprovou como o lugar de experimentação para o pensamento inovador.

ocorrer durante o processo para que se possa esperar um resultado positivo? A terceira fase – aquela na qual nos encontramos hoje – examina a complexidade ordenada acerca do acontecer terapêutico e intensifica a investigação acerca dos fenômenos processuais. A questão norteadora é: que fenômenos microprocessuais constituem o macroprocesso clínico concebido?

A primeira fase

A avaliação da terapia psicanalítica teve início em 1930 com o estudo catamnético dos resultados dos primeiros dez anos de existência do Instituto Psicanalítico de Berlim (Fenichel, 1930). Este trabalho rapidamente “tornou-se modelo” e a ele se seguiram inúmeros relatórios deste tipo. Em 1936, Jones, da Clínica Psicanalítica de Londres, publicou também um relatório estatístico dos então últimos dez anos, (Jones, 1936). Franz Alexander, de Chicago, publicou, no ano seguinte, um relatório sobre um período de cinco anos de funcionamento de um instituto (Alexander, 1937b); o mesmo foi feito por Robert Knight, de Topeka, em 1941 (Knight, 1941). Segue-se, em 1942, outro relatório do Instituto Berlimense, de autoria de F. Boehm (1942) sobre 419 tratamentos psicanalíticos levados a termo, mencionado por A. Dührssen (1972).

Nos anos seguintes, foram publicados ainda mais outros relatórios, cobertos pela literatura (Feldmann, 1968; Nunberg, 1954; Oberndorf, 1953; Schjeldrup, 1955), o que, na sua forma de construção – relatório – não trouxe nada de novo. Também nesses estudos, assim como nos anteriores, encontramos a seguinte estatística em termos de cota de melhora: em relação ao seu sucesso, um terço dos atendimentos foi tido como muito satisfatório, um terço, como satisfatório, um terço, como não satisfatório. Este tipo de avaliação da terapia psicanalítica, orientada para sua legitimação social, depois de inúmeros estudos de replicação, esgotou-se na muito conhecida fórmula mágica da “quota dos dois terços de melhora” (Bergin, 1971).

Nos países de língua alemã, esta primeira fase é representada pelos estudos de Dührssen (1962), quase desconhecidos no exterior. Foram eles, entretanto, os responsáveis pela aceitação da terapia psicanalítica pelo sistema de seguros de saúde. Um dos primeiros estudos tomou uma amostra muito grande de 979 pacientes, cujos tratamentos tiveram uma duração média de cerca de 100 horas, e investigou, por ocasião da terminação, através dos próprios terapeutas treinados para tal, o resultado da terapia psicanalítica.

Resultados após a terminação do tratamento²

Muito bom e boa melhora	441	45.04
Satisfatória e melhora suficiente	367	37.49
Sem resultado e quase nenhuma melhora	171	17.47
Total	979	100.00

Cinco anos mais tarde, foi possível, através de um procedimento trabalhoso, contactar o extenso número de pacientes para entrevista ou para responder um questionário, por correio.

Resultados cinco anos após a terminação do tratamento

Muito bom e boa melhora	381	38.92
Satisfatório e melhora suficiente	331	33.81
Sem resultado e quase nenhuma melhora	267	27.27
Total	979	100.00

Estes resultados positivos e a indicação deles resultantes acerca da influência da terapia psicanalítica sobre os dias que o paciente fica em casa e falta ao trabalho levou a um cuidadoso plano de pesquisa, em conjunto com a Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) de Berlim (agência local de seguro de saúde)³. Foi realizado um estudo controlado⁴ sobre a incapacitação para o trabalho antes e depois do curso de uma psicoterapia, comparando estes sujeitos com aqueles em lista de espera aguardando tratamento e com aqueles sem suspeitas clínicas, que serviram como grupo controle.

2 Este quadro tem por base nosso resumo do trabalho de pesquisa apresentado por Dührssen (1972).

3 Uma descrição do sistema alemão de seguro de saúde e sua atual relação com a terapia psicanalítica é encontrado em Thomä & Kächele, 1985, p. 2055. (Nota da tradutora: Thomä, H.; Kächele, H. Teoria e Prática da Psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.)

4 Os pacientes para estes grupos foram sorteados, por procedimentos de amostragem, de uma amostra maior.

Tal estudo buscava comprovar aquilo a que Simmel (1930) se referia na citação que inicia nosso artigo (Dührssen & Jorswieck, 1965).

Grupo Pacientes	Número Média	Dias em casa Desvio Padrão	Dias em casa
I a	125	26.09	26.87
I b	125	5.9	14.16
II a	100	25.55	30.40
II b	100	23.91	28.65
III a	100	10.04	18.20
III b	100	11.7	19.45

Legenda:

- I a – Neuróticos, cinco anos antes do tratamento
- I b – Neuróticos, cinco anos depois do tratamento
- II a – Neuróticos, antes da anamnese, cinco anos antes do tratamento
- II b – Neuróticos na lista de espera cinco anos depois de 1958
- III a – Segurados da AOK, cinco anos antes de 1958
- III b – Segurados da AOK, cinco anos depois de 1958.

Os resultados falam por si: a terapia psicanalítica diminui drasticamente o número de dias que o paciente fica em casa; tal número baixa para a metade daquele de uma população que é caracterizada como não clínica; para os neuróticos que não são tratados, não ocorrem mudanças em cinco anos.

Comparação entre os grupos, através do teste t

I a x II a	ns
I a x III a	$p < 0.01$
I a x I b	$p < 0.01$
I b x II b	$p < 0.01$
I b x III b	$p < 0.01$
II b x III b	$p < 0.01$
II a x II b	ns

“Observando esses achados especiais, quase não se pode mais ater à idéia de que neuróticos que não se tratam, geralmente, experimentam uma melhora espontânea de seu quadro”, escreveu Dührssen (1972, p. 414) na edição revisada do livro que contém esses seus estudos. Com esses resultados, poder-se-ia anunciar também o fim da provocante discussão sobre legitimação trazida por Eysenck (1952). Entretanto, até hoje, ainda não foram apresentados resultados deste tipo – custo/benefício – para a terapia psicanalítica face à face e de longo prazo (em geral, 2 horas semanais), nem para a Psicanálise no divã (em geral, 3 horas por semana ou mais).

Nos anos sessenta, passou-se a dar mais atenção, nos EEUU, para a seleção de candidatos adequados para a formação terapêutica. Este interesse deve-se aos estudos comparativos entre início e terminação de tratamento de um grande número de casos supervisionados (Knapp et al., 1960; Sashin et al., 1975).

A louvável tentativa de prever sucesso terapêutico a partir dos protocolos de avaliação do Instituto não resultavam em nenhuma correlação convincente entre tais avaliações e o sucesso da terapia; significativo foi, entretanto, o resultado que mostrava história pregressa familiar de muito estresse nos casos de maior fracasso terapêutico. O fracasso dos esforços prognósticos para todas as formas de terapias psicodinâmicas faz parte dos mais importantes resultados de pesquisa em psicoterapia dos anos sessenta e setenta.

Para responder uma questão clínica muito relevante – a indicação diferencial entre Psicanálise e terapia psicanalítica – foi realizada na Clínica Psicanalítica Columbia, em Nova York, nos anos sessenta, um estudo sistemático da documentação de condições iniciais e de terminação de 588 pacientes em Psicanálise e 760, em terapia psicanalítica (Weber et al., 1966); não era possível imaginar na época um estudo que indicasse randomicamente os pacientes para uma de cada das duas formas de tratamento. Bachrach e colegas (1985, Weber et al., 1985) concluíram que para pacientes com sintomatologia mais grave e uma personalidade neurótica, a Psicanálise – no divã – levava a melhores resultados do que a terapia psicanalítica face à face, enquanto que para paciente com diagnóstico de personalidade *borderline* a assim chamada Psicanálise clássica levava marcadamente a piores resultados que a terapia psicanalítica.

A segunda fase

Também a segunda fase da avaliação da terapia psicanalítica foi desde muito cedo tematizada: já em 1937, durante o Congresso psicanalítico de Marienbad, Bibring

demandava diferentes teorias para processo e resultado. Assim, no início dos anos cinquenta em Topeka, na Fundação Menninger foram lançadas as bases metodológicas para aquele que certamente até hoje é o mais dispendioso – em tempo e verbas – projeto de pesquisa em psicoterapia e cujos resultados finais foram publicados por Wallerstein, em 1986. Desde o início, foi salientado que no projeto estariam contidas tanto a questão da mudança, como a questão acerca do “o quê”, assim como aquela acerca do “como” (Wallerstein et al., 1956):

“Uma decisão importante, de cunho metodológico, do Projeto Menninger consistiu em conduzir um estudo naturalístico. O processo de pesquisa não deveria de forma alguma influenciar o trabalho clínico; assim sendo, a indicação dos pacientes para cada uma das duas formas de tratamento obedeceram a critérios clínicos. Vinte e dois pacientes foram submetidos à Psicanálise clássica e vinte, terapia psicanalítica. Vinte e dois dos quarenta e dois pacientes foram, temporariamente, internados, o que aponta para um claro sinal de transtornos mais graves. No início, na terminação e numa linha de tempo catamnético (2-3 anos depois do tratamento), um grupo de psicanalistas, cientificamente qualificados para tal e que trabalhavam independentemente dos terapeutas, colhiam uma enorme série de dados acerca de cada caso”.

A apresentação dos resultados quantitativos-estatísticos, em 1972, por Otto Kernberg e sua equipe de avaliação esclareceu a concepção acerca da qual se debatia:

“Um alto grau inicial de Força-de-Ego fornece um bom indicador prognóstico para todo o espectro dos tratamentos de orientação psicanalítica, independentemente da competência dos terapeutas; o maior ganho, entretanto, é dos pacientes em tratamento psicanalítico.

Para os pacientes de menor Força-de-Ego não há diferença se ele é tratado com uma técnica mais interpretativa ou mais de apoio – ambas resultaram em pouco sucesso. Entretanto pode-se concluir que terapeutas competentes, que trabalhavam fortemente a transferência, conseguiram obter muito melhores resultados com esses pacientes caracterizados por um prognóstico inicial ruim (Kernberg et al. 1972, p. 183)”.

Através desse resultados, Kernberg chegou a conclusões clínicas que são conhecidas hoje em dia. A técnica de intervenção para pacientes *borderline*, por ele denominada “expressiva de apoio” (Kernberg et al., 1989), está baseada nas experiências “protegidas” desse projeto.

Posteriormente, uma análise mais qualitativa, realizada por Wallerstein (1986), colocou a ênfase noutro aspecto: no geral, pode-se verificar que, ao longo de todo o

espectro dos 42 pacientes, e de cada caso em si, o tratamento continha mais elementos de apoio do que o pretendido originalmente; e que a estes elementos de apoio poder-se-ia atribuir maior parte do sucesso do que se havia pensado anteriormente (p. 730). Como consequência deste achado, pode-se perceber que a diferença entre mudanças estruturais obtidos através de técnicas mais voltadas para o *insight* ou daquelas mais voltadas para o apoio, em muitos aspectos, é menos pregnante do que inicialmente hipotetizado. O resultado apontou que, de maneira geral, as diferenças entre Psicanálise e terapia psicanalítica são muito menores do que se afirmava anteriormente (cf. também Rangell, 1981).

A segunda fase de pesquisa de psicoterapia – da qual a psicanalítica, na realidade, representava somente uma pequena parcela – foi marcada por estudos sistemáticos comparativos entre escolas de psicoterapia. Os representantes psicanalíticos foram incluídos no princípio competitivo através do conhecido Estudo Temple (Sloane et al., 1975). Por motivos práticos de pesquisa, as terapias mais breves foram colocadas à prova. Enquanto que no Estudo Temple de Sloane foram comparadas as terapias breves comportamental e psicodinâmica, Meyer (1981b), em Hamburgo, percorreu o árduo caminho de um estudo comparativo com a bem estabelecida, na cidade, escola de terapia não-diretiva. Os procedimentos não-naturalísticos do experimento controlado registrou poucos amigos deste estudo; o Divã de Procusto de uma pesquisa em psicoterapia controlada, com indicação randomizada dos pacientes, foi por demais desconfortável para a maioria dos terapeutas psicanaliticamente formados, principalmente os mais jovens.

Os estudos comparativos, enfocando diferenças entre terapias muito breves, do ponto de vista clínico, resultavam numa falta substancial de diferenças realmente significativas entre as diversas formas de terapia. A falta de naturalidade dos experimentos controlados em psicoterapia, a falta de representatividade dos pacientes investigados ou o crescente *insight* na limitação dos métodos de medição disponíveis fizeram com que o interesse na detalhada análise do processo terapêutico, orientada fenomenologicamente, decrescesse muito.

Essa mudança pode ser vista no Projeto Catamnético da Clínica Psicossomática de Heidelberg que, originalmente, investigava as diferentes formas de tratamento de orientação psicanalítica e, assim, passou por uma troca de interesse (Bräutigam et al., 1980). A investigação das diferentes modalidades de tratamento objetivava, então, descobrir para que tipo de paciente que *setting* terapêutico seria adequado e útil (Kordy et al., 1983; Kordy & Senf, 1985; Kordy et al., 1988). Um dos mais importantes resultados deste projeto, que pode ser demonstrado, refere-se ao fato de que a duração e variáveis da condução do tratamento em casos ambulatoriais tinham

um grande peso esclarecedor para os resultados (Kordy et al.; 1988). Somente após a terminação de um número maior de casos de Psicanálise (3 ou 4 sessões semanais), disporemos de resultados que farão uma contribuição nova muito importante. Provavelmente, como correu no Projeto Topeka, ocorrerá que pacientes de Psicanálise, com 3 a 4 sessões semanais, no início, em relação a outras indicações, são mais "saudáveis" e progridem mais, ao mesmo tempo que a duração da terapia irá correlacionar com o seu sucesso (Kordy, H. Comunicação pessoal).

A terceira fase

A terceira fase da pesquisa em psicoterapia ultrapassou o paradigma da estatística de grupos dos estudos comparativos controlados e se voltou para a investigação naturalística dos fatores processuais. Uma teoria da técnica psicanalítica, empiricamente baseada, exige uma investigação metodicamente exata dos seus conceitos essenciais, tais como transferência (Kächele, 1988), resistência (Schuller et al. 1991), auto-conceito (Neudert et al, 1987), defesa (Kaplan, 1966), *insight* emocional (Hohage & Küller, 1988), sofrimento (Neudert & Hohage, 1988), associação livre (Hölzer et al, 1988), e muitos outros mais.

Treinado e "escaldado" através de sua colaboração de sete anos no Projeto Menninger, Luborsky lançou o Projeto Penn de Psicoterapia, na Filadélfia, em 1968, do qual o relatório final foi publicado vinte anos depois (Luborsky et al. 1988). Na investigação, mais uma vez, indicadores prognósticos de capacidade de desempenho para o resultado terapêutico deveriam ser avaliados, ainda que não se devesse esperar condições de previsão significativas e substanciais do ponto de vista clínico, haja visto a situação dos dados de pesquisa já conhecidos do começo da década de setenta. Neste estudo não foi investigado nenhum paciente em Psicanálise clássica, mas 73 pacientes tratados no modelo da Psicoterapia expressiva – de apoio, aos moldes de Topeka (duração da terapia: 8 a 264 sessões; média: 34 semanas). Todas as sessões foram gravadas em fita magnética.

Os resultados do estudo em relação aos fatores prognósticos confirmaram as expectativas. Os melhores preditores para o sucesso terapêutico são: saúde psicológica; liberdade emocional; controle geral; semelhança entre paciente e terapeuta; alocação de pacientes ao terapeuta, conforme a preferência deste.

O achado mais importante, sempre replicado, para as terapias de orientação psicanalítica que permanece, diz respeito ao grau de saúde psíquica ainda existente – mensurado por instrumentos do tipo da Escala de Saúde-Doença (Luborsky, 1962;