

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM REDE (PIR) 2009- 2012

# SEM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Uma experiência de trabalho em rede

GRUPO VIOLÊNCIA: INFORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO, INTERVENÇÃO  
SERVIÇO DE VIOLÊNCIA FAMILIAR



COORDENAÇÃO  
João Redondo

Coimbra, 2012



**SEM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**  
**UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO EM REDE**

GRUPO VIOLÊNCIA: INFORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO, INTERVENÇÃO  
SERVIÇO DE VIOLÊNCIA FAMILIAR

O conteúdo desta obra pode ser reproduzido em parte ou no seu todo  
se for mencionada a fonte.

Escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

**Editor:** Administração Regional de Saúde do Centro

**Título:** SEM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Uma experiência de trabalho em rede

**Coordenação:** João Redondo

**Design Gráfico capa:** Tânia Rodrigues

Serviço de Violência Familiar - Hospital Sobral Cid

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Apartado 1

3031-801 Ceira

Telefone: 239 796 400 - Fax: 239 796 499

Tiragem: 500 exemplares

Impressão: *Tipografia Damasceno*

ISBN: 978-989-95137-4-7

Projeto cofinanciado pelo Fundo Social Europeu no âmbito do Programa Operacional Potencial Humano (nº 015443/2008/77)



### 3.1. INTERVENÇÕES INDIVIDUAIS DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA

*Henrique Vicente, Rui Paixão*

A psicoterapia dinâmica pode ser definida como o conjunto de técnicas que visam o tratamento de problemas psicológicos e psicossomáticos através de métodos psicológicos, sobretudo por intermédio da relação terapêutica estabelecida (Laplanche & Pontalis, 2011). Segundo Coimbra de Matos, as consequências de uma psicoterapia são “uma melhor percepção de si próprio (*insight*), uma compreensão (melhor, reconstrução) da sua história, e a conquista de uma experiência relacional diferente, através da qual [o sujeito] pode retomar o desenvolvimento que ficou suspenso” (Sá, 2003: 239-240). Estas técnicas têm sido validadas pela investigação em termos de eficácia e efetividade, considerando particularmente os ganhos terapêuticos assim conseguidos e a continuação das melhorias após o término do processo (Shedler, 2010).

A psicoterapia dinâmica é, na sua essência, “uma conversa que envolve ouvir e falar com aqueles que estão em sofrimento com a intenção de os ajudar a compreender e resolver a situação difícil em que se encontram” (Bateman, Brown & Pedder, 2003: 15), devendo ser diferenciada da escuta passiva, do “cavaquear superficial” ou do “alívio rápido, temporário, através do conforto e da sugestão”. No âmago do diálogo entabulado entre psicoterapeuta e paciente

encontra-se a injunção delfica “conhece-te a ti mesmo”, traduzida na identificação e compreensão do mundo interno e da sua relação com fatores contextuais, educacionais e desenvolvimentais. Para tal, existe um conjunto de pré-requisitos basilares, sem os quais a tarefa de abordar os conflitos intrapsíquicos conscientes e inconscientes se torna impraticável: 1) o sujeito deve desejar tratar-se ou manifestar uma vontade em abordar, pelos métodos psicológicos da psicoterapia, as dimensões conflituais do seu psiquismo; 2) o sujeito deve possuir uma certa capacidade de “*insight*”, ou seja, de se debruçar sobre os seus problemas interiores, extraindo deste processo uma compreensão simultaneamente intelectual e emocional/afetiva.

Embora existam diversos modelos de psicoterapia dinâmica, cada qual com as suas idiossincrasias e particularidades, todos eles têm origem nos trabalhos de Freud, na psicanálise e nos seus desenvolvimentos posteriores (Bateman et al., 2003; McWilliams, 2006), que facultam os princípios teóricos e técnicos basilares sobre os quais se sustenta a intervenção psicoterapêutica dinâmica (Laplanche & Pontalis, 2011). Estas intervenções, usualmente designadas como dirigidas ao *insight* (Dewald, 1989), contemplam, geralmente, uma frequência semanal ou bissemanal, num registo face-a-face, com uma duração e intensidade menor do que acontece tipicamente numa psicanálise (Shedler, 2010).

Em termos técnicos e processuais, as psicoterapias dinâmicas apresentam as seguintes características distintivas (Shedler, 2010): 1) enfoque no afeto e na expressão emocional; 2) exploração das tentativas de evitamento de pensamentos e sentimentos dolorosos ou

angustiantes; 3) identificação de padrões ou temas recorrentes nos pensamentos, afetos, relações e experiências de vida do paciente; 4) discussão aprofundada de experiências do passado (enfoque desenvolvimental); 5) ênfase nas relações e experiências interpessoais do paciente; 6) focagem na relação terapêutica (transferência e contratransferência); 7) exploração da vida fantasmática. Acresce que o psicoterapeuta dinâmico atribui um valor singular à experiência subjetiva na compreensão dos casos, por oposição a uma posição descritiva, que apenas procura a classificação de conjuntos de sintomas em categorias nosográficas pré-determinadas (Gabbard, 1998).

No plano teórico e conceptual, a psicoterapia dinâmica parte da assunção de um modelo do funcionamento mental que inclui e atribui um papel preponderante aos mecanismos inconscientes, estreitamente associado à noção de “determinismo mental”, ou seja, à noção de que os comportamentos individuais são substancialmente determinados por dinâmicas internas inconscientes e não apenas o simples resultado da resposta do organismo a estímulos externos (Collette, 1990). Embora o determinismo mental tenha como corolário a tomada de consciência de que somos mais limitados no nosso quotidiano do que pensamos ou imaginamos (“somos conscientemente confusos e inconscientemente controlados”), acaba em última instância por reafirmar o papel ativo do sujeito na construção do seu mundo (ou, pelo menos, a possibilidade de assumir esse papel), retirando do domínio do “acaso” questões como a escolha dos nossos parceiros

maritais ou os nossos interesses vocacionais (Gabbard, 1998). Outro dos pilares da psicologia e psicoterapia dinâmica é a ideia de conflito, ou seja, a consideração dos “fenómenos psíquicos como resultando de uma composição, de uma combinação de forças mais ou menos antagonistas” (Boulanger, 2004: 56). De facto, a partir de 1909, Freud defende a explicação dinâmica da perturbação psíquica pelo conflito de duas forças (oposição entre forças do inconsciente, que procuram manifestar-se, e a repressão do sistema consciente). Atualmente, não só se reconhece a importância do conflito inconsciente/consciente, como também do conflito resultante dos dinamismos antagónicos no interior das diversas instâncias do psiquismo (*Id*, *Ego* e *Superego*), do confronto entre instâncias diferentes ou entre estas e a realidade. Nesse sentido, a psicoterapia envolverá o esforço conjunto de terapeuta e paciente “na exploração e resolução dos conflitos patogénicos” (Bateman et al., 2003: 89) não resolvidos ou para os quais não é encontrada uma solução satisfatória.

A assunção de um modelo psicodinâmico da violência familiar, contudo, não significa que os modelos sociais de compreensão do problema devam ser descartados. Este constitui uma outra forma de olhar para o problema que deve ser igualmente reconhecida. Neste contexto, as psicoterapias dinâmicas organizam-se como uma forma de autoconhecimento, ao mesmo tempo penosa e recompensadora. Mais do que transformar ou remover sintomas, estas psicoterapias são um empreendimento que, como Marie Langer (*in* Clarke, Hahn, Hoggett, & Sideris, 2006) sinteticamente enuncia, permite à pessoa

deixar de mentir a si própria, identificando e, acima de tudo, compreendendo o seu papel nas dinâmicas relacionais em que se envolve. Neste espaço e ao longo do processo psicoterapêutico, a pessoa deverá ser acompanhada por um psicoterapeuta que, para além de uma sólida formação no racional subjacente, tenha resolvido as suas “violências pessoais”. Assim, a supervisão clínica e a psicoterapia (ou psicanálise) do próprio terapeuta são elementos fundamentais, permitindo ao terapeuta maximizar a objetividade no tratamento, discriminar as contratransferências *sensu strictu* (sentimentos e reações em relação ao paciente, envolvendo circunstâncias nas quais o próprio passado do psicoterapeuta é repetido no presente) e *sensu lato* (sentimentos e reação em relação ao paciente que são evocados por comportamentos que produzem sentimentos similares em quase todas as pessoas com quem este estabelece contacto) (Gabbard, 1998), e assumir uma atitude verdadeiramente empática, de se identificar emocionalmente com o sofrimento do outro, sem receio de ser inconscientemente aglutinado na dinâmica relacional que o paciente procurará reproduzir transferencialmente. Como referem Bateman et al. (2003: 90), “a experiência de alguém que tenta entender, em vez de julgar ou controlar, proporciona a sensação de segurança e espaço no qual começamos a ser nós próprios. Então a pessoa em sofrimento pode sentir-se suficientemente segura para partilhar os seus problemas e para explorar aquilo que antes não se atrevia a pensar ou dizer”.

De um prisma sistémico, que afirme a natureza interdependente e mutuamente interpenetrante de todos os fenómenos, mudanças profundas num nível (neste caso, o individual) poderão ter como corolário mudanças igualmente incisivas noutros níveis (por exemplo, o familiar ou mesmo o social), pelo que estratégias terapêuticas cujo enfoque é colocado no indivíduo também poderão constituir uma via para produzir alterações na realidade social.

O encaminhamento para as psicoterapias individuais no Serviço de Violência Familiar decorre, naturalmente, após aturada avaliação durante a fase de acolhimento. Contudo, apesar do trabalho realizado durante esta etapa inicial do processo de acompanhamento do utente e da sua família, a natureza do pedido realizado no contexto da psicoterapia individual (por outras palavras, a resposta da pessoa à pergunta “*o que espera da psicoterapia?*”) encontra-se, muitas vezes, distante do pedido desejável – ou seja, daquele pedido de compreender o que se passa consigo próprio, não só intelectualmente mas, sobretudo, emocionalmente, dando conta das suas dificuldades e permitindo uma abordagem dos conflitos internos entre instâncias psíquicas (entre as pulsões do *Id*, os mecanismos de defesa do *Ego*, e as exigências do *Superego* e do *Ideal do Ego*). Frequentemente, os pedidos enunciados são pedidos deslocados ou projetados, que versam a mudança do Outro (cônjuge, filhos, outros familiares, amigos e vizinhos, colegas de trabalho, etc.) ou então o simples desabafar que não contempla qualquer desejo de autoconhecimento. Se tivermos

presente a prevalência de organizações de personalidade *borderline* no enquadramento da problemática de violência entre parceiros íntimos (e.g. World Health Organization, 2002; Maurício, Tein, & Lopez, 2007; Pico-Alonso, Echeburúa, & Martinez, 2008), não será de admirar a frequência deste tipo de pedidos, já que os mecanismos de defesa predominantes nestas organizações são, num primeiro momento, a clivagem (entre as partes boas e idealizadas das representações objetais e do *self* e as antagónicas componentes más e diabolizadas) e a projeção ou identificação projetiva subsequente dos elementos internos tóxicos nos objetos exteriores. Daqui decorre a dificuldade em identificar a natureza do conflito interno gerador de angústia, pois tudo aquilo que necessita de ser alterado está, afinal, projetado no exterior. Face a estas condições iniciais, que não constituem obviamente a totalidade dos casos, as primeiras sessões de psicoterapia individual centram-se num reenquadramento do pedido, colocando-se o enfoque na identificação do conflito, particularmente através da análise da história relacional com figuras de vinculação significativas, desde a infância até ao presente, com vista a desvelar os padrões relacionais que enformam a organização da personalidade num determinado esquema (dis)funcional, pontuado por conflitos, angústias e defesas idiossincráticas. As primeiras sessões são ainda o palco da celebração do contrato terapêutico, do esclarecimento de objetivos e dúvidas face ao processo, e do trabalho em torno da “aliança terapêutica”, a qual é alimentada pela parte sã da pessoa que pede ajuda.

Importante será ainda referenciar a questão dos níveis de psicoterapia (Bateman et al., 2003) desenvolvidos no Serviço de Violência Familiar, que podem oscilar entre um nível de apoio, suporte e alívio e um nível de exploração mais profundo. Embora, em qualquer nível de psicoterapia, os princípios psicodinâmicos subjacentes sejam idênticos – por exemplo, o valor singular da experiência subjetiva, a compreensão dos sintomas enquanto manifestações externas ou epifenômenos de processos inconscientes, ou o papel crucial das experiências de infância na determinação da personalidade adulta (Gabbard, 1998) –, a opção do psicoterapeuta por um deles depende sempre da avaliação psicodinâmica realizada. Nas situações em que a pessoa se encontra muito fragilizada ou em que subsiste a relação violenta, opta-se frequentemente pelas terapias de suporte (fortalecimento do Ego e dos mecanismos de defesa que se revelam mais adaptativos e maduros; minimização da transferência; manutenção da ansiedade decorrente do conflito psíquico num nível mínimo). Nas situações em que a relação abusiva terminou, ou em que a violência faz parte do passado, seja ele mais ou menos recente, mas onde subsistem problemas ou perturbações psicológicas ou relacionais que a pessoa deseja aprofundar, a opção tende frequentemente para a psicoterapia exploratória, dirigida ao *insight*, em que se confrontam e modificam as defesas; em que a transferência é fomentada, revelada e analisada; em que os conflitos intrapsicológicos conscientes e/ou inconscientes não resolvidos são abordados num nível de ansiedade otimal.

A avaliação no âmbito da psicoterapia individual visa, em última instância, a formulação clínica do caso que, indo substancialmente além de uma simples classificação, procura, sob a forma de hipóteses de trabalho, atingir uma compreensão o mais aprofundada possível do funcionamento mental da pessoa, uma leitura dinâmica da sua realidade mental. Neste sentido, não fará sentido falar de uma divisão estanque entre avaliação e intervenção, já que estas se interpenetram e influenciam mutuamente. Entre os elementos a incluir na formulação do caso identificam-se: a descrição do problema; o custo psíquico do problema; contextualização do problema e identificação de fatores predisponentes relevantes; descrição das relações objetais dominantes; identificação das defesas, ou seja, da forma como a pessoa se protege da dor psíquica; e identificação dos objetivos do tratamento (Lemma, 2003). Para além destes aspetos, poderemos ainda destacar a importância da avaliação aprofundada do *self* (autoestima e coesão interna; continuidade do *self*; fronteiras do *self*) e das características do Ego (estrutura e força do Ego; tolerância à frustração e controlo de impulsos; heterogeneidade/homogeneidade e flexibilidade/rigidez das defesas; relação entre Ego e Superego) (Gabbard, 1998). Para uma descrição mais aprofundada de todos estes elementos remetemos o leitor para bibliografia específica (e.g. Gabbard, 1998; Lemma, 2003; McWilliams, 2004).

As psicoterapias individuais de orientação psicanalítica são configuradas pelo seu *setting*, que pode ser definido como o conjunto de todos os procedimentos que organizam, normalizam e possibilitam

o processo psicoterapêutico (Zimmerman, 1999), incluindo condições físicas e regras de funcionamento. Por exemplo, a frequência regular e fixa de sessões, a duração limitada das consultas, a constância do local das consultas, a disposição espacial dos intervenientes no espaço do gabinete, mas também as regras da relação terapêutica, entre as quais se contam as elencadas por Freud, como a regra fundamental (de associação livre de ideias) que se consubstancia no compromisso da pessoa “em dizer tudo o que pensa e sente sem nada escolher e sem nada omitir do que lhe acode ao espírito, ainda que lhe pareça desagradável de comunicar, ridículo, desprovido de interesse ou despropositado” (Laplanche & Pontalis, 1985: 565), ou a regra de abstinência que alude à necessidade do psicoterapeuta se abster de satisfazer os pedidos do sujeito (por exemplo, facultar uma opinião pessoal ou aconselhamento), de forma a preservar o *setting*. As psicoterapias individuais no Serviço de Violência Familiar decorrem com os intervenientes posicionados face-a-face, num gabinete das instalações do serviço em que a privacidade é assegurada, tendo a duração de 50 minutos e uma frequência, sempre que possível, semanal. A duração de uma psicoterapia individual é extremamente variável, assumindo-se que as mudanças mais profundas e sustentáveis apenas se operam num registo de longa duração. Finalmente, esta breve explanação dos aspetos mais pragmáticos do trabalho psicoterapêutico individual realizado no Serviço de Violência Familiar, não ficaria minimamente completa sem uma referência ao papel preponderante que a transferência (e a contratransferência) nele

desempenha, tanto ao nível da avaliação como da intervenção. Este fenómeno, ativo em todas as relações significativas, é uma dimensão vital na avaliação. A repetição que lhe está inerente implica que os padrões transferenciais que se desenvolvem durante as sessões constituem fontes de informação inestimáveis sobre as relações significativas do passado e do presente. Relativamente ao seu papel terapêutico, “a transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se joga a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que o caracterizam” naquilo que pode ser considerado essencial (Laplanche & Pontalis, 1985: 669).

### ***Referências bibliográficas***

- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2003). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Boulanger, J.-J. (2004). Perspetiva metapsicológica. In J. Bergeret (Dir.) *Psicologia patológica: Teoria e clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Clarke, S., Hahn, H., Hoggett, P., & Sideris, T. (2006). Psychoanalysis and Community. *Psychoanalysis, Culture and Society*, 11, 199-216.
- Collette, A. (1990). *Introduction a la psychologie dynamique*. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.
- Dewald, P. (1989). *Psicoterapia, uma abordagem dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica – baseado no DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1985). *Vocabulário de psicanálise*. Lisboa: Moraes Editores.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2011). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lemma, A. (2003). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Mauricio, A. M., Tein, J.-Y., & Lopez, F. G. (2007). Borderline and Antisocial Personality Scores as Mediators Between Attachment and Intimate Partner Violence. *Violence and Victims*, 22 (2), 139-157.
- McWilliams, N. (2004). *Formulação psicanalítica de casos*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams, N. (2006). *Psicoterapia psicanalítica: Guia para terapeutas*. Lisboa: Climepsi.
- Pico-Alonso, M. A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality Disorder Symptoms in Women as a Result of Chronic Intimate Male Partner Violence. *Journal of Family Violence*, 23, 577-588.
- Sá, E. (2003). *Textos com psicanálise*. Lisboa: Fim de Século.
- Seagull, E. A. & Seagull, A. A. (1991). Healing the wound that must not heal: Psychotherapy with survivors of domestic violence. *Psychotherapy*, 28, 16-20.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98-109.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Zimmerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – Uma abordagem didática*. Porto Alegre: Arteme.