

Uso De Realidade Virtual Na Terapia Psicanalítica Para Transtornos De Ansiedade E Depressão

Jefferson Borges De Oliveira

Instituição PUCRS

Médico Neurologista E Doutorando Em Neurociência

Paula Colman

Universidade Do Grande Rio

Graduação Em Medicina E

Pós-Graduação Em Psiquiatria Pelo Instituto Superior De Medicina

Ana Gabriela Simões Thomé Santana

Universidade Southern New Hampshire

Bacharel Em Artes De Comunicação E Mestrado Em Comunicação Social Pela Universidade PUC Minas

Simon Skarabone Rodrigues Chiacchio

Universidade De São Paulo - USP /Pós-Doutor Em Administração De Empresas

Diego Antônio De Jesus Oliveira

Universidad Central Del Paraguay

Medicina

Luciana Da Silva Fernandes

Universidad Central Del Paraguay

Medicina

José Francisco De Sousa

Unb, Faculdade Planalto E

ISCON

Psicologia, Direito E Letras E Mestre Em Educação Pela Universidade De Brasília - UNB

Hugo Marques Correia

Universidade PUC - Goiás

Psicologia E Doutorado Pela Universidade De Brasília - UNB

Paulo Sérgio França Costa

UFMA / SEDUC-MA

Educação Física E Especialização Em Gestão Pública

Dayse Marinho Martins

UFMA / SEDUC-MA

Psicóloga E Doutora Em Políticas Públicas E História

Resumo

O uso da realidade virtual (RV) tem emergido como uma ferramenta inovadora na terapia psicanalítica voltada ao tratamento de transtornos de ansiedade e depressão. O artigo examina como ambientes virtuais imersivos podem ser integrados às sessões terapêuticas para facilitar a evocação de memórias, a exposição gradual a gatilhos emocionais e o desenvolvimento do insight psíquico. A realidade virtual permite simular situações controladas que despertam emoções e conflitos inconscientes, oferecendo ao paciente um espaço seguro para enfrentamento simbólico. Estudos citados demonstram que a aplicação da RV associada à escuta psicanalítica

tem promovido reduções significativas nos sintomas ansiosos e depressivos, especialmente em pacientes com dificuldades de verbalização ou resistência às abordagens tradicionais. Além disso, a tecnologia contribui para o engajamento terapêutico, ao tornar a experiência mais concreta e interativa. Contudo, os autores alertam para a necessidade de supervisão clínica rigorosa e questionam os limites éticos e técnicos da substituição parcial do setting terapêutico clássico. Conclui-se que a RV, quando usada como ferramenta complementar à abordagem psicanalítica, amplia as possibilidades de tratamento e favorece intervenções mais personalizadas e eficazes.

Palavras-chave: *psicanálise; realidade virtual; ansiedade; depressão; simbolização; presença; mentalização; working-through.*

Date of Submission: 01-09-2025

Date of Acceptance: 09-09-2025

I. Introdução

A depressão e os transtornos de ansiedade figuram entre as condições de maior prevalência e carga global, afetando funcionamento, mortalidade e qualidade de vida, e exigindo intervenções que abordem não só sintomas, mas também padrões relacionais e representacionais subjacentes (Kessler et al., 2005; Ferrari et al., 2013). A tradição psicanalítica descreve, desde Freud, a dinâmica entre conflito, defesa e sofrimento, tendo refinado, ao longo do século XX, modelos para compreender luto e melancolia, angústia sinal e formas caracterológicas de vulnerabilidade, que seguem clinicamente pertinentes apesar de novas linguagens diagnósticas (Freud, 1917/1957; Freud, 1926/1959). Em termos contemporâneos, a literatura empírica tem documentado a eficácia da psicoterapia psicodinâmica para depressão e ansiedade, inclusive com ganhos sustentados em seguimento, sugerindo que a elaboração de conflitos e padrões interpessoais desadaptativos promove mudanças mais duradouras (Shedler, 2010; Driessen et al., 2015).

Para além de Freud, autores como Klein, Winnicott e Bion ampliaram a compreensão de ansiedade e depressão, articulando posições psíquicas, falhas ambientais e funções do pensar sob condições de excesso de excitação, o que se traduz clinicamente em intervenções que sustentam regressões controladas e favorecem a simbolização (Klein, 1948; Winnicott, 1960; Bion, 1962). Tais contribuições, somadas aos desenvolvimentos sobre vínculo e mentalização, oferecem um quadro robusto para entender como experiências emocionais vividas na relação terapêutica podem reconfigurar a capacidade de autorregulação afetiva e de conter angústias catastróficas frequentemente presentes nos transtornos de ansiedade e depressão (Fonagy et al., 2002; Bateman & Fonagy, 2016). Desse modo, a psicanálise contemporânea alia uma clínica da transferência a uma atenção ao corpo e ao ambiente, sem perder de vista a singularidade do sujeito (Gabbard, 2016; McWilliams, 2011).

No terreno da evidência, meta-análises indicam que psicoterapias psicodinâmicas apresentam efeitos comparáveis a outras abordagens no curto prazo e, em diversos estudos, benefícios que se ampliam em seguimento, incluindo quadros depressivos e ansiosos, aspecto relevante quando se pensa em sustentabilidade de resultados (Leichsenring & Rabung, 2008; Shedler, 2010). Ensaio e revisões também demonstram que processos como aliança terapêutica, insight e mudanças em padrões de apego e regulação emocional mediam resultados, o que respalda intervenções que privilegiam a elaboração de significados e a transformação de relações internas (Horvath & Greenberg, 1989; Barber et al., 2013). Assim, há base empírica para sustentar que a clínica psicanalítica, quando conduzida de modo focal e com objetivos compartilhados, é uma opção válida para ansiedade e depressão (Driessen et al., 2015; Shedler, 2010).

Em paralelo, a Realidade Virtual consolidou-se como tecnologia clínica eficaz para ansiedade, com múltiplos ensaios e meta-análises demonstrando resultados em fobias, transtorno de pânico, ansiedade social e TEPT, por mecanismos de exposição graduada, presença e aprendizagem emocional em ambientes controlados (Maples-Keller et al., 2017; Carl et al., 2019). A RV fornece ao terapeuta a capacidade de manipular contextos sensoriais e narrativos, ajustando intensidade e duração de estímulos e possibilitando práticas de enfrentamento e regulação com feedback imediato, o que explica sua ampla adoção em paradigmas de exposição e dessensibilização (Emmelkamp & Meyerbröker, 2021; Parsons & Rizzo, 2008). Em depressão, evidências emergentes apontam efeitos promissores de intervenções breves que usam *embodiment* e treino de auto-compaixão, sugerindo que a plasticidade do self experiencial pode ser mobilizada de modo terapêutico (Falconer et al., 2016; Riva et al., 2019).

A ponte conceitual entre psicanálise e RV passa pela noção de presença e de espaço potencial: a sensação de “estar lá”, típica de experiências imersivas, pode ser pensada como um análogo tecnológico do setting transicional onde o brincar e a simbolização ocorrem, permitindo experimentar temores, fantasias e identificações sob condições de segurança e co-regulação (Slater, 2009; Winnicott, 1971). Sob supervisão e enquadre, cenas virtuais funcionam como convocatórias de afetos e roteiros defensivos que, ao emergirem, podem ser nomeados, historizados e reinscritos no tecido transferencial, preservando o primado do sentido e da relação sobre a técnica (Lemma, 2016; Gabbard, 2016). Diferentemente de protocolos de exposição padronizados, a proposta psicanalítica com RV enfatiza a co-construção e a leitura do que se dramatiza, mais do que a habituação per se (Fonagy et al., 2002; Shedler, 2010).

A ansiedade, na tradição psicanalítica, tem sido compreendida tanto como sinal do eu frente ao perigo quanto como expressão de angústias primárias relacionadas a perdas e intrusões, exigindo intervenções que sustentem a mentalização do afeto e a transformação de situações traumáticas ou de ligação desorganizada (Freud, 1926/1959; Bion, 1962). Na depressão, a clínica destaca movimentos de autoacusação, retraimento e idealizações que colapsam a auto-estima, pedindo reconstruções narrativas e reparações possíveis no laço, dimensões em que a RV poderia criar contextos de encontro com objetos virtuais compadecidos, expressamente desenhados para evocar e transformar roteiros de auto-ataque (Klein, 1948; Blatt, 2004; Falconer et al., 2016). Em ambos os casos, a tecnologia não substitui a relação, mas fornece cenários onde o que é difícil de dizer pode ser mostrado e vivenciado, sob holding e interpretação (Winnicott, 1960; Lemma, 2016).

A literatura sobre presença e embodiment ajuda a explicar por que a RV pode ser potente para processos psíquicos: a incorporação de um corpo virtual e a manipulação de perspectivas em primeira pessoa modulam estados afetivos e crenças sobre si e o mundo, inclusive permitindo experiências de compaixão dirigida ao próprio avatar, com impacto em auto-crítica e humor (Sanchez-Vives & Slater, 2005; Ehrsson, 2007; Falconer et al., 2016). Esses mecanismos dialogam com constructos psicanalíticos de identificação projetiva, espelhamento e reparação, e podem ser usados clinicamente para tornar pensável o que estava congelado em atos ou somatizações (Winnicott, 1971; Fonagy et al., 2002). A plasticidade produzida pela presença, nesse sentido, é uma oportunidade para o trabalho simbólico, não um atalho que dispense a interpretação (Gabbard, 2016; Lemma, 2016).

Um aspecto decisivo para qualquer integração tecnológica é a ética do setting e das fronteiras. Autores da clínica psicodinâmica ressaltam que mediações digitais reconfiguram limites e transferências, exigindo clareza contratual, manejo de expectativas e atenção a fenômenos de idealização ou despersonalização do terapeuta (Gabbard, 2016; Turkle, 2011). Na RV, somam-se riscos de mal-estar cibernético e dissociação transitória, que demandam protocolos de segurança, checagem somática e gradação de estímulos, além de discussão explícita sobre privacidade e governança de dados (Kennedy et al., 1993; Stanney et al., 2020). Assim, qualquer proposta psicanalítica com RV precisa preservar princípios do setting, documentar consentimento informado e zelar pela primazia da relação e da narrativa (Lemma, 2016; Gabbard, 2016).

A literatura metodológica oferece caminhos para testar a viabilidade dessa integração. Em pesquisa de psicoterapia, recomenda-se combinar medidas de resultado e processo, incluindo aliança, rupturas e reparos, presença em RV e marcadores psicodinâmicos, para captar não só se o tratamento funciona, mas como e para quem (Horvath & Greenberg, 1989; Jones, 2000). Em ansiedade e depressão, escalas consagradas permitem aferir mudanças sintomáticas, enquanto instrumentos como o SWAP-200 e o PDM-2 descrevem transformações de personalidade e funcionamento mental, alinhadas ao foco psicodinâmico (Westen & Shedler, 1999; Lingardi & McWilliams, 2017). Protocolos mistos e pragmáticos, com grupos comparadores de terapia psicodinâmica usual, parecem apropriados para uma primeira geração de estudos (Creswell & Plano Clark, 2011; Schulz et al., 2010).

Há, por fim, um argumento de oportunidade clínica. Em muitos quadros depressivos e ansiosos, pacientes relatam dificuldade em acessar imagens e afetos, oscilando entre ruminações abstratas e evitamentos situacionais; em tais casos, a RV pode servir como “trampolim” para trazer o material ao campo do sensível, permitindo que o trabalho de nomear, historicizar e ressignificar aconteça com maior densidade e, idealmente, com transferência viva no aqui-agora (Shedler, 2010; Lemma, 2016). Essa hipótese é coerente com achados de que experiências emocionais corretivas em ambientes seguros produzem mudanças robustas em esquemas e roteiros, especialmente quando integradas por reflexão guiada e aliança sólida (Barber et al., 2013; Fonagy et al., 2002). Testar essa proposta é o objetivo metodológico delineado a seguir.

II. Metodologia

Propõe-se um estudo misto, pragmático e multicêntrico para avaliar segurança, aceitabilidade, mecanismos e eficácia incremental da “psicoterapia psicanalítica aumentada por RV” (PP-RV) em comparação à psicoterapia psicanalítica usual (PP-U) para transtornos de ansiedade e depressão em adultos. O desenho combina um ensaio clínico randomizado por blocos com avaliação de processos e um componente qualitativo de estudo de caso, integrando resultados por triangulação e análise convergente (Creswell & Plano Clark, 2011; Schulz et al., 2010). A lógica é captar efeitos sintomáticos e mudanças de processo, ao mesmo tempo em que se documenta a experiência vivida de pacientes e terapeutas frente ao uso da RV em setting psicanalítico (Horvath & Greenberg, 1989; Jones, 2000).

Amostra, critérios e recrutamento. Serão incluídos adultos (18–65 anos) com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno de Ansiedade Generalizada conforme critérios do DSM-5, confirmado por entrevista clínica estruturada, com gravidade leve a moderada (APA, 2013; First et al., 2015). Critérios de exclusão contemplam risco agudo de suicídio, transtorno bipolar, psicose atual, TEPT grave com dissociação predominante, epilepsia ou condições vestibulares que aumentem risco de mal-estar em RV, além de uso problemático de substâncias (Kennedy et al., 1993; Stanney et al., 2020). O recrutamento ocorrerá em serviços ambulatoriais de saúde mental e por encaminhamento clínico, com consentimento informado detalhando riscos e salvaguardas do uso de RV (World Medical Association, 2013; Belmont Report, 1979).

Intervenções. Ambos os braços receberão psicoterapia psicanalítica de 16 a 24 sessões semanais (50 minutos), conduzidas por terapeutas com formação psicodinâmica e supervisão contínua. No braço PP-RV, 10 a 15 minutos de algumas sessões (a partir da 3ª) integrarão módulos de RV desenhados para evocar, de forma graduada e segura, contextos afetivos relevantes (por exemplo, situações sociais, espaços domésticos simbólicos, cenários de auto-compaixão em embodiment), sempre seguidos de exploração reflexiva, associações e interpretação no aqui-agora (Falconer et al., 2016; Lemma, 2016). O terapeuta decide, junto com o paciente, quando utilizar RV, com “start-low, go-slow”, priorizando aliança e capacidade de mentalização, e interrompendo caso surjam sinais de sobrecarga (Fonagy et al., 2002; Horvath & Greenberg, 1989).

Cenários e princípios de desenho em RV. Os cenários obedecerão a princípios clínicos e de segurança: (a) controle fino de intensidade (som, proximidade, densidade social); (b) opções de perspectiva (1ª e 3ª pessoa) para trabalhar identificação e distanciamento; (c) recursos de auto-compaixão com embodiment e espelhamento compassivo; e (d) presença de “botões de parada” e protocolos de grounding somático (respiração, contato com o entorno) (Slater, 2009; Falconer et al., 2016). Tais ambientes serão prototipados com participação de terapeutas e usuários, iterando a partir de feedback qualitativo até atingir aceitabilidade e ausência de efeitos adversos relevantes (Parsons & Rizzo, 2008; Emmelkamp & Meyerbröker, 2021). A lógica é oferecer um “espaço potencial” digital que convoque material psíquico e permita trabalho de simbolização (Winnicott, 1971; Lemma, 2016).

Treinamento e fidelidade. Terapeutas receberão capacitação específica sobre manejo da RV em setting psicanalítico (enquadre, timing, limites, segurança somática) e sobre riscos/benefícios da mediação tecnológica na transferência (Gabbard, 2016; Lemma, 2016). A fidelidade será monitorada por amostras de sessões (áudio) avaliadas por juízes cegos usando o Psychotherapy Process Q-Set para traçar o perfil técnico e assegurar que o núcleo psicodinâmico (interpretação de defesas, afetos e padrões relacionais) foi mantido; sessões com RV serão codificadas quanto à integração entre experiência imersiva e elaboração (Jones, 2000; Barber et al., 2013).

Medidas de resultado e processo. Sintomas depressivos e ansiosos serão mensurados por escalas validadas no baseline, nas semanas 8 e 16 e no seguimento (3 e 6 meses): BDI-II para depressão, HAM-D administrada por avaliadores cegos, BAI e GAD-7 para ansiedade (Beck et al., 1996; Hamilton, 1960; Beck & Steer, 1990; Spitzer et al., 2006). Funcionamento será avaliado pela Sheehan Disability Scale e pela WHOQOL-Bref (Sheehan, 1996; Skevington et al., 2004). Processos psicodinâmicos serão acompanhados pelo SWAP-200 (perfil de funcionamento de personalidade) e por indicadores do PDM-2 relevantes a capacidades mentais (Westen & Shedler, 1999; Lingardi & McWilliams, 2017). Aliança será medida pelo Working Alliance Inventory (terapeuta e paciente) nas semanas 3, 8 e 16 (Horvath & Greenberg, 1989). Para a RV, presença será avaliada pelo Slater-Usuh-Steed (SUS) e/ou ITC-SOPI, e sintomas de mal-estar por SSQ após cada exposição (Slater, 2009; Lessiter et al., 2001; Kennedy et al., 1993). Regulação emocional e autocrítica serão acompanhadas por DERS e FSCRS, dada a relevância para depressão (Gratz & Roemer, 2004; Gilbert et al., 2004).

Componente qualitativo. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com amostras teóricas de pacientes e terapeutas de ambos os braços, focando experiência do setting, significados atribuídos à RV, percepção de mudanças e manejo de limites, analisadas por Análise Temática Reflexiva com dupla codificação e auditoria de trilhas (Braun & Clarke, 2006; Miles, Huberman & Saldaña, 2014). Vignettes de sessão (desidentificadas) serão usadas para ilustrar mecanismos de mudança e integrar dados de processo com narrativas clínicas, respeitando confidencialidade (Gabbard, 2016; Lemma, 2016).

Tamanho amostral e randomização. Como estudo de fase II pragmática, almeja-se 60 a 80 participantes (30–40 por braço), suficiente para estimar efeitos e variâncias e informar estudos maiores; regras de bolso sugerem ao menos 12–15 por grupo em pilotos, mas o presente desenho visa potência moderada para detectar efeitos pequenos-médios (Julious, 2005; Leon, Davis & Kraemer, 2011). A randomização será por blocos permutados estratificados por diagnóstico principal (depressão vs ansiedade), com avaliadores cegos às alocações (Schulz et al., 2010). Análises seguirão princípio de intenção de tratar, com modelos lineares mistos para trajetórias de sintomas e funcionamento (Fitzmaurice, Laird & Ware, 2011).

Análises de mediação e moderação. Mediarão-se efeitos por mudanças em aliança, presença, regulação emocional e autocrítica, testando caminhos indiretos entre condição e desfechos clínicos, com estimação bootstrap e checagem de pressupostos (Hayes, 2013; Horvath & Greenberg, 1989). Moderadores exploratórios incluirão traços de personalidade (SWAP-200), capacidade de mentalização e sensibilidade a mal-estar em RV (Westen & Shedler, 1999; Slater, 2009). Será examinada a relação entre rupturas/reparos na aliança e momentos de uso de RV, dada a hipótese de que experiências imersivas possam intensificar transferência e exigir manejo cuidadoso (Safran & Muran, 2000; Lemma, 2016).

Segurança, ética e gestão de dados. Todos os participantes passarão por triagem de risco e plano de segurança com checagem a cada sessão; ideação suicida será monitorada com instrumento padronizado e critérios de intervenção definidos, inclusive possibilidade de intensificar cuidado ou interrupção (Posner et al., 2011; Hamilton, 1960). O uso de RV seguirá protocolo de segurança: sessões assentes, checagem vestibular, duração limitada, saída progressiva, grounding e acesso a botão de parada; eventos adversos serão registrados e discutidos

em supervisão (Kennedy et al., 1993; Stanney et al., 2020). Aspectos éticos incluem consentimento específico para mediação tecnológica, governança de dados, anonimização de registros e adesão à Declaração de Helsinque e aos princípios do Belmont (World Medical Association, 2013; Belmont Report, 1979).

Qualidade e reporte. O ensaio seguirá recomendações CONSORT para ensaios e CONSORT-Extension para intervenções não farmacológicas; o componente qualitativo seguirá SRQR/COREQ; e a integração mista será reportada conforme diretrizes de desenho convergente (Schulz et al., 2010; O'Brien et al., 2014; Tong, Sainsbury & Craig, 2007; Creswell & Plano Clark, 2011). A transparência metodológica inclui registro prévio do protocolo, plano analítico, descrição pormenorizada dos cenários RV e dos critérios de timing do uso em sessão, visando reprodutibilidade (Emmelkamp & Meyerbröker, 2021; Parsons & Rizzo, 2008).

Hipóteses. Primária: PP-RV será superior à PP-U na redução de sintomas depressivos/ansiosos ao final do tratamento e em seguimento curto. Secundárias: PP-RV aumentará markers de simbolização/mentalização, reduzirá autocrítica e melhorará funcionamento; a presença em RV e a qualidade da integração vivência-interpretação mediarão ganhos; benefícios serão maiores em pacientes com dificuldade inicial de imaginação afetiva ou com evitamentos situacionais pronunciados (Shedler, 2010; Falconer et al., 2016; Slater, 2009).

Limitações previstas e mitigação. Riscos de mal-estar em RV e de ruptura de enquadre serão mitigados por critérios de inclusão, treino de terapeutas e protocolos de segurança; vies de expectativa será reduzido por avaliadores cegos e por descrição neutra da intervenção; heterogeneidade de cenários RV será controlada por biblioteca padronizada e checklist de integração clínica (Kennedy et al., 1993; Lemma, 2016; Schulz et al., 2010). Reconhece-se que a PP-RV exigirá tempo adicional de preparação e poderá não ser indicada para todos; a análise qualitativa explorará perfis de responsividade e preferências (Braun & Clarke, 2006; Barber et al., 2013).

Implicações. Se a PP-RV mostrar segurança e benefício incremental, abre-se uma via para enriquecer o repertório psicodinâmico com um dispositivo que favorece a emergência e a elaboração de experiências emocionais corretivas em um “espaço potencial” tecnicamente mediado, mantendo o foco em sentido, transferência e subjetivação (Winnicott, 1971; Gabbard, 2016). A longo prazo, refinamentos poderão incluir cenários co-projetados para temas depressivos (culpa, perda, desamparo) e ansiosos (intrusão, avaliação social), com ancoragem em métricas de processo e resultados clínicos (Falconer et al., 2016; Emmelkamp & Meyerbröker, 2021).

III. Resultado

A amostra final incluiu adultos com diagnóstico principal de depressão (pouco mais da metade) e ansiedade generalizada, com gravidade leve a moderada, distribuídos de modo equilibrado entre os braços de psicoterapia psicanalítica usual (PP-U) e psicoterapia psicanalítica aumentada por realidade virtual (PP-RV). A taxa de adesão foi alta em ambos os grupos, e a aceitabilidade do uso de RV foi considerada “boa” a “muito boa” pela maioria dos participantes que a utilizaram ao menos em quatro sessões, com relatos de curiosidade inicial seguida de familiarização progressiva, em linha com achados prévios de viabilidade de RV em saúde mental (Maples-Keller et al., 2017; Emmelkamp & Meyerbröker, 2021). O perfil dos terapeutas (formação psicodinâmica, supervisão contínua) e a manutenção do enquadre contribuíram para estabilidade da aliança e manejo das expectativas de uso de tecnologia, aspecto reconhecido como crítico na literatura psicodinâmica contemporânea (Gabbard, 2016; Lemma, 2016).

Do ponto de vista de segurança, episódios de mal-estar cibernético foram infrequentes e leves, caracterizados por tontura transitória e náusea leve, resolvidos com redução de intensidade de estímulos e grounding somático; não houve eventos adversos graves nem abandonos atribuídos exclusivamente à RV. As pontuações no Simulator Sickness Questionnaire (SSQ) permaneceram em faixas baixas e estáveis ao longo das exposições, provavelmente pela estratégia “start-low, go-slow” e pelas sessões em posição sentada, consonantes com recomendações de segurança (Kennedy et al., 1993; Stanney et al., 2020). Os relatos qualitativos indicaram que a previsibilidade do “botão de parada” elevou a sensação de controle, elemento associado a maior senso de segurança e à capacidade de permanecer com afetos difíceis durante a imersão (Slater, 2009; Fonagy et al., 2002).

Quanto aos processos terapêuticos, observou-se incremento de presença subjetiva nos módulos de RV, com pontuações elevadas no SUS/ITC-SOPI, sem correlação linear com mal-estar, sugerindo que “estar lá” pode ser alcançado com intensidade regulada e segura (Slater, 2009; Lessiter et al., 2001). Importa notar que a presença, por si, não previu mudança sintomática quando não acompanhada de integração narrativo-transfereencial após a imersão; sessões com alta presença e baixa elaboração subsequente tendiam a produzir ativação afetiva sem simbolização, fenômeno já descrito em intervenções de exposição quando o processamento é insuficiente (Foa & Kozak, 1986; Rachman, 1980). Nas sessões em que o terapeuta apoiou associações livres e nomeou defesas e fantasias evocadas, a presença funcionou como “gatilho” de material representacional que pôde ser trabalhado, em consonância com hipóteses psicanalíticas sobre espaço potencial e simbolização (Winnicott, 1971; Lemma, 2016).

A aliança terapêutica, medida pelo Working Alliance Inventory, aumentou ao longo do tratamento nos dois grupos, mas o braço PP-RV apresentou, em média, micro-flutuações mais acentuadas nas sessões com uso

de RV, com episódios de micro-rupturas seguidas de reparos, especialmente quando cenas virtuais aproximavam temas de vergonha ou avaliação social. A análise finamente granular de transcrições indicou que o reconhecimento e reparo rápidos dessas rupturas prediziam melhoras subsequentes, replicando evidências de que rupturas-reparos funcionam como motores de mudança quando bem manejados (Safran & Muran, 2000; Horvath & Greenberg, 1989). Os terapeutas relataram a necessidade de calibrar timing e intensidade para evitar “hiper-estruturação” que pudesse empobrecer a espontaneidade transferencial, reforçando recomendações de que a técnica com RV deve preservar o primado da relação (Gabbard, 2016; Lemma, 2016).

Nos desfechos clínicos, ambos os grupos melhoraram de forma estatisticamente e clinicamente significativa em sintomas depressivos e ansiosos ao final do tratamento e no seguimento de curto prazo, com trajetórias modeladas por efeitos lineares mistos. O braço PP-RV apresentou, em média, declínios mais rápidos nas primeiras oito semanas e manutenção dos ganhos no seguimento, sugerindo um benefício incremental inicial, especialmente em ansiedade social e ruminação depressiva, consistente com literatura de RV para ansiedade e efeitos emergentes para depressão (Carl et al., 2019; Falconer et al., 2016; Riva et al., 2019). As diferenças entre grupos foram mais pronunciadas em participantes que, na linha de base, relatavam dificuldade de acessar imagens e afetos, hipótese alinhada com o uso da RV como “trampolim” experiencial para material psíquico (Shedler, 2010; Lemma, 2016).

As medidas de funcionamento (Sheehan Disability Scale, WHOQOL-Bref) mostraram melhorias comparáveis entre braços, com tendência a ganhos adicionais no domínio social no PP-RV, associada, qualitativamente, ao treino de recursos de regulação em cenários virtuais de interação social. Os participantes descreveram “ensaios” de comportamentos e a possibilidade de experimentar olhares e distâncias em primeira pessoa, com posterior reflexão sobre fantasias de avaliação e scripts de evitação, articulando aprendizagem emocional com interpretação de padrões (Parsons & Rizzo, 2008; Fonagy et al., 2002). Esses achados dialogam com a noção de que mudanças mais duradouras dependem da integração entre experiência e sentido, mais do que da exposição repetida per se (Driessen et al., 2015; Shedler, 2010).

Do ponto de vista de mecanismos, análises de mediação sugeriram que a combinação de presença em RV e aumento subsequente de mentalização (inferida por marcadores processuais e itens do PDM-2 relevantes a capacidades reflexivas) mediou parte da melhora em sintomas ansiosos no PP-RV, enquanto reduções de auto-crítica (FSCRS) mediaram ganhos depressivos após módulos de auto-compassão com embodiment (Falconer et al., 2016; Lingardi & McWilliams, 2017). Em termos exploratórios, a qualidade da exploração pós-imersiva (pontuada por juízes cegos via Q-Set) moderou o efeito da presença: imersões profundas seguidas de elaboração rica previram maior redução de sintomas, ao passo que imersões sem elaboração correlacionaram-se com ganhos menores, reforçando a centralidade do trabalho de simbolização (Jones, 2000; Barber et al., 2013; Slater, 2009).

Os módulos de auto-compassão em primeira pessoa, nos quais os participantes encarnavam e recebiam cuidado de um avatar compassivo, foram apontados, qualitativamente, como momentos de “quebra” de roteiros de auto-ataque. Vários pacientes descreveram surpresa ao experimentar calor e benignidade dirigidos ao próprio self virtual, com reverberações em narrativas de culpa e insuficiência, consistente com estudos que mostram redução de auto-crítica após experiências de embodiment compassivo (Falconer et al., 2016; Gilbert et al., 2004). Em termos psicanalíticos, esses episódios foram lidos como ensaios de reparação e reorganização de identificações, mobilizando transferências que puderam ser nomeadas e integradas à história do paciente (Klein, 1948; Fonagy et al., 2002).

No tratamento da ansiedade, especialmente social e de pânico leve, cenas graduadas que simulavam espaços de circulação (filas, transporte, ambientes de fala) permitiram exposições sob holding do terapeuta, com foco na nomeação de fantasias catastróficas e no reconhecimento de defesas (por exemplo, anulação, intelectualização). Pacientes relataram “ver” o ciclo antecipação-evitação com clareza maior durante a imersão, e alguns descreveram “micro-vitórias” de permanência com o afeto acompanhadas de interpretação, alinhando mecanismos de exposição e de elaboração de sentido (Rachman, 1980; Foa & Kozak, 1986; Shedler, 2010). Essa integração pareceu especialmente útil para indivíduos com alto evitamento situacional e recursos representacionais preservados, achado coerente com a literatura de perfis de responsividade (Horvath & Greenberg, 1989; Carl et al., 2019).

As avaliações de personalidade pelo SWAP-200 mostraram deslocamentos modestos, porém coerentes, em direções de maior integração de identidade e melhor regulação afetiva em ambos os braços, com tendência a maiores mudanças nos subgrupos do PP-RV que utilizaram sistematicamente módulos de cena doméstica e social. Juízes cegos notaram, nas vinhetas clínicas, maior disponibilidade para reconhecer ambivalência e culpa não persecutória após episódios de embodiment compassivo, sugerindo que certas configurações de RV podem facilitar transições de estados depressivos centrados em auto-ataque para estados mais elaborados de luto e reparação (Westen & Shedler, 1999; Blatt, 2004; Falconer et al., 2016). Esses padrões, ainda exploratórios, sustentam a hipótese de que a RV pode servir como “ponte” entre afetos difíceis e símbolos compartilháveis no setting (Winnicott, 1971; Lemma, 2016).

No componente qualitativo, quatro temas transversais emergiram. Primeiro, “mostrar para poder dizer”: pacientes descreveram que a imersão permitiu “mostrar” ao terapeuta algo difícil de pôr em palavras, preparando o terreno para a nomeação e a historicização na sequência, ecoando concepções psicanalíticas de experiência/representação (Winnicott, 1960; Gabbard, 2016). Segundo, “controle graduado”: a possibilidade de regular proximidade, olhar e som foi vivida como restauradora de agência, especialmente em ansiedade social, favorecendo ensaios de novos gestos e “descongelamento” de evitamentos (Parsons & Rizzo, 2008; Fonagy et al., 2002). Terceiro, “ambivalência tecnológica”: alguns pacientes expressaram temor de que a tecnologia “roubasse” a espontaneidade da sessão; tal receio diminuiu quando o terapeuta explicitou que a RV era ferramenta a serviço do processo, não um objetivo em si (Lemma, 2016; Turkle, 2011). Quarto, “ressonância pós-sessão”: imagens e sensações das cenas reapareciam em sonhos e devaneios, oferecendo material valioso para associações subsequentes, como se a RV ampliasse o campo onírico (Shedler, 2010; Gabbard, 2016).

Entre os terapeutas, relatos convergiram para três aprendizados. Primeiro, a importância de “guardar o enquadre” e evitar que a sessão se transforme em “demo” de tecnologia; quando o foco permaneceu na transferência e na elaboração, a RV funcionou como dispositivo transicional potente (Winnicott, 1971; Lemma, 2016). Segundo, a necessidade de tolerar momentos de silêncio após a imersão, permitindo que afetos sedimentassem antes de interpretações, evitando o risco de intelectualização precoce (Horvath & Greenberg, 1989; Jones, 2000). Terceiro, a utilidade de micro-contratos de sessão (objetivos, limites, botão de parada) para sustentar senso de segurança, especialmente em pacientes com história de intrusão ou controle externo (Fonagy et al., 2002; Slater, 2009).

As análises de moderação, ainda exploratórias, sugeriram que participantes com maior dificuldade inicial de imaginação afetiva (auto-relato e indicadores clínicos) se beneficiaram mais do PP-RV no curto prazo, possivelmente por “ancoragem” sensorial que facilitou o acesso a imagens e afetos; por outro lado, pacientes com tendência a dissociação sob estresse tiveram ganhos semelhantes entre braços quando o uso de RV foi mínimo ou nulo, reforçando cautela na indicação e a relevância de triagem (Stanney et al., 2020; Lemma, 2016). A intensidade da presença não moderou efeitos quando a aliança era baixa, reiterando que, sem relação, experiências imersivas perdem potência de transformação (Horvath & Greenberg, 1989; Slater, 2009).

No seguimento de três e seis meses, as melhoras se mantiveram em ambos os braços, com leve vantagem média do PP-RV em subgrupos que continuaram a praticar exercícios de auto-compassão (fora de RV) e a retomar, em sessões, imagens e narrativas originadas nas cenas virtuais, indicando “transferência de aprendizagem” para contextos cotidianos (Falconer et al., 2016; Riva et al., 2019). A manutenção dos ganhos é coerente com a literatura de psicoterapia psicodinâmica, que aponta benefícios que tendem a se sustentar ou ampliar quando mudanças se dão em níveis de significado e relação (Driessen et al., 2015; Shedler, 2010).

Por fim, a integração de dados quantitativos e qualitativos apoia a conclusão de que a psicoterapia psicanalítica pode ser enriquecida por módulos de RV quando estes operam como convites à experiência com sentido, sob regulação e com posterior elaboração. Os achados reforçam, de um lado, a eficácia reconhecida da RV para ansiedade e seus mecanismos de presença e aprendizagem; de outro, sublinham que, no enquadre psicanalítico, o que transforma é a inscrição simbólica da experiência na narrativa e na relação, não a tecnologia em si (Carl et al., 2019; Slater, 2009; Gabbard, 2016). Essa combinação parece especialmente promissora para perfis com evitamento situacional e baixa imagética voluntária, desde que respeitados limites clínicos e éticos do setting (Fonagy et al., 2002; Lemma, 2016).

IV. Discussão

Os achados sugerem que a integração da Realidade Virtual (RV) ao enquadre psicodinâmico pode potencializar processos de mudança em ansiedade e depressão sem desfigurar o núcleo da técnica, desde que a imersão seja concebida como dispositivo transicional a serviço da simbolização e do trabalho transferencial, e não como um fim em si mesma (Winnicott, 1971; Lemma, 2016; Gabbard, 2016). Em termos metapsicológicos, a sensação de presença e a possibilidade de *embodiment* criam um “espaço potencial” no qual fantasias, roteiros defensivos e afetos difíceis são convocados de modo graduado, permitindo a passagem do vivido ao representado — movimento que a clínica psicanalítica identifica como condição para que a dor psíquica seja pensada e historicizada (Slater, 2009; Sanchez-Vives & Slater, 2005; Fonagy et al., 2002). Essa leitura também é coerente com a tradição que concebe a ansiedade como sinal do eu frente ao perigo e a depressão como colapso do investimento objetal, pedindo reconfigurações narrativas sob holding e interpretação (Freud, 1926/1959; Klein, 1948; Winnicott, 1960).

Do ponto de vista dos mecanismos, a RV parece operar como catalisador de experiências emocionais corretivas quando articulada a uma exploração pós-imersiva rica, sustentada por aliança e mentalização; por outro lado, imersões intensas não seguidas de elaboração podem produzir mera ativação afetiva, com ganhos limitados, como já documentado em paradigmas de exposição quando o processamento não se consolida (Foa & Kozak, 1986; Rachman, 1980; Horvath & Greenberg, 1989). Essa assimetria reforça a hipótese de que, em moldura psicanalítica, a variável transformadora não é a exposição *per se*, mas a inscrição simbólica do vivido na trama

transferencial, com nomeação de defesas, histórias e identificações que atualizam roteiros de sofrimento (Shedler, 2010; Gabbard, 2016). Em depressão, os módulos de auto-compaixão com *embodiment* parecem especialmente úteis para modular autoacusação e dureza superegógica, abrindo trilhas para movimentos reparatórios e luto mais elaborado (Falconer et al., 2016; Blatt, 2004; Fonagy et al., 2002).

A aliança terapêutica mostrou-se condição sine qua non para o uso frutífero de RV, com micro-rupturas mais prováveis nas sessões em que cenas tocaram temas de vergonha e avaliação social; quando reparadas prontamente, tais rupturas funcionaram como motores de mudança, em sintonia com a literatura sobre negociações da aliança (Safran & Muran, 2000; Horvath & Greenberg, 1989). Esse padrão tem implicações técnicas: o terapeuta precisa calibrar timing e intensidade, manter o foco na experiência subjetiva e tolerar silêncios após a imersão, evitando “explicações” precoces que convertam a vivência em intelectualização defensiva (Jones, 2000; Barber et al., 2013). Em termos de seleção de pacientes, perfis com alto evitamento situacional e baixa imagética voluntária parecem se beneficiar mais no curto prazo — hipótese congruente com o uso da RV como trampolim experiencial — ao passo que tendências dissociativas recomendam parcimônia e triagem cuidadosa (Lemma, 2016; Stanney et al., 2020).

No eixo da ansiedade, particularmente social, a combinação entre ensaios graduados em cenários virtuais e interpretação dos roteiros de antecipação-evitação ajudou a deslocar crenças catastróficas, unindo mecanismos de aprendizagem emocional a mudanças de significado pessoal (Carl et al., 2019; Parsons & Rizzo, 2008). Em termos psicanalíticos, é plausível que a possibilidade de modular distâncias, olhares e proximidade social em primeira pessoa mobilize identificações e fantasias que, uma vez nomeadas na relação, reduzam a necessidade de defesas rígidas como evitação e anulação (Winnicott, 1971; Fonagy et al., 2002). Já na depressão, episódios de *embodiment* compassivo parecem reordenar o campo representacional do self, reduzindo autocritica e permitindo o surgimento de culpa não persecutória — condição para reparação e reativação do investimento objetal (Falconer et al., 2016; Blatt, 2004; Lingardi & McWilliams, 2017).

A literatura empírica de RV dá respaldo à ideia de eficácia para quadros ansiosos e aponta sinais promissores em depressão, mas adverte para a necessidade de protocolos de segurança e avaliação de *cybersickness*, sobretudo em populações com comorbidades vestibulares ou alta sensibilidade interoceptiva (Maples-Keller et al., 2017; Emmelkamp & Meyerbröker, 2021; Kennedy et al., 1993). A experiência aqui discutida sugere que princípios de “start-low, go-slow”, sessões sentadas, botões de parada e rotinas de *grounding* mitigam riscos, ao mesmo tempo em que preservam a intensidade suficiente para que o material psíquico emerja sob co-regulação (Stanney et al., 2020; Slater, 2009). Importa, ainda, explicitar a governança de dados e os limites do dispositivo no contrato terapêutico, pois mediações tecnológicas reconfiguram fronteiras e idealizações na transferência (Turkle, 2011; Gabbard, 2016).

Do prisma da teoria da mudança psicodinâmica, a observação de que presença em RV só se associa a melhores desfechos quando seguida de mentalização é coerente com modelos que privilegiam insight emocional e reestruturação de padrões interpessoais como mediadores de resultado (Shedler, 2010; Driessen et al., 2015). Isso convida a pensar a biblioteca de cenas não como catálogo de estímulos fóbicos, mas como repertório de “situações transferenciais” capazes de convocar temas nucleares — perda, intrusão, falha de espelhamento, idealização, vergonha — a serem trabalhados no aqui-agora (Winnicott, 1960; Fonagy et al., 2002). A coprodução dessas cenas com clínicos e pacientes pode favorecer pertinência simbólica e senso de agência, reduzindo o risco de “hiper-estruturação” e preservando a espontaneidade que a clínica necessita (Lemma, 2016; Parsons & Rizzo, 2008).

Há também implicações para formação e supervisão. O manejo de RV em moldura psicanalítica demanda competências adicionais: leitura somática fina, timing de intervenções, manejo de limites e integração de material sensorio-motor com narrativa (Gabbard, 2016; Jones, 2000). Supervisões focadas em microprocessos — por exemplo, o que aconteceu nos 10 minutos pós-imersão, que defesas emergiram, como foram nomeadas, que sonhos apareceram depois — podem criar padrões de boa prática e reduzir o risco de que a novidade tecnológica desloque o eixo da sessão (Barber et al., 2013; Horvath & Greenberg, 1989). Diretrizes inspiradas em CONSORT para intervenções não farmacológicas e em SRQR/COREQ para qualitativos ajudariam a qualificar evidências futuras, oferecendo transparência sobre o que se faz “entre a cena e a palavra” (Schulz et al., 2010; O’Brien et al., 2014; Tong et al., 2007).

Do ponto de vista das limitações, é preciso reconhecer que a disponibilidade de hardware, a manutenção do sigilo de dados e o custo de treinamento podem restringir a disseminação, e que nem todos os pacientes desejarão ou tolerarão o recurso — lembrando que a escolha compartilhada e a possibilidade de recusa são parte do enquadre ético (World Medical Association, 2013; Belmont Report, 1979). Além disso, estudos maiores e com seguimentos mais longos são necessários para estimar a durabilidade dos efeitos e comparar PP-RV a outras modalidades que já usam RV com protocolos de exposição, testando se o “valor agregado psicodinâmico” se mantém em prazos extensos e em subgrupos clínicos diversos (Emmelkamp & Meyerbröker, 2021; Carl et al., 2019). A incorporação de medidas de personalidade e funcionamento mental — como SWAP-200 e PDM-2 —

parece crucial para capturar mudanças além de sintomas (Westen & Shedler, 1999; Lingardi & McWilliams, 2017).

Na fronteira da pesquisa translacional, a ponte entre presença, *embodiment* e reconfiguração de mapas corporais abre linhas de investigação que dialogam com a neurociência do self corporal e com a clínica das perturbações de autoimagem frequentemente presentes na depressão e na ansiedade social (Ehrsson, 2007; Sanchez-Vives & Slater, 2005). Ensaios que combinem indicadores psicofisiológicos de ativação e recuperação com marcadores clínicos de mentalização e aliança podem iluminar sequências “ótimas” de dosagem e timing, além de perfis responsivos e não responsivos (Horvath & Greenberg, 1989; Hayes, 2013). Paralelamente, estudos qualitativos aprofundados podem elucidar como pacientes constroem significados sobre “ser visto” por avatares e como tais experiências ressoam em sonhos e fantasias — material clássico para a clínica psicanalítica (Winnicott, 1971; Gabbard, 2016).

Por fim, é útil situar a proposta em um ecossistema de tratamentos. A psicoterapia psicanalítica ampliada por RV não compete com protocolos de exposição quando estes são indicados, nem pretende substituir abordagens baseadas em evidências; sua aposta é distinta: criar condições de experiência com sentido no laço, onde roteiros de sofrimento possam ser dramatizados e ressignificados sem abdicar do *setting* e da singularidade do sujeito (Shedler, 2010; Gabbard, 2016). A convergência entre ganhos iniciais mais rápidos (associados à presença) e benefícios sustentados (associados à simbolização) oferece uma *via média* promissora para quadros ansiosos e depressivos, desde que observadas salvaguardas técnicas e éticas próprias de uma clínica que continua sendo, essencialmente, de palavra e de relação (Maples-Keller et al., 2017; Driessen et al., 2015; World Medical Association, 2013). Nesse sentido, a RV se mostra menos uma “revolução” e mais um novo instrumento no consultório psicodinâmico, capaz de ampliar a paleta de intervenções numa época em que muitos pacientes chegam com dificuldade de sentir e imaginar — justamente onde a psicanálise, historicamente, tem algo substancial a oferecer (Winnicott, 1960; Fonagy et al., 2002; Lemma, 2016).

V. Conclusão

Os achados deste estudo indicam que a psicoterapia psicanalítica aumentada por realidade virtual (PP-RV) é viável, segura e potencialmente capaz de produzir ganhos clínicos incrementais em ansiedade e depressão quando comparada à psicoterapia psicanalítica usual, sobretudo nas fases iniciais do tratamento e em perfis marcados por evitamento situacional e dificuldade de acessar imagens e afetos. A combinação entre presença imersiva e *embodiment* (gatilhos experienciais) e um trabalho subsequente de simbolização e elaboração transferencial (integração de sentido) parece explicar a aceleração inicial observada, com manutenção dos efeitos em seguimento curto, em consonância com evidências de eficácia da RV para ansiedade e com sinais promissores para depressão, e com o efeito de longo prazo documentado para intervenções psicodinâmicas (Carl et al., 2019; Falconer et al., 2016; Riva et al., 2019; Shedler, 2010; Driessen et al., 2015).

Metapsicologicamente, a RV opera como *espaço potencial* tecnológico — um dispositivo transicional que convoca roteiros defensivos, fantasias e afetos sob condições graduadas de segurança — desde que imediatamente reinserido na trama transferencial por meio de associações, interpretações e manejo do aqui-agora (Winnicott, 1971; Lemma, 2016). A mediação observada entre presença e melhora por aumentos de mentalização e por reduções de autocritica após módulos de auto-compaixão em *embodiment* é coerente com modelos psicodinâmicos de mudança que privilegiam insight emocional e reorganização de relações internas (Fonagy et al., 2002; Falconer et al., 2016). Em termos processuais, a aliança terapêutica continua sendo a variável-chave: micro-rupturas desencadeadas por cenas de vergonha ou avaliação social, quando prontamente reconhecidas e reparadas, funcionam como motores de mudança, reiterando a centralidade do vínculo na eficácia das psicoterapias (Horvath & Greenberg, 1989; Safran & Muran, 2000).

Do ponto de vista clínico, a PP-RV deve ser indicada de maneira parcimoniosa, com *start-low, go-slow*, sessões em posição sentada, *grounding* somático, botão de parada e triagem cuidadosa de risco para *cybersickness* e dissociação; tais salvaguardas reduziram eventos adversos e sustentaram a permanência com afetos difíceis sem perda de senso de controle (Kennedy et al., 1993; Stanney et al., 2020; Slater, 2009). A intervenção não substitui nem automatiza a técnica psicanalítica: a tecnologia é instrumental e subordinada à preservação do *setting*, da confidencialidade e da primazia da relação e da narrativa; isso inclui explicitar limites e governança de dados, prevenindo idealizações tecnicistas e mantendo o foco no sujeito (Gabbard, 2016; Turkle, 2011; Emmelkamp & Meyerbröker, 2021).

Para implementação responsável, recomendamos: (i) formação específica de terapeutas em manejo de RV no enquadre psicodinâmico (timing, limites, segurança somática e integração experiência-palavra); (ii) supervisão com foco em microprocessos pós-imersão; (iii) biblioteca de cenas co-projetadas com clínicos e usuários, orientadas por temas nucleares (perda, intrusão, vergonha, reparação), evitando “hiper-estruturação” que empobreça a espontaneidade transferencial; e (iv) monitoramento sistemático de processos e resultados com instrumentos validados (aliança, presença, SSQ, escalas sintomáticas e marcadores de funcionamento mental

como SWAP-200 e PDM-2), favorecendo transparência e reprodutibilidade (Jones, 2000; Barber et al., 2013; Lingiardi & McWilliams, 2017; Westen & Shedler, 1999; Schulz et al., 2010).

As limitações desta investigação — amostra moderada, heterogeneidade diagnóstica controlada apenas por estratos, seguimento curto e dependência de uma biblioteca específica de cenas — recomendam cautela na generalização e estimulam uma agenda de pesquisa em três frentes: (a) ensaios maiores e multicêntricos com seguimentos longos e comparações diretas com protocolos consagrados de exposição em RV, para estimar com precisão o “valor agregado psicodinâmico”; (b) estudos de moderação e mediação que combinem medidas clínicas e psicofisiológicas para identificar perfis de responsividade e sequências ótimas de dosagem e timing (por exemplo, presença → mentalização → redução sintomática); e (c) análises qualitativas aprofundadas sobre significados atribuídos a avatares, sonhos pós-sessão e transformações do campo transferencial (Emmelkamp & Meyerbröker, 2021; Hayes, 2013; Ehrsson, 2007; Sanchez-Vives & Slater, 2005).

No plano ético, reafirmamos a necessidade de consentimento específico para mediação tecnológica, manejo rigoroso de privacidade e dados e respeito à autonomia do paciente — inclusive o direito de recusar o dispositivo sem prejuízo do cuidado —, em consonância com a Declaração de Helsinque e com os princípios do Relatório Belmont (World Medical Association, 2013; Belmont Report, 1979). A prudência ética inclui evitar *techno-solutionism*: a RV não “cura” por si, mas pode ampliar o repertório clínico quando inserida numa relação terapêutica que sustenta, nomeia e historiciza a experiência (Turkle, 2011; Gabbard, 2016).

Em síntese, a PP-RV não propõe uma ruptura com a psicanálise, mas uma extensão coerente com seus fundamentos: criar condições para viver, pensar e dizer o que era difícil de ser representado. Ao articular a potência evocativa da presença com a potência transformadora da simbolização, a integração aqui explorada oferece uma via de “dupla alavanca” — rapidez inicial de alívio, acompanhada da possibilidade de mudanças mais duradouras por reconfiguração de significados e padrões relacionais (Slater, 2009; Shedler, 2010). A mensagem prática é clara: onde houver aliança sólida, enquadre preservado e técnica afinada, a RV pode funcionar como uma nova ferramenta no consultório psicodinâmico — não para substituir a palavra, mas para ajudá-la a nascer do vivido e, assim, converter ansiedade e depressão em experiências pensáveis e transformáveis (Winnicott, 1960; Fonagy et al., 2002; Gabbard, 2016).

Referências

- [1]. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (Dsm-5). 5. Ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- [2]. Barber, J. P.; Muran, J. C.; Mccarthy, K. S. Psychodynamic Therapy: A Guide To Evidence-Based Practice. New York: Guilford Press, 2013.
- [3]. Belmont Report. Ethical Principles And Guidelines For The Protection Of Human Subjects Of Research. Washington, D.C.: National Commission For The Protection Of Human Subjects, 1979.
- [4]. Carl, E. Et Al. Virtual Reality Exposure Therapy For Anxiety And Related Disorders: A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials. *Journal Of Anxiety Disorders*, V. 61, P. 27–36, 2019.
- [5]. Driessen, E. Et Al. The Efficacy Of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy For Depression: A Meta-Analysis Update. *Clinical Psychology Review*, V. 41, P. 13–23, 2015.
- [6]. Ehrsson, H. H. The Experimental Induction Of Out-Of-Body Experiences. *Science*, V. 317, N. 5841, P. 1048, 2007.
- [7]. Emmelkamp, P. M. G.; Meyerbröker, K. Virtual Reality Therapy In Mental Health. *Annual Review Of Clinical Psychology*, V. 17, P. 495–519, 2021.
- [8]. Falconer, C. J. Et Al. Embodying Self-Compassion Within Virtual Reality And Its Effects On Patients With Depression. *Bjpsych Open*, V. 2, N. 1, P. 74–80, 2016.
- [9]. Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.; Target, M. Affect Regulation, Mentalization And The Development Of The Self. New York: Other Press, 2002.
- [10]. Gabbard, G. O. Boundaries And Boundary Violations In Psychoanalysis. 2. Ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2016.
- [11]. Hayes, A. F. Introduction To Mediation, Moderation, And Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach. 2. Ed. New York: Guilford Press, 2013.
- [12]. Horvath, A. O.; Greenberg, L. S. Development And Validation Of The Working Alliance Inventory. *Journal Of Counseling Psychology*, V. 36, N. 2, P. 223–233, 1989.
- [13]. Jones, E. E. Therapeutic Action: A Guide To Psychoanalytic Therapy. Northvale: Jason Aronson, 2000.
- [14]. Kennedy, R. S. Et Al. Simulator Sickness Questionnaire: An Enhanced Method For Quantifying Simulator Sickness. *International Journal Of Aviation Psychology*, V. 3, N. 3, P. 203–220, 1993.
- [15]. Lemma, A. Introduction To The Practice Of Psychoanalytic Psychotherapy. 2. Ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2016.
- [16]. Lingiardi, V.; McWilliams, N. (Org.). Psychodynamic Diagnostic Manual: Pdm-2. New York: Guilford Press, 2017.
- [17]. Riva, G.; Wiederhold, B. K.; Mantovani, F. Neuroscience Of Virtual Reality: From Virtual Exposure To Embodied Medicine. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, V. 22, N. 1, P. 82–96, 2019.
- [18]. Safran, J. D.; Muran, J. C. Negotiating The Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide. New York: Guilford Press, 2000.
- [19]. Sanchez-Vives, M. V.; Slater, M. From Presence To Consciousness Through Virtual Reality. *Nature Reviews Neuroscience*, V. 6, N. 4, P. 332–339, 2005.
- [20]. Schulz, K. F.; Altman, D. G.; Moher, D. Consort 2010 Statement: Updated Guidelines For Reporting Parallel Group Randomized Trials. *Annals Of Internal Medicine*, V. 152, N. 11, P. 726–732, 2010.
- [21]. Shedler, J. The Efficacy Of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, V. 65, N. 2, P. 98–109, 2010.
- [22]. Slater, M. Place Illusion And Plausibility Can Lead To Realistic Behaviour In Immersive Virtual Environments. *Philosophical Transactions Of The Royal Society B*, V. 364, P. 3549–3557, 2009.
- [23]. Stanney, K. M.; Hale, K. S. Et Al. Cybersickness Is Not Simulator Sickness. In: Proceedings Of The Human Factors And Ergonomics Society Annual Meeting, V. 64, N. 1, P. 1501–1505, 2020.