

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação / Tese de Mestrado / Doutorado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre / Doutor em SAÚDE MENTAL. 18, Setembro, 1995
CAMPINAS (SP).

Arredondo

Orientador(a) SÉRGIO L. S. ARRUDA

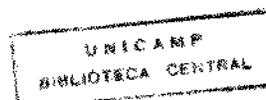
ADRIANA CAMPOS DE CERQUEIRA LEITE

***PSICOTERAPIA BREVE E SITUAÇÃO ANALÍTICA:
UMA LEITURA CRÍTICA E REFLEXIVA.***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental.

Orientador : ***Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda***

Campinas, 1995



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	7/UNICAMP
V	E
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	11/10/96
N.º CPD	

CM-00093124-1

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Leite, Adriana Campos de Cerqueira

L536p

Psicoterapia breve e situação analítica : uma leitura crítica e reflexiva /
Adriana Campos de Cerqueira Leite..Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador : Sérgio Luiz Saboya Arruda

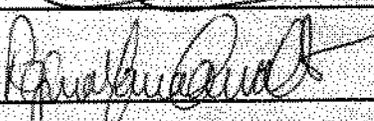
Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Psicanálise 2. Psicoterapia breve. 3. Transferência (Psicologia).
I. Arruda, Sérgio Luiz Saboya. II Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Sergio Luiz Saboya Arruda

Membros:

1. 
2. 
3. 

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

*Aos meus pais.
Ao meu bebê que, antes de chegar, já me estimulou tanto.
Em memória da minha avó Lili.*

Agradecimentos

Lembro-me de muitas pessoas ao iniciar os agradecimentos desta dissertação. Primeiramente, gostaria de agradecer aos professores da pós-graduação que, de uma forma ou de outra, contribuíram com esta dissertação; especialmente ao meu orientador, Prof. Sérgio Arruda, que me acompanhou com tanta disponibilidade e generosidade e ao Prof. Mário Eduardo Pereira que, com suas sugestões valiosas, ajudou-me a traçar o caminho percorrido neste trabalho.

À toda equipe do SAPPE, em nome da Prof. Ruth Cerqueira Leite, eu agradeço pela acolhida carinhosa e pelo estímulo. Através da Sandra agradeço aos funcionários do departamento pela prestatividade.

Agradeço, também, ao CNPQ que apoiou financeiramente a execução desta dissertação.

Aos colegas do curso de pós-graduação, especialmente à Anália, Luiza e Regina que tantas contribuições trouxeram para este trabalho. À Heloisa e Maria Emilia que dividem muito mais do que o consultório.

Quero ainda agradecer ao Everardo Buoncompagno que participou e influenciou, de modo muito especial, do início da minha trajetória como psicóloga. À Martha Prada e Silva pela sua acolhida e compreensão afetuosa.

À minha supervisora, Sônia Resende, que sempre me aponta um modo novo para pensar.

Agradeço, ainda, à minha família e amigos pelo carinho e apoio.

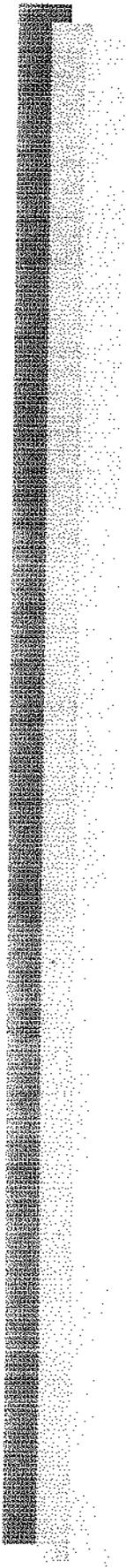
À minha mãe, Fausta, por tudo e pelo cuidado e paciência com a revisão.

Aos meus pacientes por aquilo que cada um deles partilha comigo e pelos seus ensinamentos valiosos.

Ao Sergio, meu marido, pelo amor e solidariedade.

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ASPECTOS HISTÓRICOS.....	11
2.1. A psicanálise e alguns inspiradores das psicoterapias breves.....	12
2.2. O surgimento das psicoterapias breves.....	24
3. A SITUAÇÃO ANÁLITICA.....	33
4. AS PSICOTERAPIAS BREVES E O LUGAR DO ANALISTA.....	54
5. DISCUSSÃO.....	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
7. SUMMARY.....	89
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91



RESUMO

O que é, genericamente, designado por psicoterapia breve, na verdade, comporta um universo de variadas propostas técnicas. Considerando-se apenas aquelas propostas de psicoterapia de duração limitada inspiradas na psicanálise são estudadas, nesta dissertação, particularidades da instalação da situação analítica em um *setting* próprio da psicoterapia breve. Para isto, é feita inicialmente uma revisão de alguns conceitos da psicanálise com o objetivo de contextualizar o surgimento das psicoterapias breves. Em seguida, procura-se caracterizar a situação analítica e os seus pressupostos. Finalmente, são discutidas as relações particulares entre a situação analítica e o *setting* da psicoterapia breve, caracterizado, nesta dissertação, pela posição face a face e duração limitada. Desta forma, são discutidos aqueles aspectos das psicoterapias breves que, reunidos sob o princípio de uma maior atividade do terapeuta, dificultam a possibilidade do analista manter-se na posição necessária para a instalação da situação analítica, e para o desenvolvimento e análise da transferência analítica.

1. INTRODUÇÃO

Esta introdução tem por objetivo apresentar, para o leitor, parte da minha trajetória pessoal, introduzindo dessa forma o tema escolhido para esta dissertação e apontando panoramicamente os caminhos que serão percorridos para atender aos objetivos que serão propostos.

O tema desta dissertação -as psicoterapias breves e a situação analítica- assim se constituiu por diversas questões que se delinearam ao longo da minha prática clínica.

Portanto, antes de um esboço dessas questões, parece-me importante fazer um breve relato da minha prática profissional, principalmente naqueles aspectos relacionados com esta dissertação.

Desde a minha graduação, quando o meu interesse pela psicologia clínica já era evidente, a questão do atendimento psicoterápico institucional chamava-me atenção.

Víamos passar, nos estágios em psicologia clínica, os mesmos clientes, de terapeuta em terapeuta, ano após ano, numa tentativa de realizar uma psicoterapia psicanalítica que como tal não se pretendia breve ou ter uma data definida para terminar, a despeito do final do ano letivo determinar isto.

O cliente, frequentemente, continuava em psicoterapia no ano seguinte com outro graduando em psicologia. Eu imaginava que tipo de conseqüências esses constantes rompimentos tinham sobre o processo pessoal de psicoterapia do cliente.

Essa adaptação descuidada de um modelo de consultório particular, para aquela clínica-escola, parecia-me, às vezes, útil para nós graduandos em psicologia e muito poucas vezes útil para os que ali procuravam ajuda.

Quando já graduada iniciei, em 1991, um estágio como psicoterapeuta no Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante (SAPPE) da UNICAMP, tive um contato mais sistemático com os atendimentos em psicoterapia breve.

Efetivamente, o estágio de dois anos atendendo a estudantes universitários da UNICAMP nessa modalidade de terapia e o início de leituras sobre psicoterapia breve

permitiram-me a formulação de um certo número de questões que, sem resposta, terminaram por motivar o meu ingresso no mestrado. Esperava, assim, aprofundar o meu conhecimento nesse assunto.

Portanto, parece-me importante fazer uma breve apresentação do Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante/UNICAMP, (SAPPE), que mencionei acima e onde trabalhei até a metade do ano de 1994.

Este serviço conta com uma demanda predominante de jovens no final da adolescência. Na sua grande maioria, eles vêm de outras cidades para estudar em Campinas. Sua permanência nesta cidade flutua com os períodos letivos.

Muitos destes jovens procuram o SAPPE pelas dificuldades de adaptação à universidade, problemas com o distanciamento da família, dúvidas de ordem vocacional; enfim, situações típicas da "Síndrome Normal da Adolescência", descrita por KNOBEL (1971). Entretanto, também encontramos jovens com todos os outros tipos de dificuldades psíquicas, como em qualquer outra comunidade.

A equipe que atende a essa população era constituída por psicólogos e um psiquiatra que tinham, em comum, uma orientação psicanalítica nas suas formações pessoais.

Desde o momento em que iniciei minha atividade neste grupo, como estagiária, pude perceber que, embora nos perguntássemos sobre os limites de um trabalho com data marcada para terminar, os estudantes pareciam aceitar, sem estranheza, a peculiaridade do contrato.

Efetivamente, em geral, combinávamos com os estudantes que nosso trabalho duraria entre um e dois semestres letivos, com uma sessão semanal de quarenta e cinco minutos.

Podemos imaginar a surpresa que pode causar a alguns, o fato de um trabalho de nove ou dez meses ser considerado como uma psicoterapia breve. Geralmente, os trabalhos assim qualificados são ainda mais breves do que este que descrevo.

Na verdade, a partir das propostas de psicoterapia dinâmica breve feitas por diferentes autores de inspiração psicanalítica, o leitor verá que não é possível definir exatamente critérios gerais que qualifiquem as assim chamadas 'psicoterapias breves'.

Uma revisão inicial da literatura mostra-nos que as principais divergências estão naqueles aspectos da técnica psicanalítica que podem ser mantidos, ou devem ser modificados no enquadre específico da psicoterapia breve, para favorecer o processo psicoterápico.

É justamente nessa discussão, sobre o lugar da psicanálise nas psicoterapias breves, que nasce para mim uma série de questões: Será que a metapsicologia¹ pode ser útil para pensarmos esses atendimentos realizados num enquadramento diferente do proposto pela psicanálise? Que nos permite qualificar esses atendimentos de psicanalíticos? Qual o lugar da relação de transferência nas psicoterapias breves?

Enfim, estas e outras questões foram surgindo. Assim nasceu o tema desta dissertação que não poderá tratar de todas as perguntas formuladas, mas procurará instaurar um vértice de reflexão.

Essas questões levam-nos a uma discussão sobre a especificidade das psicoterapias ditas de inspiração analítica e da psicanálise. Há de imediato uma primeira diferença, o enquadre, ou, a moldura para a criação de um lugar, um sítio onde algo vai desenvolver-se. Esses lugares com limites distintos podem permitir que algo de semelhante ocorra no seu interior?

Pensando a peculiaridade do enquadre da psicoterapia breve, caracterizado na presente dissertação pela duração limitada e posição face a face, passamos a refletir sobre o que determina a qualidade daquilo que vai se desenvolver no seu interior. Pensar se a situação analítica pode instalar-se em um *setting* de psicoterapia breve, faz-nos pensar sobre o que qualifica, fundamentalmente, um tratamento como psicanalítico.

¹ " Termo criado por Freud para designar a psicologia por ele fundada, considerada na sua dimensão mais teórica. A metapsicologia elaborou um conjunto de modelos conceituais mais ou menos distantes da experiência, tais como a ficção de um aparelho psíquico dividido em instâncias, a teoria das pulsões, o processo do recalçamento, etc.

A metapsicologia toma em consideração três pontos de vista: dinâmico, tópico e econômico." (LAPLANCHE & PONTALIS, 1970)

Quando falamos em situação analítica, para ETCHEGOYEN (1987), estamos dizendo, em primeira instância, que o tratamento analítico tem um lugar na situação analítica. Para este autor, esta defini-se como:

"uma particular relação entre duas pessoas, que se atêm a certas regras de comportamento, para realizar uma tarefa determinada que destaca dois papéis bem definidos, de analisado e analista. A tarefa que essas duas pessoas se propõe consiste na exploração do inconsciente de uma delas com a participação técnica do outro." (ETCHEGOYEN, 1987, p.287).

Percorrendo essa definição por partes, tentaremos refletir sobre o que há de "particular" nessa relação entre duas pessoas. Pensar sobre isso, leva-nos a pensar sobre a relação transferencial. Recorremos, então, a uma citação de DÖR que aponta para a necessidade de refletirmos sobre este elemento da metapsicologia, a transferência, para pensarmos as questões propostas:

"O que irá distinguir radicalmente a prática analítica, em sua referência a Freud, de outras práticas que pretendem abustosamente avocá-la, é o destino que será reservado à dimensão da transferência. Todo encontro com objetivo supostamente terapêutico pode se estabelecer facilmente no registro da manipulação da transferência, mas a prática analítica só pode se constituir na neutralização de toda manipulação da transferência. É no registro da análise da transferência que se desdobrará a prática analítica, no sentido de que ali reside o espaço operatório onde o paciente pode ser convocado à investigação de seu próprio inconsciente e, por conseguinte, pode ver-se confrontado com a questão de seu desejo." (DÖR, 1989, p. 12).

Já FREUD (1913) preocupava-se com esta questão do uso da transferência nas relações terapêuticas e afirmava que se a transferência não é analisada visando vencer as resistências, o tratamento tende a conseguir a remissão dos sintomas pela via da sugestão, deixando de ser psicanalítico.

Parece, portanto, que a transferência é um dos elementos da metapsicologia que deve merecer um lugar nesta dissertação. Um outro elemento, o sonho, também deve ser discutido já que é considerado por diversos autores (FÉDIDA, 1991; WIDLÖCHER, 1989; LAPLANCHE, 1993) como paradigma da metapsicologia e da escuta analítica.

A partir dessas breves considerações, penso ser possível formular o objetivo principal desta dissertação:

- Realizar uma leitura crítica e reflexiva de particularidades da instalação da situação analítica em um setting característico das psicoterapias breves.-

Para alcançar este objetivo principal, traço agora o plano geral para esta dissertação, apresentando o que podemos caracterizar como seus objetivos secundários.

No segundo capítulo, efetuari uma breve apresentação de alguns aspectos históricos da psicanálise, para que possamos localizar o momento de inserção da psicoterapia breve nessa história.

Como uma subdivisão deste segundo capítulo, relatarei, de forma sinóptica, o momento de surgimento das psicoterapias breves, fazendo uma apresentação de seus pioneiros.

No capítulo seguinte, tentarei caracterizar a situação analítica a partir da questão da transferência e do modelo do sonho.

No quarto capítulo, discutirei, do ponto de vista de alguns autores da psicoterapia dinâmica breve, o fenômeno da transferência na situação da psicoterapia breve, procurando estabelecer um diálogo com as idéias debatidas no capítulo anterior. Assim, encaminho-me para a discussão desta dissertação, na qual procurarei refletir sobre as relações entre a situação analítica e a psicoterapia breve.

Depois de tentar mostrar o caminho que despertou a minha curiosidade e, finalmente, tendo esclarecido o objetivo desta dissertação, passo a uma etapa de discussão sobre como pretendo atingir o objetivo proposto. Passo então ao método que é, em última estância, o caminho que será percorrido nesta dissertação.

Tomando contato com a literatura sobre as psicoterapias breves, encontro trabalhos (ESCOBAR, 1985; JOYCE & PIPER, 1993; HOGLEND, 1993) que se apóiam na observação, experimentação e quantificação das variáveis estudadas. Entretanto, estes visam a atender objetivos diferentes daqueles a que me proponho, como por exemplo: comprovar a eficiência desse método de tratamento, ou quantificar o número de interpretações transferenciais e os seus efeitos em tratamentos desse gênero, dentre outros.

As questões que fui formulando a partir da minha prática, parece-me, não podem ser respondidas por esse tipo de caminho, talvez pelo lugar ocupado pela psicanálise nesses questionamentos. Por essa razão, será necessário percorrer algumas elaborações teóricas da psicanálise, mais especificamente alguns aspectos da metapsicologia freudiana.

Portanto, embora tenha afirmado que a motivação para esse trabalho nasceu da minha prática clínica, pretendo desenvolver esta dissertação por meio de uma leitura crítica de textos metapsicológicos e de textos sobre as psicoterapias breves.

A referência à atividade clínica estará implicitamente presente, mesmo que a dissertação não faça alusão a algum material clínico. Segundo FÉDIDA:

"Para o analista, a atividade de pensamento metapsicológico não pode ser considerada como separada de sua prática clínica e técnica da análise". (FÉDIDA, 1991, p.114)

Essa revisão se apoiará principalmente em Sigmund Freud e, ainda, em alguns outros autores² ligados à psicanálise e às psicoterapias breves de inspiração analítica.

² Além de Freud, alguns de seus contemporâneos serão estudados, tais como Ferenczi e Rank. Entre os autores atuais, Laplanche e Fédida têm destaque entre outros. E finalmente entre os autores das psicoterapias breves, iniciamos com Alexander, estudando também Malan, Sifneos, Mann, Knobel, Simon e Gilliéron.

Quando se fala em psicanálise, é preciso recorrer a métodos específicos de investigação. Os caminhos utilizados freqüentemente pelas ciências ditas empírico-formais parecem, determinadas vezes, não funcionar para investigações psicanalíticas.

A discussão sobre como se pesquisar em psicanálise parece ser uma questão que se apresenta a todos que, por uma ou outra razão, dedicam-se a pensar e refletir sobre uma prática. O próprio FREUD já se preocupava com essas questões, embora na sua época ainda atribuísse à universidade somente o papel de divulgar conhecimentos adquiridos fora dela, como podemos ver em "Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la universidad" (1919).

Entretanto, hoje já se atribui um lugar além da divulgação das idéias psicanalíticas à universidade. Sem que isso signifique que a universidade possa formar psicanalistas, que precisam de suas análises pessoais, supervisões, etc, para tornarem-se psicanalistas.

Para REZENDE, a psicanálise deve ser considerada como uma ciência humana, com as características próprias desse tipo de ciência, na qual "*o critério de cientificidade é a crítica; o conceito operacional e organizador é o símbolo; e a experiência da verdade faz-se na busca do consenso.*" (REZENDE, 1993b).

Segundo REZENDE (1993b), existem três caminhos possíveis a serem percorridos quando o campo de pesquisa é o dos objetos psicanalíticos: a exegese, a hermenêutica e a interpretação. A pesquisa exegética realiza-se pela leitura, a hermenêutica faz-se no mundo vivido, na atitude de quem pensa as próprias vivências; e finalmente a interpretação faz-se em situação analítica, por meio da escuta e da transferência.

Essas observações nos fazem pensar em como ler os textos psicanalíticos de uma forma psicanalítica, não só como exegetas, ou em como podemos refletir, psicanaliticamente, sobre as propostas de psicoterapias breves por exemplo.

Se a proposta é pensar o que há de psicanalítico nos atendimentos breves, é preciso que se percorra um caminho próprio à psicanálise, que se pense psicanaliticamente, ou ainda, que se leia psicanaliticamente.

Pensar numa leitura psicanalítica dos textos metapsicológicos nos remete às idéias desenvolvidas por LAPLANCHE (1992,1993b) na série "Problemáticas". Nas introduções desses volumes, que são na verdade a transcrição dos cursos de LAPLANCHE, este autor preocupa-se em discutir questões sobre o método. Propõe, então, um método de leitura dos textos psicanalíticos utilizando-se do próprio método psicanalítico *"de modo a fazer ranger determinadas articulações e a derivar certos conceitos"*.

FREUD forneceu-nos um método de interpretação bastante preciso, baseado na *"livre associação"* por parte do paciente e *"atenção livremente flutuante"* por parte do analista. Essas regras produzem o que LAPLANCHE (1993b) chama de *"aplinação"*, onde tudo que é escutado é colocado no mesmo plano, em princípio nada é priorizado.

LAPLANCHE propõe então uma interpretação dos textos psicanalíticos *com* o método de FREUD. Isso não significa que se pretenda psicanalisar FREUD, ou quem quer que esteja sendo estudado.

"Palmilhar a obra em todos os sentidos, sem nada omitir e sem nada privilegiar a priori, é, talvez, para nós, o equivalente da regra fundamental da cura. Uma vez esta enunciada e aplicada, numerosos mecanismos ou procedimentos do inconsciente, descobertos na interpretação psicanalítica da neurose ou do sonho, podem ser reencontrados a nível da obra." (LAPLANCHE, 1988)

Segundo MEZAN (1993), essa concepção de pesquisa em psicanálise proposta por LAPLANCHE é bastante complexa e fecunda e propõe que a universidade possa também ser um lugar de descoberta e invenção em psicanálise. Alguns critérios, como o da cumulatividade e da comunicabilidade de conhecimentos, permitem, segundo MEZAN, que a psicanálise se assemelhe a uma ciência, embora ao considerarmos o fazer psicanalítico e a prática terapêutica, ela se assemelhe mais às artes ou à ourivesaria.

Podemos recorrer ainda às idéias de ECO, quando ele esclarece a conotação do termo *"descoberta"* para um trabalho do campo humanista. Segundo este autor, podemos considerar como um resultado científico *"uma reorganização e releitura de estudos precedentes que*

conduzem à maturação e sistematização das idéias que se encontravam dispersas em outros textos."
(ECO, 1977, p.2)

Abstenho-me aqui de introduzir uma discussão sobre o uso de material clínico em pesquisas, uma vez que não é o caso desta dissertação. Entretanto, vale ressaltar que este é um outro caminho que pode ser percorrido quando falamos de pesquisa em psicanálise.

A pretensão é atender o que LAPLANCHE (1992) apresenta como exigência para uma dissertação acadêmica em psicanálise, ou seja, que ela possa ser uma "*contribuição*", ainda que modesta, de uma pequena região do campo da psicanálise e que se articule de modo a ser aproveitável por outros que, talvez, venham a percorrer este caminho.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS

2.1. A PSICANÁLISE E ALGUNS INSPIRADORES DAS PSICOTERAPIAS BREVES

Pretendo, neste capítulo, apresentar um histórico das psicoterapias breves e abordar suas origens nas contribuições dos pioneiros da psicanálise.

GILLIÉRON, quando inicia o capítulo sobre o desenvolvimento histórico das psicoterapias breves, diz ser *"impressionante constatar que o surgimento das psicoterapias analíticas breves pode inserir-se na evolução do movimento psicanalítico e definir-se tanto como seu princípio, quanto como uma reação a esta evolução"* (GILLIÉRON, 1993, p. 4).

Vários dos autores das psicoterapias breves de inspiração psicanalítica, referindo-se à psicoterapia breve, são unânimes em localizar o seu início juntamente com o início da psicanálise; quando os tratamentos eram realizados num tempo bastante curto.

No capítulo já referido acima, GILLIÉRON (1993) percorre o histórico do movimento psicanalítico a partir de três noções fundamentais: trauma, resistência e transferência.

De fato, na época de "Estudios sobre la histeria"³, FREUD (1895) baseava-se na noção de trauma; um trauma psíquico precoce, de natureza sexual, que teria acontecido precocemente na vida do indivíduo e que, pelo conflito que este causava à vida psíquica, teria sido tratado pelo ego como inexistente. O ego para isso retiraria a carga afetiva da representação deste evento. Este afeto que foi deslocado deveria, então, ser destinado a outro fim que, segundo FREUD, seriam os sintomas.

O médico deveria, então, ajudar o paciente a fazer o caminho inverso àquele que teria levado à formação da neurose, ou seja, ligar o afeto fixado em algum órgão de volta ao trauma original, que estaria oculto. Esta retomada, com o apoio do médico e com mais maturidade em relação à época do trauma, por parte do paciente, permitiria uma reação

³ Conhecendo as controvérsias existentes sobre as diversas versões nos mais variados idiomas da obra de FREUD, justifico o fato das referências aos textos de FREUD aparecerem em castelhano, pela intenção de manter-me fiel a edição consultada por mim. *Obras Completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

adequada como a que deveria ter acontecido na época do trauma, reação esta que Freud chamou de catarse. Este processo levaria à cura da neurose.

Para a realização deste processo, FREUD pesquisou diferentes meios técnicos: hipnose, sugestão, concentração, chegando, finalmente, ao método das associações livres. Esse caminho da hipnose até as associações livres foi sendo feito para vencer as resistências com que FREUD ia se deparando para que o paciente pudesse recordar o trauma.

Essa mudança vem acompanhada de uma importante alteração no conceito de trauma que deixa de ser um acontecimento real da vida do paciente e passa a ser relacionado com cenas de natureza fantasmática. Nesse momento FREUD, em a "La interpretación de los sueños" (1900), esboça a sua primeira conceituação do aparelho psíquico que seria constituído por três sistemas: Consciente, Pré-Consciente e Inconsciente. Entre estes sistemas, existiria a censura que barraria a passagem de representações indesejáveis do inconsciente para a consciência e justificaria a aparição de sintomas neuróticos. A partir dessa conceituação, FREUD assinala a importância dos conflitos intrapsíquicos e o aparelho psíquico passa a ser o lugar de conflitos pulsionais.

Por outro lado, a atenção fica colocada na questão da censura e suas manifestações no tratamento, sob a forma de resistências.

A partir deste momento FREUD modificará muito pouco a sua técnica, preocupando-se em justificar metapsicologicamente quaisquer dificuldades que surgissem nos tratamentos. Segundo GILLIÉRON, *"este interesse pelos 'processos psíquicos', em parte à custa da realidade externa, é provavelmente o maior fator de prolongamento dos tratamentos psicanalíticos."* (GILLIÉRON, 1993, p. 16).

A noção de trauma passa ainda por mais uma modificação na obra de FREUD. Em "Inhibición, sintoma y angustia" (FREUD, 1926), contrapõe-se à obra de OTTO RANK, "O Traumatismo do Nascimento" (RANK, 1934) e introduz o conceito de "protótipo de trauma psíquico" que seria a situação de angústia do bebê diante da sua total dependência da mãe e do receio de que ela possa desaparecer.

Assim como a noção de trauma, um outro conceito, o de transferência, também foi sofrendo evoluções durante a obra de FREUD. Ele será bastante discutido nos próximos capítulos dessa dissertação.

Entretanto, neste momento, um breve histórico do conceito se faz necessário para percorrer o caminho entre as análises brevíssimas do início da psicanálise e os tratamentos bastante longos, relatados no final da obra de FREUD.

Em "Estudios sobre la histeria" FREUD (1985), já atribui importância à transferência, definindo-a como uma resistência à recordação do trauma, mas resistindo a qualquer idéia de que a situação analítica pudesse ser responsável pelas manifestações amorosas por parte de suas pacientes.

No caso de Dora (FREUD, 1905), ele relaciona as manifestações da transferência com as imagens parentais. Além de manifestar resistência, a transferência passa também a ser uma manifestação importante do inconsciente.

Em 1914, em "Recuerdo, repetición y elaboración." (FREUD, 1914), a neurose de transferência é definida e torna-se, como manifestação do inconsciente, uma aliada terapêutica.

Em "Mas alla del principio del placer" (FREUD, 1920), quando FREUD introduz a noção de pulsão de vida e de morte, ele se refere às dificuldades que as resistências colocam para que o paciente possa trazer à consciência o material inconsciente. Fica assim difícil para este último convencer-se da construção que a interpretação do analista lhe sugere. Só no plano atual, através da "neurose de transferência", o paciente poderá elaborar seus conflitos infantis. Desde que o médico lhe aponte que aquilo é uma realidade apenas aparente e que, na verdade, ele está revivendo um passado recalcado.

Da conceituação da transferência, FREUD (1920) constrói a idéia de "compulsão à repetição". Esta seria uma necessidade pulsional, uma tendência primária do aparelho psíquico, profundamente ligada à transferência, uma vez que é a compulsão à repetição que leva o paciente a reviver, no vínculo com o médico, situações agradáveis e desagradáveis já presentes no mundo mental.

Segundo GILLIÉRON (1993), essa evolução do conceito de transferência seria mais um dos fatores de prolongamento dos tratamentos, ou ainda, mais uma justificativa para se descartar a influência de elementos externos no processo; já que o médico, cada vez mais, recusa-se a se mostrar como um personagem real para o paciente.

Praticamente todas as modificações, tanto na técnica como no campo teórico da psicanálise, foram feitas a partir das constatações das resistências, por parte dos pacientes, a responder adequadamente ao tratamento.

Inicialmente, FREUD explicou esse fenômeno a partir da técnica, procurando modificá-la. Mas depois de um certo momento, quando adotou o método das associações livres, passou a procurar a explicação para as resistências no próprio funcionamento do aparelho psíquico.

De fato, na época de "Estudios sobre la histeria" (FREUD, 1895), a noção de resistência foi tematizada como uma resistência à recordação do trauma por parte do paciente, o que já é um fator intrapsíquico. Porém, Freud tentava vencê-la através de modificações na técnica.

Já em "La interpretación de los sueños" (FREUD, 1900), a atenção de FREUD desloca-se dos traumas psíquicos para as resistências que eram interpretadas como sinais das forças que levaram ao recalçamento inicial.

A opção por priorizar, no início do tratamento, a interpretação das resistências ao invés do sentido do sintoma é, segundo uma análise feita por GILLIÉRON, mais um fator de prolongamento dos tratamentos. FREUD, a partir desse momento, não se depara mais com interrupções prematuras do tratamento, ao contrário passa a se referir a dificuldades do paciente em aceitar o término do tratamento (FREUD, 1913).

A partir das formulações apresentadas em "Mas alla del principio del placer" (FREUD, 1920), sobre a pulsão de morte e de vida e da noção de compulsão à repetição, as resistências à cura estarão ligadas à relação existente entre estas duas forças. Estas resistências devem ser vencidas pela interpretação, ou seja, devem ser descobertas e analisadas.

Ao falarmos das dificuldades encontradas para o manejo das resistências, ou do que foi chamado de reações terapêuticas negativas, é preciso introduzir nesta discussão o trabalho de SÁNDOR FERENCZI sobre a técnica ativa.

Com seu trabalho "Prolongamentos da 'Técnica Ativa' em Psicanálise", FERENCZI (1921) introduz a técnica ativa. Ele alega que como nem sempre é possível vencer as resistências somente apontando-as através das interpretações, então, em alguns casos, justificar-se-ia uma modificação na técnica psicanalítica.

Neste trabalho, FERENCZI (1921) é bastante cuidadoso ao propor inovações, que, segundo ele, não seriam de fato inovações, mas sim a criação de um conceito e de um termo técnico para algo que foi utilizado nos primórdios da psicanálise e que continuava sendo utilizado de fato, mesmo sem ter uma formulação teórica.

FERENCZI discute o conceito de atividade, lembrando-nos que na época do método catártico, a postura era de bastante atividade, contrapondo-se com a prática da psicanálise quando da publicação deste artigo, que já se caracterizava pela postura de passividade. Entretanto chama a atenção para a característica da interpretação que, segundo ele, não deixa de provocar uma intervenção ativa no funcionamento psíquico do paciente.

Ele relata uma comunicação pessoal de FREUD, sobre casos de histeria de angústia: a simples observação à regra fundamental, não permitia que o paciente superasse certos pontos na análise. Nesses casos, segundo o próprio FREUD, era preciso incitar estes pacientes a saírem "*do seguro abrigo constituído pela fobia*" e a se exporem a situações antes evitadas. Essa tentativa provocava um acesso de angústia, que, entretanto, levava à superação de resistências contra parte do material inconsciente recalcado, tornando-o acessível à análise.

FERENCZI chamou a esse processo de "*técnica ativa*". Esta técnica consistia em impor ao paciente uma tarefa além da observância à regra fundamental. A tarefa poderia ser, por exemplo, cumprir certas ações desagradáveis (no caso das fobias) ou renunciar a ações agradáveis dominando os impulsos como, por exemplo, renunciar à excitação

masturbatória. Tais tarefas trariam um novo material à consciência, tornando-o acessível à análise e acelerando o desenvolvimento desta.

FERENCZI manifesta sua preocupação com o emprego aleatório desta técnica que jamais deveria substituir a análise. Sugere que os analistas iniciantes não deveriam fazer uso desses artificios, sob o risco de conduzir o doente a falsas pistas ou ser a elas conduzidos, ou ainda porque poderiam perder a oportunidade de tomar conhecimento da dinâmica das neuroses que pode ser conhecida nos pacientes submetidos à regra fundamental.

Outro risco da aplicação desta técnica seria o de utilizá-la no início da análise, sem que a transferência já estivesse solidificada. Como essas intervenções funcionam contra o princípio do prazer, o risco do paciente abandonar o tratamento seria muito grande.

Pensando nas psicoterapias breves, parece-me importante a discussão que FERENCZI faz sobre o uso da "*técnica ativa*" nos finais de análises. Ele afirma que é raro conseguir terminar uma análise sem algum tipo de intervenção mais ativa, como por exemplo, fixar um término para o tratamento, ou levar o paciente a tomar uma resolução já visivelmente madura e adiada em função das resistências.

Quanto à preservação da situação analítica, segundo FERENCZI a "*atividade só pode ser qualificada de psicanalítica se utilizada, não como um fim, mas como meio de investigação aprofundada.*" (FERENCZI, 1921, p.192).

Pensando nas diversas vezes em que a psicoterapia breve é indicada em função de um excesso de demanda, parece-me importante apontar aqui as ressalvas, feitas por FERENCZI (1921), à indicação de atividade em um tratamento por razões externas. Segundo este autor, corre-se o risco de que o paciente, em função das intervenções feitas, cure-se bastante rapidamente dos sintomas que apresentava sem, no entanto, tornar conscientes os impulsos recalcados. Dessa forma, assim que circunstâncias externas intensifiquem o conflito interno, novos sintomas vão surgir. O outro "perigo", apontado por FERENCZI é que haja um aumento das resistências e que o tratamento se prolongue contrariamente à expectativa do analista.

Assim, FERENCZI (1921) concebe a idéia da "técnica ativa", que, ao estimular o que está inibido e inibir o que não está, provoca uma nova repartição na energia psíquica. Desse modo pode permitir a aparição de um material até então recalçado sem que se tenha, entretanto, nenhuma garantia de que isso vai ocorrer.

Segundo ele, é na tentativa de se atingir um material recalçado a partir da descarga de afetos que reside a diferença da "técnica ativa" para o método catártico em que a descarga de afetos era um fim em si mesma.

No final do já referido texto FERENCZI conclui:

"A técnica ativa assume conseqüentemente apenas o papel de agent provocateur, com suas injunções e interdições favorecendo as repetições que devem em seguida ser interpretadas ou reconstruídas em lembranças." (FERENCZI, 1921, p. 197).

Depois desse trabalho de 1921, discutido acima, seguiram-se vários trabalhos em que o autor reformulou suas concepções sobre o que chamou "técnica ativa". O que parece ser sua última concepção sobre o assunto está em "Elasticidade da Técnica Psicanáltica" (FERENCZI, 1928).

Neste texto FERENCZI diz que nunca se deve dar ordens ou proibir qualquer coisa ao paciente. O analista deve, no máximo, sugerir algumas mudanças na forma do paciente se conduzir, desde que essas sugestões não se mostrem como um obstáculo ou provoquem resistências. O analista deve somente interpretar as tendências à ação de que o paciente não se dá conta por serem inconscientes, sem insistir ou mesmo aconselhar qualquer medida.

Dessa forma, segundo FERENCZI, o analisando acabará, mais cedo ou mais tarde, perguntando por si próprio se já não pode arriscar alguma tentativa do tipo das que antes eram sugeridas pelo analista. A esse movimento por parte do analisando, o analista deve manifestar seu acordo e seu apoio. A partir desse momento, verificar-se-ão todos os progressos esperados da atividade que deve ter o seu momento determinado sempre pelo analisando, ao contrário do que preconizava o mesmo autor em 1921.

Freqüentemente FERENCZI é lembrado pelos autores da psicoterapia breve como um precursor desta forma de atendimento. Para justificar essa menção cita-se sempre o já referido trabalho de 1921, "Prolongamentos da 'técnica ativa' em psicanálise".

Pensando nessa ligação freqüentemente estabelecida, parece-me útil discutirmos aqui algumas idéias do mesmo autor apresentadas em, "Contra-Indicações da Técnica Ativa" (FERENCZI, 1926a).

Nesse trabalho, além de algumas restrições à "*técnica ativa*" proposta alguns anos antes, o autor afirma que a mais importante correção que tem a fazer refere-se a uma das medidas ativas prescritas, isto é, a fixação de um prazo para o término como meio de precipitar o fim do tratamento.

FERENCZI afirma que, embora seja verdadeira a hipótese de que em toda análise há um momento em que após uma suficiente perlaboração das resistências e do passado patogênico, não há mais nada a fazer a não ser desligar o paciente do analista e da análise, ele não concorda mais, com a opinião antes expressa, de que essa interrupção deva se dar pelo caminho traumático de um aviso prévio.

FERENCZI justifica essa mudança de visão, alegando que o prazo fixado pelo analista pode com muita freqüência mostrar-se equivocado, já que não é possível prever, de antemão, a natureza das dificuldades que se apresentarão para o término do tratamento. Ele argumenta ainda que se pode, com a fixação de um prazo, oferecer um incremento para as resistências do paciente. Sabendo que tem um prazo para adiar momentos desagradáveis da análise, quando ele terá que renunciar aos benefícios secundários da doença, as resistências provavelmente vão perseverar. Ao contrário, uma análise "interminável" acabará, segundo o autor, por convencer o paciente de que a paciência do analista é maior do que a dele e isso faria com que ele abandonasse suas últimas resistências.

Nesta mesma época um outro psicanalista, OTTO RANK, também se ocupava com questões da técnica psicanalítica, chegando inclusive a escrever um trabalho em colaboração com SÂNDOR FERENCZI, intitulado "Perspectivas em Psicanálise" (FERENCZI & RANK, 1924).

Em seu livro mais comentado, "O Traumatismo do Nascimento" (OTTO RANK, 1934), RANK elabora uma complexa teoria das neuroses e da angústia, tendo se baseado, inicialmente, na constatação de que para muitos de seus pacientes em final de análise, a cura manifestava-se no inconsciente, sob a forma simbólica do nascimento.

Resumidamente, segundo RANK, todo indivíduo ao nascer se vê entregue ao mais completo abandono, ou seja, entregue à morte. No entanto, a natureza exerce sobre ele sua primeira ação terapêutica, que se opõe à tendência regressiva, perpetuando nele a angústia.

Segundo RANK, a angústia do nascimento está na base de todas as variedades de angústia e todo o prazer tende a reproduzir o prazer primitivo da situação intra-uterina.

Existe, efetivamente, um único ponto de fixação que é representado pelo corpo da mãe e que será responsável por todos os sintomas que possam aparecer no indivíduo. O traumatismo do nascimento é, então, o traumatismo original e a fixação primitiva ao corpo da mãe constitui o fato bio-psicológico de nosso inconsciente.

O indivíduo se torna neurótico quando procura satisfazer seu desejo de voltar ao corpo da mãe, não pela via da satisfação sexual normal, mas de uma forma primitivamente infantil. Fazendo dessa forma, logo aproxima-se o momento em que a angústia ligada ao traumatismo do nascimento vai aparecer e, segundo o autor, o único modo de se dissipar essa angústia é pela via da satisfação sexual normal.

A análise, segundo RANK, deveria permitir ao paciente destacar a energia do objeto em que se fixou, libertando o doente de sua fixação neurótica, suprimindo ou atenuando o recalçamento primitivo. Para que isso seja feito, o recurso seria a repetição do traumatismo do nascimento, com a assistência de uma parteira experimentada.

Então, através da transferência o doente reproduz na situação analítica o período de sua vida intra-uterina, de tal modo que, no final da análise, e eventualmente em cada separação nos intervalos entre as sessões, é vivida uma separação do objeto substituto -o analista- reproduzindo, em quase todos os seus pormenores, o ato do nascimento.

Assim, desvendando desde cedo o traumatismo do nascimento, faz-se com que o paciente tenha condições de repetir e compreender, durante a análise, o traumatismo primitivo, tal como este se manifesta na transferência e na dissolução desta. Então, segundo RANK, a análise conseguiria o seu intuito de libertar o doente tardiamente, mas de um modo definitivo, da presença do traumatismo do nascimento, representação que sempre esteve presente no seu inconsciente.

Essa teoria de OTTO RANK que de modo bastante resumido apresentei aqui, foi em parte criticada. Sobretudo, no que dizia respeito às suas pretensões sobre modificações na técnica analítica, a partir da sua teoria do trauma primitivo.

Em "Inhibición, sintoma y angustia" FREUD (1926), na sua tentativa de rever a teoria da angústia, faz algumas críticas à teoria de OTTO RANK. Ainda sem referir-se diretamente ao trabalho de RANK, no final do capítulo VII FREUD discute a angústia como um sinal afetivo de perigo, mais especificamente do perigo da castração, ou seja, a angústia seria uma reação a uma perda ou separação. Segundo FREUD, embora pareça satisfatório concluir que a angústia do nascimento se repetirá como símbolo de uma separação, em outras separações posteriores temos nessa afirmação uma contradição bastante grande. Esta contradição aparece pelo fato do nascimento não poder ser percebido subjetivamente pelo feto, como uma separação da mãe, já que o feto narcisista não perceberia a mãe como objeto.

Ainda no mesmo texto, FREUD (1926), fazendo referência à obra de OTTO RANK, expõe algumas críticas às suas idéias. Entre suas diversas ressalvas FREUD considera arbitrária a interpretação de RANK de que o bebê teria impressões sensoriais, inclusive de caráter visual, do trauma do nascimento.

Para FREUD o trauma do nascimento tem um papel como situação prototípica de angústia, sem entretanto ter ele próprio qualquer associação imediata com uma angústia de separação.

Qualquer situação de insatisfação em que a magnitude do estímulo atinja proporções desagradáveis, sem encontrar um aproveitamento psíquico que as domine, e sem derivação possível, será para o bebê análoga à situação do nascimento, repetindo a situação de perigo. Portanto, o protótipo do perigo não é a separação, mas sim, uma perturbação econômica do psiquismo.

Mais tarde, com uma percepção do objeto externo e com a experiência de que esse objeto pode por fim à situação perigosa, é que esta situação é deslocada do perigo econômico para o perigo da perda do objeto.

De um modo geral, além dessas críticas que parecem ter origem numa divergência teórica, FREUD aponta uma divergência metodológica com RANK quando discute o que torna um indivíduo neurótico no capítulo X de "Inhibición, sintoma y angustia" (FREUD, 1926).

Neste capítulo FREUD afirma que a crítica mais grave que se deve fazer à teoria de RANK é a falta de uma base que a sustente, e o fato desta teoria não se apoiar em observações. Por exemplo, diz FREUD, RANK não realizou investigação alguma sobre a relação entre partos difíceis e posterior desenvolvimento de neuroses ou entre esses mesmos partos e uma permanência acentuada dos fenômenos da angústia na infância.

Ainda segundo FREUD, a teoria de RANK prescinde absolutamente de fatores constitucionais ou filogenéticos.

FERENCZI (1926b) também escreve uma crítica bastante dura à concepção de OTTO RANK. Neste texto se refere a um trabalho de RANK sobre a técnica psicanalítica, FERENCZI exprime sua opinião de que com a sua teoria das neuroses RANK não se dispõe a encontrar nada de novo nos seus pacientes, mas sim a confirmar sua teoria sobre a gênese da formação das neuroses.

Segundo FERENCZI, com essa postura RANK perde a oportunidade de encontrar qualquer coisa nova, pois o que de fato procura, e encontra, é nada mais do que uma confirmação daquilo que já sabe. As críticas de FERENCZI não param por aí.

Para FERENCZI, RANK simplifica o trabalho analítico quando supõe que "o seio materno é o único lugar onde se pode pegar um sintoma (por exemplo, uma gripe neurótica) e o momento do nascimento, a única época possível para sua formação." (FERENCZI, 1926b, p. 294).

Essa concepção, segundo FERENCZI, nega toda a importância de uma análise histórica, dando atenção somente ao trauma do nascimento e à situação analítica. Como se essa separação primitiva do corpo materno fosse a única coisa que devesse ser revivida na análise, e todo o período entre o nascimento e a instalação da situação analítica pudesse ser negligenciado.

Além dessas críticas ao cerne da teoria de RANK, FERENCZI ainda expõe suas discordâncias com as implicações técnicas da teoria de RANK. Uma dessas discussões, que nos interessa particularmente, diz respeito à fixação de um término para a análise. O aviso prévio, antes de uma relação transferencial solidificada, não parece ser justificável. FERENCZI cita seu trabalho do mesmo ano (FERENCZI, 1926a), já discutido por mim anteriormente, para explicitar as razões dessa discordância.

No final desse trabalho o autor discute a afirmação de RANK de que seria o laço primitivo e biológico com a mãe que dominaria a situação analítica.

Segundo FERENCZI, se essa hipótese tivesse como objetivo evitar um desprezo pela transferência materna na situação analítica ela teria valor. Entretanto, ela nega a possibilidade de se explicar os sintomas pelo medo do pai, ou pela angústia de castração.

Para FERENCZI, as tentativas de realçar o laço materno permitem a observação de estruturas neuróticas, sendo aceitas pelos pacientes sem muita resistência. Com essas observações FERENCZI afirma que interpretações fundadas na angústia do nascimento são facilmente aceitas por não terem importância atual e até por servirem para encobrir a angústia de castração que, segundo ele, é muito mais assustadora.

Toda essa discussão sobre FERENCZI e RANK, parece-me ter bastante importância para essa dissertação, considerando que os dois são frequentemente lembrados como inspiradores dos movimentos de psicoterapia breve (GILLIÉRON, 1993).

Tentamos percorrer através do desenvolvimento da técnica psicanalítica alguns conceitos fundamentais para as psicoterapias breves, notamos nesse início do desenvolvimento uma preocupação constante desses autores, e fundamentalmente de FREUD, em preservar o caráter psicanalítico do tratamento, não permitindo que as descobertas da psicanálise fossem usadas para um tratamento sugestivo de caráter pragmático.

A seguir, tentaremos percorrer algumas das idéias dos principais autores em psicoterapias breves, tentando compreender de que modo eles foram utilizando-se dessas descobertas da técnica psicanalítica para criarem suas técnicas.

2.2. O SURGIMENTO DAS PSICOTERAPIAS BREVES

Além dessas contribuições dos contemporâneos de FREUD, vistas acima, um autor que se tornou referência para as discussões sobre psicoterapia breve é FRANZ ALEXANDER que teve, em muitos de seus trabalhos, a contribuição de THOMAS FRENCH.

Parece-me importante ressaltar, antes de uma exposição das idéias de ALEXANDER, que toda a discussão que ele empreendeu sobre modificações na técnica psicanalítica não visava inicialmente à criação de uma nova modalidade de tratamento. Todas as alterações propostas por ele deveriam atingir a própria psicanálise, embora essas contribuições viessem, mais tarde, inspirar o surgimento das psicoterapias psicodinâmicas breves propriamente ditas⁴.

ALEXANDER foi fundador do Instituto de Psicanálise de Chicago em 1931 e ali, em conjunto com outros psicanalistas, começou a desenvolver pesquisas que questionavam alguns pressupostos básicos da psicanálise.

⁴Segundo MALAN, o fato dos autores ALEXANDER e FRENCH terem apresentado seu trabalho como uma proposta de modificação da psicanálise ortodoxa e não como um método de psicoterapia breve, baseada em princípios psicanalíticos atraiu sobre essas idéias uma onda de hostilidade e seu trabalho caiu em sério descrédito (MALAN, 1981, p. 33).

Segundo YOSHIDA (1990), o principal ponto questionado pelo grupo de Alexander, seria a relação entre a duração de uma análise, ou a frequência com que são realizadas as sessões e a profundidade que esse tratamento pode atingir.

ALEXANDER, considerava a doença mental como um fracasso do ego, que não teria conseguido assegurar a satisfação das necessidades do indivíduo, e dentro desta visão, o objetivo de uma análise, deveria ser uma readaptação emocional (YOSHIDA, 1990).

São dois, os conceitos fundamentais de ALEXANDER : 1) Princípio de Flexibilidade; 2) Experiência Emocional Corretiva.

O princípio da flexibilidade supõe uma flexibilidade maior por parte do analista que utilizaria várias técnicas, francamente ativas, selecionadas de acordo com cada caso.

Dentre essas técnicas o analista contaria, por exemplo, com a possibilidade de alterar a frequência das sessões num determinado momento do tratamento, visando ao controle das relações transferenciais (ALEXANDER, 1956).

O segundo conceito, "experiência emocional corretiva" é considerado, por ALEXANDER, como um fator central tanto para a psicanálise, como para uma psicoterapia psicanaliticamente orientada. Segundo ele, a ênfase nas diferenças entre os antigos conflitos familiares e a relação real e atual, entre médico e paciente, é que permite a experiência corretiva emocional.

Para que essa diferença entre a suposta situação patogênica original da infância e a atual situação vivida na transferência seja salientada, o terapeuta deve *"calculadamente (...) procurar criar um clima interpessoal que seja adequado para pôr em relevo a discrepância entre a atitude transferencial do paciente e a situação real existente entre ele e o terapeuta."* (ALEXANDER, 1979, p. 91).

Ainda dentre as atitudes francamente ativas, propostas por ALEXANDER, situa-se a orientação para que se façam interrupções exploratórias, durante o tratamento. Assim, segundo ele, o momento ideal para o fim do tratamento pode ir se delineando com

mais facilidade. Essa indicação justificar-se-ia porque segundo o autor não há critérios seguros que indiquem a melhora do paciente.

Segundo ALEXANDER (1979), essa indicação de interrupções temporárias exige que o analista reconheça os recursos naturais do paciente e não estimule a tendência regressiva, natural dos seres humanos.

Para evitar a regressão, considerada indesejável, o autor sugere ao analista dizer, no início do tratamento, que pretende que este dure o mínimo possível. Mesmo que a terapia dure mais do que se espera, tudo será feito para abreviá-la.

Além dessa indicação, o autor sugere uma ênfase maior nos conflitos atuais e nas situações da vida real. ALEXANDER (1979) critica a tendência de procurar-se nos mais antigos conflitos emocionais, entre mãe e bebê, a origem dos distúrbios neuróticos e alega que muito raramente estão nessa fase tão primitiva, os "*conflitos essencialmente patogênicos*".

Segundo ALEXANDER, o complexo de Édipo e as rivalidades entre irmãos são comumente as primeiras fontes de padrões neuróticos. O autor considera, enfim, que apenas uma minoria das pessoas teriam o seu desenvolvimento de personalidade perturbado nos primórdios da infância (ALEXANDER, 1979).

O autor em questão desenvolve uma discussão aprofundada sobre o manejo adequado da transferência e da contratransferência, dentro da sua concepção de tratamento psicanalítico. A exposição feita acima não se aprofunda nesses aspectos, entretanto, eles certamente terão lugar num momento posterior desta dissertação.

As idéias de ALEXANDER e de seu grupo motivaram em Chicago, no ano de 1941, o primeiro congresso dedicado às psicoterapias breves.

Segundo GILLIÉRON (1993), neste congresso observaram-se duas tendências principais. A primeira, de que as psicoterapias breves serviriam para restaurar, nos momentos de crise, antigas defesas da personalidade. A outra visão defendia que esta

modalidade terapêutica era capaz de provocar mudanças profundas na personalidade. Parece-me que esta discussão permanece atual nos dias de hoje.

Sobre o percurso das psicoterapias breves neste momento do seu desenvolvimento, GILLIÉRON (1993) faz um comentário bastante ilustrativo. Ele diz que numa revisão histórica sobre os trabalhos, encontram-se muito poucos na década de 40, sendo que, os que existem, fazem uma referência explícita à psicanálise. Entre 1950 e 1960, o número de trabalhos aumenta consideravelmente. Entretanto, nessa época, os trabalhos diminuem suas referências à psicanálise e passam a preocupar-se com questões externas à dinâmica do processo psicanalítico.

Parece que a segunda guerra mundial e o aumento das situações de crise advindas dela, propiciaram um deslocamento do interesse dos terapeutas, das discussões 'aprofundadas' para uma atenção aos conflitos atuais e interpessoais. A necessidade, parecia ser, atender a uma demanda crescente e em situações de crise.

Ainda hoje a psicoterapia breve é principalmente lembrada como uma possibilidade de atender a uma demanda institucional. Por exemplo, no Serviço de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico ao Estudante da UNICAMP, descrito na introdução desta dissertação, não me ocorre que pudéssemos atender a todos esses estudantes sem nos utilizarmos dessa modalidade de atendimento.

Como já expus anteriormente, mesmo dentre as psicoterapias breves de inspiração analítica, existem numerosas diferenças. Neste momento, interessa-me apresentar as principais correntes, de um modo bastante geral, situando-as neste contexto histórico de suas evoluções.

Recorrerei a esses autores novamente, para a discussão específica dessa dissertação no quarto capítulo.

No início dos anos 50, dois grupos iniciaram pesquisas sistemáticas sobre as possibilidades de tratamentos breves, de orientação analítica. Na "Tavistock Clinic of London", um grupo, fundado por MICHAEL BALINT e que tinha como participante

DAVID MALAN, dava início aos seus estudos. Ao mesmo tempo, no Hospital Geral de Massachusetts, PETER SIFNEOS, também, estudava o assunto.

Os aspectos principais da técnica, adotada pelo grupo de BALINT e MALAN, são : o estabelecimento de uma hipótese psicodinâmica de base que explique a problemática principal do paciente e uma atenção seletiva, durante o tratamento, voltada para os aspectos relacionados com esta hipótese. Essa atenção seletiva implica, necessariamente, num desprezo, também seletivo, pelos elementos estranhos à referida hipótese.

As interpretações baseadas na hipótese psicodinâmica são mais ativas do que em psicanálise; a disposição adotada é face a face e desde o estabelecimento do foco terapêutico, é fixado o prazo para o término do tratamento.

Para MALAN, identificar um conflito que seja aceito pelo paciente como foco é fundamental para o sucesso da psicoterapia. Um dos aspectos mais levados em conta por MALAN para a seleção dos pacientes é que estes estejam motivados para mudar e se auto-conhecer. Além disso, espera-se dos pacientes que tenham possibilidade de focalizar o tratamento e de estabelecer uma rápida aliança terapêutica (MALAN, 1981).

MALAN enfatiza a importância das interpretações transferenciais que liguem as relações passadas, atuais, e propriamente transferenciais. A relação entre esses três aspectos, seria o tripé para o insight (URSANO, 1986).

Segundo MALAN, cuidando da seleção dos pacientes, modificando certas coordenadas do tratamento psicanalítico sem no entanto trair suas concepções básicas, é possível obter mudanças estruturais da personalidade numa psicoterapia breve.

A "*Técnica Provocadora de Ansiedade*", assim denominada por PETER SIFNEOS, parece ter critérios bastante mais rigorosos para seleção de pacientes do que os que MALAN preconiza. Este rigor justifica-se pela natureza desta técnica.

SIFNEOS, assemelha-se a ALEXANDER, quando supõe como possíveis pacientes indivíduos com uma problemática edipiana em primeiro plano, relativa solidez do ego e que tenham tido pelo menos uma relação significativa na infância.

Assim como MALAN, SIFNEOS atribui importância à motivação do paciente, percebida através da capacidade deste em reconhecer seus sintomas como psicológicos, da possibilidade de introspecção, da disposição em participar da situação do tratamento e de uma expectativa realista quanto aos possíveis resultados da psicoterapia (URSANO, 1986).

Segundo EIZIRIK & GAUER (1993), a técnica de SIFNEOS difere da de MALAN e de quase todos os outros autores ligados as psicoterapias breves, por considerar que todo tratamento psicoterápico é uma experiência de aprendizado para o paciente. Ainda segundo EIZIRIK & GAUER, SIFNEOS incentiva a interpretação ativa e precoce das resistências, da ambivalência e da transferência negativa. Estas intervenções, são chamadas de "*confrontações provocadoras de ansiedade*".

Para SIFNEOS (1993) as situações de crise são ideais para uma intervenção breve, de caráter preventivo. Ele avisa, desde o início, que o tratamento será breve, sem no entanto fixar antecipadamente a data do término. As sessões realizam-se na posição 'face a face' e têm duração de quarenta e cinco minutos.

Mais tarde, pressionado pela demanda do Centro Médico da Universidade de Boston, mais um autor, JAMES MANN, decidiu-se pela introdução de um programa de psicoterapia analítica breve.

YOSHIDA (1990) aponta, no seu quadro das relações entre os autores das psicoterapias breves, a relação entre as idéias de MANN e de um autor já discutido neste capítulo, OTTO RANK.

De fato, MANN (1984/85) focaliza sua atenção no problema da separação-individuação que, segundo ele, estaria na base de situações conflitivas universais, tais como : independência-dependência, atividade-passividade, autoconfiança e perda da autoconfiança, luto não resolvido ou retardado.

O terapeuta, segundo MANN, define um conflito central do cliente de acordo com as fases maturacionais do desenvolvimento da personalidade. Então ele comunica este conflito para o paciente, mostrando uma compreensão empática e criando uma relação significativa.

A determinação deste conflito central é feita depois de duas ou três entrevistas e, em seguida, é marcada uma data para o final do tratamento. O tratamento deve durar doze horas, distribuídas de acordo com cada situação clínica (MANN, 1984/85).

A semelhança com as propostas de OTTO RANK aparece na valorização do desenvolvimento e da interpretação da transferência, como um meio de se permitir ao paciente uma separação do objeto investido transferencialmente, de forma menos ambivalente, do que o paciente se separou de outro objeto no passado.

Na mesma época que MANN, HABIB DAVANLOO desenvolveu sua técnica que além de alguns traços comuns a praticamente todas outras técnicas, tinha como característica principal uma confrontação ativa na qual o terapeuta deveria interpretar qualquer indício de comunicação transferencial. O mesmo tripé de MALAN -vida atual, vida passada, e relação transferencial- era utilizado (YOSHIDA, 1990).

O terapeuta deve formular um foco em termos edípicos e fixar um contrato em que não se determina a data do término. O processo pode durar de cinco a quarenta sessões e será tanto mais breve, quanto mais edípico for o foco. Os recursos utilizados, depois do contrato feito, são os mesmos da técnica psicanalítica, com valorização da interpretação das resistências.

No final da década de sessenta, na Policlínica Universitária de Lausanne, um grupo dirigido por EDMOND GILLIÉRON -autor já conhecido pelos leitores deste trabalho- iniciou estudos sobre psicoterapia breve.

No início este trabalho aproximava-se da técnica proposta por BALINT e MALAN. Depois, contudo, o interesse de GILLIÉRON foi se voltando para as consequências da mudança do *setting* (limitação temporal e disposição face a face) no funcionamento psíquico.

Ele supunha que apenas essas modificações contextuais, já produziriam uma mudança no processo associativo. E, então, depois de estabelecer uma hipótese psicodinâmica de base o terapeuta deve adotar uma atitude estritamente analítica, neste *setting* modificado.

Ao final de uma entrevista que deve ser semi-estruturada, percorrendo aspectos da queixa atual do paciente, seguida de uma anamnese, o terapeuta deve formular, para si próprio, uma hipótese psicodinâmica.

Numa segunda entrevista o terapeuta tentará, através de ensaios interpretativos, confirmar a sua hipótese e determinar, junto com o paciente, a duração do tratamento que deve ser antecipadamente fixada. O tratamento pode durar de quatro sessões a um ano, de acordo com a problemática do paciente.

A regra, para o paciente, é a mesma da psicanálise, qual seja, que ele associe livremente. O terapeuta deve manter-se com a atenção flutuante, atento às manifestações transferenciais.

Segundo GILLIÉRON, se a hipótese formulada estiver correta, o processo desenvolver-se-á com facilidade. O terapeuta deve compreender o material associativo do paciente sem, entretanto, dirigi-lo. As intervenções devem ser no sentido de favorecer o fluxo associativo e de promover tomadas de consciência reais (GILLIÉRON, 1986).

No Brasil também existem alguns nomes que se dedicaram e aprofundaram a questão das psicoterapias breves.

MAURÍCIO KNOBEL, por exemplo, interessa-se pelo assunto desde que foi residente em psiquiatria em Kansas City, nos E.U.A.

Segundo KNOBEL, a psicoterapia breve deve ser: não transferencial, não regressiva, e elaborativa de predomínio cognitivo. O processo, deve permitir uma:

"mudança objetal que se opera através de permitir experimentar a mudança de uma informação falsa por uma informação verdadeira criando uma vivência real, de que a pessoa passa a ser sujeito da própria história." (KNOBEL, 1986, p. 63).

KNOBEL utiliza-se do princípio de flexibilidade, desenvolvido por ALEXANDER, deixando a critério de cada terapeuta uma série de regras que outros autores preferem definir em suas elaborações técnicas.

Um outro autor brasileiro que se destaca nessa área é RYAD SIMON que, como nos mostra YOSHIDA, na sua útil revisão sobre o assunto, criou uma técnica visando a oferecer atendimento, o mais rápido possível, a pessoas em situações de crise. O objetivo da sua técnica é o restabelecimento de uma adaptação existente antes da crise e, se possível, melhorá-la (YOSHIDA, 1990).

SIMON (1990) faz uma discussão sobre as diferenças entre a psicanálise e a psicoterapia breve e conclui que os psicanalistas deixam de atender à demanda de muitos pacientes por não serem mais flexíveis e não apresentarem outras alternativas além da psicanálise. Segundo SIMON, seria preciso que o psicanalista aprendesse técnicas curativas e reeducativas, sem abandonar a prática da psicanálise, mas possibilitando que a escolha do tipo de tratamento seja feita por paciente e terapeuta e não pelo acaso de que tipo de terapeuta o paciente procura. Ele faz alusão a diversos pacientes que tendo feito uma experiência de análise, não suportaram por muito tempo e acabaram desistindo, e conclui: *“Talvez se o alfaiate não fosse tão rigoroso o cliente não saísse nu”* (SIMON, 1990)

Penso que agora podemos, melhor localizados, passar à discussão de aspectos mais específicos desta dissertação. Passo, então a uma discussão que me parece essencial para essa dissertação: como a situação analítica pode ser compreendida a partir do ponto de vista ético da psicanálise, do paradigma do sonho e da transferência.

3. A SITUAÇÃO ANALÍTICA

A partir de agora, melhor situados em relação às psicoterapias breves, penso que podemos refletir sobre o que há de específico na psicanálise e assim nos aproximarmos da questão central desta dissertação.

Perseguindo o objetivo de delimitar quais os aspectos que garantem a instalação da situação analítica, tentaremos neste capítulo fazendo referência a FREUD e outros autores, compreender a especificidade da transferência analítica e o lugar que o analista deve ocupar na situação analítica, para permitir o desenvolvimento desta relação particular. A tentativa de caracterizar a situação analítica exige uma reflexão sobre a transferência e sobre o sonho, como paradigma desta situação.

Partimos do conceito de FÉDIDA (1991), sobre situação analítica. Esta não está limitada à prática clínica do enquadre analítico e na ausência desse enquadre, a manutenção da situação refugia-se na capacidade do analista de permanecer analista, sendo ao mesmo tempo psicoterapeuta. A instauração desta situação decorre das condições da fala e da escuta e, portanto, de um equilíbrio aleatório entre atenção flutuante e associações livres (FÉDIDA, 1988).

Ainda tentando explicitar o que entende por situação analítica FÉDIDA (1991) fala de uma característica primordial desta situação que é uma mobilidade receptiva e ativa, inerente à estrutura policênica desta situação, *"de forma que as cenas transferenciais atuadas pelo paciente (inclusive na sua fala) possam encontrar as condições de associação e interpretação graças à análise do analista."* (FÉDIDA, 1991, p.116).

Que faz de um determinado lugar, um lugar propício para a instalação da situação analítica? Seria a crença na psicanálise ou na existência do inconsciente? Essa resposta não parece satisfatória, uma vez que, por exemplo, um cirurgião pode acreditar nisto tudo e nem por isso faz psicanálise na sua prática clínica. Então a utilização do saber psicanalítico pode até ser útil na prática médica, por exemplo, na psiquiatria. No entanto, nesse caso, a psicanálise é posta a serviço de um projeto que não é o seu, mas um projeto médico.

Seria, então, a instalação do setting analítico com todas as suas características? Essa resposta ainda não me parece adequada.

FREUD em seus escritos técnicos, particularmente em um texto de 1912: "Consejos al medico en el tratamiento psicoanalítico", propõe uma série de regras básicas para que um processo psicanalítico possa desenvolver-se. De um modo geral chamamos a essas regras de condições do enquadre ou do *setting*. Muitas dessas regras parecem ter como objetivo permitir que a relação transferencial, que já tinha adquirido importância para FREUD nessa época, possa desenvolver-se com o menor número de tropeços possível, além de garantir que o que se passa naquele processo nada tenha a ver com sugestão e que o analista não se utilizará do seu poder de identificação.

No texto referido acima, FREUD acentua a importância da atenção equiflutuante por parte do analista. Segundo ele, muitos dos conteúdos que o analista escuta em análise, só mais tarde ganharão significado. Assim, é importante que o analista não se preocupe em significar tudo aquilo que escuta, ou em outras palavras, em 'compreender' tudo aquilo que escuta. A atenção equiflutuante é fundamental para a garantia da associação livre por parte do paciente.

Segundo FREUD (1912), um dos riscos de um esforço de atenção sobre uma parte do material do paciente, ou do abandono da atenção equiflutuante, é o de fazer uma espécie de seleção do material que o paciente nos oferece. Ao realizar essa espécie de seleção, o analista será guiado por aquilo que suspeita, acredita ou intui e, segundo FREUD, não descobrirá nada além daquilo que já sabe. A regra de conduta do médico deve ser formulada da seguinte forma segundo FREUD: "*Debe evitar toda influencia consciente sobre su facultad retentiva y abandonarse por completo a su memoria inconsciente.*" (FREUD, 1912, p. 1655).

Podemos utilizar-nos também das idéias de BION (1973), para enriquecer esta discussão sobre como o analista se mantém num vértice psicanalítico. Segundo ele se o analista está preocupado com o que é ou não dito, com o que espera ou não espera, não será possível que a experiência se imponha. Daí vem a idéia de opacidade de memória e desejo.

"O analista deve focalizar sua atenção sobre O, o desconhecido e desconhecível. O sucesso da psicanálise depende da manutenção de um ponto de vista psicanalítico; o ponto de vista é o vértice psicanalítico, que é justamente O. Com isto, o psicanalista não pode ser identificado: ele precisa ser o vértice." (BION, 1973, p. 30).

"O" é a realidade e verdade última, algo necessariamente desconhecido, em que o analista deve ter "fé", um estado mental científico desde que não seja manchada por nenhum elemento de memória ou de desejo. O objeto da fé, "O", não pode ser conhecido ou imaginado, só pode ser simbolizado. O estado mental que BION propõe que o analista mantenha, é de evitar a memória e o desejo, aumentando assim sua capacidade para exercer "atos de fé". (BION, 1973)

REZENDE (1993a) mostra-nos que a fé, neste sentido proposto por BION, é a condição para o conhecimento; quando acreditamos que a nossa percepção nos situa no mundo de maneira verdadeira, este é um ponto de partida de qualquer outro conhecimento. Entretanto, o que nos mantém no vértice psicanalítico é a negatividade da fé, a fé de que há algo que não podemos alcançar, e de que a questão sempre continua.

A crença em "O", ou na "realidade última", permite então que a questão continue sempre, que o que quer que digamos, haja sempre mais. Não há uma última palavra ao nosso alcance. É este lugar da negatividade que permite que haja uma passagem de um sentido para outro, que permite a polissemia e a simbolização (REZENDE, 1993a).

Parece, portanto, que sem a manutenção da atenção flutuante, como disse FREUD, ou da evitação de memória e desejo, como preconiza BION; a escuta analítica, ou a manutenção do vértice analítico, fica prejudicada não permitindo uma abertura para novos sentidos até então desconhecidos.

Adianto nesse momento algo que será discutido com mais profundidade posteriormente: pensando nesse postulado freudiano, nesta breve referência às idéias de BION e nas psicoterapias breves, forçosamente somos levados a refletir sobre os conceitos de atenção seletiva, foco e planejamento do tratamento. Será que as psicoterapias breves

não correm o risco de transformar-se em sugestão quando o terapeuta logo de início delimita uma área que será percorrida durante a psicoterapia?

REZENDE (1993a) propõe que falemos de uma psicanálise negativa, que se opõe as ciências positivas nas quais a demonstração suprime o problema. Com a negatividade a questão continua. Os conceitos em que as psicoterapias breves baseiam-se dificultam a manutenção desta negatividade, ou do vértice psicanalítico. Entretanto, não parece ser o *setting* modificado o responsável por essa dificuldade, mas sim a postura do terapeuta nesse tipo de tratamento.

Com mais elementos, tanto da psicanálise quanto das psicoterapias breves, essa discussão será aprofundada posteriormente nesta dissertação. Prosseguimos na tentativa de explicitar a especificidade da situação analítica, e do lugar que deve ser ocupado pelo analista nessa situação.

LAPLANCHE (1993a) utiliza o modelo de uma tina para pensar a situação analítica na sua especificidade. Nesse modelo essas regras de aspecto contratual formariam uma primeira parede desta tina, a parede mais externa, que deve ser objeto de uma discussão flexível em relação a arranjos possíveis e rigorosa quanto à essência da análise, protegendo assim o que seria uma segunda parede, que está submetida às vicissitudes do processo analítico. O *setting*, ou enquadre, portanto, protege a situação analítica mas não a instaura por si só.

ETCHEGOYEN (1987) divide os conselhos de FREUD em dois grupos: alguns são conselhos concretos e diretos, em relação aos quais pode-se concordar ou não, mas para discuti-los precisaremos entrar no campo do segundo grupo dos conselhos que dizem respeito à atitude mental do analista. Estes últimos, sim, podem dar àqueles conselhos concretos do primeiro grupo seu sentido e valor.

Seguindo o raciocínio desse autor, há duas formas de se entender o enquadre: ou como uma série de condutas que devem ser seguidas e que sozinhas não parecem garantir a instalação de uma situação analítica; ou ainda como uma atitude mental do analista. Para ETCHEGOYEN o enquadre deve ser entendido sobretudo como uma atitude ética.

Pensar em atitude ética nos faz pensar com que ética se trabalha na psicanálise. Seria, por exemplo, a ética médica? Sempre que um psicanalista se identifica com essa postura médica, daquele que sabe o que é bom para o paciente, ou daquele que está interessado na cura, a porta para a análise se fechará.

O psicanalista deveria poder dizer que não sabe o que se passa com o paciente, o lugar do analista é de desconhecimento e, portanto, é preciso que o paciente fale, já que a regra fundamental supõe que falando ele acaba falando sobre sua verdade. O plano da psicanálise é de uma *talking cure*. É preciso que o analista possa reconhecer na fala do paciente algo a ser descoberto, algo da verdade do paciente, do seu desejo.

Se o analista se coloca do lado do "*discurso do mestre*" (LACAN, 1969-70), daquele que pode enunciar a verdade do sujeito, então a possibilidade de um discurso psicanalítico se instaurar não mais existe.

O desejo de curar, desejo terapêutico, não é o desejo do psicanalista. O desejo do analista é um desejo de saber, para que o sujeito possa reencontrar a questão do seu desejo além da identificação. Para isso o analista não pode estar a serviço de nenhuma finalidade superior à operação analítica por si só. O analista não pode ser agente de um discurso instituído, de uma identificação social (MILLER, 1992).

A idéia de cura no domínio psíquico repousa sobre a noção de que o psiquismo seria um órgão do corpo, confundindo-se com o funcionamento do cérebro. No entanto, a psicanálise não se ocupa do psiquismo, ela se ocupa do inconsciente, e ele não é um órgão, não garante função alguma para o conhecimento do mundo. Assim, no campo do inconsciente, que é o campo freudiano, a cura não faz sentido.

Isso não significa que a terapêutica seja estranha à psicanálise, mas que ela tem um estatuto preciso no campo da experiência psicanalítica. O efeito terapêutico não cobre todo o campo freudiano, mas é um subproduto deste campo. Do ponto de vista da psicanálise, a psicoterapia não se confunde com a psicanálise. Portanto, a idéia de cura não está descartada do campo da psicanálise, mas ela não é um fim em si.

" a análise não poderia ser empreendida com base num acordo que tendesse a deixar de fora do processo, inquestionáveis, intangíveis, objetivos e "representações-meta" da ordem da adaptação. Que esses objetivos sejam trazidos por todo sujeito que empreende uma análise, é perfeitamente natural; que esses objetivos estejam selados mediante um pacto que vincule a análise à demanda, à expectativa, ou ao controle de um terceiro, é dispor de saída as condições de uma resistência insuperável" (LAPLANCHE, 1993, p. 141)

Recorremos, então, a um elemento da doutrina de Freud que permite determinar os fins e os meios de um psicanalista do ponto de vista ético: o desejo. A ética freudiana é a *"ética do desejo"* (LACAN, 1959-60).

Assim, se a verdade do sujeito reside no seu desejo inconsciente e se a meta do tratamento analítico é conduzir-se ao inconsciente, neste sentido não há neutralidade do analista, já que há uma finalidade na análise, pela qual o analista se empenha: o desvendamento do desejo. O que o sujeito fará com aquilo que foi desvendado só diz respeito a ele; aí, sim, entra a tão falada neutralidade do analista. Caso contrário, o analista conduzir-se-ia ao consciente, aproximando-se da pedagogia ou da religião (BERENGER, 1992).

A partir da contribuição de alguns autores veremos, ao longo deste capítulo, que a questão da especificidade da situação analítica parece passar pela questão da transferência e pelo lugar que o analista ocupa nessa relação de transferência, sem que isso nos permita oferecer simplificadamente qualquer resposta fechada.

A questão, neste momento, parece ser: que tipo de empenho é esse que deve ter o analista para alcançar os fins da análise? Qual o lugar do analista na situação analítica e em relação à transferência?

Em "La iniciación del tratamiento", FREUD (1913) alerta para os diferentes usos que podem ser feitos da transferência. Segundo FREUD, a transferência pode por si só, muitas vezes, suprimir sintomas patológicos, mas só provisoriamente enquanto ela exista. Procedendo assim, utilizando-se da transferência para suprimir os sintomas, o tratamento não poderia ser chamado de psicanálise, mas deveria ser caracterizado como um tratamento

sugestivo. O tratamento só merece a qualificação de psicanalítico, quando a intensidade da transferência é empregada para vencer as resistências (FREUD, 1913).

Convém neste momento retomar a reflexão de FREUD sobre a transferência, recorrendo para isso aos seus escritos técnicos. Em "La dinámica de la transferencia" (1912b), FREUD justifica as manifestações transferenciais da seguinte forma: o indivíduo vai acumulando ao longo do seu desenvolvimento uma série de tendências libidinais, que sofrem uma espécie de censura, e ficam "*fixadas*" em algum momento do desenvolvimento, só podendo desenvolver-se através da fantasia ou ficando confinadas no inconsciente ignoradas pela consciência.

O indivíduo orientará essas representações libidinais não satisfeitas pela realidade para toda pessoa nova que surja. As duas porções da sua libido -consciente e inconsciente- participarão deste processo. Assim, FREUD (1912b) afirma ser absolutamente natural que a carga de libido disponível oriente-se também para a figura do médico.

Pensando então sobre a relação de transferência no tratamento analítico, FREUD (1912b) pergunta-se porque a transferência em indivíduos neuróticos submetidos à análise mostra-se tão mais forte do que a observada na vida cotidiana e, ainda, porque ela se apresenta como a resistência mais forte contra o tratamento. Em relação ao primeiro ponto, FREUD alega que a transferência não é mais forte na situação analítica, mas sim nos indivíduos neuróticos. Justifica-se invocando os pacientes internados em um sanatório, que apresentam manifestações transferenciais bastante intensas, embora não sendo tratados analiticamente.

Sobre a relação próxima entre transferência e resistência, FREUD (1912b) atribui a resistência manifestada pelo paciente no tratamento a duas razões: o psicanalista aborda no tratamento zonas onde se esconde a libido introvertida, portanto parece natural que as forças determinantes dessa introversão mobilizem-se contra os esforços do analista em tornar essa libido disponível à consciência. A segunda razão segundo FREUD, é a fonte mais poderosa das resistências. Os complexos inconscientes exerceram sobre a libido disponível para a personalidade uma atração que venceu a atração exercida pela realidade, causando a regressão. Assim, libertar essa libido vencendo a atração exercida pelo

inconsciente, só é possível levantando a repressão das pulsões inconscientes e de seus produtos. Cada pensamento do paciente é, dessa maneira, uma formação de compromisso entre as forças que querem o tratamento e aquelas que a ele se opõem.

Assim quando a análise está se aproximando das raízes inconscientes de um complexo patogênico, freqüentemente a transferência como resistência aparece. FREUD (1912b) diz ter observado na prática que, neste momento, o conteúdo do complexo inconsciente se transfere para a pessoa do analista e o analista pode assegurar que o paciente continue com a associação de idéias dizendo que ele está tendo um pensamento a respeito da sua pessoa. Esta idéia transferida tem força suficiente para penetrar na consciência já que satisfaz à resistência. Este uso da transferência na análise pode ser comparado ao uso que se faz do sonho em que, utilizando-se dos restos diurnos, o material inconsciente consegue penetrar na consciência, não de forma menos transformada do que nas manifestações transferencias. Esta questão do sonho será abordada mais especificamente a seguir.

FREUD (1912b) alerta-nos para a importância das manifestações transferencias, já que elas podem, assim como outras formações do inconsciente, permitir o acesso a conteúdos inconscientes. Um aspecto que precisa ser levado em conta ao se discutir as manifestações transferencias é a ambivalência, que FREUD acredita ser acentuada nos neuróticos. Assim, embora o paciente esteja submetendo-se ao tratamento, os sentimentos inconscientes tentam de todas as formas evitar o reconhecimento que o tratamento almeja, e assim como nos sonhos, o despertar destes sentimentos inconscientes leva a uma descarga de emoções que não leva em conta a realidade ou qualquer apreciação racional.

Portanto, o que acaba acontecendo é que a transferência analítica manifesta-se como um conflito entre o psicanalista e o paciente, ou entre o intelecto e as forças pulsionais. A análise da transferência vai aos poucos livrando o analista dos sentimentos hostis de seu paciente (transferência negativa), ou das tendências eróticas recalcadas, fazendo persistir os sentimentos positivos conscientes e isentos de culpa que permitem a análise das resistências (FREUD, 1912b).

Nos escritos técnicos de FREUD, observa-se uma preocupação constante em enunciar princípios que protejam a situação analítica, que não permitam que ela se transforme em um tratamento de sugestão. No texto de 1914, "Observaciones sobre el amor de transferencia", FREUD apresenta como caminho para o psicanalista vencer as armadilhas da transferência, a interpretação e a manutenção da regra de abstinência. A regra de abstinência permitirá que o desejo e a expectativa do paciente subsistam, servindo de motivadores para o tratamento. FREUD (1914) esclarece ainda que nenhuma satisfação substitutiva ajudará o paciente, já que enquanto seu desejo recalcado não se tornar consciente ele será incapaz de experimentar uma satisfação verdadeira.

Em uma coletânea de lições proferidas por FREUD, "Lecciones introductorias al psicoanalysis", e particularmente nas lições de 1917, FREUD, ao explicar o fenômeno da transferência, preocupa-se em diferenciar o uso que o tratamento analítico faz deste fenômeno, do uso feito pela hipnose sugestiva.

Demonstrando o caráter libidinal da transferência, FREUD diz que em um primeiro momento do tratamento o que se faz é desvincular a libido ligada ao sintoma; em seguida essa libido disponível se ligará ao analista produzindo uma nova neurose a "*neurose de transferência*". Assim o analista tem acesso facilitado à libido e o paciente tem condições de lidar de um modo mais maduro do que lidou com o conflito original recalcado. Em seguida, essa libido ficará disponível para a consciência, desde que se cuide para evitar que novas repressões aconteçam. Neste mesmo texto, FREUD lembra que a intenção do tratamento analítico não é a de que todo o material inconsciente possa tornar-se consciente, já que a diferença entre a saúde psíquica e a neurose é relativa (FREUD, 1917).

FREUD afirma que a transferência manifesta-se também em outras formas de psicoterapia. No entanto, nelas, não há interesse em mexer neste fenômeno, já que em geral a transferência aumenta o poder de sugestão do terapeuta.

Na psicanálise, contudo, o objeto é a própria transferência que a análise procura dissecar, levantando repressões, atingindo o material inconsciente e promovendo, finalmente, a liberação da libido envolvida na neurose de transferência; deixando-a à disposição do paciente (FREUD, 1917).

Esta breve recuperação de alguns aspectos da obra de FREUD tenta introduzir uma discussão sobre a questão formulada anteriormente. Qual o lugar do analista na situação analítica e em relação à transferência?

Pensar sobre que lugar o analista deve ocupar para que se instaure a situação analítica, faz pensar sobre a regra fundamental enunciada por FREUD, qual seja, a associação livre por parte do paciente e a contrapartida do analista: atenção equiflutuante e abstinência ou regra da 'não-resposta'.

Neste sentido recorreremos a um texto de 1919, "Los caminos de la terapia psicoanalítica". FREUD insiste neste texto que, mesmo para aqueles pacientes que se apresentem excessivamente desamparados, qualquer resposta ou gratificação dada pelo analista no tratamento deve ser cercada das maiores precauções. Correndo-se o risco de que a libido orientada para o tratamento seja desviada, o tratamento analítico deve desenvolver-se, dentro do possível, num estado de total abstinência.

Em seguida, FREUD preocupa-se em demonstrar o que quer dizer com o conceito de abstinência, vinculando-o à dinâmica da aquisição da enfermidade e da sua cura. O que fez o paciente adoecer foi uma privação e seus sintomas constituem satisfações substitutivas. Assim, qualquer alívio do estado patológico lentifica o ritmo do tratamento e diminui a quantidade de libido disponível para o processo de cura. Então, na medida em que haja um alívio dos sintomas, é preciso, por mais que pareça cruel, introduzir uma nova privação para que não se corra o risco de que o tratamento consiga apenas melhoras passageiras (FREUD, 1919).

No final deste mesmo texto, mantendo sua preocupação em distinguir a simples sugestão, do tratamento analítico, FREUD pergunta-se como será no futuro em que uma grande quantidade de pessoas poderá submeter-se a um tratamento psicanalítico. Ele supõe que um atendimento no serviço público, por exemplo, certamente levará a modificações na técnica, mas que seus elementos mais eficazes e importantes continuarão sendo os tomados da psicanálise, rigorosos e livres de qualquer tendência. Será que isso é verdade se falamos das psicoterapias breves?

Caso a atenção dedicada à fala do paciente seja uma atenção ansiosa por curar, ou uma atenção dominada pelos conhecimentos científicos, esta fala só repetirá aquilo que ela já sabe. Que tipo de escuta é essa, então, que permite o surgimento na situação analítica de algo sobre a verdade do paciente que ele até então desconhecia, enfim, que permite a fala associativa?

Para pensarmos sobre a escuta analítica, é preciso compreender a quem se dirige a fala do paciente. A fala do paciente dirige-se a um objeto ausente, a um outro que é ele próprio, um outro desconhecido. A transferência é uma carta de amor sem endereço e o analista sempre que ocupa o lugar deste terceiro ausente, destinatário desta demanda, precisará depois reinstalar as condições para a situação analítica (FÉDIDA, 1988).

A 'não-resposta' permite que a situação analítica não se transforme numa situação cotidiana de comunicação informativa ou interativa e que o analista possa escutar a fala do paciente deixando formar-se nele uma interpretação que signifique a ausência desse terceiro ausente imaginário: *"permitindo o funcionamento transferencial desse terceiro fictício e constituindo assim, para o analisando a experiência de sua regressão"* (FÉDIDA, 1983, p. 156).

O analista escutando a palavra do paciente que será conduzida, no divã, por esse ausente imaginário, reconhece as figuras tomadas por esse ausente a partir dos deslocamentos transferenciais e sua interpretação, formulada no intervalo silencioso necessário, permitirá que o paciente ouça nas suas próprias palavras o que sua fala disse. *"Não se trata para o terapeuta de pretender-se criador do paciente mas aquele que, pela sua arte, possa dar ao paciente a certeza de sua existência e de sua identidade próprias"* (FÉDIDA, 1983 p.155)

A fala do analisando endereça ao analista demandas diferentes. Uma resposta do analista a qualquer dessas demandas de comunicação retira da fala interpretativa sua ambigüidade inerente à dimensão da transferência, pois o outro a quem a fala do paciente se dirige -ao mesmo tempo- é o analista e não é o analisando. Assim, qualquer resposta paralisa o avanço daquela fala associativa, permanecendo numa relação de simetria especular, que responde a uma tentativa de reparação de uma fissura. Caso o analista responda a uma linguagem do id como se ela fosse do ego, perde-se o essencial da situação analítica.

É onde a fala do paciente não encontra resposta no analista que pode surgir algo da sua subjetividade.

A fascinação simétrica confere um conteúdo objetal à ausência, levando a um falso reconhecimento de uma ausência, como uma presença. Este aspecto nos interessa particularmente, se pensarmos na dificuldade em se estabelecer essa relação de dissimetria numa situação de psicoterapia breve. Como garantir o espaço para 'escutar' fora do *setting* clássico da psicanálise?

FÉDIDA (1978) fala da essencial dissimetria na psicanálise; esta ruptura produzida pelo discurso, em que algo não é simplesmente atualizado em uma imagem especular, mas em que a relação da fala com a sua escuta, abre o espaço do ausente.

No "Vocabulário Técnico e Crítico de Filosofia", LALANDE (1993) no verbete "simetria", cita uma passagem de CURIE (1894), referindo-se aos fenômenos físicos e que nos serve como modelo do uso feito por FÉDIDA deste conceito:

"Certos elementos de simetria podem coexistir com certos fenômenos, mas não são necessários. Aquilo que é necessário é que certos elementos de simetria não existam: é a dissimetria que cria o fenômeno."
(CURIE, in LALANDE, 1993)

Poderíamos pensar que é esta "*essencial dissimetria*" que permite que haja o 'fenômeno analítico'.

Segundo REZENDE (1993a), se o analista permanece no mesmo nível, numa relação de fascinação simétrica, teremos no máximo o que HANNA SEGAL chamou de equação simbólica⁵. A interpretação simbólica só pode vir de uma posição assimétrica, decorrente de uma mudança de vértice.

⁵ "forma particular de simbolismo em que há uma igualização do símbolo com a coisa simbolizada, resultando em o símbolo ser tratado como se fosse realmente o original....A expressão equação simbólica surge de uma fusão defensiva de self e objeto e de objeto e símbolo, uma fusão ocasionada pela identificação projetiva patológica." (HINSHELWOOD, 1992)

Pensar metapsicologicamente a situação analítica deve incluir necessariamente uma referência explícita ao sonho, e é esse o caminho percorrido por LAPLANCHE(1993) para pensá-la. O modelo da tina referido acima tem inspiração no modelo de aparelho psíquico proposto por FREUD em "La interpretación de los sueños" (FREUD, 1900).

Desse ponto de vista, a situação analítica, embora tendo sido instaurada artificialmente, pode manifestar-se como mais uma formação do inconsciente, tendo como modelo o sonho. Ou ainda, como um dos momentos que privilegiam a tangência entre o funcionamento inconsciente e o funcionamento cotidiano, ou entre o "*círculo de interesses*" e o "*círculo do sexual*", das pulsões. Assim, embora a situação analítica tenha sido criada artificialmente, diferentemente da situação do sonho, o que nela se manifesta não precisa ser artificial.

"a situação psicanalítica é ordenada, parecendo por isso mesmo priorizar a atividade de pensamento frente à motricidade (para retomar o termo de Freud). O paradigma desta situação ainda permanece sendo o sonho, atividade representativa por excelência, pelo seu caráter ao mesmo tempo figurativo e fechado a toda atividade perceptiva." (WIDLÖCHER, 1989, p.243)

O sonho não é o inconsciente, embora tenha um funcionamento parecido com este. Ele funciona sobre 'restos diurnos', acessíveis à consciência mas que são submetidos às leis do processo primário, ou à lógica dos processos inconscientes.

FREUD (1900, p687), em "La interpretación de los sueños", pensando sobre a importância dos "*restos diurnos*", afirma que a psicologia das neuroses e a importância do desejo inconsciente mostra-nos que as representações inconscientes não são acessíveis à consciência, a não ser que se junte a alguma representação pré-consciente, emprestando-lhe sua intensidade e penetrando assim na consciência; utilizando-se dessa representação aparentemente sem importância como disfarce. Assim, segundo FREUD, aí se encontra exemplificado o fenômeno da transferência, que explica tantos fatos da vida dos neuropatas.

Na vigília, através, por exemplo, da transferência e das psicoses, percebemos que as representações inconscientes tentam penetrar através do pré-consciente, até à consciência ou a motilidade. Entretanto, na vigília há uma censura, uma espécie de porta no interior do aparelho psíquico -entre o inconsciente e o pré-consciente- que barra a passagem dessas representações, guardando assim a saúde mental do indivíduo. Quando a falha nesse sistema de censura ultrapassa um determinado limite o indivíduo entra na psicose.

No sono, essa porta (o ego) desloca-se para garantir o sono, fechando o acesso à motilidade e à consciência. Dessa forma, com a abolição quase total da censura, os impulsos recalçados inconscientes podem manifestar-se sem perigo, já que o acesso à motilidade e à verbalização está fechado impedindo qualquer tomada de consciência.

Acontece, então, no sono, um deslocamento dos investimentos do ego que deixa de cuidar dos interesses do pré-consciente, para garantir o sono. Assim a libido se manifesta, satisfazendo simultaneamente às tendências inconscientes (realização alucinatória dos desejos) e o ego (manutenção do sono) (FREUD, 1900).

LAPLANCHE (1993a) lembra que em determinados momentos o ego não considera o conteúdo do sonho como tão inofensivo assim, chegando a interromper o sono para se certificar de que era "*apenas um sonho*". Afinal, não é só o acesso à motilidade que parece perigoso ao ego, também é considerado perigoso que haja uma tomada de consciência, como a que pode haver com a verbalização.

Mas será que o sonho, esse momento raro de manifestação dos desejos inconscientes, só acontece por que o ego está preocupado com coisas mais sérias como a manutenção do sono?

Pesquisas modernas têm demonstrado que, o sonho além de ser o "*guardião do sono*", como diz FREUD (1900) numa frase bastante repetida, tem um valor autônomo para a saúde mental. Se o indivíduo é privado da fase R.E.M do sono (fase em que acontece o sonho), terá sérios prejuízos para sua saúde mental, com efeitos psicotizantes e não simplesmente uma fadiga que seria o efeito esperado pela privação do sono. Então, o sono dessa forma, é que seria o guardião do sonho, "*acondicionando-o em seu estajo*".

Para LAPLANCHE (1993a), o verdadeiro guardião do sono é o ego e não o sonho, que tem uma função autônoma distinta, que não parece ser permitir a manutenção do sono.

Baseando-se em toda essa reflexão sobre o sonho e apoiando-se em FREUD (1900), LAPLANCHE (1993a) propõe o modelo da tina ao qual me referi acima: a tina com parede dupla.

No caso do sonho, esta tina estaria enquadrada ou protegida pelo sono, ou ainda, pela ausência de qualquer atividade perceptiva e motora. No interior desse espaço ativado a partir do seu interior, dá-se o sonho com todas suas características, abrindo um caminho para a manifestação do inconsciente. No entanto, LAPLANCHE propõe ainda que, além de enquadrado pelo sono, o sonho está disposto no seio da vida psíquica mantendo uma tangência com os interesses do ego, nesse caso, o desejo de dormir. O sonho é, portanto, um exemplo de um momento de tangência entre dois circuitos, o circuito interno das pulsões e um circuito mais externo, sobre o qual este vem se inserir, que é o da auto-conservação.

Esse modelo permite pensar outras formações inconscientes, ou outros momentos em que há tangência entre esses dois circuitos. A questão parece ser: é possível acrescentar a sessão analítica e a própria análise como mais um desses momentos de tangência, ou, como mais uma 'formação do inconsciente'?

Assim como no sono, que enquadra o sonho ou que cria o espaço para o sonho, há na situação analítica a instauração de um traçado para que em seguida algo venha a se construir neste espaço. Para LAPLANCHE (1993a), a instauração de um espaço supõe a definição do tipo de energia que nele vai funcionar. Dessa forma a instauração do espaço analítico dá-se pelo setting, pela regra fundamental e por aquilo que ela exclui, ainda que a regra da não resposta não seja formulada. As recusas do analista ou sua neutralidade levam o paciente a uma regressão transferencial cada vez mais profunda. Essa regressão não é uma regressão temporal, mas uma regressão tópica, ou seja, cada vez mais próxima do conteúdo inconsciente ou das pulsões. Aí está para LAPLANCHE o que ele chama de instauração do espaço analítico determinando que tipo de energia vai funcionar no seu interior.

Portanto, para LAPLANCHE (1993a), assim como vimos com ETCHEGOYEN (1987) ou FÉDIDA (1983), mais do que as regras formais do setting, é a atitude interior e exterior do analista que determinará a instauração do espaço analítico.

Para LAPLANCHE (1993a), a situação analítica se distingue como um dispositivo que pretende evidenciar alguns "ingredientes" : a fantasia, a fala, a sexualidade e a transferência. Esses ingredientes estão invariavelmente interligados e todos estão presentes em qualquer outra relação inter-humana. O que funda a análise é que o paciente esteja em transferência, mas não qualquer transferência e sim a transferência analítica. Mas então o que caracteriza a transferência analítica?

Considerar simplesmente que a transferência é um fenômeno universal que ocorre em todas as relações humanas e que o analista ou as condições que a análise oferece nada tenham a ver com isso, é um modo do analista não se sentir tão implicado na relação analítica. Desde as contribuições de LAGACHE (1952) e MACALPINE (1950), ficou demonstrado que uma série de condições próprias da análise favorecem um tipo especial de transferência, que tem como principal característica o seu caráter regressivo. O fenômeno transferencial deixa de ser, a partir das contribuições destes autores, responsabilidade exclusiva do paciente ou da sua neurose.

Segundo LAPLANCHE (1993a), esta era a ilusão de FREUD ao considerar que as histéricas apaixonavam-se pelos seus analistas, por que elas eram histéricas e de forma alguma porque algo da situação analítica favorecesse isso.

"Se a transferência era de natureza sexual e constituía inclusive a melhor prova da etiologia sexual das neuroses, as exigências tanto da moral como da ciência reclamavam que os psicanalistas fossem inocentados da transferência" (LAPLANCHE, 1993, p.130)

MACALPINE (1950) identificou o *setting* analítico e a regra fundamental como produtores do que seria uma transferência propriamente analítica, ou da neurose de transferência. Segundo ela, além da disposição para a transferência (compulsão a repetição), o meio na situação analítica tem um papel fundamental na *"produção da transferência"* . De um lado, o *setting* analítico, o tipo de discurso solicitado, o discurso dado em resposta e

as recusas do analista e, de outro, a disposição do paciente em repetir, seriam então os responsáveis pela regressão na análise, própria da transferência analítica. MACALPINE e LAGACHE priorizam a noção de uma regressão temporal, uma infantilização.

LAGACHE (1990), após uma revisão das teorias freudianas sobre a transferência, conclui que a tão falada 'passividade do analista' poderia ser chamada de 'atividade' na medida em que ele aplica a regra da abstinência, levando o paciente a uma frustração homóloga à frustração que estaria na origem da doença e que na situação do tratamento dará origem à neurose de transferência. Assim, segundo LAGACHE *"é lógico admitir uma relação dinâmica entre a aplicação da regra de abstinência e o desenvolvimento da neurose de transferência."* (LAGACHE, 1990, p.32).

Hoje pode-se olhar com alguma reserva as idéias de MACALPINE e LAGACHE, principalmente pela ausência de uma reflexão sobre o papel da contratransferência, conceito que na época não tinha a dimensão que tem hoje. A contratransferência para esses autores, deveria simplesmente ser eliminada.

Para MACALPINE (1950), a contratransferência é quando o analista, assim como o paciente, adapta-se à situação analítica por regressão, experimentando o passado ao invés de simplesmente observá-lo. Para esta autora, a originalidade da experiência analítica está no fato de que a situação analítica não é uma formação de um grupo de dois, como ocorria, por exemplo, na situação da hipnose. A transferência não é algo da relação do analista com o analisado, mas a relação do analisado com seu analista. Embora haja de fato a ausência de uma reflexão sobre a questão contratransferencial, talvez possamos observar nestas idéias de MACALPINE, a tentativa de diferenciar a situação de transferência analítica por uma situação dissimétrica, tal como discutimos anteriormente utilizando-nos das idéias de FÉDIDA.

Entretanto, essas idéias de MACALPINE trazem uma dimensão nova para a transferência quando acentuam a participação do *"meio analítico"* como produtor da transferência. Essa reflexão sobre a transferência parece ter tido, na época, uma grande influência sobre algumas idéias no campo das psicoterapias breves.

Examinemos por exemplo a idéia de LAGACHE (1990) sobre a liquidação da transferência. O fim da transferência deve se dar a partir de interpretações que visem mostrar para o analisando que sua conduta não se ajusta à situação presente e real, e que ele está reproduzindo na situação analítica um hábito infantil. Dessa forma, aliando-se ao ego racional do paciente, a situação e a interpretação revelariam o desajuste entre passado e presente.

Teremos oportunidade, mais adiante, de relacionar essas idéias com alguns aspectos das psicoterapias breves. Entretanto, podemos desde já apontar para a semelhança dessa proposta com as idéias de ALEXANDER, ou ainda, com o que MALAN chamava de "*tripé para o insight*", em que deveriam se basear as interpretações na psicoterapia breve. A proposta de LAGACHE (1990) é de interpretações "*mutativas*" ou de "*confrontação*", assim como propõe alguns autores das psicoterapias breves.

MACALPINE (1950) não tem a mesma posição de LAGACHE no que diz respeito à liquidação da transferência. MACALPINE não pretende que ela seja eliminada, mas sim que ela sofra uma espécie de maturação ao longo da análise. No período inicial da análise, o paciente seria induzido a desenvolver uma neurose de transferência, adaptando-se ao ambiente infantil, em seguida com a regressão estabelecida, os diversos níveis do desenvolvimento podem ser alcançados, revividos e elaborados. Aí então inicia-se, segundo MACALPINE, um estágio de retorno à maturidade que será em parte vivido na análise e em parte vivido após o término da análise.

MACALPINE acredita que a transferência não termina com o término da análise, a dissolução completa da transferência situa-se, para esta autora, num período indefinido não observável, após o término da análise.

LAGACHE (1990) concorda sobre a impossibilidade de que uma relação interpessoal elimine manifestações transferenciais. Entretanto, avalia que a análise termina com a resolução da neurose de transferência. A liquidação da transferência na análise deve ser entendida como a liquidação da neurose de transferência que, para ele, caracteriza-se por condutas não adaptadas à realidade.

Talvez possamos, agora, depois desta breve retomada das contribuições de LAGACHE e MACALPINE, seguir os esforços de LAPLANCHE (1990) ao discutir o que há de específico na transferência analítica.

A partir de uma análise da relação de FREUD com BREUER, e de FREUD com FLIESS, LAPLANCHE (1990) tenta dar maior visibilidade à sua hipótese sobre a transferência analítica. A análise da primeira relação mostra duas pessoas colocadas do mesmo lado de um objeto do conhecimento: FREUD sabe exatamente o que pede e nunca pede mais do que pode obter de BREUER. Trata-se de uma comunicação científica, dessexualizada. Colocar-se do mesmo lado em relação a um objeto do conhecimento, seria uma maneira eficiente de deserotizar uma relação de ensino.

Já a relação com FLIESS pode, segundo LAPLANCHE (1990), caracterizar-se como uma relação analítica: FREUD supõe um saber em FLIESS, estabelecendo uma relação de transferência vinculada a uma demanda, que é uma demanda de saber. Demanda de saber que incide sobre o sexual, não só porque o objeto de estudo é a sexualidade, mas pela posição que os dois ocupam em relação ao objeto. Eles encontram-se em posições dissimétricas: um é suposto saber e o outro demanda saber. Nessa situação, lembra LAPLANCHE, *"desencadeia-se algo que é uma reprodução direta da situação dissimétrica na qual se engendra, para a criança, a sexualidade"* (LAPLANCHE, 1990, p. 237)

Pensando na fórmula lacaniana sobre o *"sujeito suposto saber"* (LACAN, 1960/61), LAPLANCHE (1990) afirma que se queremos usar esse termo 'saber' para falar sobre a dimensão fundadora da transferência, devemos fazer referência à situação original da infância. Não ter o nível de saber necessário nessa perspectiva, corresponde à situação original da infância em que a criança não dispõe dos elementos psíquicos e somáticos para dar um sentido ao prazer sexual, às propostas sexuais ou às mensagens sexuais do adulto.

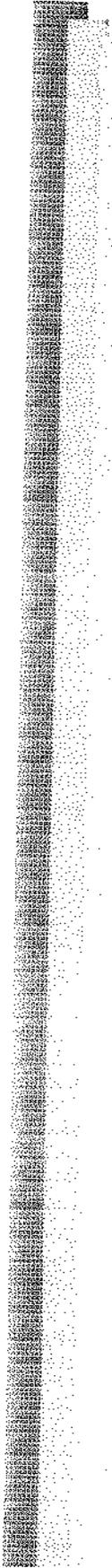
Enfim, segundo LAPLANCHE (1990), é verdade que a transferência não é simplesmente uma manifestação espontânea da neurose e, sim, que é produzida, como disseram LAGACHE (1990) e MACALPINE (1950). Mas, ele discorda quanto ao que de fato produz essa transferência, além dos chamados elementos infantilizantes.

Segundo ele, existem elementos de abstração, ou uma "*seclusão*", que indica uma colocação na tangente em relação ao que ele chamou de "*círculo do adaptativo*".

Essa "*seclusão*" deve-se sobretudo às recusas do analista, que seriam de dois tipos: as recusas em oferecer intervenções adaptativas -do tipo manipulação ou conselho- e a recusa do saber. Esse segundo tipo de recusa, tem eco na situação infantil, situação em que a criança pede um saber que lhe é recusado.

São várias as recusas dos adultos que a criança experimenta e, segundo LAPLANCHE, as mais importantes não são aquelas ligadas ao ritmo alimentar, mas sim a recusa em fornecer um código do sexual; até porque esse código é incomunicável. Há ainda um outro tipo de recusa que se justifica pelo fato do próprio adulto também se achar numa relação de ignorância com relação ao seu inconsciente. O pai ou a mãe seriam para a criança um "*suposto significar*", e a transferência analítica deve ser considerada como uma retomada desta transferência originária, que culminou num produto que é a sexualidade LAPLANCHE (1990).

Como já adverti anteriormente, estamos lidando com um campo onde é difícil encontrar respostas fechadas. Entretanto, penso que com os elementos discutidos neste capítulo podemos passar, neste momento, a refletir sobre algumas propostas de psicoterapia breve e nelas situar a dimensão transferencial.



4. AS PSICOTERAPIAS BREVES E O LUGAR DO ANALISTA

No capítulo anterior, procuramos compreender o que garante essencialmente a instalação da situação analítica. Vimos que o setting da psicanálise clássica não determina por si só a qualidade daquilo que vai se passar no seu interior, e que o que de fato assegura a situação analítica, diz respeito ao lugar ocupado pelo analista na relação de transferência, que com sua escuta vai permitir a fala associativa.

Neste capítulo, pretendo num diálogo com alguns autores das psicoterapias breve, refletir sobre a possibilidade de uma psicoterapia breve ser qualificada de psicanalítica, ou, de haver a instalação de uma situação analítica num *setting* de psicoterapia breve.

Considero importante, neste momento, salientar algo que já foi dito anteriormente. Nesta dissertação não me proponho a fazer uma vasta revisão dos autores de psicoterapia breve e das diferentes técnicas propostas por eles, mas sim, recuperar alguns aspectos essenciais desta técnica para promover a discussão específica a que me proponho.

Começo essa discussão utilizando-me de dois autores considerados por todos como os pioneiros das psicoterapias breves, FRANZ ALEXANDER e THOMAS FRENCH. Retomarei aqui os princípios da técnica proposta por esse autores, já discutidos no segundo capítulo desta dissertação, para em seguida passar às questões referentes à relação transferencial na técnica proposta por eles.

Para ALEXANDER e FRENCH (1956), a neurose é fruto de um fracasso do ego em lidar com alguma situação nova que se apresente ou um processo de aprendizagem interrompido. O indivíduo baseia-se em modos antigos de funcionar que não se adequam a situação nova que se apresenta. Desse modo, o objetivo da análise deveria ser de uma reeducação emocional, que vise retomar e completar o processo de aprendizagem interrompido no início do desenvolvimento da neurose.

Nesse conceito básico sobre o desenvolvimento da neurose é que ALEXANDER vai se basear para criar a sua técnica psicoterapêutica. A proposta terapêutica tem um caráter médico ou psiquiátrico bastante marcado, como adverte PICHON RIVIÉRE (1956) na apresentação para a edição castelhana.

RIVIÈRE diz que ALEXANDER (1956) fala muito mais como psiquiatra do que como psicanalista, nesse livro.

A técnica proposta por eles comporta dois princípios básicos, o "*princípio da flexibilidade*" e da "*experiência emocional corretiva*". O primeiro supõe uma série de modificações que devem ser feitas no *setting* proposto pela psicanálise clássica, de modo que seja a técnica que se adapte ao paciente e não o contrário. Dessa forma, modifica-se a frequência das sessões, não se utiliza o divã em qualquer circunstância, faz-se interrupções mais ou menos prolongadas para preparar o final do tratamento, enfim, a técnica é modificada baseada no diagnóstico ou no momento do tratamento.

Quanto ao princípio da "*experiência emocional corretiva*", parte-se do princípio de que a terapêutica deve basear-se em expor novamente o paciente a situações emocionais que ele não pôde resolver no passado, em condições mais favoráveis do que aquelas que ele as vivenciou no passado. Assim, o paciente receberia ajuda para viver uma experiência emocional corretiva adequada, reparando a influência traumática de experiências anteriores. Esses dois princípios norteiam toda a discussão sobre o manejo da relação transferencial feita por esses autores; a habilidade em controlar a relação de transferência é a chave para a terapia breve proposta por eles.

A transferência, para esses autores, pode ser entendida num sentido mais amplo como uma repetição de uma reação anterior sem ajustar-se à situação atual e num sentido mais específico seria a repetição neurótica, na relação com o analista, de uma conduta estereotipada, inapropriada e baseada no passado do paciente. FRENCH (1956) lembra que muitas reações dirigidas ao analista podem estar perfeitamente ajustadas à situação do tratamento e que o tratamento dado às reações adequadas deve ser diferente daquele dado a reações inadequadas. Quando o autor fala em manejo da transferência está, portanto, referindo-se às reações inadequadas, a uma repetição irracional de condutas estereotipadas, condutas que fariam parte da neurose transferencial.

Refletindo sobre as vantagens do desenvolvimento de uma neurose transferencial, FRENCH (1956) não nega que ela possa revelar para o analista de modo privilegiado as condutas neuróticas do paciente. Entretanto, avalia que se deve amortizar a

tendência do paciente em desenvolver obstinadamente uma neurose de transferência, facilitando o processo daquilo que ele chama de "*prova de realidade*".

O processo de "*prova de realidade*" consiste em ensinar ao paciente que suas reações neuróticas se produzem de acordo com situações antigas, ajudando-o a encontrar novas formas de reagir às situações novas. A técnica proposta por ALEXANDER e FRENCH (1956) propõe diversas condutas que visam favorecer o processo de prova de realidade. Uma dessas condutas seria "*despojar a situação psicoterapêutica de seus mistérios*", tornando-a compreensível ao paciente. Para isso o analista deve abrir mão de uma conduta impessoal, servindo como um "*fundo de conduta normal*" e não como uma tela em branco em que se projetam as fantasias e comportamentos do paciente.

Será que é a conduta impessoal do analista que dá à situação analítica um caráter incompreensível? Que significa modificar essa conduta por um "*fundo de conduta normal*"?

Parece que o que causa estranheza na instauração de um traçado para uma situação de análise é a definição do tipo de energia que vai funcionar em seu interior. Como diz LAPLANCHE (1993a), o *setting*, a regra fundamental e as recusas do analista determinam uma regressão transferencial profunda, não no sentido temporal mas do ponto de vista tópic. Assim, o paciente se aproxima do seu conteúdo inconsciente, das pulsões.

Podemos imaginar, então, que esta conduta proposta por ALEXANDER e FRENCH (1956), em que o analista apresenta-se como um "*fundo de conduta normal*", pode não causar estranhamento, no entanto, distancia o paciente do objeto da psicanálise, o inconsciente. O analista parece se colocar como o destinatário da fala do paciente, procurando mostrar o quanto a fala do paciente dirigida a um terceiro ausente é inadequada à situação real, impedindo assim o funcionamento transferencial desse "*terceiro fictício*", limitando a experiência de regressão e favorecendo uma linguagem egóica.

Outra indicação, para favorecer esta função do ego - "*prova de realidade*" - é centrar a atenção do paciente sobre seus problemas atuais e reais, voltando sua atenção para os fatos perturbadores do passado, só com o intuito de iluminar os motivos das reações irracionais do presente. O terapeuta deve inclusive mostrar-se propositadamente diferente

daquilo que o paciente espera de uma figura de autoridade pelo seu funcionamento neurótico, além de ocupar-se ativamente das outras relações do paciente, exteriores à análise e de como estas influenciam a análise.

Sugere-se, enfim uma maior atividade do terapeuta no manejo da relação transferencial, para manter a neurose transferencial em "*níveis praticáveis*", com o intuito de favorecer os objetivos terapêuticos, ou seja, conduzir o paciente a um ajuste mais satisfatório com seu ambiente e ajudar o desenvolvimento harmônico de suas capacidades. Toda terapia baseada nesses princípios psicodinâmicos deve, segundo ALEXANDER (1956,p 42), ser considerada como psicanalítica.

Não tenho a intenção de questionar os efeitos terapêuticos dessas mudanças propostas por ALEXANDER e FRENCH (1956). Parece-me que assim como nas psicoterapias breves mais atuais, já está exaustivamente comprovada a eficácia terapêutica desses métodos. Mas que meios são esses? Trata-se de uma cura por sugestão ou de uma cura psicanalítica?

Interessa-me, sobretudo, discutir se essas alterações na técnica podem ser consideradas simplesmente como alterações no *setting* clássico da psicanálise ou se são alterações mais fundamentais. Afinal, no capítulo anterior vimos não ser pelo *setting* que se determina a instalação de uma situação analítica.

Entretanto, parece que temos nesse caso não somente uma mudança do *setting* clássico mas uma manipulação deste, e mais, ALEXANDER e FRENCH propõem ainda uma mudança na atitude do terapeuta, com o analista deliberadamente priorizando determinados aspectos das associações do paciente, dirigindo sua atenção para aquilo que supõe ser o conflito central do paciente. Eles propõem que o terapeuta deva comportar-se como esperaria alguém que está procurando ajuda, favorecendo assim uma aliança egóica com o paciente e tornando mais fácil a identificação de condutas irracionais quando estas aparecerem.

A transferência, parece interessar, nesta técnica, na medida em que permita a vivência de uma "*experiência emocional corretiva*" ou do que ALEXANDER chama de um "*uso racional*" da terapia, em que o paciente faz um uso inteligente do apoio emocional oferecido pelo terapeuta com sua escuta compreensiva e sem crítica.

Segundo FREUD (1914), para o psicanalista vencer as armadilhas da transferência deve seguir o caminho da interpretação e da manutenção da regra de abstinência. Ainda no mesmo texto, FREUD esclarece que nenhuma satisfação substitutiva ajudará o paciente, já que enquanto seu desejo recalcado não se tornar consciente, ele será incapaz de experimentar uma satisfação verdadeira. Não parecem ser estes os meios propostos por ALEXANDER para vencer as armadilhas da transferência, talvez porque ele não tenha como objetivo esta aproximação dos complexos inconscientes ou do desejo inconsciente.

Pensando na análise feita por LAPLANCHE (1993a) da relação FREUD-BREUER e FREUD-FLIESS, a proposta de ALEXANDER coloca analista e analisando numa relação do tipo da de FREUD com BREUER, ou seja, os dois colocados do mesmo lado em relação a um objeto do conhecimento. Parece que esta técnica esforça-se por não deixar que se desenvolva uma transferência analítica, para a qual seria necessário que a regra de abstinência fosse um dos pilares da atitude do analista.

Seguiremos com algumas das contribuições de DAVID MALAN, um dos pioneiros das psicoterapias breves, numa tentativa de entender melhor as especificidades da psicoterapia breve e assim continuarmos essa reflexão com mais elementos.

MALAN (1981) apresenta uma visão diferente da de ALEXANDER sobre o que inicia um conflito neurótico e conseqüentemente sobre quais são os objetivos de uma psicoterapia psicanalítica. Para MALAN (1981), os conflitos iniciam-se com a irrupção na consciência de um sentimento intolerável, provavelmente um impulso inaceitável. A partir desse momento o indivíduo tentará manter esse conflito sob controle ou redirecioná-lo, utilizando-se de mecanismos de defesa. Assim, cria-se a "*triade psicanalítica*", composta pela defesa, a ansiedade e o impulso. O objetivo final

do tratamento psicanalítico deve ser *"trazer à consciência o impulso oculto"*. Para isso, entretanto, é necessário primeiro que se interpretem as ansiedades e as defesas.

MALAN (1981) enfatiza três áreas em que o conflito se manifesta e destaca a importância de que ele seja esclarecido nessas três áreas: situações atuais ou do passado recente, situações do passado remoto e na situação transferencial. É importante que se possa fazer as interpretações de ligação entre essas três áreas, deixando claro que os mesmos padrões de defesa, ansiedade e impulso ocorrem nas três.

Para o sucesso da psicoterapia, segundo MALAN (1981), é imprescindível a habilidade do terapeuta em definir que tipo de interpretação deve ser feita a cada momento, levando-se sempre em conta que o objetivo final do tratamento é alcançar o impulso.

"Normalmente é importante interpretar primeiro a defesa para enfraquecê-la gradativamente; assim como acompanhar qualquer interpretação do impulso com uma interpretação da ansiedade" (MALAN, 1981, p. 256)

MALAN (1981) faz uma distinção entre autores *"conservadores"* e *"radicais"*, no que diz respeito às psicoterapias breves, seus critérios de seleção, técnica e resultados. Segundo o grupo com posições *"conservadoras"*, a psicoterapia breve está indicada para doenças leves, de aparecimento recente; as técnicas superficiais adotadas deveriam evitar a transferência obtendo dessa forma alguns resultados paliativos. Já segundo a posição radical, na qual MALAN se inclui, esse tipo de tratamento pode obter mudanças profundas em situações relativamente severas e crônicas, através de interpretações ativas que se utilizem dos elementos de uma *"análise nos moldes tradicionais"*. O argumento de que interpretações transferenciais mais profundas poderiam favorecer a regressão e a dependência não convencem MALAN que defende a utilização desse tipo de interpretação sempre que isso for necessário, sem com isso, praticar um tipo de *"análise selvagem"*. Segundo MALAN, sua experiência demonstra o sucesso deste tipo de intervenção.

Ainda nessa diferenciação entre posições *"conservadoras"* e *"radicais"*, dentro das psicoterapias, MALAN (1981) sugere uma distinção que me parece importante já que sob a denominação de 'psicoterapia breve' existem propostas bastante distintas. Na posição

mais "conservadora" estariam técnicas baseadas em "medidas de apoio como a manipulação do ambiente, tranquilização e fármacos", numa posição intermediária visa-se: "o ensino de novas formas de tratar o conflito emocional", e finalmente a posição "radical" que se interessa pela "interpretação de forças inconscientes".

Por enquanto, considerando a identificação de MALAN com o que ele denomina de posição "radical", a peculiaridade da psicoterapia proposta por ele seria somente a mudança no enquadre (posição 'face a face' e duração limitada). No entanto, veremos agora um aspecto da técnica proposta por MALAN ao qual me referi no capítulo anterior - "focalização", "atenção seletiva" e "negligência seletiva"-, que pode nos fornecer mais elementos para refletirmos sobre que tipo de relação se estabelece neste tipo de psicoterapia.

A partir da observação de que a "passividade" do analista é um dos fatores mais importantes no prolongamento dos tratamentos psicanalíticos, há, segundo MALAN (1981), um ponto de concordância entre os diferentes autores que propõem técnicas de psicoterapia breve:

"a necessidade desta passividade ser substituída por atividade de vários tipos. É isto iniciado pelo planejamento estratégico de um objetivo limitado". (MALAN, 1981, p.44)

O objetivo limitado é o que se conhece por foco, ou uma área específica que deve ser trabalhada, um tema em que se devem concentrar as interpretações. Para isso depende-se do material que o paciente traz. Portanto o terapeuta deve utilizar-se da sua postura mais "ativa" para orientar o paciente a permanecer na área escolhida como foco. A postura mais "ativa" do terapeuta permite que ele se utilize de "interpretações seletivas", de uma "atenção seletiva" e de uma "negligência seletiva", para conduzir o paciente a permanecer na área escolhida como foco do tratamento. (MALAN, 1981)

Esse conceito de foco, introduzido por BALINT (1972), é utilizado por diversos autores das psicoterapias breves e segundo MALAN (1981) é mais um dos critérios que pode nos ajudar a diferenciar as propostas mais "conservadoras" das mais "radicais". Nas propostas mais "conservadoras", o foco é menos profundo e, nas propostas "radicais", ele está mais próximo do que seria o conflito nuclear e portanto é mais "profundo". Segundo

MALAN (1981), dependendo do efeito terapêutico desejado, um "*foco menos profundo*" pode ser suficiente. Entretanto ele considera um erro que alguns autores não admitam a possibilidade de escolher "*focos mais profundos*" em tratamentos de duração limitada.

Embora MALAN admita a escolha de focos mais profundos e até de mais de um foco para um tratamento, ele considera importante a formulação de um plano terapêutico a partir de alguns elementos que devem ser definidos na avaliação.

A situação ideal para um tratamento breve seria aquela cuja avaliação, permitisse a definição da maioria dessas condições:

1. definição de um "*conflito atual*" e de seus fatores desencadeantes.
2. definição de acontecimentos desencadeantes no passado que deram origem ao "*conflito nuclear*".
3. que o "*conflito atual*" e o "*nuclear*" possam ser vistos como basicamente os mesmos.
4. que o paciente responda às interpretações relativas ao conflito identificado.
5. que depois das entrevistas e ensaios interpretativos a motivação para o tratamento permaneça alta ou até aumente.
6. que a natureza do conflito permita a previsão de que ele irá manifestar-se na transferência.
7. que possa ser prevista, a partir do "*conflito nuclear*", a natureza da dificuldade que surgirá no término do tratamento. (MALAN, 1981, p.260)

Com a maioria dessas condições preenchidas, a psicoterapia será focal, com seus objetivos podendo ser claramente definidos e sendo possível prever sua evolução mesmo que não se possa prever seu resultado final. O planejamento da psicoterapia será feito a partir daí, com a primeira parte da terapia tentando esclarecer a "*triade impulso-ansiedade e defesa*", tentando-se sempre atingir o material mais "*profundo e perturbador*". Num

momento intermediário do tratamento, o objetivo principal deve ser estabelecer a ligação transferência/passado. A fase final do tratamento irá fazer emergir sentimentos a respeito da alta, que serão expressos de acordo com o conteúdo do "*conflito nuclear*" e que devem ser interpretados possibilitando também a ligação transferência/passado. MALAN (1981) acrescenta que embora essa previsibilidade possa parecer estranha aos mais céticos, ele vê a comprovação disso na sua prática clínica.

Percorremos alguns dos aspectos principais da técnica proposta por MALAN, podendo agora avançar um pouco mais no diálogo pretendido neste capítulo. A proposta de MALAN não prevê que o conflito deva ser tratado fundamentalmente no nível egóico, como vimos com ALEXANDER e FRENCH. MALAN chega a dizer inclusive que o objetivo fundamental é atingir o impulso.

MALAN também diferencia-se por não apresentar uma visão pedagógica do tratamento. Entretanto, quando pensamos na sua proposta de "*planejamento*" do tratamento e de "*focalização*" deste, mesmo admitindo focos mais profundos e não necessariamente fixando como foco um conflito atual, somos inevitavelmente levados a pensar sobre a mudança na atitude do terapeuta.

Será possível manter uma atitude que permita a instalação da situação analítica, como discutimos no capítulo anterior, quando se estabelece um foco para o tratamento ou quando o analista supõe saber o caminho que será percorrido pelo paciente durante o tratamento?

Quando o psicoterapeuta delimita o foco para um tratamento, ou quando faz uma previsão do caminho que aquela dupla (analista/paciente) vai percorrer, como sugere Malan, ele estaria fazendo uso de todo um corpo teórico que a psicanálise nos oferece. No entanto, isso não significa que ele esteja oferecendo as condições para a instalação da situação analítica.

MEZAN (1993) diz que praticar a escuta analítica "*pressupõe um modo de conceber o homem, a alma e a linguagem que não é dado intuitivamente a ninguém*" (MEZAN, 1993, p.57).

Segundo ele, esta possibilidade é dada pela metapsicologia e por algumas noções sobre o processo terapêutico. No entanto:

"Na situação analítica, a teoria funciona como a estrela polar para o navegante: fornece coordenadas para o percurso, permite alguma idéia do rumo a tomar, mas não é o alvo que se quer atingir; Colombo não queria chegar à Ursa Menor, mas às Índias -e, como muitas vezes acontece na análise, chegou à América" (MEZAN, 1993, p.58)

Tentando aprofundar nossa discussão, percorreremos algumas das idéias de outro autor das psicoterapias breves, PETER SIFNEOS, classificado por MALAN (1981) como autor de uma das técnicas consideradas como "radicais". A técnica de SIFNEOS (1993), denominada de "psicoterapia breve provocadora de ansiedade", depende de uma seleção rigorosa que deve se basear em cinco critérios sugeridos pelo autor:

1. *"O paciente deve ser capaz de delimitar as queixas apresentadas.*
2. *O paciente deve ter tido pelo menos um relacionamento (de troca, altruístico) significativo na infância.*
3. *O paciente deve relacionar-se de forma flexível com o avaliador, demonstrando que ele pode vivenciar e expressar sentimentos positivos e negativos adequadamente.*
4. *O paciente deve ser inteligente e suficientemente sofisticado psicologicamente para compreender as interações psicoterapêuticas.*
5. *O paciente deve estar motivado a mudar e não deve esperar apenas alívio de sintomas da psicoterapia"* (SIFNEOS, 1993, p.14)

Uma vez feita a avaliação e o paciente tendo preenchido os critérios para ser aceito em "psicoterapia breve provocadora de ansiedade", o terapeuta deve poder determinar um foco para o tratamento, apresentá-lo ao paciente e obter sua aprovação. Segundo SIFNEOS (1993), se depois de uma ou duas entrevistas de avaliação o terapeuta não for capaz de apresentar com segurança um foco dinâmico para o paciente, é sinal de que

o paciente está severamente perturbado e não deve submeter-se a uma "psicoterapia breve provocadora de ansiedade".

Sobre a determinação do foco, SIFNEOS (1993) diz ser difícil descrevê-la já que há muita variação de acordo com a psicopatologia e deixa a critério da habilidade do psicoterapeuta o modo como este chegará ao foco. Entretanto, diz que em geral os focos tratam de problemas edípicos não-resolvidos além de reações de luto e problemas de perda e separação.

Sempre que o paciente traz um conteúdo sem ligação com o foco ou não traz material algum, deve ser levado pelo terapeuta de volta ao conteúdo do foco, através do que SIFNEOS chama de "confrontações" e "clarificações", mesmo que isso aumente a ansiedade e a resistência. Contando com a motivação para mudança por parte do paciente, o terapeuta insiste na manutenção do foco e o paciente acabará por compreender a necessidade de lutar contra a ansiedade para o bem da sua recuperação. Caso contrário, não terá sido adequadamente selecionado para a técnica de psicoterapia breve.

Sobre a questão transferencial, SIFNEOS (1993) assegura que:

"fazer a ligação entre os sentimentos passados do paciente em relação a pessoas importantes e os sentimentos transferenciais do mesmo pelo terapeuta constitui um dos aspectos técnicos mais importantes de todas psicoterapias dinâmicas breves. Esta é a razão pela qual a interpretação precoce de sentimentos transferenciais é tão importante." (SIFNEOS, 1993, p.88)

SIFNEOS (1993) acrescenta que embora novas formas de lidar com problemas neuróticos possam ser descobertas na própria sessão terapêutica -"experiência emocional corretiva"- o terapeuta não deve manipular a transferência ou tentar agir de modo especial para despertar esse ou aquele tipo de manifestação, como sugerem ALEXANDER e FRENCH (1956).

Pensando sobre a necessidade de se controlar a regressão em uma psicoterapia breve, SIFNEOS (1993) mais uma vez atribui um papel fundamental à avaliação inicial do paciente. Ele afirma que um paciente selecionado para sua técnica e que tenha preenchido

todos os critérios para tal, não irá regredir. Sobre a neurose transferencial, SIFNEOS atribui ao *setting* e à duração limitada do processo, o fato dela não se desenvolver. Por isso deve-se tomar cuidado para que a terapia não se prolongue.

A duração da terapia não é fixada antecipadamente na técnica proposta por SIFNEOS. O terapeuta deve estar atento, com o avanço da psicoterapia, para evidências de novo aprendizado e de resolução de problemas o que levaria a novos *insights*. O terapeuta deve avaliar o andamento da psicoterapia com frequência fazendo perguntas para identificar o que o paciente aprendeu, que problemas foram resolvidos e se ocorreram novos *insights*. Na medida em que apareçam evidências de um *insight* do "*conflito focal*", o terapeuta deve confirmá-las e certificar-se de que não se trata de um fato acidental ou de uma "*fuga para a saúde*" que o paciente esteja tentando em função da ansiedade mobilizada pelo processo. O terapeuta deve cuidar ainda para que uma "cura pela transferência" não seja tomada por uma solução dos conflitos.

SIFNEOS (1993) afirma que 50% dos pacientes introduzem o assunto no final da terapia. Ele acrescenta ainda, que o modo como acontecerá este final vai depender do foco escolhido na avaliação. Por exemplo, se o foco envolver perda ou separação, podem ser necessárias algumas sessões a mais para discutir-se especificamente sobre o efeito da separação do terapeuta sobre o paciente.

SIFNEOS (1993) alerta sobre as dificuldades enfrentadas pelos terapeutas em dar aut a seus pacientes. Segundo ele, os terapeutas estão, em geral, mais ligados à psicopatologia do que à saúde mental.

Creio que esta breve apresentação das idéias de SIFNEOS já nos permite avançar na nossa discussão. Embora a técnica proposta por MALAN e por SIFNEOS não inclua uma manipulação da transferência e utilize-se dela para as interpretações, são feitas várias modificações na técnica analítica que extrapolam a simples modificação do enquadre.

Retomando a terminologia de MALAN (1981), passamos agora à discussão de um outro autor que pode ser classificado como ainda mais "*radical*" que SIFNEOS ou o próprio MALAN.

GILLIÉRON (1993) conta que seu interesse pelas psicoterapias breves foi despertado em uma ocasião em que três de seus pacientes seriam obrigados a interromper suas psicoterapias em função de mudanças de cidade. Nessa ocasião ele experimentou uma mudança na sua forma habitual de trabalhar, marcando previamente uma data para o final das psicoterapias. Ele diz ter observado uma aceleração do processo e resultados surpreendentes, confirmados pelos próprios pacientes que posteriormente relataram não terem sentido necessidade de engajarem-se em novos tratamentos.

A partir de então GILLIÉRON interessou-se pelas técnicas de psicoterapia breve e instalou um grupo em Lausanne, que passou não só a estudar o assunto como a praticar a psicoterapia breve baseando-se inicialmente nas propostas de MALAN. Esse grupo sentiu muita dificuldade de praticar a "atenção seletiva", "negligência seletiva", enfim de serem terapeutas mais "ativos", como propõe MALAN e outros autores das psicoterapias breves. Segundo GILLIÉRON esta dificuldade deveu-se principalmente à prática psicanalítica que estas pessoas já tinham anteriormente.

Segundo GILLIÉRON, a tendência natural era deixar que os pacientes seguissem livremente suas associações, assim foram percebendo que espontaneamente as associações dos pacientes pareciam seguir um fio condutor inconsciente denominado por GILLIÉRON e sua equipe de "focalização pelo paciente".

GILLIÉRON (1993) percorre então um caminho para compreender melhor sua hipótese de que o "dispositivo" (enquadre) do tratamento breve influencia o andamento do processo, acelerando-o. Pensando que a relação psicoterapêutica fundamenta-se no enquadre e na relação, GILLIÉRON⁶ pergunta-se se o que FREUD chamou de "capacidade para a transferência" pode manifestar-se no enquadre das psicoterapias breves. Em caso de uma resposta afirmativa: de que forma isto se dá?

Para pensar estas questões, GILLIÉRON parte do princípio de que:

"do ponto de vista psicanalítico, a função do enquadre é favorecer o desabrochar da capacidade para a transferência, facilitando, pois, o desenvolvimento da transferência em termos simplificados, esperar-

⁶Toda a reflexão desse autor é acompanhada de uma referência à teoria sistêmica contribuindo, segundo ele, para um entendimento dos aspectos intersubjetivos da relação terapêutica. (GILLIÉRON, 1993, 228-233)

se que o paciente projete sobre o terapeuta suas imagens internas, ou, mais simplificada ainda, que ele estabeleça, com o terapeuta, uma relação que seja produto de seu próprio imaginário e não baseada na personalidade real do terapeuta. " (GILLIÉRON, 1993, p.286)

A idéia do enquadre como instauração de um traçado (LAPLANCHE, 1993) discutida no capítulo anterior, retorna aqui na discussão feita por GILLIÉRON (1993). As regras definem um espaço e determinam "um jogo" onde os papéis estão anteriormente fixados:

"o terapeuta é uma espécie de espelho das ilusões, o homem das mil faces, aquele que escapa quando pensamos conhecê-lo, e que pára de jogar quando o encontramos. O paciente é o 'eterno viajante', em busca de miragem que não pode ser encontrada fora de sua própria memória" (GILLIÉRON, 1993, p.286-287)

Nas psicoterapias breves, segundo GILLIÉRON (1993), o "enquadre abstrato", composto por um conjunto de regras que deliberadamente transgridem regras sócio-culturais normalmente aceitas, pode permanecer inalterado, enquanto o "dispositivo espaço-temporal" ou o "cenário" é modificado.

O que se modifica no dispositivo psicoterápico, em relação ao tratamento padrão, é a situação 'face a face' e o tempo limitado. A mudança na disposição espacial coloca em cena um elemento novo: o olhar. Nessa nova disposição, favorece-se a dinâmica interativa dificultando a manutenção da regra de abstinência e da neutralidade, segundo GILLIÉRON, a identificação projetiva será favorecida sempre que o terapeuta não conseguir manter a regra de abstinência e a neutralidade e impuser sua pessoa.

FÉDIDA (1978) lembra que a situação 'face a face' favorece o poder de sedução da identificação projetiva, um poder de fascinação simétrica podendo impedir o espaço necessário para escutar. Esse ponto cego não precisa necessariamente ser visto como um defeito técnico, ou como um impedimento para o funcionamento transferencial, mas é preciso compreender sua dimensão. Podemos pensar que nessas condições a situação analítica dissolve-se com mais facilidade e é preciso que o terapeuta esteja atento para retomar as condições da sua instalação.

Seguindo com a exposição de alguns pressupostos da técnica proposta por GILLIÉRON (1993), a questão das motivações para a procura do tratamento é considerada por esse autor como um importante critério a ser levado em conta nas entrevistas psicodiagnósticas.

Considerando que o que leva o paciente a procurar um tratamento é uma situação de crise, o autor sugere que o paciente tende inconscientemente a focalizar nesta situação sua demanda. Esta comporta sempre dois aspectos que devem ser levados em conta, a resistência e a abertura para a mudança e, segundo GILLIÉRON, nas primeiras consultas o terapeuta deve optar ou por "*reforçar o sistema defensivo do sujeito fechando a abertura propiciada pela crise ou favorecer a mudança*" (GILLIÉRON, 1993, p.290).

Nas primeiras entrevistas, portanto, caberá ao psicoterapeuta oferecer ao paciente uma abertura para seu próprio inconsciente através de algumas interpretações parciais. Dependendo da reação do paciente, este será encaminhado para um tratamento de inspiração analítica ou outras formas de atendimento. Esta escolha é feita durante o que GILLIÉRON chama de "*tratamento inicial*" de quatro sessões. Ao final destas sessões o atendimento pode ser concluído ou pode-se iniciar um tratamento mais prolongado. Enfim, desta primeira intervenção de quatro sessões, dependerá o futuro da relação terapêutica, o que mostra a importância da avaliação das motivações do paciente.

Concluindo as idéias de GILLIÉRON, ele propõe que a modificação no enquadre psicoterápico modifica o curso das associações, com uma mobilização mais intensa dos afetos devido ao tempo reduzido. O 'face a face' por sua vez impondo um elemento novo, o olhar, leva a uma restrição do espaço psíquico, enfatiza as interações, restringindo também o espaço do "*imaginário*", tornando mais difícil para o terapeuta manter-se fora de um esquema de comunicação cotidiana e sustentar a transferência sem colocar-se como destinatário da fala do paciente. Essas duas condições juntas fazem com que o terapeuta tenha uma tendência a ser mais ativo. A manutenção de uma atitude psicanalítica torna-se, pois, mais difícil do que num *setting* clássico da psicanálise.

Em resumo, GILLIÉRON (1986, 1993) propõe que as mudanças no enquadre psicoterápico produzem algumas mudanças importantes, entretanto, propõe que o terapeuta mantenha-se analista mesmo nesse enquadre modificado e que devemos nos empenhar em estudar que tipo de modificações são essas que ocorrem no funcionamento psíquico em função da modificação do enquadre.

Fazendo uma revisão da literatura encontramos alguns trabalhos que tratam da questão da transferência nas psicoterapias breves. De um modo geral, percebe-se uma tendência a discutir-se sobre a utilidade de interpretações transferenciais nas psicoterapias breves ou em como deve-se conduzir essas interpretações para não fomentar o desenvolvimento de uma neurose transferencial que segundo a maioria dos autores é considerada inadequada na situação breve de tratamento.

Como temos visto as opiniões sobre o manuseio da transferência em psicoterapia breve variam bastante. SMALL (1971) percorre as posições de diversos autores e conclui que o terapeuta deve estar atento às manifestações transferenciais, cuidando que a transferência positiva estabeleça-se, favorecendo a "*aliança terapêutica*", e que a transferência negativa deve ser enfrentada tão logo apareça. Lembrando ALEXANDER, SMALL propõe que o terapeuta modifique seu modo de agir de acordo com cada tipo de paciente visando o manejo da transferência.

Além das posições dos autores de técnicas das psicoterapias breves encontramos na literatura alguns trabalhos que se dedicam exclusivamente a pesquisar sobre o impacto das interpretações transferenciais em psicoterapia breve. De um modo geral, esses autores concluem, a partir de pesquisas conduzidas de diferentes modos, que a interpretação transferencial é útil e necessária nas situações breves de tratamento (ESCOBAR, 1985; VASQUES NETO e TIGRE, 1982; HOGLEND, 1993; JOYCE e PIPER, 1993).

Fala-se em geral de trabalhos orientados pela proposta de MALAN para as psicoterapias breves, e conseqüentemente de interpretações baseadas no "tripé" proposto por ele, ou seja, ligações entre o passado, relações atuais e relação transferencial. ESCOBAR (1985), faz um estudo baseando-se em situações breves de atendimento e conclui que as interpretações transferenciais são usadas com bastante parcimônia pelos

psicoterapeutas. Esta autora acrescenta que dessa forma algo fica perdido nessas formas de atedimento, já que se observa *"uma maior aproximação afetiva e uma maior produção de associações significativas após o uso das interpretações transferenciais"*. ESCOBAR conclui que deve-se fazer um trabalho em supervisão para que psicoterapeutas menos experientes sintam-se menos amedrontados para o contato com o inconsciente e manifestações transferenciais.

Esse tipo de observação feita por ESCOBAR (1985), nos faz pensar em algumas dificuldades que o terapeuta enfrenta numa situação de psicoterapia breve. Parece ser bastante mais difícil manter uma escuta analítica, quando se está sob pressão do tempo e do olhar do paciente. Observa-se uma tendência a maior atividade ou a um comportamento interativo, tende-se a criar uma situação de comunicação com o terapeuta tendo dificuldade em sustentar o lugar do ausente destinatário da fala do paciente.

Agora que refletimos, no capítulo anterior, sobre as condições da instalação da situação analítica e vimos, nesse capítulo, as principais idéias de alguns autores das psicoterapias breves, podemos empreender a discussão final dessa dissertação. De que forma podemos garantir a instalação da situação analítica no enquadre da psicoterapia breve? Será que a "atividade" e o manejo transferencial propostas em psicoterapias breves não favorecem a sugestão ?

5. DISCUSSÃO

Baseando-me nas discussões dos capítulos três e quatro, penso que podemos agora discutir sobre a possibilidade da instalação da situação analítica, tal como a descrevemos no capítulo quatro, num *setting* de psicoterapia breve. O *setting* da psicoterapia breve comporta algumas diferenças de acordo com o autor adotado, como pudemos ver no capítulo quatro. Entretanto, podemos trabalhar com a idéia mais geral do tempo limitado e da disposição face a face comum a todas orientações.

Podemos iniciar pensando em quais aspectos das técnicas de psicoterapia breve impediriam a instauração da situação analítica, e em função do que eles se justificam.

Começando pelas idéias de ALEXANDER, já nos deparamos com uma primeira dificuldade, o *setting* proposto por ele não é simplesmente modificado em relação ao da psicanálise clássica, mas é um *setting* flexibilizável de acordo com os objetivos que o terapeuta pretenda atingir com seu paciente. Nesse caso, o terapeuta faz uso de outro instrumento além da interpretação, utiliza-se desse manejo do *setting* e até de uma modificação da forma como se apresenta ao paciente, substituindo a neutralidade por uma tentativa de diferenciar-se dos objetos internos a quem a fala do paciente em transferência se dirige.

A discussão sobre o enquadre psicanalítico tem sido feita por diversos autores. BLEGER (1988) propõe que utilizemos o termo situação psicanalítica para abarcar a totalidade de fenômenos envolvidos na relação terapêutica entre analista e paciente. Esta situação comporta fenômenos que constituem um processo, que deve ser objeto de análise e interpretação e um enquadramento que é um "*não-processo*" constituído pelas constantes no interior das quais se desenvolve um processo. Este enquadramento constitui um fundo mudo, que só é percebido quando se modifica ou ameaça romper-se. Então deve ser analisado e passa a fazer parte do conteúdo da análise.

Lembrando do modelo da tina proposta por LAPLANCHE (1993a), discutido no terceiro capítulo, a situação psicanalítica, nestes termos propostos por BLEGER, é o que se passa no interior daquela parede mais externa da tina, e o enquadramento, ou o "*não-processo*" é essa parede mais externa.

O enquadramento não precisaria existir caso ele não cumprisse nenhum papel naquilo que se desenvolve em seu interior. Embora tenhamos visto que este aspecto formal não garante as condições para a instauração da situação analítica, ele a protege uma vez que esteja instalada. Entretanto, não se pode dizer que esses aspectos formais do enquadre tenham só esse papel de proteger algo que se instala em seu interior independentemente deste.

Quando fomos mostrando ao longo do terceiro capítulo, que as constantes do enquadre clássico da psicanálise não garantem a instalação da situação analítica não quisemos de forma alguma dizer que uma modificação nessas constantes não provoque nenhum tipo de mudança no processo que se desenrola em seu interior, afinal como pudemos ver no segundo capítulo, desde FREUD e seus contemporâneos⁷, mostrou-se que uma alteração nestas condições altera o funcionamento do processo analítico e o ritmo associativo do paciente.

Quisemos, sim, mostrar que o enquadre modificado (tempo limitado e posição face a face) das psicoterapias breves não impede a instauração em seu interior de uma situação analítica, embora isto seja mais difícil e dependa da manutenção da regra fundamental e do analista manter-se analista, mesmo que em condições não tão favoráveis como aquelas que ele dispõe com o enquadre da psicanálise clássica. E é nesse aspecto que as coisas complicam-se quando estudamos as propostas de psicoterapias breves, quando pensamos no lugar que o terapeuta ocupa nestas técnicas.

Utilizando-nos de algumas idéias de GREEN (1990), voltamos ao ponto que parece ser fundamental para a manutenção da situação analítica, a regra da abstinência ou da não-resposta. Qualquer variação da análise clássica deve, segundo GREEN, garantir a possibilidade de simbolização.

⁷ Remeto o leitor à discussão de FERENCZI sobre a técnica ativa, sobre a qual me detive durante o primeiro capítulo desta dissertação.

"La pulsión recherche la satisfaction au moyen de l'objet, mais lorsque celle-ci n'est pas possible, à cause de l'inhibition de but imposée par le cadre, il lui reste la voie de l'elaboration et de la verbalization."
(GREEN, 1990, p.92)⁸

Portanto as condições do enquadre das psicoterapias breves, embora dificultem o processo, não apresentam tantas dificuldades para a manutenção da situação analítica como outras modificações técnicas propostas pelos autores das psicoterapias breves, como o conceito de foco, por exemplo, amplamente aceito por todos os autores.

A leitura de alguns artigos sobre manifestações contratransferenciais (EIZIRIK et al, 1989; MANN, 1984/85; HOYT & FARREL, 1984/85) em psicoterapia breve indica que comumente o terapeuta sente-se frustrado com as limitações de tempo, tendo sempre a sensação de que aquele trabalho poderia ser mais aprofundado ou ter metas mais ambiciosas. Essa dificuldade parece ser responsável pela introdução de posturas cada vez mais ativas, como se dessa forma o terapeuta pudesse sentir-se com um maior domínio sobre o tratamento. Além dessa dificuldade imposta pela limitação do tempo, parece haver um receio de que o trabalho terapêutico provoque uma regressão importante no paciente, e que depois o terapeuta não tenha tempo de lidar com o material recalçado que emergiu.

Lembramos uma passagem de FREUD (1910), que deveria amainar esse tipo de temor, que parece ter origem numa ilusão de que se poderia chegar a um determinado momento do tratamento em que o paciente atingiria uma espécie de equilíbrio mental perfeito e acabado.

"El temido resultado final de una destrucción del carácter civilizado por los instintos liberados de la represión es totalmente imposible, pues este temor no tiene en cuenta algo que nuestra experiencia nos ha señalado con toda seguridad, y es que el poder anímico y somático de un deseo, cuando su represión ha fracasado, es mucho mayor siendo inconsciente que siendo consciente, de manera que con su atracción a la conciencia no se hace sino debilitario" (FREUD, 1910, p. 1562)⁹

⁸ "A pulsão procura a satisfação por meio do objeto, mas quando isso não é possível, pela inibição imposta pelo enquadre, resta-lhe a via da elaboração e da verbalização" (GREEN, 1990, p.92)

⁹ "A temida destruição do caráter civilizado pelas pulsões liberadas do recalço é totalmente impossível, pois este temor não leva em conta algo que nossa experiência tem seguramente nos mostrado, é que a força psíquica e somática de um desejo, quando seu recalço fracassou, é muito maior sendo inconsciente que sendo consciente, de maneira que com sua atração para a consciência não se faz nada mais do que enfraquecê-lo." (FREUD, 1910, p. 1562)

Levando-se em conta essa passagem de FREUD, damos-nos conta que não há perigo de que algo que seja revelado pela análise, tornando-se consciente, possa prejudicar o paciente.

GILLIÉRON (1993) preocupou-se em estudar as modificações que o *setting* das psicoterapias breves impõe ao processo, tanto do ponto de vista do paciente, como do terapeuta, e aponta essa tendência à atividade, por parte do terapeuta, como uma função defensiva inconsciente contra as dificuldades impostas pela situação face a face.

Lembrando da idéia da instauração de um traçado, a situação face a face não estabelece tão nitidamente assim os limites de algo que vai se desenvolver, já que o face a face lembra qualquer situação comum de interação cotidiana. Portanto, dessa forma fica muito mais difícil para o terapeuta abstrair-se de uma situação de comunicação cotidiana e fazer-se presente apontando a ausência, sem entrar numa situação de comunicação ou sem responder às tentativas do paciente de fazer com que a pessoa do terapeuta corresponda a suas imagos, facilitando, assim, que o paciente confunda o terapeuta com seus objetos internos.

GILLIÉRON (1993) aponta para uma dificuldade colocada pelo face a face que gera uma tendência a um funcionamento fusional em que o paciente exerce uma pressão inconsciente sobre o terapeuta, tentando integrá-lo ao seu ego. Essa pressão tem impacto maior sobre o terapeuta do que se eles estivessem numa situação divã-poltrona, dificultando a sua diferenciação do objeto da transferência e favorecendo que se desenvolva uma fascinação simétrica. A resistência à conscientização dá-se pela ilusão de que é possível que a pulsão encontre satisfação no objeto-analista, como numa situação cotidiana de interação. O trabalho interpretativo em psicoterapia breve deve levar em conta essa diferença.

A grande dificuldade imposta por esse enquadre psicoterápico deve-se, justamente, ao engajamento do terapeuta como o terceiro imaginário, dificultando a separação necessária para a escuta analítica que signifique a ausência do objeto transferencial a quem a fala do paciente se dirige. A posição face a face incrementa a ambigüidade própria dessa situação, que só será fecunda se o terapeuta tiver condição de

jogar, acolhendo o que o paciente lhe destina, e constantemente reinventando a separação entre ele e esse terceiro fictício da transferência (FÉDIDA, 1983).

Um outro aspecto do *setting* das psicoterapias breves que, sem dúvida, influencia o desenrolar do processo é a limitação temporal. GILLIÉRON (1993) faz uma observação interessante a respeito dessa questão: analisando as diversas propostas de diferentes autores, nota-se que aqueles que não determinam o final do tratamento no seu início, mesmo que pretendam que o tratamento seja o mais breve possível, (SIFNEOS, por exemplo), tendem a ter posturas mais ativas do que aqueles que determinam o final do tratamento em seguida às entrevistas de avaliação (MALAN e GILLIÉRON, por exemplo).

Assim como a modificação na situação espacial, a modificação do tempo do tratamento com uma prazo marcado para a separação provoca modificações no processo que vai se desenvolver neste enquadramento.

GILLIÉRON lembra a intensidade dos inesperados encontros de amor para dizer que quanto mais breve for uma relação, "*mais intensas serão as emoções, e mais intensos serão, também, os fantasmas compartilhados.*" (GILLIÉRON, 1993, p. 247). Segundo este autor, a limitação temporal do tratamento provoca imediatamente um aumento na tensão emocional do tratamento, favorecendo a profundidade das conscientizações e conseqüentemente provocando um incremento das resistências, que se apresentarão de modo mais visível para o terapeuta, o que facilita as interpretações. Ou seja, de um modo geral, a limitação do tempo acelera toda a dinâmica do tratamento.

Entretanto é preciso considerar duas maneiras como pode apresentar-se essa limitação temporal. A primeira delas, inspirada no "*princípio de flexibilidade*" proposto por ALEXANDER (1956), em que a duração do tratamento, ou mesmo o intervalo entre as sessões, é modificado de acordo com o andamento do processo terapêutico, ou seja, onde o manejo sobre a duração faz parte do leque de intervenções disponíveis ao terapeuta¹⁰. A segunda maneira como essa limitação temporal pode apresentar-se, é pela sua determinação

¹⁰SIFNEOS, também, não determina a duração do tratamento no início. Ele preocupa-se exclusivamente em alertar o paciente de que este será o mais breve possível.

desde o início, como propõe MALAN ou ainda GILLIÉRON, construindo solidamente a parede externa da "tina" (LAPLANCHE, 1993), onde um processo deve desenvolver-se.

Esta segunda alternativa de determinar o enquadre parece favorecer a manutenção da atenção flutuante por parte do terapeuta, uma vez que nenhum tipo de intervenção mais ativa será utilizado e ele estará livre para manter sua escuta analítica. Já na proposta de ALEXANDER ou de SIFNEOS, o terapeuta estará buscando a colaboração consciente do paciente, adotando uma atitude que poderíamos descrever como pedagógica, para que, via um processo de aprendizagem, o paciente possa aprender a lidar com suas dificuldades a partir do momento que puder compreendê-las.

Desse modo, nessa tentativa de revelar ao paciente determinados aspectos de seu funcionamento psíquico, o terapeuta pode procurar criar uma situação nova para que algum material apareça, por exemplo, alterando propositadamente o intervalo entre as sessões. Dessa forma, um outro modo de intervenção além da interpretação é utilizado, podendo ser facilmente sentido pelo paciente como uma resposta por parte do terapeuta, quebrando a regra de abstinência em que deve desenvolver-se um tratamento psicanalítico. Assim, é provável que o paciente mantenha suas associações em um nível mais superficial ou menos regredido, já que, como é conhecido, a constância do enquadre exerce uma influência importante na possibilidade regressiva do material associativo do paciente.

A limitação temporal do tratamento, além de provocar uma aceleração na dinâmica do tratamento, limita a possibilidade de satisfações regressivas. Entretanto, pudemos notar que a influência dessa limitação modifica-se se ela for utilizada como um instrumento a ser manejado pelo terapeuta de acordo com o desenvolvimento do processo, ou se ela se apresenta como uma das constantes do enquadre, procurando não modificar a atitude interior exigida do analista para a instalação de uma situação analítica.

A visão de ALEXANDER (1956) fundamenta-se no "princípio da experiência emocional corretiva" e supõe que uma mudança de comportamento possa ser conseguida em função da possibilidade do paciente encontrar um objeto que reaja de maneira diferente daqueles com quem ele lidou ao longo da sua história. Dessa forma, parece que o campo da experiência simbólica fica reduzido quando a intenção não é trazer à consciência a

representação recalcada ligada ao afeto próprio de um determinado sintoma, mas sim impedir a sua repetição mostrando sua "inadequação" à realidade.

"Tenho que admitir que é a situação analítica, que sou eu na situação analítica, quem pode suscitar esse afeto amoroso... trata-se de admitir o que se passa, não de o recusar como algo insuportável. Admitindo essa situação, o analista a toma no interior do tratamento para entender o afeto, isto é, instaura o afeto na linguagem. Se ele puder em determinado momento nomear o afeto, ou seja, introduzir as palavras que falam desse sentimento sem com isso fazer um discurso sobre o estado amoroso, então a circulação do afeto se torna possível" (FÉDIDA, 1988, p. 53)

Caso todas as formas de psicoterapia breve baseassem-se nesses princípios propostos por ALEXANDER, poderíamos então dizer que a psicoterapia breve não permite a instalação da situação analítica nos moldes concebidos no capítulo três, ou seja, de acordo com a análise feita por LAPLANCHE (1993a) da relação entre FREUD e FLIESS. Consideraríamos, dessa forma, que essa técnica faz uso do saber psicanalítico para um projeto que não é o da psicanálise, seus conceitos são úteis, mas é um outro tipo de tratamento que vai se desenvolver. Entretanto, como pudemos ver, nem todas as propostas de psicoterapia breve são iguais.

Mencionei anteriormente, sem aprofundar-me, a dificuldade de acomodar o conceito de foco, atenção ou negligência seletiva à instalação da situação analítica. Parece óbvio que deste modo é impossível que o terapeuta possa manter-se numa postura de neutralidade, sustentando a transferência e mantendo sua atenção flutuante. Do ponto de vista do paciente, deparamo-nos com a impossibilidade de associar livremente.

A dupla paciente-terapeuta estará dessa forma esforçando-se conscientemente para perceber aspectos da realidade psíquica do paciente, numa relação em que não é possível instalar-se a dissimetria, os dois estão posicionados da mesma forma em relação ao objeto do conhecimento. Retomando a análise de LAPLANCHE (1993a), parece que esta tentativa de aliar-se a uma parte sadia do ego, para assim conhecer algo que é praticamente colocado como exterior àqueles dois seres racionais (analista e paciente concentrados num foco), é uma forma de dessexualizar a relação.

Quando o terapeuta anuncia o foco, ou mesmo que não o anuncie ao paciente mas internamente acredita que conhece aquilo que o próprio paciente desconhece, ele corre o risco de enfraquecer o motor do tratamento, a demanda.

Entretanto, mesmo esses conceitos conhecidos no campo das psicoterapias breves não gozam de unanimidade. Pensando no aumento do peso das interações provocados pela situação face a face, e na conseqüente intensificação dos movimentos transferenciais, GILLIÉRON (1993) propõe que a modificação no enquadre provoca uma focalização espontânea no tratamento, focalização pela transferência. Daí a importância atribuída, por ele, ao estabelecimento de uma "*hipótese psicodinâmica básica*" que deve ser compreendida no momento da avaliação. Essa hipótese deve basear-se não apenas naquilo que o paciente diz, mas no tipo de relação que estabelece com o terapeuta, dando indícios de sua demanda latente.

CLAVREUL (1983), refletindo sobre a clínica médica e a clínica psicanalítica, acentua a importância de levar-se em conta a demanda do paciente ao procurar uma análise, diferentemente do modelo médico onde a demanda não é nem sequer necessária para que se estabeleça uma relação médico-doente. No tratamento psicanalítico é da demanda que dependerá o prosseguimento do tratamento.

Portanto, segundo CLAVREUL, por mais atenta que tenha sido a investigação feita durante as entrevistas preliminares, a possibilidade de estabelecer-se diagnósticos e prognósticos precisos é limitada devido à grande possibilidade de que durante o tratamento apareçam novas associações que conduzam a novas construções. A atenção deve ser dirigida à demanda do paciente que é o que vai sustentar no tratamento a pesquisa do material recalçado, a demanda é o motor do tratamento. Diferentemente da prática médica, onde o doente será atendido com o objetivo imediato de suprimir sua demanda, na situação analítica é a possibilidade de sustentar a demanda sem reduzi-la que vai gerar a possibilidade do tratamento ser empreendido.

"Transferência e contratransferência já estão situadas, o que não significa amor ou confiança, mas sobretudo possibilidade de entrever que a partida não está decidida de antemão e que seu interesse será mantido" (CLAVREUL, 1983, p.191)

GILLIÉRON (1993) compara a idéia dessa *"hipótese psicodinâmica básica"* ao que FREUD referia-se, em "Construcciones en psicoanalysis" (FREUD, 1937), como construção e atribui importância a ela, desde que possa ser comunicada ao paciente num momento oportuno e lhe seja dada a possibilidade, pela psicoterapia, de confirmá-la ou avaliar sua validade.

Essas construções devem, para permitir a instalação de uma situação analítica, não adquirir um caráter sugestivo ou, baseando-nos na discussão de CLAVREUL (1983), não podem incorporar-se a um discurso médico, o que impediria o lugar do discurso da psicanálise.

Utizando-me das idéias de FÉDIDA (1988) sobre a síntese, parece-me que os conceitos de foco ou das construções oferecem o perigo da síntese. Na posição analítica não se espera a síntese e, até o final do tratamento, o analista deve ocupar a posição de insistência no negativo, já que quando o paciente encontra a síntese, encontra o sintoma. O perigo é que o paciente incorpore o eu do terapeuta tomado como objeto total.

O terapeuta deve então, depois de realizadas as entrevistas preliminares, respeitar a regra de abstinência, mas levar em conta, desde o início numa hipótese inicial, qual a demanda transferencial do paciente, qual o lugar que ele deseja que o terapeuta ocupe. Embora o momento da elaboração dessa hipótese seja durante a avaliação, e parece que uma situação psicoterápica admite sempre esse momento de avaliação, penso que aí se localiza mais uma dificuldade imposta pela especificidade da psicoterapia.

É preciso que o terapeuta possa, depois dessa avaliação feita, despojar-se desses dados e escutar seu paciente o mais livremente possível. Esse tipo de dificuldade também ocorre numa situação clássica de psicanálise, por exemplo depois de uma supervisão, que pode ser utilizada para ampliar a possibilidade de escuta do analista, ou, caso o analista não

consiga livrar-se do conteúdo da supervisão, terá sua possibilidade de escuta esmagada por uma série de conjecturas que já deveriam fazer parte do passado.

Lembramos FÉDIDA (1988), quando ele assinala que a situação analítica deve ser constantemente reinstalada a cada momento em que ela é rompida. Portanto, lidamos com algumas dificuldades que se acentuam numa situação de psicoterapia breve, mas que existem mesmo no enquadre clássico da psicanálise. Usando a conhecida expressão de BION (1973), o analista estará todo o tempo tentando livrar-se de sua memória e de seu desejo.

Vê-se, a partir desta discussão, que o aumento da atividade preconizado por diversos autores parece ter origem numa defesa contra a intensidade dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais despertados pela disposição espacial e temporal das psicoterapias breves. É muito mais difícil fazer-se ausente quando o apelo pela sua presença é tão violento.

As diversas técnicas de psicoterapia breve não ignoram a importância das manifestações transferenciais. No entanto o que nos interessa aqui é qual o estatuto que elas recebem em cada proposta técnica. CLAVREUL (1983) mostra que a prática médica também não ignora essas manifestações, mas utiliza-as na medida em que elas facilitam a realização dos ritos médicos; trata-se de vencê-las ou utilizá-las para aumentar a confiança que o doente tem no seu médico. Para a psicanálise, importa interpretá-las, e segundo CLAVREUL, é aí nas manifestações transferenciais, onde a clínica médica não pode avançar que se inicia a clínica psicanalítica.

Olhando para essa questão do vértice da psicanálise e considerando todo o caminho já percorrido até aqui, não encontramos uma resposta fechada para a questão motivadora desta dissertação, mas um leque aberto de possibilidades.

O *setting* da psicoterapia breve, na sua dimensão temporal e espacial, não impede a instalação de uma situação analítica e isso não quer dizer que uma situação breve de tratamento disponha das mesmas condições de um *setting* clássico. Vimos, o quanto a

situação face a face e a pressão do tempo exercem pressão sobre o analista para que ele saia do seu lugar de analista.

Seria ingênuo pretender que um tratamento com tempo limitado alcançasse a mesma amplitude de um tratamento sem esta limitação. No entanto, é importante lembrar que uma análise não termina necessariamente no momento em que analista e analisando deixam de se encontrar. O que é feito da análise pelo paciente, depois que esses encontros cessam, permanece, em geral, desconhecido.

O capítulo quarto desta dissertação deixa claro que quando falamos em psicoterapia breve, nem sempre estamos nos referindo somente a essas modificações do *setting* (posição face a face e duração limitada). Falamos sobre diferentes propostas técnicas, que na sua grande maioria propõem técnicas que visam a amenizar a intensidade de um encontro analítico supondo que com tempo limitado seja adequado controlá-la, e que permitem ao terapeuta encerrar o tratamento com a sensação de "missão cumprida", de que um objetivo inicial foi colocado e de que se estabeleceu um plano e se atingiu objetivos próximos do esperado.

Perceber que determinadas técnicas de psicoterapia breve não permitem, ou dificultam muito, a instalação de uma situação analítica, não significa questionar o seu valor ou eficácia. Inclusive, retomando FREUD, quando ele pensava no acesso de uma parcela grande da população às psicoterapias e imaginava que poderia ser necessário "mezclar quizá el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa" (FREUD, 1919, p.2462)¹¹. Portanto, parece perfeitamente compreensível que essas técnicas sejam adotadas por alguns terapeutas e instituições.

Mas, o objetivo desta dissertação não era emitir qualquer julgamento de valor sobre essa ou aquela técnica psicoterápica e sim lançar um olhar, pelo vértice da psicanálise, para a possibilidade de instalação de uma situação analítica num *setting* diferente. A proposta de GILLIÉRON e a discussão sobre os aspectos fundantes da situação analítica reforçam a viabilidade dessa situação, desde que o analista possa manter-se analista nesse *setting* alterado.

¹¹ "mezclar o ouro puro da análise ao cobre da sugestão" (FREUD, 1919, p.2462)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que pretendo terminar esta dissertação, recordo-me de uma metáfora usada por FREUD (1913). Para falar sobre o início de um tratamento analítico, ele compara este momento com o início de uma partida de xadrez, da qual pode-se prever o início e o final, sem entretanto se poder saber como serão as jogadas. Ao iniciar esta dissertação, encontrava-me com menos pistas ainda; sabia somente que estava começando e não podia nem afirmar com muita certeza que terminaria.

Assim como em uma análise há aspectos "intermináveis", tenho consciência de que, numa dissertação como esta, inúmeras questões são deixadas abertas. Estas poderão ser retomadas futuramente por mim ou por outros que se interessem pelo tema. Isto parece nos consolar com relação à limitação dos objetivos, assim como é preciso fazer em um atendimento com data marcada para terminar.

As psicoterapias breves constituem-se um assunto de interesse para todos aqueles que se dedicam a algum tipo de atendimento institucional. Aqueles que, como eu, orientam sua prática clínica pela psicanálise, já, devem ter questionado alguns dos aspectos que me motivaram a iniciar esta dissertação.

As dificuldades impostas pelo *setting* das psicoterapias breves impõem-se a todos aqueles que carregam uma prática clínica oriunda da psicanálise. No entanto, é bastante remota a possibilidade de instalar-se uma psicanálise nos moldes clássicos dentro de um serviço institucional.

Pudemos ver que discussões sobre alterações no *setting* da psicanálise não são novidades ao longo da sua história. Na verdade, o *setting* da psicanálise sofreu muitas modificações ao longo do seu desenvolvimento. Os tratamentos empreendidos, inicialmente, por FREUD, não só tinham uma duração bastante reduzida, como não se realizavam sob a proteção segura do *setting*, hoje, tido como ideal.

Entretanto, acompanhando o desenvolvimento da metapsicologia, foi ficando cada vez mais clara a necessidade de garantir determinadas condições, para que o tratamento analítico pudesse desenvolver-se melhor. Estas condições ganham importância na medida

que contribuem para a manutenção da essência da psicanálise, diferenciando-a de qualquer tratamento de fundo sugestivo.

As discussões empreendidas por FREUD, FERENCZI e RANK, sobre possíveis modificações na técnica psicanalítica, sempre foram motivadas por dificuldades encontradas nos tratamentos, e vinham acompanhadas de reflexões metapsicológicas. Enfim, essas discussões não foram motivadas por questões circunstanciais, como a necessidade de se atender a uma demanda maior, embora, FREUD já manifestasse preocupação sobre como a psicanálise poderia contribuir para o atendimento de uma parcela mais significativa da população no futuro.

Mais tarde, provavelmente em função das dificuldades advindas da segunda grande guerra, o aumento da população que precisava de atendimento psicoterápico motivou o início das discussões sobre as técnicas de psicoterapia breve propriamente ditas. As dificuldades do excesso de demanda não só permanecem como agravam-se hoje em dia, o que torna toda tentativa de refletir sobre atendimentos breves bastante atual.

Entretanto, se ficarmos presos às questões, exclusivamente, de ordem adaptativa, como a necessidade da população em ser atendida, corremos o risco de não podermos refletir sobre uma prática. Portanto, não se trata de discutir a visível necessidade das técnicas abreviadas de atendimento psicoterápico, e sim, de abrir a possibilidade de uma discussão metapsicológica sobre esses tipos de atendimento. Para essa discussão, não negamos o apelo da "demanda", embora não possamos nos limitar a ela como se somente a sua existência justificasse a criação das técnicas breves de atendimento.

Dessa forma, penso que a modesta contribuição desta dissertação aparece com a proposta de utilizarmos o referencial da psicanálise para refletir sobre esse tipo de atendimento de tempo limitado. Parti, pois, da conceituação de situação analítica para, em um diálogo com as técnicas de psicoterapia breve, apontar a possibilidade do analista manter-se analista, mesmo em condições diversas daquelas que a psicanálise clássica propõe.

Vimos o quanto a situação face a face e a pressão do tempo limitado introduzem modificações no processo psicoterápico como um todo, e pressionam o analista a sair do lugar de analista estabelecendo uma relação mais próxima de uma interação cotidiana, dificultando a instalação da situação analítica.

Manifestações transferenciais, caracterizadas pelo deslocamento de um afeto ligado a uma representação inconsciente, aparecem em várias situações da relação humana. No entanto, é a posição do analista que pode dar a estas manifestações um contorno analítico. Este caráter é dado à transferência, fundamentalmente, pelas recusas do analista que se apresentam de diversas formas, sempre pretendendo apontar a ausência do "*terceiro ausente*", destinatário da transferência e, portanto, presente na relação analítica.

O analista não ocupa o lugar daquele que sabe o que é bom para o paciente, como ocorre em um modelo médico, devendo, portanto, abrir mão de qualquer intervenção de caráter adaptativo. O analista deve poder escutar as diferentes demandas que a fala do paciente lhe dirige, sem, contudo, responder a elas, pois deste modo estaria identificando-se com o objeto da transferência, respondendo a uma linguagem do id como se fosse do ego, paralisando assim a fala associativa.

A fala associativa é assegurada tanto pela orientação dada ao paciente, para que ele respeite a associação livre, como pelo tipo de escuta do analista.

Basicamente estamos falando da obediência à regra fundamental, ou seja, a associação livre por parte do paciente, a manutenção da atenção flutuante e a regra de abstinência por parte do analista.

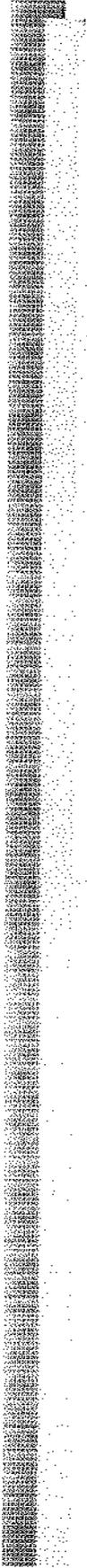
Pensando no lugar ocupado pela psicanálise nas técnicas de psicoterapia breve, vemos que muitas delas utilizam-se do aparelho conceitual da psicanálise para a compreensão do material trazido pelo paciente e, até, para a formulação de suas propostas técnicas, modificando, no entanto, a atitude do analista, impedindo assim a instalação de uma situação analítica. Para garantir que se instale, no *setting* de uma psicoterapia breve, uma situação analítica, o analista deve permanecer analista neste *setting* modificado e, algumas vezes, adverso.

Se até em um *setting* clássico da psicanálise, determinadas vezes, o analista é obrigado a sair da sua posição por razões terapêuticas ou de outra ordem, podemos imaginar que no *setting* de uma psicoterapia breve, com disposição face a face e duração limitada, isto ocorra com mais frequência e intensidade.

Entretanto, parece possível reinstalar a situação analítica a cada momento em que esta se desestabiliza, garantindo o espaço da análise, ou da interpretação, elaboração e simbolização. Permitindo, enfim, que o paciente possa descobrir, a partir da sua fala e da escuta do analista, algo sobre si próprio que ele, até então, desconhecia.

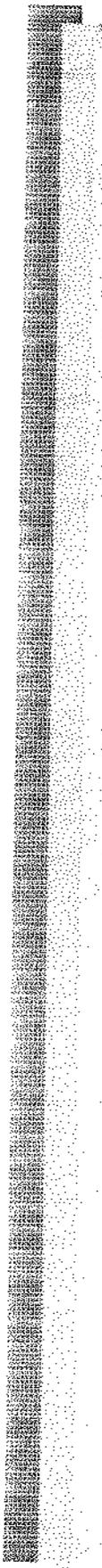
Para que uma situação de psicoterapia breve possa ter como referencial a situação analítica, é preciso que o terapeuta possa abrir mão de intervenções mais ativas, em geral, preconizadas nas psicoterapias breves. Desse modo, provavelmente terá que encontrar outra forma, que não sejam estas medidas ativas, para lidar com a intensidade dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais despertados pela disposição espacial e temporal de uma psicoterapia breve. Restando, assim, o caminho árduo, porém promissor da análise da transferência e contratransferência.

Encerro, assim, esta dissertação esperando poder ter contribuído ao apresentar uma reflexão crítica sobre os atendimentos breves sob o vértice da psicanálise. Penso que todos, que já tiveram algum contato com atendimentos institucionais, conhecem a importância de nos aprofundarmos na reflexão sobre as psicoterapias breves.



7. SUMMARY

What is generically known as short-term psychotherapy is in fact a set of different technical approaches. By taking into account only those approaches inspired by psychoanalysis, this dissertation aims to study the aspects of the analytical frame within a specific short-term psychotherapy setting. While pursuing this goal, the work begins by reviewing some of the psychoanalytical concepts in order to contextualize the emergence of short-term psychotherapies. Following this, there is an attempt to characterize the analytical situation and its presuppositions. Finally, the particular relations between the analytical situation and the short-term psychotherapy setting - defined by face-to-face interaction and limited duration - are brought into discussion. Certain aspects of short-term psychotherapy are then examined, namely: those which, bound by the principle of the therapist's more intensive activity, make it difficult for the analyst to maintain the position necessary for the setting of the analytical frame as well as for the development and analysis of the analytical transference.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. & FRENCH, T.M. - *Terapéutica psicanalítica, principio y aplicación*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1956. 284p.
- ALEXANDER, F. - Contribuições psicanalíticas à psicoterapia breve. In: WOLBERG, L.R. org. - *Psicoterapia breve*. São Paulo, Mestre Jou, 1979. p.87-124.
- BALINT, M., ORNSTEIN, P.H., and BALINT, E. - *Focal psychotherapy: an example of applied psychoanalysis*. London, Tavistock, 1972. 166p.
- BERENGER, E. et al. - La cause freudienne. *Revue de psychanalyse*, octobre (22):13-31. Paris, E.C.F,1992.
- BLEGER, J. - Psicanálise do enquadramento psicanalítico. In: _____.- *Simbiose e ambigüidade*. 3a ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988. p.311-328
- BION, W. R. - *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro, Imago, 1973. p. 29-60.
- CLAVREUL, J. - *A ordem médica, poder e impotência no discurso médico*. São Paulo, Brasiliense, 1983. 274p.
- DOR, JOËL. - *Intridução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. 203p.
- ECO, U. - *Como se faz uma tese*. São Paulo, Perspectiva, 1988. (Coleção Estudos, nº 85)
- EIZIRIK, C.L. & GAUER, R.H. - Psicoterapia breve dinâmica. In: CORDIOLI, A.V. org. - *Psicoterapias - abordagens atuais*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p.93-103.
- EIZIRIK, C.L. et al. - Observando a contratransferência em psicoterapia breve dinâmica: momento atual de pesquisa. *Revista de psiquiatria - Rio Grande do Sul*.11(3): 219-223. set/dez, 1989.
- ESCOBAR, S.F. - Uma contribuição ao uso da interpretação transferencial em psicoterapia breve. *Revista de psiquiatria - Rio Grande do Sul*. 7 (2): 118-132, 1985.

- ETCHEGOYEN, R.H. - *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987. p. 287-347.
- FÉDIDA, P. - *L'absence*. Paris, Gallimard, 1978. p. 239-258. (Collection Connaissance de L'inconscient, dirigée par PONTALIS, J.B.)
- FÉDIDA, P. - O acontecimento da noite e o ofício do sonho. In: BIRMAN, J. & NICÉAS, C.A. coord. - *Psicanálise e psicoterapia*. Rio de Janeiro, Campus, 1983. p. 135-157. (Teoria da prática psicanalítica; 2)
- FÉDIDA, P. - *A clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo, Escuta, 1988. 124p.
- FÉDIDA, P. - *Nome, figura e memória. A linguagem na situação analítica*. São Paulo, Escuta, 1991. 236p.
- FERENCZI, S. & RANK, O. (1924). - Perspectivas da Psicanálise. In: FERENCZI, S. - *Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro, Taurus-Timbre, 1988. p.215-230.
- FERENCZI, S. (1921). - Prolongamentos da "técnica ativa" em psicanálise. In: _____ - *Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro, Taurus-Timbre, 1988. p.182-197.
- FERENCZI, S. (1926a). - Contra-indicações da técnica ativa. In: _____ - *Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro, Taurus-Timbre, 1988. p.271-280.
- FERENCZI, S. (1926b). - Crítica à obra de Otto Rank: técnica da psicanálise. In: _____ - *Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro, Taurus-Timbre, 1988. p.292-300.
- FERENCZI, S. (1928). - Elasticidade da técnica psicanalítica. In: _____ - *Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro, Taurus-Timbre, 1988. p.301-312.
- FREUD, S. (1895). - Estudios sobre la histeria. In: _____ - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p. 39-168. (Tomo I)

- FREUD, S. (1905). - Análisis fragmentario de una histeria. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p. 933-1002. (Tomo I)
- FREUD, S. (1910). - Psicoanálisis (Cinco conferencias pronunciadas en la Clark University, Estados Unidos). In: _____. - *Obras Completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p. 1533-1563. (Tomo II)
- FREUD, S. (1912a). - Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.1654-1660. (Tomo II)
- FREUD, S. (1912b). - La dinámica de la transferencia. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.933-1002. (Tomo II)
- FREUD, S. (1913). - La iniciación del tratamiento. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.1661-1674. (Tomo, II)
- FREUD, S. (1914). - Recuerdo, repetición y elaboración. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.1683-1688. (Tomo, II)
- FREUD, S. (1917). - Lecciones introductorias al psicoanálisis: la transferencia, la terapia analítica. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.2391-2412. (Tomo II)
- FREUD, S. (1919). - Los caminos de la terapia psicoanalítica. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.2457-2462. (Tomo III)
- FREUD, S. (1919). - Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la universidad. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.2454-2456. (Tomo III)
- FREUD, S. (1920). - Mas allá del principio del placer. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.2507-2541. (Tomo III)
- FREUD, S. (1926). - Inhibición, sintoma y angustia. In: _____. - *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p.2833-2883. (Tomo, III)

- FREUD, S. (1937). - Construcciones en psicoanálisis. In:_____. *Obras Completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. p. 3365-3373. (Tomo III)
- GILLIÉRON, E. - *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986. 101p.
- GILLIÉRON, E. - *Introdução às psicoterapias breves*. São Paulo, Martins Fontes, 1993. 306p.
- GREEN, A. - L'analyste, la symbolization et l'absence dans le cadre analytique. In:_____- *La folie privée - Psychanalyse des cas-limites*. Gallimard, 1990. p. 63-102 (Collection Connaissance de l'Inconscient, dirigée par PONTALIS, J. B.).
- HOGLEND, P. - Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length. *American Journal of Psychotherapy*. 47 (4): 494-507, 1993.
- HOYT, M. F. & FARREL, D. - Countertransference difficulties in a time-limited psychotherapy. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*. 10: 191-204, 1984/85.
- JOYCE, A.S. & PIPER, W.E. - The immediate impact of transference interpretation in short-term individual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 47 (4): 508-526, 1993.
- KNOBEL, M. - El síndrome de la adolescencia normal. In: ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. - *La adolescencia normal*. Buenos Aires, Paidós, 1971. p.35-109.
- KNOBEL, M. - *Psicoterapia breve*. São Paulo, EPU, 1986. 110p. (Temas Básicos de Psicología, 14)
- LACAN, J. (1959-60) - *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

- LACAN, J. (1960-61) - *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.
- LACAN, J. (1969-70) - *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.
- LAGACHE, D. (1952) - *A transferência*. São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- LALANDE, A. - *Vocabulário técnico e crítico de filosofia*. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. - *Vocabulário de psicanálise*. 5ª ed. Santos, Martins Fontes, 1970.
- LAPLANCHE, J.(1988) - Interpretar (com) Freud. In:_____. - *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988. p.21-32.
- LAPLANCHE, J. (1992) - *O inconsciente e o id*. São Paulo, Martins Fontes, 1992. p.1-9. (Estante de psicanálise, Problemáticas IV).
- LAPLANCHE, J. (1993a) - *A tina: a transcendência da transferência*. São Paulo, Martins Fontes, 1993.(Estante de psicanálise, Problemáticas V).
- LAPLANCHE, J. (1993b) - *A angústia*. São Paulo, Martins Fontes, 1993. p.1-10. (Estante de psicanálise, Problemáticas I).
- MACALPINE, I - The development of the tranference. *Psychoanalytic Quarterly*. (19) : 501-539, 1950.
- MALAN, D. - *As fronteiras da psicoterapia breve: um exemplo de convergência entre pesquisa e prática médica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. 360p.
- MANN, J. - The management of countertransference in time-limited psychotherapy: the role of central issue. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*. (10) : 205-214, 1984/85.

- MEZAN, R. - Que significa "pesquisa" em psicanálise. In: SILVA, M.E.L. coord. - *Investigação e psicanálise*. Campinas, Papirus, 1993. p.49-89.
- MILLER, J.A. - Psychothérapie et psychanalyse. La cause freudienne. *Revue de psychanalyse*. octobre (22): 7-12. Paris, E.C.F, 1992.
- RANK, O. - *O traumatismo do nascimento*. Rio de Janeiro, Marisa, 1934. 266p.
- REZENDE, A.M. - *Bion e o futuro da psicanálise*. Campinas, Papirus, 1993a. p.151-224.
- REZENDE, A.M. - A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. In: SILVA, M.E.L. coord. - *Investigação e psicanálise*. Campinas, Papirus, 1993b. p.103-118.
- RIVIÈRE, P. - Presentación de la edición castellana. In: ALEXANDER, F. & FRENCH, T. - *Terapêutica psicoanalítica, principio e aplicación*. Buenos Aires, Paidós, 1956.
- SIFNEOS, P.E. - *Psicoterapia breve provocadora de ansiedade*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 175p.
- SIMON, R. - Psicanálise e psicoterapia breve. *Psicologia-USP*. 1 (1): 93-96, 1990
- SMALL, L. - *The briefer psychotherapies*. New York, Brunner/Mazel Inc., 1971. 153-158.
- URSANO, R.J. & HALES, R.E. - A review of brief individual psychoterapies. *The American Journal of Psychiatry*. 143 (12): 1507-1517, 1986.
- VASQUES NETO, J.A. & TIGRE, A.B.P.B. - Considerações acerca da importância do manuseio da transferência em terapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 31 (6): 395-402, 1982.
- WIDLÖCHER, D. - O paralelismo impossível. In: FÉDIDA, P. org. - *Comunicação e representação: novas semiologias em psicopatologia*. São Paulo, Escuta, 1989. p. 229-260.

YOSHIDA, E.M.P. - *Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos.*

São Paulo, EPU, 1990. p.1-64.

* As referências foram citadas conforme as normas da ABNT