



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE — FACS
CURSO: PSICOLOGIA

PSICOTERAPIA BREVE PSICANALÍTICA

DANILO FAIG BARCOS

BRASÍLIA-DF
NOVEMBRO/2005

DANILO FAIG BARCOS

PSICOTERAPIA BREVE PSICANALÍTICA

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

FACS – Faculdade de Ciências da Saúde.

Professor orientador: Marcos Chedid Abel.

Brasília-DF, Novembro de 2005.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, primeiramente; à minha família, à minha companheira, aos amigos e ao meu orientador prof. Marcos Abel. A estes que tanto me apoiaram, me encorajaram e dispuseram sua ajuda sou muito grato.

“A mente que se abre para novas idéias
não volta a seu tamanho normal jamais”.
Einstein

RESUMO

O presente trabalho promove um estudo a respeito da psicoterapia breve psicanalítica e verifica as posições de autores a respeito da pertinência dessa proposta. Para tal, constrói-se um panorama histórico a respeito da obra de Sigmund Freud exibindo a mudança ocorrida em seus tratamentos: de breves a longos; exploram-se as contribuições de Ferenczi voltadas ao abreviamento da psicanálise; averiguam-se os postulados de outros autores contemporâneos e posteriores a Freud no tocante à psicoterapia breve em psicanálise; analisa-se o cenário histórico das mudanças na sociedade que predispuseram a ascensão da psicoterapia breve; promove-se um levantamento do histórico das psicoterapias breves de base psicanalítica; fomenta-se um embate entre posições confluentes favoráveis e contrárias à psicoterapia breve psicanalítica; e, por fim, conclui-se a obra com um olhar crítico a respeito do desenvolvimento e da plausibilidade da psicoterapia breve psicanalítica.

SUMÁRIO

Introdução	7
Capítulo 1: A Mudança de Tratamentos Breves para Longos em Freud	8
Capítulo 2: A Psicanálise de Ferenczi	15
Capítulo 3: Outros Autores	21
Capítulo 4: As Mudanças dos Paradigmas e das Demandas	25
Capítulo 5: O Percorso da Psicoterapia Breve Psicanalítica	32
Capítulo 6: O Embate a Respeito da Plausibilidade da Psicoterapia Breve Psicanalítica	37
Conclusões	42
Referências Bibliográficas	44

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi apresentado como pré-requisito para graduação no curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília — UniCEUB no segundo semestre do ano de 2005. O tema é a Psicoterapia Breve Psicanalítica.

Objetiva-se, nesta monografia, promover um embate entre visões contrapostas, favoráveis e contrárias à Psicoterapia Breve Psicanalítica; e o olhar do próprio Freud sobre a proposta do abreviamento do tratamento psicanalítico. Expõe-se ainda um agrupamento das posições sinérgicas no âmbito desta terapêutica e como desenvolveram seu pensamento.

Na direção do propósito do presente estudo, explora-se a mudança de paradigma dentro da obra de Freud: de tratamentos de curta duração para um método mais prolongado; a obra de Ferenczi considerado o precursor da Psicoterapia Breve em Psicanálise; o percurso da Psicoterapia Breve Psicanalítica até os dias atuais; e avalia-se as visões conservadoras — ditas “ortodoxas” — ao lançarem seus olhares sobre o tema.

Por fim, analisa-se a plausibilidade e aplicabilidade da proposta. Estabelece-se, para tal, um panorama histórico da Psicanálise, da Psicoterapia Breve Psicanalítica e das sociedades atuais — e, por conseguinte, das demandas terapêuticas — dos tempos de Freud ao presente.

A relevância do trabalho grassa no fato do tema ser pouco explorado e discutido, havendo, portanto, uma abertura à construção do conhecimento. Ademais, o tema proposto é motivo de grande controvérsia, o que, de certo, propicia um posicionamento crítico bem estruturado e fundamentado.

Metodologicamente, faz-se uma pesquisa bibliográfica com consulta a autores renomados na área de Psicanálise e das terapias breves. A partir da contextualização histórica do tema, bem como de uma averiguação da aceitação da proposta, conclui-se o trabalho com um posicionamento ante o embate estudado: se a Psicoterapia Breve em Psicanálise é ou não válida nos âmbitos teórico, prático, epistemológico e pragmático.

CAPÍTULO 1

A MUDANÇA DE TRATAMENTOS BREVES PARA LONGOS EM FREUD

“Às vezes algo dentro de mim me empurra a uma síntese, mas eu resisto”.

Freud

As ciências, em especial as que tratam acerca do Homem, sofrem um curso variável em sua evolução. Como não poderia ser diferente, a teoria psicanalítica de Freud sofreu uma drástica mutação em seu decurso histórico. O abandono da hipnose é um sinal do começo dessa transformação. Aliás, vale a ressalva de que os estudos sobre hipnose de Breuer e Freud ainda não consistiam em Psicanálise. Esta começou somente após a noção — e uso — da técnica de *Associação Livre*. A mudança da chamada *Teoria da Sedução* para a *Teoria Sexual* representou uma grande reviravolta na teoria freudiana.

Em termos práticos, o que se pode observar é que Freud começou praticando tratamentos mais abreviados, a exemplo, os casos relatados no texto *Estudos sobre Histeria* (1895, edição eletrônica).

Os primeiros casos de Freud foram “breves”. A obra *Estudos sobre a Histeria* (1895) descreve terapias de curta duração, que oscilam entre uma única sessão e alguns meses. Em 1900, o atendimento do caso Dora durou 11 semanas; o do pequeno Hans, dois meses; em 1906, o atendimento do maestro Bruno Walter e a “cura” de uma paralisia em seu braço direito deram-se em seis sessões; em 1908, uma única conversa de quatro horas à beira de um penhasco “curou” a impotência sexual de Gustav Mahler (Dantas, 2005, grifo do autor).

Outro tratamento célebre, o do Homem dos Ratos, que conseguiu bons resultados, e cujo histórico clínico foi publicado em 1909, durou tão-somente 11 meses (Braier, 1997, p. 9).

Braier (1997, p. 9) contribui também enunciando que “os primeiros tratamentos efetuados pelo próprio Freud na etapa pré-analítica e no começo da analítica eram, de certo modo, terapias breves, pois duravam só alguns meses”. O mesmo autor completa que Freud “se achava empenhado, inicialmente, em buscar curas rápidas, a princípio dirigidas para a solução de determinados conflitos e sintomas”.

Há ainda que se citar, dentre os casos relatados nos *Estudos sobre a Histeria* (1895, edição eletrônica), o caso Katharina. No referido caso, nota-se uma investigação de Freud bastante característica das entrevistas de anamnese em medicina. Freud, *a posteriori*, veio a desvencilhar-se do paradigma médico para passar a uma postura mais passiva na qual o paciente deveria trazer os conteúdos (ou significantes).

É fundamental ressaltar que Freud encontra-se com Katharina em uma viagem, logo, fora de quaisquer condições de processo de análise ou pesquisa. Ademais, Freud ainda não praticava naquele tempo o que se passou a chamar mais tarde de Psicanálise.

Freud — ainda no exemplo do caso Katharina — adotava uma postura mais interrogativa, investigativa visando, como o fazem os médicos, meramente sanar os sofrimentos que acometem o sujeito.

Note-se a diferença de metodologia na condução das sessões: antes, Freud buscava nas entrevistas sintomas que ele já supunha expressar uma histeria; posteriormente, ele mantém-se mais passivo permitindo — e até incitando — o paciente trazer os conteúdos sem que o analista investigue-os ativamente.

A bem da verdade, a teoria de Freud, no estágio inicial da época do caso Katharina, ainda “engatinhava” e tinha um caráter mais experimental do que uma faceta inclinada à psicoterapia.

O fragmento a seguir — do texto *Estudos sobre Histeria* (1895) — evidencia a metodologia freudiana no despontar da Psicanálise:

Cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhava, e quando o paciente havia descrito esse acontecimento com o maior número de detalhes possível e traduzido o afeto em palavras (Freud, 1895, edição eletrônica).

Freud, em seu texto *Sobre o Início do Tratamento* (1913, edição eletrônica), versa a respeito do disposto no parágrafo anterior no tocante ao modo como ele conduzia suas entrevistas já dentro da Psicanálise: “se deixa o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo”.

Roudinesco (2000, p. 26) traz uma sintética, porém deveras interessante descrição do método psicanalítico: “um tratamento baseado na fala, um tratamento em que o fato de se verbalizar o sofrimento, de encontrar palavras para expressá-lo, permite, se não curá-lo, ao menos tomar consciência de sua origem e, portanto, assumi-lo”.

Segundo Brenner (1987, p. 249), “a psicanálise permite-nos compreender mais sobre as pessoas que nos rodeiam do que o podíamos. Dá-nos uma nova dimensão em nossa visão do mundo de seres humanos como nós”.

Para além da compreensão que a psicanálise traz das pessoas ao redor — como expõe Brenner —, traz-nos a compreensão de nós mesmos (“Conhece-te a ti mesmo”). Deste modo, a psicanálise perfez um caminho metalingüístico de fazer o pensamento expressar-se a respeito do pensamento. Porém, o pensamento, em psicanálise, “fala” daquilo que, aparentemente, desconhece (ao menos, considera desconhecer): o inconsciente.

A preocupação de Freud grassava na emergência da lembrança do evento traumático causador da neurose. Tão logo interpretasse a gênese do acometimento histérico, os sintomas cessariam. Posteriormente, sua teoria passaria a contar também com o conceito de *fantasia*, fato que viria a causar grande mudança nesta, pois, em vez de um real evento traumático — um caso de abuso ou, meramente, de sedução — causar a histeria, Freud passou a considerar a fantasia inconsciente como desencadeadora da neurose histérica.

Com a evolução de sua teoria, ele supôs a existência da fantasia (tendo em vista ser um conceito especulativo no qual nem todas as correntes de pensamento em Psicologia ancoram-se). O fragmento a seguir extraído do texto *Além do Princípio do Prazer* (1920, edição eletrônica) de Freud reitera o caráter especulativo das conclusões do autor: “Chegamos a essas **suposições especulativas** numa tentativa de descrever e explicar os fatos da observação diária em nosso campo de estudo” (grifo nosso).

Ademais, as conclusões às quais chegou Freud o conduziram à introdução de um outro conceito além da fantasia: a *compulsão à repetição*. Freud, em poucas palavras, refere-se da seguinte maneira a tal conceito no texto *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914, edição eletrônica): “o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (acts it out). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo”.

Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar (Freud, 1914, edição eletrônica).

Aparenta ser este o grande momento da mudança a respeito da qual se ocupa o presente capítulo. Pois o conceito do qual se ocupa é o que poderia chamar-se de divisor de águas no tocante aos tratamentos serem longos ou curtos em Psicanálise. O conceito da compulsão à repetição mostra-se chave para a discussão da plausibilidade ou não de uma Psicoterapia Breve Psicanalítica.

Braier (1997, p. 9) preconiza que “gradualmente e com os progressos da psicanálise, o tratamento foi-se tornando mais prolongado”. Como uma justificativa para tal mudança, expõe que “incidem fatores como a resistência, a sobredeterminação dos sintomas, a necessidade de elaboração, os fenômenos transferenciais, etc”.

Abreviar o tratamento analítico é um desejo justificável, e sua realização, como aprenderemos, está sendo tentada dentro de várias orientações. Infelizmente, opõe-se-lhe um fator muito importante, a saber, a lentidão com que se realizam as mudanças profundas na mente — em última instância, fora de dúvida, a ‘atemporalidade’ de nossos processos inconscientes (Freud, 1913, edição eletrônica).

No fragmento acima, Freud expressa sua opinião de que as “mudanças profundas na mente” ocorrem somente em tratamentos longos. Não obstante, não versa ainda a respeito de uma possível não pertinência de tratamentos breves.

Quando os pacientes se defrontam com a dificuldade do grande dispêndio de tempo exigido pela análise, não raro conseguem propor uma saída para ela. Dividem os seus achaques e descrevem alguns como insuportáveis e outros como secundários, e então dizem: ‘Se apenas o senhor me aliviasse deste (uma dor de cabeça ou um medo específico, por exemplo), eu poderia lidar com o outro sozinho, em minha vida normal.’ Fazendo isto, contudo, sobrestimam o poder seletivo da análise. O analista é certamente capaz de fazer muito, mas não pode determinar de antemão exatamente quais os resultados que produzirá (Freud, 1913, edição eletrônica).

Freud — também em seu texto *Sobre o Início do Tratamento* (1913, edição eletrônica) —, já com seu pensamento fechado no tocante à duração indefinida e, talvez, por conseguinte, longa de seus tratamentos, preconiza que “a pergunta relativa à duração provável de um tratamento é quase irrespondível”, tendo em vista que depende do andar que o processo toma. Freud chega a fazer uso da metáfora do Caminhante e do Filósofo extraída da fábula de Esopo e que se transcreve cá a nobre bem do entendimento:

Quando o caminhante perguntou quanto tempo teria de jornada, o Filósofo simplesmente respondeu ‘Caminha’! e justificou sua resposta aparentemente inútil, com o pretexto de que precisava saber a amplitude do passo do Caminhante antes de lhe poder dizer quanto tempo a viagem duraria.

Partidário dos longos tratamentos — e, como tal, considera-lo-se-á doravante —, Freud parece reconhecer uma lacuna no que se refere ao abreviamento do tratamento expressa da seguinte maneira — ainda no texto *Sobre o Início do Tratamento* (1913, edição eletrônica):

Um amigo e colega meu, para cujo maior crédito conto o fato de que, após várias décadas de trabalho científico segundo outros princípios, converteu-se aos méritos da psicanálise, escreveu-me certa vez: ‘Precisamos é de um tratamento curto, conveniente e externo para a neurose obsessiva.’ Não lhe pude fornecer e senti-me envergonhado; então tentei desculpar-me com o comentário de que também os especialistas em doenças internas ficariam contentes com um tratamento para tuberculose ou carcinoma que combinasse essas vantagens.

Em outras palavras, Freud comenta que não há outra alternativa para o analisando senão a de submeter-se a um tratamento longo e completa:

Para falar claramente, a psicanálise é sempre questão de longos períodos de tempo, de meio ano ou de anos inteiros — de períodos maiores do que o paciente espera. É nosso dever, portanto, dizer-lhe isso antes que ele se decida finalmente sobre o tratamento (Freud, 1913, edição eletrônica).

Vale a ressalva de que Freud considerava períodos “de meio ano ou de anos inteiros”, pois atendia — como citado no mesmo texto *Sobre o Início do Tratamento* (1913, edição eletrônica) — seis vezes por semana cada paciente. O que se observa na atualidade é um prolongamento do tratamento como consequência da diminuição do número de sessões para, em geral, uma ou duas semanais — a respeito da temática, discorrer-se-á mais adiante no capítulo 4.

Sem dúvida, é desejável abreviar a duração do tratamento analítico, mas só podemos conseguir nosso intuito terapêutico aumentando o poder da análise em vir em assistência do ego. A influência hipnótica pareceu ser um instrumento excelente para nossos fins, mas as razões por que tivemos de abandoná-la são bem conhecidas. Ainda não foi encontrado substituto algum para a hipnose. Desse ponto de vista, podemos compreender como um mestre da análise como Ferenczi veio a dedicar os últimos anos de sua vida a experimentos terapêuticos, os quais, infelizmente, se mostraram vãos (Freud, 1937¹, edição eletrônica).

Freud inicia o texto *Análise Terminável e Interminável* (1937, edição eletrônica) criticando posturas de outros teóricos que tentam fazer da psicanálise um tratamento mais abreviado. Diz darem-se as modificações significativas na mente somente a longo prazo. Chega a citar a tentativa de Otto Rank nesse sentido. Enfático, critica ferrenhamente o pensamento do colega e, em aparente tom de chacota, equipara o trabalho de Rank ao do Corpo de Bombeiros se chamado para socorrer a uma casa que se incendiara por causa de

¹ Do texto *Análise Terminável e Interminável*.

uma lâmpada a óleo emborcada. Freud supõe que Rank esteja imerso no frenético ritmo de prosperidade americana.

Freud conta, em seguida, sua experiência com seu ímpeto de abreviar o tratamento analítico no caso do Homem dos Lobos. Quando vira que o tratamento encontrava-se obliterado ou, ao menos, obstado, tomara a — talvez ilógica — decisão de agendar o fim do tratamento. Houve uma trégua das resistências do paciente e a análise fluiu com desfecho aparentemente satisfatório. Porém, o paciente retornou com a transferência inconclusa.

O autor comenta ainda sua conclusão no tocante à pertinência do agendamento do fim da análise: a eficácia depende do momento ser acertado para tal. A pressão da ameaça faz conteúdos revolverem-se e emergirem, porém, parte destes permanece retida e inexplorada, pois o analista não deve procrastinar a data delimitada, sob pena da perda de sua credibilidade.

Ademais, Freud coloca que o término da análise pode ser anunciado na medida da cessação dos sintomas e elucidação de uma quantidade de material ininteligível suficiente para que a patologia não retorne, caso contrário, fala-se em análise incompleta ou inacabada. A depender da etiologia do problema, Freud considera a análise passível ou não de desfecho e, do mesmo modo, passível ou não de cura. Freud, então, termina a segunda parte do texto enunciando a impossibilidade do abreviamento do tratamento psicanalítico.

Freud enuncia os três fatores que definem o sucesso da análise: a influência dos traumas, a força constitucional das pulsões e as alterações do eu. O autor comenta que a psicanálise não poderia ser breve por conta do amansamento das pulsões não ter caráter permanente, mas sim, efêmero. Freud completa que a “façanha real da terapia analítica seria a subsequente correção do processo original de recalque, correção que põe fim à dominância do fator quantitativo”.

Freud desenvolve o texto de modo a expor que o resultado da análise é algo brumoso, nebuloso. O domínio das pulsões não segue regra geral, portanto, pode ocorrer de modo mais efetivo em uns analisandos do que em outros. Ademais, não se pode influenciar pela análise um conflito pulsional não atuante de modo a instigar conteúdos inativos a revolverem-se.

O analista pode trabalhar com aquilo que o toca, para isto que sua escuta está aberta. O analista deve ter um grau considerável de normalidade e correção mental, além de, como coloca Freud, certa superioridade. Para tal, todo analista deve, também, ser analisado.

É evidente o anseio de Freud em preservar seus preceitos, porém, este movimento pode vir em detrimento à funcionalidade do processo psicanalítico, tendo em vista que a solução total dos conflitos é inatingível e que resultados práticos talvez possam ser alcançados

em curto período. Portanto, um abreviamento do tratamento talvez fosse justificável sob a ótica das limitações financeiras e/ou de tempo para a continuação da análise.

Freud, não obstante, apregou a análise como infundável, admitindo, porém uma abertura (ou uma mácula) em sua teoria da técnica para o benefício das massas. Ainda assim, em corroboração a Ferenczi, dava preferência à análise contínua à descontínua.

Em suma, Freud reconhece e aceita o anseio dos pacientes em abreviar o tratamento, bem como o faz com a mesma vontade de um colega e amigo — como citado em fragmento anterior —, contudo não vislumbra alternativa qualquer senão a dos longos tratamentos em Psicanálise. Freud mostra-se plenamente partidário dos longos tratamentos, mesmo porque tratamentos curtos — segundo ele — não promoveriam significativas mudanças no psiquismo. Ademais, os curtos tratamentos talvez se contrapusessem à regra fundamental para os pacientes de Psicanálise: a associação livre, pois o analista teria de “puxar” conteúdos, em vez de esperar que emirjam.

Outro fator de discordância de Freud para com a abreviação do tratamento seria a obliteração da possibilidade da ocorrência da compulsão à repetição, tendo em vista que o tratamento não poderia aguardar as atuações (acting out) dos pacientes, mas sim, antecipar-se-ia a estas.

Como os conceitos circunscritos no método psicanalítico encontram-se, de certo modo, entrelaçados, o contraponto de um pode representar o de vários. Se o analista tiver de portar-se mais ativamente, rompendo, em parte com a associação livre e com as atuações, distanciar-se-ia também da neutralidade e, até quem sabe, da transferência.

Ainda com tantas discordâncias, autores contemporâneos de Freud e pós-freudianos insistiram no propósito de antecipar o fim do tratamento psicanalítico. A consistência, pertinência, plausibilidade e fidedignidade da proposta com a teoria psicanalítica serão discutidas mais à frente.

CAPÍTULO 2

A PSICANÁLISE DE FERENCZI

“Nada há de horrível e anormal entre os seres humanos
que não tenha sido abrigado no seio de uma mãe cheia
de amor”.
Jung

Ferenczi preconiza em seu texto *Análise Descontínua* que, bem como assinalado por Freud, os pacientes que obtêm alívio de seus sintomas mais marcantes tendem — inclusive por motivos financeiros — a abandonar o processo terapêutico, tendo em vista ser o tratamento psicanalítico um tanto sofrido. Os sintomas mórbidos ainda não resolvidos tornam-se, segundo o que percebem tais indivíduos, menos penosos (1993a, p. 157).

No mesmo texto, o autor cita que a transferência, nestes casos é mantida sob a forma de pequenos presentes dados ao analista ao passo que, em casos de interrupção do tratamento em plena resistência, o paciente nutre um silêncio hostil e, em casos de verdadeira cura, a transferência está resolvida, logo não ocorrem (ou raramente ocorrem) manifestações semelhantes (1993a, p. 157).

Freud acrescenta a respeito dos pacientes que almejam abandonar o processo analítico após alcançarem o alívio de seus sintomas mais representativos no fragmento citado no capítulo 1: “Quando os pacientes se defrontam com a dificuldade do grande dispêndio de tempo exigido pela análise, não raro conseguem propor uma saída para ela. Dividem os seus achaques e descrevem alguns como insuportáveis e outros como secundários” (1913, edição eletrônica).

Como se pode notar, há um movimento por parte dos pacientes em absterem-se de persistirem na análise até o fim, dado o grande dispêndio exigido pela psicanálise. Embora Ferenczi apregoe em certa medida atendimentos breves, ele reconhecia que “a análise contínua é sempre preferível à análise descontínua” (1993a, p. 158).

A despeito da discordância entre os autores — Freud e Ferenczi —, a relação de intensa amizade entre os dois era capaz de sustentar a relação — seja de amizade, seja epistemológica — entre eles e evitar conflitos pessoais. Segundo o que conta Falzeder (1995, p. 11), havia certas proposições técnicas de Ferenczi com as quais Freud não concordava, não obstante, incentivava-o a continuar a discutir. A amizade entre os dois obliterava quaisquer

movimentos no sentido de demérito ao pensamento de um ou de outro. Ademais, Ferenczi fez importantes contribuições à psicanálise, como o conceito de introjeção que subsidiou a descoberta do mecanismo de identificação por Freud.

Talvez, a inclinação de Ferenczi para a abreviação do tratamento tenha se dado por conta de suas experiências anteriores. Toda ciência advém da — e, por conseguinte remete à — vida do pesquisador. Deste modo, Ferenczi e Freud, pessoas diferentes, desenvolveram olhares divergentes sobre a psicanálise, cada um a partir do referencial que tinha e do que já tinha vivido.

Ferenczi, como bom médico de família da pequena e cosmopolita Budapeste, sempre foi muito envolvido pela responsabilidade da cura. Freud, na capital do Império, teve a oportunidade de ser ainda muito mais cosmopolita e isto incidiu em suas teorias (Mautner, 1996, p. 30).

Mautner (1996, p.30) ressalva que a Budapeste daquele tempo era uma cidade pequena de modo que “o compromisso com a cura era parte da vida do médico, mesmo que fosse um psicanalista, e não um clínico-geral”. Tal situação dá-se porque, em cidades pequenas, conhece-se quase todos os habitantes, logo, ao tratar-se alguém, sabe-se que possivelmente esse paciente tem laços com outro paciente atendido pelo mesmo médico.

Ademais, recebiam influência de suas cidades. “Freud se caracterizava pela exigência do pensamento científico e por isso a visão do sofrimento era uma coisa natural, ou seja, admitia-se que o mal-estar existe” (Mautner, 1996, pp. 30-31). No tocante a Ferenczi, ele “era o otimista, o esperançoso, não achava o sofrimento natural e queria curar o mal-estar. Ferenczi queria curar, Freud privilegiava a pesquisa. Isto indica uma diferença ideológica que viria influir no que eles realizaram e como realizaram” (Mautner, 1996, p. 31).

Ele [Ferenczi] realmente queria minorar o sofrimento psíquico, a dor psíquica dos outros. Isso não era uma posição, acho que era parte da vida dele. Antes de conhecer Freud, tentou o espiritismo, depois tentou a hipnose, e até a chamada “terapia ativa” (Mautner, 1996, p. 34).

Ainda segundo Mautner (1996, p. 34), Ferenczi tentou também promover a análise mútua e o relaxamento — este último influenciado por Groddeck. O que se percebe, então, é que Ferenczi, em busca da cura, transitava por técnicas diversas, enquanto Freud manteve-se mais atido a seu pensamento e à pertinência de sua teoria, muito embora esta tenha sofrido drásticas mudanças em seu curso histórico. Dantas (2005) corrobora o que se disse anteriormente: “Tendo como preocupação fundamental a situação do paciente em seu

sofrimento, em sua urgência de ‘curar-se’, e pouco satisfeito com as práticas lentas e intelectuais da psicanálise oficial, Ferenczi não hesitava em buscar novas formas de atender”.

No que concerne às técnicas inovadoras trazidas por Ferenczi, estas geraram — e, por sinal, ainda geram — certa polêmica nos meandros psicanalíticos. A *técnica ativa* foi um dos conceitos lançados por Ferenczi que se enquadrou nessa situação. Vale a ressalva de que a técnica não era usada com todos os pacientes, mas sim somente em casos especiais e com pacientes já com um longo período de análise. A técnica ativa ocorreu a Ferenczi a partir da necessidade de fazer o paciente retomar as associações livres quando de sua obliteração. Ferenczi alega ter meramente nominado algo que já existia na psicanálise desde sua pré-história, pois, sempre houve uma exigência de passividade no sentido do paciente receber uma interpretação do analista.

O termo "atividade", segundo Ferenczi, aplica-se mais ao paciente do que ao analista, pois este último, no processo analítico clássico, já desempenha um papel ativo. A interpretação já seria, para ele, uma interferência ativa no psiquismo do paciente, pois privilegia uma associação em detrimento de outras e interrompe o livre curso das associações (Pinheiro, 1995, p. 104).

Mezan (1996, p. 109) descreve de modo deveras pontual a técnica *ferencziana* em questão: "é preciso fazer com que essa libido estagnada num certo objeto auto-erótico, seja arrancada de lá e utilizada no processo analítico". Ocorre, então, uma necessidade de revolver a libido represada narcisicamente e convertê-la em fala do paciente, ou seja, lançá-lo de volta em associações. Em substituição ao próprio indivíduo, o analista voltaria a ser o alvo da libido do analisando.

Primeiro, ele tem que supor que existe uma certa produção de libido endógena. Segundo, que essa libido deveria investir ou objetos externos ou o próprio corpo ou a psique do sujeito. Ou é libido narcísica ou libido do objeto. Devido às resistências dessa pessoa, boa parte da sua libido se encontra em regime narcísico, auto-erótico. Portanto, não sobra nada para associar, para investir e para transformar o analista num objeto transferencial. Portanto, o que é preciso fazer? Transformar a libido narcísica em libido objetal (Mezan, 1996, p. 109).

No tocante à *análise mútua*, Pinheiro (1995, p. 114) define sinteticamente essa técnica da seguinte maneira: “uma análise onde a percepção que o paciente tem dos sentimentos subjetivos do analista seria por este levada em consideração”. A técnica em questão também deveria ser usada somente em casos especiais e por curtos períodos de tempo.

O analista poderia concordar francamente com o paciente, mas também, eventualmente, dar-lhe explicações do seu próprio vivido para melhor explicar

sua dinâmica psíquica. Resumindo, tratar-se-ia de uma análise em que o paciente poderia interpretar o analista no sentido de que suas observações seriam ouvidas no registro de uma verdadeira interpretação, e não como fantasias ligadas à transferência, como acontece na análise clássica (Pinheiro, 1995, p. 114).

Já Mautner (1996, p. 38) apresenta uma visão bastante crítica no tocante à técnica de Ferenczi em questão — a análise mútua. Além de atribuir o adjetivo “suicida” à técnica, relata crer que Ferenczi não pensara no que fazia. Ademais, explicita que, segundo o que percebe, o uso da técnica constituiria um ato de obsequiosidade por parte do analisando.

Birman (1996, p. 82) apresenta uma contribuição fundamentalmente importante que a técnica traz à psicanálise que é a destituição do analista do lugar transferencial no final da análise. Analisando e analista devem ficar no mesmo patamar, com o analisando vendo o analista como um igual, abonando-o da posição de figura parental sedutora.

Pelo visto, a técnica de análise mútua ferencziana, se não tem um valor unanimemente reconhecido por autores em psicanálise, ao menos, encontra uma função importante no fechamento da análise. O importante é que Ferenczi permitiu-se pensar a psicanálise, em vez de permanecer como mero seguidor de Freud, como o disseram alguns autores.

Em um demasiado crítico olhar sobre a postura e os sentimentos do analista, Ferenczi começa a pensar a *elasticidade da técnica*, que chega a nominar, inclusive, um texto seu — *Elasticidade da Técnica Psicanalítica* (1928). Pinheiro (1995, p.110) conceitua a elasticidade da técnica como uma “assimilação interior dos fundamentos teóricos da prática clínica, que só pode existir por intermédio da análise pessoal dos analistas”.

Se uma pessoa vai praticar a psicoterapia, é aconselhável aprender o máximo sobre seus próprios conflitos psíquicos. Sem um conhecimento completo de si mesmo, sem uma resolução satisfatória de seus principais conflitos mentais, está-se sujeito a reagir aos conflitos de seus paciente, a seus desejos e medo inconscientes, de formas difíceis ou impossível de controlar, e que podem, às vezes, ser prejudiciais aos pacientes (Brenner, 1987, p. 251).

O conceito de tato é uma questão central nesse texto de 1928. O tato, que Ferenczi definiu como a capacidade do analista de “sentir com”, pode ser também compreendido como a capacidade de se representar o vivido do paciente. O tato é uma distância justa, nem a mais nem a menos, um poder “sentir com” sem “ser como”. O conceito de tato torna-se fundamental para a compreensão de sua proposta técnica, assim como a revisão dos conceitos que participavam da pré-história e da história da teoria da clínica freudiana. Uma abordagem singular será dada à idéia de hipnose paterna e hipnose materna, que geram a concepção ferencziana de transferência paterna e transferência materna

(Pinheiro, 1995, p. 110-111).

Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de *tato* psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc (Ferenczi, 1993b, p. 27).

Ainda no que se refere ao texto de Ferenczi em questão — *Elasticidade da Técnica Psicanalítica* (1928) — vê-se um conjunto de opiniões e conseqüentes ponderações do autor com relação a ditames e conceitos psicanalíticos então vigentes. Ferenczi considerava como a *via régia* para o inconsciente, em vez do sonho, como considerava Freud, a transferência negativa. “A ausência desta última, na técnica ativa, provoca Ferenczi a formular o conceito de identificação com o agressor e a repensar o poder da transferência e a questão ética a ela atrelada” (Pinheiro, 1995, p. 110).

No tocante à *neocatarse*, tem-se uma ênfase de Ferenczi na diferença de línguas, o que torna necessária uma sintonia “para poder decifrar a criança que irrompe durante as sessões, para se ouvir este corpo que fala por intermédio de sensações físicas — um corpo que, em última instância, aprisiona tudo o que foi expulso da inscrição psíquica do trauma” (Pinheiro, 1995, p. 111).

A técnica esforça-se por ler o discurso do corpo, tornado sensação corporal, que remete à cena do trauma — o material mnêmico traumático. “Graças a seu novo método catártico, Ferenczi transformara a tendência à repetição em rememoração” (This, 1995 p. 88). “A semelhança entre a situação analítica e a situação infantil, portanto, incita mais à repetição, enquanto o contraste entre as duas favorece a *rememoração*” (Ferenczi, 1930 *apud* This, 1995, p. 88).

É desconfortável porque o analista é obrigado, por assim dizer, a colocar sua própria fantasia à disposição do paciente que tem uma lacuna em sua história. É através dos recursos fantasmáticos do analista que o paciente pode começar a criar uma versão de sua história pessoal e inserir-se na cadeia ilusória a que todo ser humano tem direito (Pinheiro, 1995, p. 111-112).

A técnica ferencziana de *relaxamento* buscava facilitar as lembranças. Aparentemente, a técnica aproxima-se da já na época abandonada — pela psicanálise — hipnose. Talvez o que se tenha por resultado seja o simples abono das resistências outrora criticado por Freud.

Levei os pacientes a um “*relaxamento*” mais profundo, a

um abandono total às impressões, tendências e emoções internas que surgissem de maneira totalmente espontânea. Então, quanto mais a associação se tornava realmente livre, mais as palavras e outras manifestações do paciente tornavam-se ingênuas — infantis, diríamos; com mais e mais freqüência, vinham misturar-se aos pensamentos e representações imajados alguns ligeiros movimentos de expressão, às vezes até “sintomas passageiros” (Ferenczi, 1931 *apud* This, 1995, p. 89).

Pinheiro (1995, p. 112) cita que “a técnica ativa, a elasticidade da técnica, o princípio de relaxamento e neocatarse forneceram a Ferenczi os subsídios necessários para a construção da teoria do trauma”.

Fica evidente que as idéias e inovações técnicas de Ferenczi, expressas em textos deveras didáticos e objetivos, trouxeram vastíssima contribuição á psicanálise, mesmo que postas em desuso, pois a partir delas gerou-se conhecimento e discussão. Dentre os inúmeros teóricos em psicanálise que fazem com que esse ramo do conhecimento psicológico tenha tantas subvertentes, talvez tenha sido Ferenczi um dos que mais contribuiu para os sustentáculos da psicanálise: as idéias de Freud.

Ademais, é de notável obviedade que Ferenczi manteve-se, visto todo o seu percurso epistemológico, centrado na idéia de cura. Naturalmente, seu interesse pela abreviação do tratamento — ou, ao menos, pelo esvaecer do que o obsta — era eminente.

CAPÍTULO 3

OUTROS AUTORES

Outros autores fizeram menção aos tratamentos mais abreviados em psicanálise. Contemporâneos de Freud ou não, esses autores levantaram a possibilidade e justificativas que pudessem subsidiar um pensamento, aparentemente, plausível em psicoterapia breve psicanalítica.

Reich (1984, pp. 81-82), lançando um olhar sobre o decurso histórico da psicanálise, observa que no início de sua prática clínica, considerava-se longo um tratamento de seis meses. “Em 1923, um ano já era uma realidade. Alastrava-se a idéia de que seria ainda melhor levar dois ou três anos no tratamento”. Ademais, “Abraham afirmava que eram precisos anos para se entender uma depressão crônica, e que a ‘técnica passiva’ era a única técnica verdadeira”.

Ferenczi e Otto Rank questionaram a rigidez da técnica psicanalítica e da atitude do analista, além do prolongamento excessivo dos tratamentos, sendo considerados por isso como precursores das PBs². Assinalaram a discrepância entre o grande desenvolvimento da teoria psicanalítica e a parca literatura sobre a técnica (Dantas, 1995).

Ainda segundo Dantas (1995), os dois autores reconheceram uma grande lacuna no tocante às soluções práticas e técnicas para as dificuldades do trabalho em clínica. Para além da revisitação das lembranças “e as reconstruções que caracterizaram a técnica psicanalítica corrente, Ferenczi e Rank enfatizaram a experiência emocional do paciente na relação transferencial”.

Não se pode discutir que o argumento de Rank era audaz e engenhoso, mas não suportou o teste do exame crítico. Ademais, foi um produto de seu tempo, concebido sob a tensão do contraste entre a miséria do pós-guerra na Europa e a ‘prosperity’ dos Estados Unidos, e projetado para adaptar o ritmo da terapia analítica à pressa da vida americana (Freud, 1937, edição eletrônica).

Freud em seu texto *Análise Terminável e Interminável* (1937) — de onde, inclusive, extraiu-se o fragmento anterior — mostra uma visão bem crítica dos trabalhos de Rank, chegando a fazer uma metáfora com o trabalho dos bombeiros, em um aparente sinal de revolta por sentir que sua obra fora alvo da menos valia de Rank. Freud na mesma obra —

² Psicoterapias Breves.

logo na seqüência — completa: “A teoria e a prática do experimento de Rank são hoje coisas do passado — não menos do que a própria ‘prosperidade’ americana”.

Sabe-se que nos primeiros anos da psicanálise, alguns dos tratamentos descritos por Freud, Ferenczi e Stekel hoje seriam chamados de breves. Stekel até fez funcionar um "Instituto para Análise Ativa", em Viena, onde praticou o que seria hoje psicoterapia breve (Aguiar, 1998, p. 154).

Balint e Alexander foram autores que tomaram por base as obras de Ferenczi e Rank para desenvolverem suas idéias que apontam para a psicoterapia breve. Tendo por referência os discípulos de Freud mencionados, Balint e Alexander lançaram suas propostas e, como era de se esperar, foram muito criticados.

Segundo Dantas (2005), Balint utiliza-se do caso Katharina de Freud para ilustrar e legitimar um atendimento breve e focal. Estabelecer-se-ia uma relação entre o conflito atual e experiências passadas (infantis) e interpretar-se-ia as relações de modo a obliterar o sintoma ou padecimento. Balint intentava promover uma investigação profunda e intensa, porém brevemente. A partir de seus estudos, então, formulou o que passou-se a chamar de terapia focal e enunciou que a postura do terapeuta deveria pautada nas intervenções interpretativas — em verdade, restringir-se a estas.

Balint e Malan dão continuidade aos estudos de Ferenczi sobre reformulações técnicas e questionam a aplicação de um mesmo tratamento padrão, sejam quais forem os diagnósticos e as necessidades clínicas do paciente. Repudiam, também, a atitude freqüente de atribuir ao paciente — por sua “falta de cooperação” — a culpa pelo insucesso ou pela falha terapêutica, e alertam para as regressões prejudiciais que a técnica padrão induzia (Dantas, 2005).

Se Balint cria em uma psicoterapia breve psicanalítica baseada em um período pré-psicanalítico de Freud, há, então, uma lacuna nesse pensamento. Vê-se, então, uma preocupação próxima à de Ferenczi — a respeito do qual discorreu-se alhures no capítulo anterior —, a preocupação com a saúde do analisando e uma certa emergência em apaziguar ou sanar seu sofrimento. Porém, talvez seja um erro tratar por psicanalítico uma terapêutica que foge à metodologia da escola. Não obstante, sob a ótica da cura, o esforço é plenamente válido.

Malan, como conta Dantas (2005) pesquisou as vertentes dentro das psicoterapias breves. O que encontrou foi uma vertente conservadora e uma radical. A conservadora indica a psicoterapia breve para patologias mais leves e de início recente, utilizando técnicas superficiais e evitando a interpretação transferencial. A radical crê na possibilidade de

mudanças psíquicas profundas em indivíduos com acometimentos mais severos e/ou crônicos por interpretação ativa.

Alexander e French, segundo o que expressa Dantas (2005), escreveram a obra *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application* (1946) que tornou-se um marco histórico dentro das psicoterapias breves e de péssima repercussão dentro dos meios da psicanálise. Os autores consideravam o uso de seu método tanto para terapias de apoio, quanto as mais profundas.

Como enuncia Dantas (2005), outro autor de grande relevância dentro das psicoterapias breves é Erik Erikson que tem uma grande projeção no campo das intervenções em saúde mental comunitária. Juntamente com Lindemann, estudioso das reações patológicas e de luto em sobreviventes e parentes de vítimas de um incêndio, Erikson — ou sua obra — subsidiou o pensamento de Sifneos.

Sifneos, por sua vez, passa a identificar duas vertentes, a saber: a psicoterapia breve supressora de ansiedade (ou de apoio) e a psicoterapia breve provocadora de ansiedade (ou dinâmica). Indica-se a primeira “para pessoas que, por causas genéticas ou ligadas ao desenvolvimento nunca foram capazes de alcançar um nível de funcionamento psicológico adaptado para as vicissitudes da vida” (Dantas, 2005). A segunda indica-se, sob rigorosos critérios, — unicamente — a pacientes possuidores de um caráter suficientemente forte e que apresentavam questões edípicas (foco do trabalho).

Ferro (1998) — estudioso do legado de Bion — não se expressa quanto à pertinência das psicoterapias breves, entretanto, faz interessantes contribuições no tocante ao término da análise ressaltando que este é determinado por fatores circunscritos à relação particular entre paciente e analista, a saber: “a interação das suas defesas, das suas transferências, das identificações projetivas”. “O término da análise é, pois, algo cada vez muito específico, e específico àquela dupla”.

O término da análise, segundo o que supõe Ferro (1998), “se constitui sempre como um ‘acontecimento’ específico daquela análise, salvo poder reconhecer depois a existência de elementos comuns, mas este aspecto emerge sempre *a posteriori*”. Em termos práticos, o fim da análise é particular a cada relação terapêutica e é sinalizado por esta.

No fundo é o analista que assume a responsabilidade das decisões de separar-se e fixar a data, mas estas são o fruto de uma interação da dupla (Bianchedi e cols., 1991 *apud* Ferro, 1998).

Como se pode perceber, os determinantes para a duração e o fim da análise são peculiares a cada teórico. Portanto, compete a cada um deles decidir também se utilizar-se-á

de manobras para antecipar ou não o término do processo. Há que se reconhecer ainda que as psicoterapias breves — inclusive, como preconizava Sifneos — não gerariam um conhecimento vasto do sujeito, sendo preferível a análise clássica morosa — como apregoava Ferenczi —, embora, haja controvérsias a respeito.

Essas divergências de períodos de tratamento fazem saltar aos olhos que, dentro de uma mesma escola de pensamento — no caso, a psicanálise — pode surgir diversas perspectivas que acabam por criar novas escolas dentro daquela primeira. Deste modo, tem-se em psicanálise os freudianos, lacanianos, junguianos — não mais psicanalíticos —, reichianos, winnicottianos, kleinianos, ferenczianos, bionianos e, assim, subseqüentemente. Por fim, termina-se por ter em psicanálise também aqueles adeptos da terapia breve psicanalítica.

CAPÍTULO 4

AS MUDANÇAS DOS PARADIGMAS E DAS DEMANDAS

“Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a
nossa técnica às novas condições”.

Freud

Toda descoberta científica transforma o mundo. Algumas o transformam mais do que outras; contudo, o mundo nunca é realmente o mesmo após um avanço da ciência. Às vezes, o efeito de uma descoberta é prático, empírico, pragmático como a invenção de uma eficiente máquina a vapor, tornando possível a Revolução Industrial do século dezoito. Outras vezes, é no mundo das idéias, na visão do homem sobre si mesmo e sobre o universo.

No caso da psicanálise, o efeito tem sido significativo sobre os dois aspectos: na prática, no que se refere ao método terapêutico, e como fonte de informação para o homem “sobre o que, acima de tudo, diz respeito aos seres humanos — sobre a sua própria natureza” (Freud, 1933 *apud* Brenner, 1987, p. 247).

Segundo Cavalcante (2002), há quem diga que a psicanálise não pode ajudar o homem moderno por encontrar-se demasiadamente fechada em um modelo de pessoa ainda dos tempos de Freud. Talvez seja um pensamento incabível, tendo em vista o dinamismo com que as ciências evoluem — a respeito de que se discorreu imediatamente acima — e, como tal, a psicanálise. Sabe-se, porém, que o periódico para o qual Cavalcante escreve integra uma banda sensacionalista da mídia científica, portanto, há que se ter certa cautela ao tomar-se por base tal recurso.

A sociedade já não é a mesma dos tempos de Freud. Por mais óbvia que seja a afirmativa anterior, faz-se necessário destacar as evoluções na sociedade nesses mais de cem anos, bem como o modo segundo o qual a psicanálise reagiu às mudanças nas relações, nas sociedades e no indivíduo. A economia de tempo e de dinheiro tornou-se a mola mestra do ávido interesse imediatista por cura ou, ao menos, alívio das chagas que acometem as almas das pessoas.

O ritmo acelerado da contemporaneidade, com suas conquistas e sintomas, cria novas demandas de assistência psicológica e abre caminho para os atendimentos mais focais, de curta duração (Dantas, 2005).

O consumismo exagerado que faz cifras circularem e, por conseguinte, gera riqueza, aproximou o “ter” do “ser” cada vez mais, até que estes se fundiram. Pode-se, até, supor uma primazia do “ter” sobre o “ser”. A tecnologia avança e o anseio por ela cresce na mesma medida. Naisbitt (1999, p. 41-42) compara duas definições para tecnologia apresentadas no *Random House Dictionary* em duas épocas distintas: em 1967, a definição enunciava tecnologia como “uma coisa, um objeto, material e físico, e nitidamente separada dos seres humanos”; em 1987, a definição passou a incluir “a inter-relação da tecnologia com a vida, a sociedade e o meio ambiente”.

Naisbitt (1999, p. 41-44) lança dois conceitos: *High Tech* e *High Touch*. Ademais, os diferencia e os funde. O primeiro refere-se à tecnologia, à produção humana funcional, ao progresso, aos avanços. O segundo refere-se ao afago, ao humano, ao toque, ao sentimento. O autor discorre a respeito da transformação do primeiro no segundo: “*High Tech* se torna *High Touch* com a longevidade e a familiaridade cultural”.

As tecnologias tornam-se obsoletas e, posteriormente, adquirem um valor sentimental. Por fim, quando da “morte” (perda) do objeto, o indivíduo deve vivenciar o luto deste, bem como quando ocorre com um ente querido. Ao que parece, o investimento financeiro aproxima-se, na atualidade, do investimento afetivo e o objeto inanimado termina por adquirir valor de pessoa. A identidade mostra-se cada vez mais atrelada à posse.

Roudinesco (2000) versa que “o sofrimento psíquico manifesta-se atualmente sob a forma da depressão” (p. 13). Ademais, a mesma autora completa que a descrença do indivíduo nos métodos terapêuticos fá-lo transitar dentre as terapias intentando fervorosamente mudar de condição e deixar sua condição lacunosa preenchendo o vazio de seu desejo. “Por isso, passa da psicanálise para a psicofarmacologia e da psicoterapia para a homeopatia, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade” (Roudinesco, 2000).

O prolongamento do sofrimento do indivíduo em tais condições é vastamente danoso, não só pela perpetuação do mal instaurado, como também pela perpetuação do contato dele com um extenso grupo de situações desencadeadoras de sofrimento. Talvez seja na emergência ou imediatismo da busca da solução que grasse o campo de atuação da Terapia Breve Psicanalítica.

Quero remetê-los à experiência já há muito conhecida de que certas doenças, e muito particularmente as psiconeuroses, são muito mais acessíveis às influências anímicas do que a qualquer outra medicação. Não é um ditado moderno, e sim uma antiga máxima dos médicos, que essas doenças não são curadas pelo medicamento, mas pelo médico, ou seja, pela personalidade do médico,

na medida em que através dela ele exerce uma influência psíquica (Freud, 1905 [1904]).

No fragmento anterior, Freud enuncia sua opinião a respeito da postura de determinados médicos que investem em curar os pacientes simplesmente com medicação embora a grande intervenção represente-se pela postura do profissional. O fragmento seguinte apresenta a crítica visão de Roudinesco (2000) a respeito da psicofarmacoterapia na atualidade. Para além do que relata o parágrafo anterior — de que a eficiência do tratamento é devida á postura do médico —, o fragmento seguinte expressa uma opinião de dano que a alopatia traria ao paciente.

A psicofarmacologia exerce um papel importante no esvaziamento dos manicômios, pois proporciona um alívio dos males que acometem os usuários de tais tipos de instituições. Se repelir o enclausuramento dos doentes mentais é um gesto de profunda humanidade, as drogas psicoativas contribuíram com esse movimento. Porém, a ciência psicofarmacológica termina por criar uma nova clausura — que Roudinesco (2000, p. 21) chama de redoma medicamentosa.

A psiquiatria que em torno do século XVIII tinha um caráter bastante voltado à psicodinâmica (psicogênese), encontra-se hoje entregue ao mercado dos medicamentos psicotrópicos. O manejo desta área do conhecimento termina por alocar o sofrimento do sujeito no corpo (organogênese), seja atribuindo-lhe desequilíbrio neuroquímico, baixa de lítio ou funções neuronais comprometidas e abona do indivíduo a culpa ou responsabilidade por sua situação menos favorecida. Este movimento dá-se como uma forma de externalizar o problema atribuindo-o a um “outro”.

É interessante notar-se que esse “outro” é, em verdade, o corpo do indivíduo. Logo, é ilusória a idéia de que o problema não está no indivíduo. Talvez deva-se esse tipo de movimento à notável imersão da visão das pessoas no paradigma positivista. Aparentemente, ao passo que evoluíram as ciências, esta evolução alimentou nas sociedades um temendo anseio em que as hipóteses fossem testadas e provadas empiricamente. Como conseqüência, as soluções buscadas passaram a ser não somente aquelas imediatas, mas também aquelas, em alguma medida, escópicas (visuais).

A respeito do vício cientificista — positivista — no qual se encontram mergulhadas algumas vertentes da psicologia, Reich (1984, p. 86) enuncia em 1942 a condição de marginalidade da psicanálise ante o paradigma empirista:

Se é verdade que somente a psicologia experimental de Wundt é “científica” porque mede quantitativamente as reações; se, além do mais, a psicanálise não é científica

porque não mede quantidades, mas apenas descreve e estabelece a relação dos significados entre os fenômenos psíquicos que se desviaram: então a ciência natural é falsa.

Cada paciente é tratado como um ser anônimo, pertencente a uma totalidade orgânica. Imerso numa massa em que todos são criados à imagem de um clone, ele vê ser-lhe prescrita a mesma gama de medicamento, seja qual for o seu sintoma. Ao mesmo tempo, no entanto, busca outra saída para seu infortúnio. De um lado, entrega-se à medicina científica, e de outro, aspira a uma terapia que julga mais apropriada para o reconhecimento de sua identidade (Roudinesco, 2000, p. 14).

Talvez ocorra uma certa dificuldade de delegar credibilidade à psicanálise por esta ter como objeto de estudo algo imaterial, especulativo, elucubrativo: os processos psíquicos — em especial, o inconsciente. Tal metodologia vem de embate contra um enfoque de densa tradição: o positivismo.

Embora possa haver uma faceta positivista na psicanálise, a ciência de Freud não traz a concretude e o pragmatismo requeridos em outros campos do conhecimento — em especial as ciências naturais — que fazem grande uso do empirismo. Então, tendo em vista estar a psicanálise imersa dentro dessa cultura das provas escópicas, é de fácil acesso à dedução uma das principais razões da falta de credibilidade da psicanálise dentro de alguns meios na comunidade científica.

Roudinesco (2000), agora a respeito do contexto social em que o indivíduo está inserido, preconiza que ao sujeito são vetadas as manifestações de sofrimento ou entusiasmo que fujam à concepção de moral humanitária ou pacifismo. Por conseguinte, “o ódio ao outro tornou-se sub-reptício, perverso e ainda mais temível, por assumir a máscara de dedicação à vítima” (Roudinesco, 2000, p. 16). Com a inibição da manifestação do sofrimento e a cólera velada convertida em obsequiosidade são eminentes os riscos à saúde mental do indivíduo.

As mudanças na sexualidade são, também, bastante evidentes e relevantes no âmbito das sociedades. Giddens (1992, pp. 18-26) comenta da mudança da visão das pessoas a respeito da reserva no tocante à sexualidade. Algumas décadas atrás, as moças cogitavam “guardarem-se” para o noivado e o casamento. Atualmente, o sexo dissociou-se da relação afetiva. Antes do casamento a virgindade é finda. Passou-se, então, de uma virgindade apreciada por ambos os sexos a uma política de abrir mão da virgindade segundo a conveniência e as relações afetivas ganharam um caráter immanentemente efêmero.

Ainda segundo Giddens (1992, p. 176), Reich “via na sexualidade genital — em sua frustração ou em seu cultivo — o indicador para os sofrimentos da modernidade”. Reich tinha

como gerador de neurose a repressão sexual, porém o que acompanhou-se foi uma liberação exacerbada da sexualidade.

Vê-se que, ao passo que o sentimento e a expressão do indivíduo foram suprimidos, a sexualidade foi exaltada. O indivíduo deixou de ser sujeito para ser um indivíduo sexual e estético; deixou de ter voz para ter corpo; deixou de pensar para somente excitar-se.

Por se tratar de uma questão central na vida do indivíduo — segundo a psicanálise —, a sexualidade — genital ou não — representou um dos pilares das mudanças ocorridas nas sociedades, dos tempos de Freud até hoje. Da repressão à exibição, os paradigmas mudaram e, do mesmo modo, as crises dos indivíduos.

Roudinesco (2000, p. 17) acusa uma mudança de paradigma dentro da psicanálise: da histeria, da Viena dos tempos de Freud, para o da depressão, da atualidade. Completa que a histeria não deixou de existir, mas mescla-se à depressão sendo tratada como tal quando abarcada nos diagnósticos. Segundo a mesma autora (2000, p. 20), o mesmo ocorre com indivíduos consumidores de tabaco, álcool e psicotrópicos que acabam por serem equiparados a toxicômanos, perigosos à sociedade.

Em discordância com Roudinesco, apresenta-se Brenner (1987, p. 251) cuja elocução elucida sua percepção de que o cenário da psicanálise é outro. Segundo o autor, tem havido, desde um passado recente, um aumento na “aceitação da importância da psicoterapia como método de tratamento com um correspondente aumento em sua implicação”.

A respeito de tal discordância, há que se considerar alguns aspectos como as nacionalidades dos dois autores — Roudinesco e Brenner —, as formações e o ano no qual cada um escreveu seu texto.

Roudinesco é francesa e a França foi um dos grandes sítios da psicanálise em sua ascensão. Ademais, a autora é historiadora e psicanalista, logo, utiliza-se dessa formação para formular um olhar crítico sobre a sociedade e as mudanças nesta.

Brenner é um médico norte-americano e nos Estados Unidos prevalecem outras escolas de pensamento psicológico, tendo a psicanálise uma representatividade consideravelmente menor do que tem na Europa. Seu enfoque, de certo, é outro e, por mais que tente lançar um olhar sobre a sociedade, recairá este, mesmo que em última instância sobre a saúde do indivíduo.

Por fim, existe um espaço de tempo de cerca de trinta anos entre a publicação de Brenner e a de Roudinesco. Esse lapso de tempo talvez compreenda mais mudanças na sociedade e, por conseguinte na psicanálise, do que no período que se decorreu de Freud à primeira das duas publicações postas cá em embate: a de Brenner.

Bettelheim (1982, p. 126) comenta que a chegada da psicanálise nos Estados Unidos resultou na deturpação do pensamento freudiano por ter esta nação um pensamento subjogado à primazia do comportamentalismo — imanentemente, empírico. O modelo comportamental representou uma referência nos Estados Unidos, de modo que a psicanálise teve seus conceitos examinados à luz do paradigma instaurado naquele sítio e, por conseguinte, considerados deficientes.

O behaviorismo concentra-se no que pode ser visto a partir do exterior, no que pode ser estudado objetivamente por um observador não envolvido, o que pode ser experimentalmente reproduzido e receber valores numéricos. A psicanálise ocupa-se do que é único na vida de uma pessoa — com sua biografia singular, que a torna diferente de todas as outras pessoas — e esta é uma abordagem diametralmente oposta à do behaviorismo (Bettelheim, 1982, p. 126).

Outro exemplo do vício positivista norte-americano é expresso por Othmer & Othmer (2003, p. 43) ao enunciarem três níveis de *insight*: pleno, parcial e inexistente. Note-se que há um esforço em quantificar ou mensurar e segmentar algo não material. Sugere uma tentativa de tornar objetivo algo que não é provável experimentalmente.

Retomando a temática das mudanças que a psicanálise pôde acompanhar, cita-se Brenner (1987, p. 253-254) que relata um aumento no interesse pelo estudo das crianças em psicanálise. De certo, para haver um aumento da procura por uma psicanálise de crianças, houve um aumento dessa demanda e da credibilidade depositada no método.

Roudinesco (2000, p. 19) chega a levantar que a depressão seria uma estrutura à parte, não enquadrada nas neuroses, psicoses ou melancolia. Trocando em miúdos, os psiquiatras englobam casos de histeria — como já discorrido anteriormente — nos casos de depressão, sendo que, além de serem diagnósticos diferentes, seriam também estruturas diferentes.

Se seria a depressão uma estrutura à parte das neuroses como especula Roudinesco, há que se discutir no meio, porém é evidente a gênese de tal tipo de elucubração na mudança do paradigma dentro da psicanálise, bem como das demandas dos pacientes. Para além das inovações teórico-epistemológicas, a psicanálise teve de submeter-se a um avanço em termos de terapêutica, pois muda a sociedade, as ciências expandem-se e os modelos terapêuticos atualizam-se.

A concepção freudiana de um sujeito do inconsciente, consciente de sua liberdade, mas atormentado pelo sexo, pela morte e pela proibição, foi substituída pela concepção mais psicológica de um indivíduo depressivo, que foge de seu inconsciente e está preocupado em retirar de si a essência de todo o conflito (Roudinesco, 2000).

Em corroboração a Roudinesco, tem-se que — inclusive retomando a temática abordada outrora —, é factual que o tratamento medicamentoso abone o indivíduo de seus sofrimentos, porém, não vai além de um alívio para os sintomas (tratamento sintomático) na medida que as causas do sofrimento permanecem adormecidas e revolvê-las e desperta-las seria atormentador assaz para o indivíduo.

Para além da psicofarmacologia, outras formas de terapia surgiram como saídas às necessidades e vicissitudes modernas. Como enuncia Nicaretta (2005), os dependentes químicos uniram-se (e prosseguem reunindo-se) em grupos de mútua ajuda que promovem encontros periódicos a fim de comungarem de suas angústias. Dos dependentes químicos esse modelo de grupo estendeu-se a grupos de pessoas que amam demais e de pessoas que comem de menos. Porém, os grupos “em geral são coordenados por pessoas sem a devida formação” e os encontros resumem-se em tentar fazer da abstinência algo contagioso.

Embora critique-se o rumo que a história tomou no enfoque das psicoterapias e da psicofarmacologia — debatido cá —, o próprio Freud profetizou a possibilidade fim trágico para a psicanálise no esmaecimento de ser ofuscada por outra terapêutica mais eficaz.

O futuro talvez nos ensine a agir diretamente, com a ajuda de algumas substâncias químicas, sobre as quantidades de energia e sua distribuição no aparelho psíquico. Haveremos nós de descobrir, talvez, outras possibilidades terapêuticas insuspeitadas? Por ora, no entanto, dispomos somente da técnica psicanalítica. E é por isso que, a despeito de todas as suas limitações, convém não despreza-la (Freud, 1940 *apud* Roudinesco, 2000, p. 45-46).

CAPÍTULO 5

O PERCURSO DA PSICOTERAPIA BREVE PSICANALÍTICA

Gilliéron (1986, p. 14), um dos grandes teóricos da psicoterapia breve, relata que a partir da descoberta da transferência e da compulsão à repetição por parte de Freud em 1910, a justificativa para uma psicoterapia breve tornou-se mais bojuda. Isso se deu por conta da reação terapêutica negativa, uma reação paradoxal de agravamento dos sintomas desencadeada por uma interpretação adequada. Esse fenômeno, como uma resistência última aparente, exhibe a vontade do paciente em estancar o processo. Subseqüentemente, por volta de 1918, adveio a técnica ativa de Ferenczi e a gênese do pensamento voltado para uma psicoterapia breve psicanalítica.

O problema da duração dos tratamentos preocuparia Freud até o fim de sua vida (“Análise terminável e interminável”, 1938), mas em nenhum momento ele se afastou dessa atitude rigorosa: todo fenômeno psíquico e toda resistência devem encontrar uma explicação metapsicológica e não justificam nenhuma modificação técnica (Gilliéron, 1986, p. 16).

A tese de Gilliéron (1986) apregoa que Freud manteve sua posição rigorosa devido ao fato de que ele não dispunha de um aparato conceitual que lhe permitisse integrar quaisquer modificações técnicas em seu modelo.

Kahtuni (1996, p. 28) discorre a respeito do caso freudiano “O Homem dos Lobos” — constante no texto *História de uma Neurose Infantil* (1918) —, no qual o pai da psicanálise vê-se em um dilema instaurado pela ocasião do tratamento: o paciente encontrava-se estagnado no processo de análise que durou cerca de cinco anos. Visto isso, resolveu estabelecer uma data para o término do processo. Fê-lo e notou que o paciente avançou no processo trazendo novos conteúdos.

Ele tinha esperanças de que o conhecimento adquirido durante este tratamento pudesse, futuramente, abreviar outros. Entretanto, ainda não cogitaria mudanças nas técnicas utilizadas, mas *pediu* aos seus discípulos que *fizessem pesquisas* sobre as modalidades técnicas (Kahtuni, 1996, p. 28, grifos do autor).

Mas Freud parecia estar mais concentrado em descobrir as causas do prolongamento do tratamento do que atribuir a abreviação do tratamento a tal inovação técnica.

Segundo Braier (1997, p. 10), em 1916, Ferenczi é alvo de uma reprimenda de Freud após realizar a primeira menção à necessidade de uma psicoterapia breve dentro da

psicanálise. Em 1918, “Freud propõe uma psicoterapia de base psicanalítica para responder à necessidade assistencial da população, e sugere que se combinem os recursos terapêuticos da análise com outros métodos” (Braier, 1997, p. 10). Esta proposta freudiana é fundamental para basear e justificar a estruturação de uma terapia breve de orientação psicanalítica.

Outros avanços na direção da psicoterapia breve psicanalítica enumerados por Braier (1997, p. 10) enunciam que, entre os anos de 1920 e 1925, Ferenczi e Rank realizaram tentativas de antecipar o fim da análise, chegando a escrever um livro juntos, porém foram duramente criticados por Freud. É nessa época que Ferenczi propõe o método ativo e Rank apresenta seus estudos sobre o trauma do nascimento (como gerador das neuroses).

Segundo Braier (1997, p. 10), em 1937,

(...) em ‘Análise terminável e interminável’, Freud assinala que as tentativas de abreviar a duração da análise que consome muito tempo não requerem justificação ‘e se baseiam em imperativas considerações de razão e de conveniência’. Em várias passagens desse artigo sublinhará que o encurtamento da duração da análise é um fato desejável. Mas também fustigará as tentativas que Rank efetuara nessa direção desde 1924, baseadas em sua concepção a respeito do trauma de nascimento. O mesmo fará em relação a Ferenczi.

Braier (1997, p. 11) completa que em 1941, o Instituto de Psicanálise de Chicago promoveu um congresso tendo como tema psicoterapia breve. Em 1946, Alexander e French (a respeito dos quais se falou no capítulo 3) reavivam a necessidade de uma abreviação do tratamento. Em 1963, Malan (a respeito do qual também se discorreu outrora), sob orientação kleiniana, levanta estudos sobre tratamentos abreviados.

Segundo o que conta Aguiar (1998, p. 154), Malan, acima citado, deu continuidade à obra de Balint que, em 1960, desenvolveu — conjuntamente com sua esposa — uma psicoterapia de curto prazo que seria complementar — e não contrária — à psicanálise.

Em 1965,

(...) aparece Short-Term Psychotherapy, obra compilada por L. Wolberg (Grune and Stratton, Inc., Nova York), que contém trabalhos de Avnet, Masserman, Hoch, Rado, Alexander, L. Wolberg, Kalinowsky, Wolf, Harrower e A. Wolberg. Sobressai o de L. Wolberg, a respeito da técnica da psicoterapia breve. Também nesse ano L. Bellak e L. Swall publicam Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy (Grune and Stratton, Nova York). Os autores incluem diversos temas, entre os quais se destacam: o enfoque do tratamento à luz da psicologia psicanalítica do ego, a aplicação da teoria da aprendizagem, o insight e a elaboração (Braier, 1997, p. 11-12).

Braier (1997, p. 12) finaliza seu levantamento da cronologia da psicoterapia breve relatando que, em 1971, Small publica *The Briefer Psychotherapies*, uma compilação de pensamentos de diversos autores a respeito do tema.

É relevante relatar que muitos profissionais que desenvolveram técnicas em psicoterapia breve eram (ou são) psicanalistas. Isso é o que conta Aguiar (1998, p. 154) que completa que estes autores, em geral, trabalhavam em ambulatórios, serviços comunitários ou “em países cujos sistemas de saúde favoreciam a atenção primária e o encaminhamento, a partir daí, para especialistas”.

Graças aos transgressores, como se refere Kahtuni (1996, p. 33-34), pode surgir a psicoterapia breve a partir da rigidez psicanalítica. O alvo principal da transgressão foi a abstinência do analista, mas em termos gerais, o que mudou foi: da utilização estrita da comunicação verbal para o uso de outras formas de comunicação corporais; da economia de palavras para uma maior participação oral nas sessões; da excessiva neutralidade para uma postura de mais — e mais focadas — interpretações e valorizando a realidade atual do paciente, em detrimento à neurose de transferência.

Existiram manobras e atualizações mais ousadas em psicoterapia e destas ocupar-se-á doravante.

Yoshida (2004, pp. 17-18) enumera as gerações de autores e modelos teóricos dentro das psicoterapias breves psicodinâmicas, a saber: a primeira geração com o modelo pulsional/estrutural; a segunda geração com o modelo relacional; e a terceira geração com o modelo integrativo. A respeito destes discorrer-se-á na seqüência.

A primeira geração é composta por Malan, com sua psicoterapia intensiva breve; Sifneos, com sua psicoterapia breve provocadora de ansiedade (ou dinâmica) e com sua psicoterapia breve supressora de ansiedade (ou de apoio); e Davanloo, com sua psicoterapia dinâmica breve intensiva.

O próprio Sifneos (1993, pp. IX-X) explica o que é a *STAPP* (*short-term anxiety provoking psychotherapy*), a psicoterapia breve provocadora de ansiedade:

É um tipo de psicoterapia dinâmica breve baseada nas premissas teóricas psicodinâmicas. Ela foi desenvolvida quase quarenta anos atrás para preencher a demanda de ajuda psicoterapêutica que em muito excede a disponibilidade de terapeutas treinados, e para contrapor a idéia que prevalece — e que eu acho absurda — de que psicoterapias prolongadas eram a única forma de mudar atitudes e comportamentos humanos.

Pacientes que se apresentam com dificuldades interpessoais ou sintomas psicológicos moderados, tais como ansiedade, depressão, reação de luto, procrastinação crônica e fobia monossintomática, podem ser bons candidatos à STAPP (Sifneos, 1993, p. 7).

Segundo Aguiar (1998, p. 155), “as supressoras de ansiedade têm por objetivo diminuir ou eliminar a ansiedade através do uso de técnicas de apoio, tais como reassseguramento, técnicas de relaxamento e manipulação do ambiente”.

O modelo pulsional/estrutural pauta-se na concepção de funcionamento mental defendida por Freud, segundo a qual o comportamento humano é uma fonte, um objetivo, uma força e um objeto. O sistema opera segundo o princípio do prazer, sendo que o objetivo é a redução da tensão, gratificação da pulsão e minimização do desprazer (Yoshida, 2004, p. 17).

As intervenções do psicanalista apontam para:

(...) as manifestações de reedição dos conflitos cujos componentes intrapsíquicos são os *desejos ou derivativos pulsionais inaceitáveis ou ameaçadores*; a antecipação do perigo ou *ansiedade* associada à consciência da expressão do desejo; as *defesas* contra este desejo (Yoshida, 2004, p. 17, grifos do autor).

“O surgimento da segunda geração coincidiu com a grande popularização das psicoterapias nos anos 70 e 80, quando passaram a ser aplicadas a um grande contingente de patologias” (Omer & Dar *apud* Yoshida, 2004, p. 19). Os principais representantes dessa segunda geração foram: Luborsky, com a terapia suportivo-expressiva que originou posteriormente ao método do tema central de relacionamento conflituoso; Strupp e Binder, com a psicoterapia dinâmica de tempo limitado; e Klerman com a psicoterapia interpessoal de depressão.

“O modelo teórico predominante corresponde ao relacional (Greenberg & Mitchell, 1983/1994), que vê como principal objeto motivacional do comportamento o relacionamento humano e não a descarga do impulso” (Yoshida, 2004, p. 20). Então, o modelo visa conduzir o paciente à compreensão dos modos defensivos e das ansiedades que alteram suas relações pessoais e consigo próprio.

O que se percebe no texto de Yoshida (2004, p. 23-29) terceira geração sob o modelo integrativo promove uma amálgama de abordagens. Esta fase da psicoterapia breve fortemente caracterizada por esse hibridismo de pensamentos refere-se aos hodiernos autores: Wachtel; Magnavita, com a psicoterapia breve de reestruturação; Mann, com a psicoterapia de tempo limitado; Alexander e French, com a experiência emocional corretiva; Lazarus, com a

terapia multimodal; Beutler e Consoli, com a psicoterapia eclética sistemática; e Bellak e Small, com a psicoterapia de emergência ou, simplesmente, psicoterapia breve.

No modelo em questão,

(...) o objetivo é o da integração de construtos teóricos de abordagens diferentes num arcabouço mais amplo com a conseqüente ampliação das perspectivas técnicas, com o que se procura tomar mais amplo e eficaz o escopo da indicação das psicoterapias (2004, p. 23).

Yoshida (2004, p. 29-30) discorre ainda a respeito da disseminação das psicoterapias breves no Brasil. Segundo a autora, os modelos vigentes no país são os modelos relacional e o integrativo — este último como mais numeroso. Um dos grandes nomes é Knobel, psicanalista kleiniano, que apregoa uma conduta flexível do terapeuta para facilitar as elaborações cognitivas não regressivas e atransferenciais do paciente. Knobel é somente um dos vários terapeutas de renome no país, onde o movimento das psicoterapias breves tem uma certa representatividade em instituições.

É notável como as psicoterapias breves realizaram um caminho em busca da cura e/ou, ao menos, alívio do sofrimento dos atendidos. Nessa direção, cresceram, aprimoraram-se e ganharam — e ganham — cada vez mais espaço no âmbito das psicoterapias.

Talvez a causa que faça com que os teóricos tenham menos escrúpulos em inovar em técnicas e princípios seja o alívio das angústias dos atendidos. Ao contrário do que vislumbrou e realizou Freud décadas antes, a primazia alocada na cura, em vez de na técnica, promoveu, não só o hibridismo teórico, como quimeras aos olhos de outros teóricos.

CAPÍTULO 6
O EMBATE A RESPEITO DA PLAUSIBILIDADE DA PSICOTERAPIA BREVE
PSICANALÍTICA

“Tenho dito com frequência que considero a significação científica da análise mais importante que sua significação médica, e, na terapêutica, sua ação generalizada pela explicação de a exposição dos erros mais eficaz do que a recuperação de pessoas isoladas”.

Freud

A experiência nos ensinou que a terapia psicanalítica — a libertação de alguém de seus sintomas, inibições e anormalidades de caráter neuróticas — é um assunto que consome tempo. Daí, desde o começo, tentativas terem sido feitas para encurtar a duração das análises. Tais esforços não exigiam justificação; podiam alegar que se baseavam nas mais fortes considerações de razão e conveniência. Provavelmente, porém, havia também em ação neles algum traço do desprezo impaciente com que a ciência médica de dias anteriores encarava as neuroses como conseqüências importunas de danos invisíveis (Freud, 1937, edição eletrônica).

Freud apresenta no fragmento anterior sua visão deveras crítica dos movimentos de tornar a psicanálise mais breve. Na seqüência do mesmo texto — *Análise Terminável e Interminável* — ele direciona suas duras críticas a Rank que, então, preconizava a questão do trauma do nascimento e, por conseguinte, também apregoava que a revisitação desse trauma poderia trazer a cura mais rapidamente.

Rank vislumbrou, de fato, uma psicanálise breve, mas Ferenczi foi quem, realmente, iniciou o movimento a partir do lançamento de sua técnica ativa. Freud manteve-se inabalável quanto à questão da abreviação do tratamento: sua resposta sempre foi negativa.

“A impotência para curar não poderia constituir o limite de uma doutrina que, justamente, é a única que pode remontar às fontes do desejo com a pulsão de morte” (Cottet, 1989, p. 113). A cura, então, não deveria ser a circunscrição da análise, pois, para Freud, não havia cura, logo, não havia fim da análise.

Autores como Balint que se baseiam em atendimentos breves de Freud, como o caso Katharina — que, como dito, Freud não considerava um tratamento —, podem incorrer em um erro apontado por Bettelheim (1982, p. 46): a primazia do pensamento da fase inicial da psicanálise arraigada na ciência e na medicina, em detrimento a uma fase com Freud mais

maduro e a psicanálise melhor estruturada. Nesta fase posterior, havia uma orientação humanista e a “preocupação primordial era com as questões da alma. O próprio Freud afirmou considerar o significado cultural e humano da psicanálise mais importante do que o seu significado médico”.

“É importante ressaltar que as ‘atividades’ propostas por Ferenczi não coincidem exatamente com o que se chama atualmente de PB de atividade do terapeuta” (Kahtuni, 1996, p. 36). Importante faz-se a ressalva anterior de Kahtuni, tendo em vista que Ferenczi, embora almejasse abreviar o tratamento analítico, não rompeu com a psicanálise. Ainda assim, “Sándor Ferenczi é considerado por muitos autores como o ‘pai’ da psicoterapia breve, pois os objetivos de todas as suas modificações técnicas visavam o abreviamento dos tratamentos psicanalíticos” (Kahtuni, 1996, p. 37).

“O objetivo genérico da PB é esclarecer ao paciente a natureza de seus *conflitos atuais* e capacitá-lo a resolvê-los da melhor forma possível” (Kahtuni, 1996, p. 63). Vê-se que a psicoterapia breve não visa trazer uma resolução completa ou uma compreensão plena dos conflitos do indivíduo, mas sim, um alívio das mazelas que o acometem ou a estruturação de condições razoáveis para que possibilite o “funcionamento” social. A técnica volta-se para o *insight* — segundo Braier (1997, p. 18) —, não para a emergência de conteúdos inconscientes, ao menos, não como meta central. Em suma, a compreensão é parcializada. Trata-se de “elaborar brevemente um dado aspecto da psicopatologia” (Malan, 1974 *apud* Braier, 1997, p. 19).

Os objetivos podem colocar-se em termos da superação dos sintomas e problemas atuais da realidade do paciente, o que implica, antes de tudo, o propósito de que este possa enfrentar mais adequadamente determinadas situações conflitivas e recuperar sua capacidade de autodesenvolvimento, de modo que na prática se ache em condições de adotar certas determinações quando isso se revele necessário (Braier, 1997, p.19).

Clinicamente foi comprovado que o processo de tratamento psicanalítico traz a perspectiva de reconstrução da personalidade do analisando, juntamente com a resolução de conflitos básicos e seus derivados, através da elaboração e conseqüente aquisição de maior bem estar que eliminará ou aliviará os sintomas de modo seguro (Braier, 1986 *apud* Kahtuni, 1996, pp. 63-64).

Como se pode perceber, o paradigma da psicoterapia breve é o da cura ou alívio dos sintomas. Interessante pode parecer o fato de as terapias breves terem-se desenvolvido da psicanálise, declaradamente longa e que cujo paradigma encontra-se voltado à própria teoria, mais especificamente à formação do sujeito.

Gilliéron (1998, p. 31) enumera alguns argumentos para a plausibilidade da psicoterapia breve: o número insuficiente de terapeutas para a crescente demanda; dificuldades financeiras dos pacientes; falta de tempo dos pacientes; dificuldades de verbalização de indivíduos de classes econômicas menos favorecidas; situações de crise e catástrofe; o anseio por resultados imediatos; e a função preventiva necessária de algumas psicoterapias.

Kahtuni (1996, p. 60) corrobora os argumentos de Gilliéron para justificar uma psicoterapia breve, entretanto, extrapola-o apresentando uma a mais: “a configuração psíquica favorável da maioria dos pacientes que procuram uma instituição”.

A manifestação de uma transferência negativa é, na realidade, acontecimento muito comum nas instituições. Assim que um paciente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em estado inalterado ou agravado. A transferência erótica não possui efeito tão inibidor nas instituições, visto que nestas, tal como acontece na vida comum, ela é encoberta ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como resistência ao restabelecimento, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição — pelo contrário, retém-no aí — mas por mantê-lo a certa distância da vida. Pois, do ponto de vista do restabelecimento, é completamente indiferente que o paciente supere essa ou aquela ansiedade ou inibição na instituição; o que importa é que ele fique livre dela também na vida real (Freud, 1912, edição eletrônica).

Freud, no fragmento acima — do texto *A Dinâmica da Transferência* — apresenta o funcionamento transferencial no atendimento institucional. Sua aparente incredulidade no que se referiu acima fora contraposta pelos teóricos que se seguiram cronologicamente após ele, a exemplo de Kahtuni e Yoshida outrora citados cá. Notou-se uma crescente nos atendimentos breves institucionais, tendo em vista que uma psicanálise seria incabível em tal tipo de ambiente.

É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta; e também a influência hipnótica poderá ter novamente seu lugar na análise, como o tem no tratamento das neuroses de guerra. No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (Freud, 1918, edição eletrônica).

Freud, posteriormente, em 1918 — no texto *Linhas de Progresso da Psicanálise* —, admite uma mínima abertura ao tratamento em larga escala, mas considera uma mácula em

sua obra, tendo em vista que vislumbra tal possibilidade como acrescentar cobre (impuro) ao ouro puro das associações livres.

Uma idéia tacitamente disposta no texto de Freud é a da neutralidade do analista. Freud apregoou que o psicanalista deveria ser neutro, destituído de desejo. Essa é uma opinião que vai, de fato, de encontro à terapêutica breve, tendo em vista que o terapeuta deveria demandar do paciente os conteúdos referentes a seus conflitos.

Ora, mas se a própria regra fundamental da psicanálise já se utiliza do desejo do analista. “Nos *Estudos [sobre Histeria, 1895]*, podemos arriscar-nos a ler o desejo de Freud a partir de sua demanda: peço-lhe que recorde, peço-lhe que fale” (Cottet, 1989, p. 22, grifo do autor). Também a respeito da presença do analista, Forbes (2005) coloca que “ela põe em evidência o desejo e a singularidade da pessoa, na confiança psicanalítica de que o desejo, como o Real, está sempre lá e pode ser considerado. O desejo não se ausenta”. Da mesma ferramenta — o desejo do analista —, utiliza-se a técnica ativa de Ferenczi, o predecessor da psicoterapia breve psicanalítica.

Embora a psicoterapia breve tenha uma proposta deveras agradável, não atende a todos. Existem indicações e contra-indicações para a psicoterapia breve. Segundo Gilliéron (1986, p. 90), “os critérios de seleção dos pacientes para uma psicoterapia de curta duração variam muito conforme os autores e situam-se em uma escala que vai de uma grande restrição a uma grande ‘não-seletividade’”.

Segundo o mesmo autor, os critérios referem-se a: critérios psicopatológicos que são os diagnósticos, sintomas e estruturas de personalidade; critérios “temporais” que são crises ou afecções crônicas; e critérios psicodinâmicos que são problemáticas “genitais” (edipianas) ou “pré-genitais” (pré-edipianas).

De maneira geral, começamos por determinar, muito classicamente, a afecção atual (a “demanda” do paciente, segundo M. Balint) e, em seguida, interrogamo-nos sobre a estrutura de personalidade. Propõe-se também, freqüentemente, um exame psicológico (Rorschach, TAT ou outros). Feito isso, a utilização desses dados varia segundo os autores (Gilliéron, 1986, p. 90, grifo do autor).

Gilliéron (1986, p. 92) considera os tipos de pacientes como determinantes para a indicação ou não das psicoterapias breves e enumera-os: pacientes cujas motivações são progressivas e pacientes cujas motivações são regressivas. “Os primeiros procurarão uma verdadeira mudança, enquanto os últimos buscarão uma *compensação* para suas dificuldades. Estes seriam inacessíveis às psicoterapias breves” (Gilliéron, 1986, p. 92).

Em resumo, no que concerne ao problema das indicações e contra-indicações para as psicoterapias breves, renunciamos a fornecer critérios precisos que se assentem em bases psicopatológicas nitidamente delimitadas, tais como alcoolismo crônico, a toxicomania, as neuroses mais ou menos bem estruturadas, etc. Preferimos mostrar os elementos dinâmicos passíveis de impedir o engajamento em uma psicoterapia analítica breve, esboçando em traços genéricos a natureza das relações do paciente no enquadre que lhe é proposto. A indicação para qualquer forma de psicoterapia é um processo dinâmico que implica uma tomada de consciência, partilhada tanto pelo terapeuta quanto pelo paciente (Gilliéron, 1986, p. 97).

Pelo que se pode perceber, a depender dos critérios para aceitação do paciente, cai-se, mesmo que, em última instância, em um caráter plenamente pessoal, subjetivo. Do mesmo modo, o é o posicionamento frente à plausibilidade da psicoterapia breve psicanalítica, puramente individual. De certo, somente que todos aqueles que optam por praticar a psicoterapia breve psicanalítica estão indo de embate contra os postulados de Freud.

CONCLUSÃO

A construção de uma psicoterapia breve em psicanálise, como se viu, não fora avalizada por Freud. Este preconizava que a psicanálise dava-se, invariavelmente, a longo prazo. O que se pôde perceber com o desenvolvimento da presente obra foi que Freud ateu-se tão virulentamente a seu pensamento que se fechou para a dimensão que talvez seja a principal no âmbito da psicologia: a saúde do indivíduo.

Deste modo, Freud constituiu uma teoria da técnica bem estruturada, porém, bastante inflexível. O “pai da psicanálise”, ao que aparenta, estruturou uma teoria da técnica como se fosse uma mãe idealizada: imaculada, incorruptível e idolatrada em um pedestal. Quaisquer esforços em mudar o curso do pensamento freudiano em relação à psicanálise representavam uma afronta e um desejo de derruir a impoluta teoria da técnica.

Não obstante, Freud, em dado momento, chega a permitir, para o benefício das massas, nodarem a psicanálise, de modo a acelerarem o processo analítico, embora considerasse a intenção como “fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta” — no texto *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica* (1918).

Freud, vez por outra, dava sutis indícios de que concordaria com o abreviamento da análise, porém, de pronto conseguia eximir-se dos esforços nessa direção. Chega a cogitar a possibilidade de agendar-se o fim da análise quando de sua obliteração, mas ressalva que seria um artifício último, de excepcional (e cauteloso) usufruto.

Os ativistas de pensamento em prol de uma modificação da psicanálise eram, aparentemetne, vistos como transgressores e chegavam a ser alvo de chacota por parte de Freud — como ocorrido com Rank no texto *Análise Terminável e Interminável* (1938). Se não ocorria-lhes — os transgressores — de serem submetidos aos gracejos do criador da psicanálise, ocorria-lhes de serem apartados ou apartarem-se. A idéia freudiana de manter cândida sua teoria da técnica obrigava-o a desunir pensamentos de outrem que lhe aparentassem desviantes da teoria da técnica psicanalítica. Não obstante, não se manifestava em obliteração a tais pensamentos, somente protegia destes a psicanálise que cresceu tão forte quanto sua clausura — ou redoma.

Os anos passaram, os séculos mudaram e, como era de se esperar, as sociedades evoluíram. Tal evolução não representa, necessariamente algo de bom, pois a semântica da palavra expressa mudança (para melhor ou pior). Com a transmutação das sociedades, a

psicanálise teve de se haver com novas demandas e paradigmas. Então, os longos tratamentos elucubrados por Freud não caíram em desuso, mas tiveram de partilhar espaço com tratamentos mais abreviados.

O que Freud, ao contrário de Ferenczi, não enxergara era que o indivíduo deveria estar em primeiro plano, não a teoria. Os mais de cem anos de psicanálise não mostraram que Freud estava errado, mas mostraram uma faceta que talvez representasse a possibilidade de haver um pensamento mais adequado — ou conveniente: o foco na saúde mental. É indubitável e inquestionável o sofrimento psíquico presente nas sociedades e o alívio não pode esperar por décadas aconchegado sobre um divã.

Ferenczi divergira de Freud no tocante ao prolongamento do tratamento, pois ele estava, de fato, focado no sofrimento do indivíduo. É compreensível que Freud tenha chegado à conclusão de que a análise não tem fim, entretanto, pouco importa se finda ou não, o que, de fato, importa é o real benefício que ela pode proporcionar. Caso equacionasse-se o problema, ver-se-ia que a infinidade da psicanálise somada às limitações pelas quais pode passar um analisando atualmente ter-se-ia como resultado um tratamento circunscrito e subjugado a tempo e recursos financeiros deveras restritos.

Como um movimento natural de reação às mudanças nas sociedades, teve-se, dentre outros fatores, a diminuição da frequência das consultas. De diárias, passaram a semanais. Não somente devido à escassez de tempo, como de dinheiro. É eminente, portanto, a necessidade de um abreviamento dos tratamentos.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, R. W. Intervenções em Crises. In: CORDIOLLI, A. V. (Org.). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. pp. 153-158.
- BETTELHEIM, B. *Freud e a Alma Humana*. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.
- BIRMAN, J. Freud e Férenczi: Confrontos, Continuidades e Impasses. In: KATZ, C. S. (ORG.). *Férenczi: História, Teoria, Técnica*. São Paulo: Editora 34, 1996. pp. 65-90.
- BRAIER, E. A. *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BRENNER, C. *Noções Básicas de Psicanálise: Introdução à Psicologia Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- CAVALCANTE, R. (2002). *A Psicanálise no Divã*. Em Super Interessante, n° 181, pp. 42-50.
- COTTET, S. *Freud e o Desejo do Psicanalista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.
- DANTAS, M. (2005). *Sintonia em Foco*. Em Viver Mente & Cérebro. Coleção Memória da Psicanálise, n° 6, pp. 80-91.
- FERENCZI, S. *Psicanálise II*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- FERENCZI, S. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- FERRO, A. *Na Sala de Análise: Emoções, Relatos, Transformações*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- FORBES, J. *Sinopse da Conferência “A Presença do Analista”*. Disponível em: <<http://www.jorgeforbes.com.br/arq/A%20Presenca%20do%20Analista.pdf>>. Acesso em 17 nov. 2005. 02:02.
- FREUD, S. & FERENCZI, S. *Correspondência: Sigmund Freud & Sándor Ferenczi*. Vol. 1/Tomo 2. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- FREUD, S. *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- GIDDENS, A. *A Transformação da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*. São Paulo: Editora Unesp, 1992.
- GILLIÉRON, E. *As Psicoterapias Breves*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.
- GILLIÉRON, E. *Manual de Psicoterapias Breves*. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

KAHTUNI, H. C. *Psicoterapia Breve Psicanalítica: Compreensão e Cuidados da Alma Humana*. São Paulo: Editora Escuta, 1996.

MAUTNER, A. V. Férenczi: Cultura e História. In: KATZ, C. S. (ORG.). *Férenczi: História, Teoria, Técnica*. São Paulo: Editora 34, 1996. pp. 15-41.

MEZAN, R. O Símbolo e o Objeto em Férenczi. In: KATZ, C. S. (ORG.). *Férenczi: História, Teoria, Técnica*. São Paulo: Editora 34, 1996. pp. 91-120.

NAISBITT, J. *High Tech-High Touch: A Tecnologia e a Nossa Busca por Significado*. São Paulo: Editora Cultrix, 1999.

NICARETTA, M. *Compulsão no Mundo Moderno*. Disponível em: <<http://www.unb.br/acs/artigos/at0805-01.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2005. 14:00.

OTHMER, E. & OTHMER, S. *A Entrevista Clínica Utilizando o DSM-IV-TR: Fundamentos*. Vol. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

PINHEIRO, T. *Ferenczi: do Grito à Palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

REICH, W. *A Função do Orgasmo: Problemas Econômico-Sexuais da Energia Biológica*. 10ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

ROUDINESCO, E. *Por Que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

SIFNEOS, P. E. *STAPP: Psicoterapia Breve Provocadora de Ansiedade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

THIS, B. Introdução à Obra de Ferenczi. In: NASIO, J.-D. (ORG.). *Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. pp. 59-101.

YOSHIDA, E. M. Evolução das Psicoterapias Breves Psicodinâmicas. In: YOSHIDA, E. M. P. & ENÉAS, M.L. E. (ORG.). *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: Propostas Atuais*. Campinas: Editora Alínea, 2004. pp.13-35.