



ARTIGO DE REVISÃO

Objetivos terapêuticos para psicanálise e psicoterapia psicanalítica: Freud, Klein, Bion, Winnicott, Kohut*

Carolina Stopinski Padoan^a

Marina Bento Gastaud^b

Cláudio Laks Eizirik^c

^a Psicóloga, mestranda em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS).

^b Psicóloga, doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS), pós-doutoranda em Psicologia Clínica (UNISINOS).

^c Médico psiquiatra, psicanalista (Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre - SPPA), ex-presidente da International Psychoanalytical Association (IPA), doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS), professor adjunto UFRGS.

Instituição: UFRGS - FAMED - PPG Psiquiatria

Resumo

A concepção ontológica da psicanálise envolve tanto uma forma de compreender os fenômenos humanos e sociais quanto uma abordagem terapêutica. Para aqueles clínicos que percebem a prática psicanalítica como um tratamento, parece importante revisar quais os objetivos terapêuticos do método psicanalítico e os fatores a serem considerados ao analisar a efetividade desse tipo de intervenção. Para tanto, os autores revisam as contribuições de cinco escolas do movimento psicanalítico, as de Freud, Klein, Bion, Winnicott e Kohut. Como a maior parte da literatura disponível refere-se à psicanálise, justifica-se a importação de alguns de seus postulados à psicoterapia psicanalítica e à discussão de especificidades da

*Apoio financeiro: Este artigo faz parte da tese de doutorado da segunda autora, orientada pelo terceiro autor. O doutorado foi realizado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas do departamento de Psiquiatria da UFRGS com bolsa da CAPES. A tese é intitulada "Indicação, concordância em iniciar tratamento e melhora inicial na psicoterapia psicanalítica".

última. A noção de ética aplicada ao trabalho do psicoterapeuta/analista aparece como princípio norteador na prática psicoterapêutica e dá coesão às distintas abordagens teóricas.

Palavras chave: Psicoterapia; Psicanálise; Cura Mental; Terapia Psicanalítica.

Abstract

The ontological conception of psychoanalysis involves both a way of understanding human and social phenomena and a therapeutic approach. For those clinicians who perceive the psychoanalytic practice as a treatment, it seems important to review the therapeutic goals of the psychoanalytic method and what factors should be considered when analyzing the effectiveness of this type of intervention. For this purpose, the authors review the contributions of five schools of the psychoanalytic movement - Freud, Klein, Bion, Winnicott and Kohut. As most of the available literature refers to psychoanalysis, it is justified to import some of its postulates to psychoanalytic psychotherapy and to discuss specificities of the latter. The notion ethics applied to the work of psychotherapist / analyst appears as a guiding principle in psychotherapeutic practice and gives cohesion to the different theoretical approaches.

Keywords: Psychotherapy; Psychoanalysis; Mental Healing; Psychoanalytic Therapy.

Introdução

“Todos nós acabamos nos acostumando com uma coisa extraordinária: esta conversa esquisita, que denominamos psicanálise, funciona – é inacreditável, mas ela funciona.”¹

Enfrenta-se na prática clínica cotidiana o seguinte dilema: há uma alta procura de ajuda oriunda das elevadas necessidades de performance nos dias atuais, aliada à grande expectativa por resultados nas áreas afetivas e profissionais, competitividade e pressa^{2;3;4;5}. Ao mesmo tempo, os pacientes parecem cada vez mais preocupados com a duração de um tratamento e com seu alto custo, o que favorece as altas taxas de abandono do atendimento⁶.

A teoria da técnica psicanalítica, a psicopatologia e os estudos sobre metapsicologia foram constantemente revisados e ampliados desde os achados de Freud. Essa evolução tem ajudado a contemplar os mais variados tipos de pacientes e tem possibilitado que diferentes queixas possam ser atendidas⁷. A duração da psicoterapia e sua capacidade de tratar são importantes aspectos da técnica que devem ser constantemente revisados e ampliados para que possam se aplicar ao tempo contemporâneo e à demanda atual de pacientes. Espera-se que a dupla terapêutica seja capaz de transformar fantasias de adoecimento e cura em planos para combater o adoecimento e buscar a cura.

Complicações nessa tarefa podem estar por trás das altas taxas de abandono⁸. A pessoa pode se imaginar alcançando seus objetivos e decidir finalizar o serviço; pode estar satisfeita com alguns resultados

obtidos, mas não desejam investir mais tempo e dinheiro para a consecução de outras metas que não são criadas por sua experiência de vida, mas pela análise (mesmo que cuidadosa) de seu terapeuta⁹. Por isso, interessa revisar os objetivos terapêuticos da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica, instrumentando melhor os clínicos para avaliar conquistas e para decidir o momento final do tratamento. É necessário levar em consideração, para a realização desta tarefa, que cada teoria psicanalítica propõe objetivos específicos. O presente trabalho irá percorrer importantes contribuições para o tema abordado, revisando autores para os quais a concepção ontológica da psicanálise envolve uma abordagem terapêutica, à semelhança dos demais tratamentos na área da saúde.

As diferenças entre a análise e a psicoterapia psicanalítica

A psicoterapia psicanalítica nasceu para aliar a psicanálise com a psicologia, a medicina e a psiquiatria, enriquecendo a pesquisa e a produção de conhecimento⁴. Os objetivos da psicoterapia de orientação analítica são, entretanto, mais circunscritos e, conseqüentemente, menos ambiciosos do que aqueles de um tratamento por análise¹⁰, sendo relevante apresentá-los separadamente.

Parece necessário, portanto, fazer a ressalva de que o objetivo da psicoterapia psicanalítica seria o tratamento focado no conflito atual do paciente. Mesmo considerando que há relação entre o conflito primário e o conflito atual, na psicoterapia psicanalítica os conflitos são tratados com algum grau de independência. Neste caso, o objetivo seria possibilitar ao indivíduo a ampliação do entendimento sobre seu funcionamento, a que, por sua vez, acarretaria o uso de defesas mais maduras e a melhora do padrão das relações objetais; a psicanálise, ao contrário, tem por objetivo a elaboração do conflito primário¹¹. Segundo Kernberg¹², o objetivo da psicanálise seriam as alterações da estrutura – a integração dos conflitos inconscientes recalcados ou dissociados no ego consciente –, enquanto o objetivo das psicoterapias psicanalíticas seria a reorganização parcial da estrutura psíquica num contexto de mudanças sintomáticas significativas.

A literatura a respeito dos objetivos terapêuticos para a psicoterapia psicanalítica é escassa e desatualizada, ao passo que a literatura sobre esse tema em análise é abundante. Assim, o psicoterapeuta psicanalítico pode se beneficiar da literatura disponível sobre análise para formular objetivos terapêuticos para a sua prática. Para justificar a validade da importação dos conceitos da técnica analítica para a prática psicoterápica, recorre-se a Green:

Vemos bem que o polimorfismo da população de pacientes que estão em psicoterapia com psicanalistas e que não se contentam em receber ajuda de outros, a não ser de analistas, constitui uma população original e única em que um autêntico trabalho psicanalítico pode, às vezes, se dar. Pode-se concluir que o aprendizado da psicoterapia exercida por um psicanalista é uma necessidade nova na formação do psicanalista.¹³

Nas diferenciações entre a análise propriamente dita e a psicoterapia psicanalítica, sabe-se que a primeira se caracteriza por ser um processo mais longo e profundo de autoconhecimento, o qual promove mudanças estruturais para a vida toda. Já a psicoterapia psicanalítica trata de pontos de urgência, é mais breve e promove mudanças circunstanciais. De qualquer maneira, como o próprio Green mencionou acima, mesmo em uma psicoterapia, um trabalho autenticamente psicanalítico pode às vezes se dar... Para ele, a psicoterapia nasce essencialmente da impossibilidade de se pôr em prática uma situação que respeite as exigências do modelo¹³. E isso pode ocorrer por diagnóstico, problemas financeiros, ou pelo simples desejo do contratante. Pesquisas de resultados têm demonstrado a efetividade de ambas as formas de tratamento para os distúrbios emocionais^{14;15;16;17;18;19;20;21}.

A separação conceitual entre o que seria uma psicanálise “propriamente dita” e uma psicoterapia de orientação analítica vem sendo tratada de forma cada vez menos radical nos meios psicanalíticos²². Os critérios externos utilizados para definir a psicanálise (uso compulsório do divã, mínimo de quatro sessões semanais, emprego sistemático de interpretações transferenciais...) estão cedendo lugar a critérios intrínsecos (acessibilidade do paciente a seu inconsciente e capacidade de processar mudanças psíquicas, por exemplo). Embora existam diferenças óbvias entre psicanálise e psicoterapia a zona de interseção entre ambas vem se ampliando notoriamente. Sendo assim, não parece haver motivo suficiente para que um psicoterapeuta psicanalítico não possa se munir de postulados teóricos da psicanálise e de suas recomendações, embora fique a ressalva de que não se trata de tratamentos indiferenciados.

As teorias clássicas

A seguir, serão apresentadas teorias tradicionalmente estudadas no meio psicanalítico no que diz respeito aos objetivos terapêuticos propostos por elas. No recorte deste trabalho, dada a limitação de espaço, recorre-se a cinco autores selecionados pela relevância clínica de suas teorias e pela pluralidade conceitual que representam: Freud, Klein, Bion, Winnicott e Kohut.

Freud

Tornar consciente o inconsciente sempre foi e continua sendo um dos principais objetivos do tratamento psicanalítico. Essa fórmula, originária do modelo topográfico da mente, foi reformulada como “onde estava o id, ali estará o ego”²³, articulando a ideia de que preencher as lacunas mnêmicas seria o objetivo central dos tratamentos psicanalíticos. Freud também descreveu a capacidade adquirida ou aumentada do paciente de amar e trabalhar²⁴ como um objetivo terapêutico. Embora Freud tenha escrito, ao longo da sua vasta obra, inúmeros textos relevantes para a presente revisão, esta se aterá ao texto de 1937, “Análise terminável e interminável”.

Freud descreve a finalidade de um tratamento analítico como sendo a libertação de alguém de seus sintomas, inibições e anormalidades de caráter neurótico, ou seja, para ele, o analista trabalha para devolver ao paciente grande parte de sua independência, despertar seu interesse pela vida e ajustar suas relações com as pessoas que são importantes para ele²⁴. Outra conquista considerada por Freud acontece quando o paciente é capaz de se apropriar de sua melhora, vencendo as resistências que a doença revela quando está prestes a ser dominada²⁴. Afinal, costuma-se comentar e justificar imperfeições nas pessoas com o argumento de que suas análises não foram terminadas. A respeito dos objetivos e marcadores de uma análise bem-sucedida, ele escreve:

(...) em primeiro lugar, que o paciente não mais esteja sofrendo de seus sintomas e tenha superado suas ansiedades e inibições; em segundo, que o analista julgue que foi tornado consciente tanto material reprimido, que foi explicada tanta coisa ininteligível, que foram vencidas tantas resistências internas, que não há necessidade de temer uma repetição do processo patológico em apreço.²⁵

A partir desse argumento, pareceria que a tarefa seria da ordem do impossível e que, para se obter algum sucesso, ter-se-ia de empreender análises intermináveis ou demasiadamente longas. Nesse sentido, Freud pergunta-se: é possível que o tratamento analítico promova normalidade psíquica absoluta? E por acaso, isso existe? Assim, concluir que a alta ou o término do tratamento estejam ligados a alcançar os objetivos firmados no contrato – ou seja, transformar queixas e pedidos de ajuda em demanda para tratamento – parece razoável e esperado.

Outro importante fator considerado na teoria freudiana para a análise de resultados terapêuticos se refere ao tipo de sofrimento do paciente, à estrutura psicopatológica e à etiologia da doença (endógena – pulsões resistentes; exógena – trauma). A única análise que poderia ser completamente terminada seria a que se dispõe a tratar fatores exógenos ou traumáticos, a qual substitui a resolução do trauma criadora de sintomas e inibições por outra mais adequada. O problema reside na ausência de um caráter profilático para tais tratamentos, pois a saúde do indivíduo dependeria em princípio de que sua vida fosse poupada de quaisquer acontecimentos penosos.

Assim, questiona-se: seria objetivo de um tratamento psicanalítico livrar o paciente de qualquer moléstia emocional até o fim de sua vida? Acredita-se que, para um tratamento ser bem-sucedido, o paciente, após a alta, não pode adoecer, atralhar-se ou deprimir-se? Quando se fala em melhora ou cura como um objetivo terapêutico, pode ser útil tomar de empréstimo as experiências das outras modalidades de tratamento. Quando um pneumologista cura uma pneumonia, por exemplo, há alguma garantia de que essa doença não acometerá aquele paciente novamente? Seria coerente, então, falar de

profilaxia psíquica? Ao separar a noção de cura das ideias de prevenção e estabilidade dos resultados, Freud dá um grande passo para conceituar o objetivo de um tratamento.

O caráter preventivo e permanente que variadas pesquisas de *follow-up* buscam como indicador de um tratamento bem-sucedido, assim como a opinião geral da sociedade, segundo Freud, é o que pode acabar ofuscando o estabelecimento dos objetivos do tratamento. Se terapeuta e paciente estão lidando com forças pulsionais que devem ser amansadas, conteúdos inconscientes que devem emergir e inibições que devem ser vencidas, mas essa luta toda deve ocorrer à mercê das intempéries da vida, a ideia de profilaxia produz algo como um curto-circuito de conceitos. Quando o objetivo está associado a uma conquista permanente, não parece ser possível diferenciar fantasia de cura de objetivos terapêuticos. O objetivo da análise para Freud, em 1937, era fazer com que o sujeito tivesse direito de participar da vida²⁴.

A vida em si pode enfraquecer o eu de diversas maneiras, como por exaustão, acidente ou doença. Nesses casos, a pulsão pode renovar suas exigências de formas mais ou menos traumáticas. Para Freud, o tratamento deveria então: 1) capacitar o eu para atingir certo grau de maturidade que lhe permita revisar antigas repressões geradas na primeira infância, 2) substituir medidas de defesa primitivas criadas por um eu imaturo por mecanismos de maior firmeza e confiabilidade, 3) trocar repressões inseguras por controles egossintônicos confiáveis e, finalmente, 4) recrutar no potencial para a saúde do paciente ferramentas para enfrentar tanto o ambiente em si, que clama por adaptação, quanto a reação do eu e de suas pulsões a esse mesmo ambiente.

Ademais, prevenir significa antecipar conflitos que não estão na demanda atual do paciente. Para que a regra essencial da abstinência seja preservada, não se deve criar material no campo analítico que não tenha sido trazido pelo paciente, pois demandas unilaterais criam um clima inamistoso e prejudicial à transferência²⁴. Em suma, para Freud, o tratamento psicanalítico pode resolver os sofrimentos neuróticos, mas jamais os infortúnios da vida.

Klein

A contribuição de Melanie Klein selecionada no recorte desta revisão refere-se ao artigo de 1950, “Sobre os critérios para o término de uma psicanálise”. Sua inovação teórica está no postulado de que o final da análise, como experiência emocional, oportuniza o término do trabalho com as ansiedades persecutórias e depressivas, as quais são reativadas pelo rompimento da relação analítica e oferece a finalização da elaboração das posições infantis esquizo-paranoide e depressiva²⁶.

Para a autora, posições emocionais que surgem precocemente na vida do bebê vão se interpondo ao longo do desenvolvimento, marcando o processo de saúde e/ou adoecimento. A posição esquizo-paranoide surge durante os primeiros meses de vida e é marcada por ansiedades persecutórias relacionadas a perigos e ameaças contra o eu. Essas ansiedades podem ter origem tanto interna quanto externa. À

medida que o ego se desenvolve, por volta da metade do primeiro ano, vai se criando na mente do recém-nascido o medo da ameaça ao objeto amado, que é constantemente operada pela agressividade própria do bebê. Quando os aspectos bons e ruins dos objetos e do próprio sujeito podem começar a se integrar dentro de um processo de síntese, alcança-se uma maior integração no ego e entra-se na posição depressiva. Nesse estágio, a mãe pode ser representada como um objeto total, formado por defeitos e qualidades. Essa harmonização dos aspectos dos objetos internos diminui a ansiedade persecutória, porém desenvolve um sentimento de culpa, originado nas fantasias de ataques destrutivos e de inveja. Dessa ansiedade depressiva manifesta na culpa pela agressão surge a superação da experiência de reparação, a qual é responsável pela criação da possibilidade de relações de objeto maduras e de aprofundamento dos sentimentos.

Portanto, pode-se considerar como meta principal a ser atingida dentro de um tratamento analítico alcançar e manter a posição depressiva, pois isso tornaria possível que o sujeito se identificasse com seus objetos de amor e fosse capaz de ter um relacionamento amoroso feliz, ficar satisfeito com a maternidade/paternidade, conquistar sua independência, desenvolver amizades ao longo da vida e ser criativo. Ao se identificar com as pessoas que ama, o sujeito demonstra sua capacidade de satisfação com aquilo que pode oferecer aos outros, pois a possibilidade de se colocar no lugar de alguém exige a suspensão temporária de seus próprios interesses e ambições pessoais em prol dos de outra pessoa. Em um relacionamento amoroso feliz, deve existir, para Klein, forte apego, capacidade mútua para sacrifícios e grande habilidade para compartilhar interesses, dor e prazer. Nas questões tocantes à luta pela independência, o sujeito deve ser capaz de substituir aquele primeiro alimento, cujo símbolo é o leite materno, representante das primeiras sensações de bem-estar e segurança, por derivados adequados a cada fase da vida. Assim, a experiência do desmame deve estar analisada suficientemente até o ponto de não existir mais ódio intenso por sua privação, sob pena de o sujeito não conseguir se adaptar a outras frustrações no futuro, ficando indevidamente preso à segurança artificial da dependência. Na criatividade, a presença de um sentimento de culpa mitigado pela capacidade de reparação produz a sensação de uma ação criadora e transformadora das relações e do mundo interno dos sujeitos. As sensações de bem-estar são entendidas intrapsiquicamente como genitores bons e generosos, capazes de dar vida²⁷.

Para que a análise das ansiedades depressivas e persecutórias possa promover redução e modificação das angústias a ponto de se indicar alta ao paciente, deve ter ocorrido uma análise das experiências primitivas de luto durante o tratamento²⁶. Porém, a advertência é feita:

Mesmo que a análise retroceda aos estágios mais antigos do desenvolvimento (...), os resultados ainda assim poderão variar de acordo com a severidade e estrutura do caso. Em outras palavras, apesar do progresso feito em nossa teoria e nossa técnica, devemos ter em mente as limitações da terapia psicanalítica²⁸.

Dessa forma, os psicoterapeutas psicanalíticos reavaliam suas expectativas juntamente com Klein²⁶ e percebem como metas para o tratamento: 1) que as ansiedades persecutória e depressiva não sejam excessivas; 2) que o ego seja estável; 3) que o paciente tenha senso de realidade e profundidade (riqueza da vida de fantasia e capacidade para experienciar emoções livremente); e 4) que a vivência do término do tratamento, a dessidealização do analista e o trabalho exaustivo da transferência negativa sejam alcançados.

Bion

Bion considerava o objetivo de um tratamento a obtenção de crescimento mental, o qual não deve ser confundido com o conceito de cura que se costuma utilizar nas outras áreas da saúde. Dessa forma, sua proposta para um tratamento não se baseava no propósito de diminuir sintomas e angústias, mas na oportunidade criada pela dupla paciente-terapeuta de promover espaços mentais com cada vez mais verdade, criatividade e complexidade. Para ele, o desejo de curar era algo que se prestava mais a atrapalhar o processo terapêutico do que a ajudar. A ansiedade própria da vontade de acabar com as dores emocionais e com a sintomatologia tomava o lugar da busca pela verdade. A difícil tarefa de sustentar a abertura de espaço psíquico que promove crescimento mental poderia ser substituída pela fácil tarefa de tornar a pessoa mais adaptada ao seu meio social.

Bion acreditava que havia duas maneiras pelas quais um sujeito poderia escapar da dor mental: ou canalizando seus máximos esforços para fugir dela, ou enfrentando, experimentando, sentindo e aprendendo com ela. Esta última seria a única maneira de transformar ou modificar as frustrações^{29;30}. A propósito, as frustrações são experiências extremamente importantes para a formação dos pensamentos dentro da teoria bioniana. É a partir do encontro entre pré-concepção (como uma expectativa de algo, inata) e frustração (não realização dessa expectativa) que nasce um pensamento, quando o sujeito não opta pela fuga. No tratamento psicanalítico, o trabalho deve centrar-se na formação ou estimulação de uma mente capaz de tolerar e manejar as dores emocionais e as frustrações, o que permitirá a expansão de uma mente criativa, cada vez mais capaz de suportar a vida. O aprender com a experiência desenvolve justamente essa capacidade criadora de pensamentos, bem como o aparelho capacitado para pensá-los, propiciando a aquisição de um estilo de vida promotor de saúde emocional.

Bion entende que as relações se passam não em termos de simples amor versus ódio, mas entre emoção e antiemoção, ou seja, entre a normalidade e a patologia do amor, do ódio e do conhecimento³¹. Esses vínculos estão presentes o tempo todo e em todas as relações, sendo eles os marcadores do tipo de funcionamento mental e psicológico de cada pessoa em cada momento. As transformações seriam o objetivo principal de todo o tratamento emocional, devendo-se buscar a evolução dos diversos estágios da capacidade de pensar. As principais transformações propostas se referem a: 1) transformar conhecimento (K) em O, que seria a origem, a coisa em si mesma, e, nesse movimento, haver sempre a possibilidade da

inversão de sentido – O em K; 2) transformar elementos chamados beta (ideias coisificadas, protopensamentos destinados à evacuação) em elementos alfa (que permitem sonhos, criam capacidade para pensar e instauram a barreira consciente/inconsciente); 3) transformar quantidade em qualidade, não objetivando liquidar a dor, mas aumentar a capacidade do paciente para sofrer.

Concluindo, é importante lembrar que, além de todas as intervenções técnicas do terapeuta, baseadas nos elementos explicitados anteriormente, para Bion, uma identificação bem-sucedida com a pessoa real do analista é de fundamental importância para o bom andamento do tratamento e para que os resultados alcançados adquiram o status de crescimento mental. A expressão “função psicanalítica da personalidade” remete ao aprender com a experiência, no caso, com a experiência terapêutica. O grau de sucesso de um tratamento depende de algo ter se criado e seguido em andamento, em construção e em expansão na mente do paciente mesmo depois que a terapia/análise esteja encerrada.

Winnicott

As contribuições de Winnicott conseguiram expandir e renovar a teoria clássica com a mesma intensidade com que o autor lutou para mantê-la viva em sua originalidade.

Ao praticar psicanálise, tenho o propósito de me manter vivo, me manter bem, me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem. Uma vez iniciada uma análise espero poder continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la³².

Como primeiro objetivo de um tratamento, o autor indica que todo o processo terapêutico deve visar a seu fim. Os psicoterapeutas responsáveis avaliam-se constantemente quanto a sua capacidade para manter pacientes em tratamento, evitando abandonos e analisando tanto material inconsciente quanto possível. Deve-se admitir ser infinita a necessidade do terapeuta de investigar, construir e reconstruir histórias e fantasias junto com os pacientes de acordo com as diversas teorias que acaba aprendendo ao longo do seu desenvolvimento profissional. Eis o paradoxo do treinamento de todo o terapeuta: deve aprender a manter seus pacientes, mas, ao mesmo tempo, precisa desejar que seu trabalho chegue ao fim no menor tempo possível; também se espera que não se façam muitos estragos ao longo desse percurso. Os objetivos são do paciente e o mérito também. Diz o autor: “Sempre me adapto um pouco às expectativas do indivíduo, de início. Seria desumano não fazê-lo. Ainda assim, me mantenho manobrando no sentido de uma análise padrão”³².

Para Winnicott³³, é possível fazer diversos tipos de psicanálise. Com o paciente que preenche os critérios clássicos de analisabilidade (condições de *insight* e enfermidades neuróticas), trabalham-se

fantasias inconscientes, padrões de relacionamento e funcionamento defensivo por meio da neurose de transferência e da abstinência do terapeuta. Para os demais, adapta-se a técnica. Durante sua prática clínica e no decorrer de suas contribuições teóricas, Winnicott acabou expandindo consideravelmente as indicações técnicas e as recomendações éticas para a clínica psicanalítica. demovido por seu interesse pelas fantasias que os pacientes mostravam a respeito de suas próprias formas de organização mental, criou uma nova ferramenta e uma nova ênfase para os terapeutas utilizarem e considerarem em seus trabalhos com diferentes tipos de pacientes³³. Nesse sentido, classificou as formas de trabalho da seguinte maneira: existem momentos ou tipos de patologia que fazem o terapeuta ter de trabalhar **como** um analista e outros nos quais o terapeuta **realiza** a psicoterapia psicanalítica:

Se nosso objetivo continua a ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim?³⁴

Para ele, o trabalho terapêutico acaba modificando o eu do paciente de diversas formas. Daí sua insistência em que os terapeutas sejam sujeitos discretos e simples nas vidas de seus pacientes. Levando em consideração a ideia heideggeriana da continuidade da própria existência, acreditava que os seres humanos nasciam dotados de um impulso para o desenvolvimento que, quando não atrapalhado por provisões ambientais falhas, levava o sujeito adiante. Criou, então, uma teoria de objetos rumo à independência,³⁵ preceito que se repetiria durante a psicoterapia.

Nos primeiros momentos da dependência absoluta, quando não há diferenciação entre eu e não eu, constrói-se uma experiência de ilusão por meio de uma mãe identificada com seu bebê e que satisfaz completamente suas necessidades. Tem-se uma unidade. Pela repetição dessas vivências, o bebê sente-se criador de suas experiências, no controle de sua satisfação – onipotência. Desse modo, pela ilusão, cria-se o objeto subjetivo. Nesta fase, algo chamado mundo interno é constituído³⁶. No tratamento, essa é uma fase especial caracterizada pelo sucesso logrado com a instalação de um tratamento psicanalítico padrão, o qual, sendo bem feito, recobre o eu de força para enfrentar os períodos de resistência.

Em um segundo momento, a desilusão é que acaba instaurando a realidade e, com ela, o objeto objetivamente percebido. Nesse caminho, a agressão ocupa um papel especial ao fundar a realidade, pois é parte componente do impulso amoroso primitivo. No início da vida, a agressão é motilidade, iniciativa, um desejo de possuir o objeto. Se a agressão traz destruição nessa fase, é sempre incidental e secundária à satisfação do impulso amoroso. No início, o papel da mãe-ambiente é tolerar essa derivação da energia – o ataque. Pouco a pouco, oferecendo resistência ou oposição, inaugura-se a percepção eu-não eu. Quando isso ocorre no momento adequado, que é sempre após a experiência de fusão, funda o descobrimento, por parte do bebê, de seus limites. Os impulsos passam a ser percebidos como algo

proveniente de seu interior, e passa a haver diferença entre força vital e agressão. Começa a experiência dos sentimentos de ambivalência, culpa e reconstrução. Nessa fase, algo chamado realidade compartilhada se constitui³⁶. Na terapia, quando a confiança na dupla está estabelecida, inicia-se um processo de experimentação rumo à independência do eu. Para isso, o eu precisa ter sido anteriormente fortalecido para não depender, necessita ser livre e poder reconhecer a fonte dessa energia dentro de si.

Por fim, chega-se ao objeto transicional, que não é algo alucinado, pois tem materialidade; forma parte do mundo externo, porém não é qualquer objeto fortuito e singular, já que deve ser eleito como tal. É a primeira aquisição não eu do bebê. É um paradoxo que não deve ser corrigido, pois é um objeto da realidade, visto por todos, mas que não é visto por todos nas características e significados que contém para seu dono. É da mente e é do mundo. Nesta fase, algo chamado criatividade se constitui³⁶. No trabalho terapêutico, finalmente, o eu de um paciente independente começa a experimentar suas características e formas de viver e se organizar. Isso não significa estar livre de sintomas, mas livre de defesas imaturas e da patologia incapacitante, o que permite ao paciente retomar o rumo natural do desenvolvimento.

Kohut

Professor de metapsicologia freudiana, Kohut fez de suas ideias sobre o narcisismo, a denominada psicologia do *self*, uma ferramenta útil para a clínica contemporânea.

O conceito de *self* objetal é importante para a clínica porque influencia a percepção da relação transferencial dentro desta teoria. Para Kohut, o bebê não nasce sentindo ódio e raiva, privado de satisfações. Ele nasce otimista. Para o autor, a ênfase está colocada menos nas fantasias e mais na relação com as pessoas de verdade, as quais formarão a unidade primitiva *self*-objeto³⁷. Na sua teoria sobre o desenvolvimento, existe um bebê que necessita de experiências de satisfação que promovam nele a sensação de perfeição. Em seguida, por meio de experiências de frustração, essa sensação de perfeição é abalada de maneira irremediável. A sensação de impotência de ser alguém pequeno e cheio de necessidades que desesperadamente necessita do ambiente para sobreviver implora pelo não abandono da ilusão de perfeição. Esse acontecimento toma então dois rumos: quando o bebê se exhibe aos pais, recebendo em troca sua admiração e satisfação pelo exibicionismo, tem em retorno a construção do *self* grandioso; quando as necessidades do bebê são satisfeitas, são os pais que se oferecem como destinatários da perfeição na formação da imago parental idealizada³⁷.

Nas patologias narcísicas ou na sintomatologia narcísica, o que se verifica é um ambiente que não consegue sintonizar com as necessidades de perfeição e exibicionismo do sujeito, que não se presta a ser o reservatório de perfeição, que frustra repetidamente. Com um trauma desse porte, a internalização fica prejudicada, o *self* grandioso (ambições) e a imago parental idealizada (ideais) não são devidamente integrados à personalidade do sujeito³⁷ e acabam restando em estado inalterado, como uma fantasia

arcaica inconsciente, pressionando constantemente o sujeito e modificando seu jeito de ser e conviver no mundo. Não ter um modelo é sentido como um vazio (depressão), e o modelo precisa ser sempre buscado desde fora, ao contrário do que acontece com a experiência da imago parental idealizada, a qual, quando é integrada à personalidade adulta, promove desde dentro os ideais norteadores do sujeito³⁸.

Kohut³⁹ descreve realizações e atitudes que o eu deve empreender ao longo da construção da personalidade – as transformações do narcisismo. A expansão do amor objetal, aquisição gradual do desenvolvimento, estaria permeada pelo desenvolvimento da criatividade, capacidade de empatia, capacidade para encarar sua própria transitoriedade, senso de humor e sabedoria.

Para a psicologia do *self*, os tratamentos não têm por objetivo tratar conflitos, mas déficits. O objetivo terapêutico pretendido é o de trabalhar nos déficits do desenvolvimento do sujeito em relação às transformações de seu narcisismo ou parada no desenvolvimento de tais transformações, que podem estar podadas em função da falta de um ambiente sensível e empático. Os pacientes buscam em seus terapeutas apoio, sentimento genuíno de orgulho em relação aos êxitos e conquistas e capacidade de refletir acerca das qualidades desses resultados. Os objetivos do tratamento dizem respeito a promover uma internalização transmutadora. Implicam refazer com o paciente essa sintonia ambiental por meio de interpretações e reconstruções empáticas. A repetição das interpretações, reconstruções, frustrações (na medida certa), interrupções, ansiedades acalmadas, confiança e o trabalho nas transformações do narcisismo vão produzindo mudanças internas e criando reservatórios de energia que trazem força ao *self* do paciente. Em relação à imago parental idealizada, o objetivo é ter ideais mais claros, uma melhor percepção do futuro, do que o sujeito gostaria de ser e crer tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Quanto ao *self* grandioso, o objetivo consistiria em transformar algo primitivo e arcaico em ambições mais maduras e apropriadas e, assim, o paciente sentir-se confortável com suas ambições. Com essas transformações, o que se espera é um sujeito que sinta mais prazer em suas ações e em seus êxitos.

Atualidades na literatura sobre objetivos terapêuticos

Recentemente, os psicanalistas suecos Wezbart e Levander⁴⁰ realizaram um estudo qualitativo a respeito das vicissitudes das ideias de cura de analisandos e seus analistas, de como a dupla lida com as incompatibilidades inevitáveis dessas ideias e de como essas diferenças influenciam o processo psicanalítico, considerando cura como um dos possíveis objetivos terapêuticos. Emergiram das entrevistas nove distintos conceitos de cura para pacientes e analistas: 1) refazer-se, corrigir-se e construir-se por inteiro; tornar-se uma nova pessoa em um mundo novo, 2) refazer o desenvolvimento por meio da regressão; novo começo, 3) repetir o trauma ou aproximar-se do que é perigoso e do que está encapsulado com o objetivo de encontrar uma saída melhor, 4) recuperar algo perdido ou faltante no passado; resgatar o paciente, 5) entender e perceber conexões, encontrar explicações e obter novas perspectivas, 6) fazer o trabalho analítico, ou deixar o analisando fazer o trabalho, sem ajuda do terapeuta (todos os analisandos

entrevistados desejavam fazer eles próprios a maior parte do trabalho na análise), 7) fortalecer a capacidade do analisando de lidar com os problemas; apoiar as capacidades do ego, 8) valorizar a estrutura analítica e suas particularidades (os analisandos e analistas entrevistados acreditavam que um componente importante da cura seria a apreciação da atitude analítica como um todo – frequência, continuidade, regularidade, neutralidade, abstinência, atenção flutuante), 9) gostar ou apreciar um ao outro (analisandos e analistas descreveram como fundamental para a cura a relação e a combinação pessoal da dupla – paciente e terapeuta terem um senso de humor semelhante, desafiarem-se um ao outro a experimentar emoções, serem compatíveis e colaborativos). Outro dado interessante do estudo foi o de que, apesar de os analistas desejarem conduzir uma “análise padrão” ao início dos tratamentos, os analisandos expressaram medo de que isso ocorresse e expressaram seu desejo de evitar um tratamento desse tipo; os analistas que relutantemente abandonaram seus objetivos iniciais quanto a uma análise padrão reconheceram que os objetivos terapêuticos que haviam traçado inicialmente para seus pacientes – mudança intrapsíquica, aumento da capacidade de autorreflexão e de padrões interpessoais mais adaptativos – foram alcançados.

A tentativa de pesquisar quantitativa ou qualitativamente este tema é rara, e este foi um dos poucos estudos encontrados neste sentido. Mesmo valorizando sua relevância, o estudo parece abordar de forma indiscriminada a cura e as ferramentas utilizadas pela dupla terapêutica para atingir seus objetivos.

Ancorado em Bion e Lacan, Lander⁴¹ defende que o objetivo terapêutico não deve ser guiado simplesmente pela cura sintomática ou pelo aumento da capacidade de amar e trabalhar, como defendia Freud. Para Lander⁴¹, a melhora ocorreria quando o sujeito aceita ser o que ele é, quando encontrou e aceitou seu fantasma sexual (fantasias sexuais criadas na primeira infância que, quando não patologizadas pelo paciente e pelo terapeuta, perdem o poder de produzir sintoma e passam a produzir satisfação) e aceitou suas limitações e incompletudes. Um tratamento termina, idealmente, quando o analista não mais ocupa o lugar de sujeito de suposto saber e aparece também como um sujeito limitado e incompleto. Isso significa que o sujeito aceita sem conflito e sem culpa as marcas indelévels da infância que resultaram na formação de seu caráter.

Determinar objetivos terapêuticos baseando-se na resolução do sintoma também é algo questionado por Ogden e Gabbard⁴². O desejo intrínseco de curar o paciente, sempre presente no campo analítico, é afetado pelas demandas de melhora rápida e pela pressão de demonstrar eficácia no trabalho do analista, fazendo com que ele acabe dirigindo suas intervenções diretamente aos sintomas. O analista que intenciona acabar com os sintomas pode ser percebido pelo paciente como coercitivo, o que pode intensificar a necessidade do paciente de se agarrar ao sintoma. Para os autores, o paciente que inicia uma análise traz a sensação inconsciente de “não ser ele mesmo”. Assim, embasando-se em Bion, afirmam que ajudar o paciente a melhorar seria ajudá-lo a sonhar (a se engajar em um trabalho psicológico produtivo

inconsciente com suas experiências prévias não pensadas/não sonhadas), a tornar-se ele mesmo. O objetivo da psicanálise, nesta perspectiva, estaria focado na verdade, não no sintoma.

Para Ferro⁴³, a melhora se dá pela relação entre uma mente que necessita de outra mente para se desenvolver. O tratamento deve se prestar para encontrar as falhas intersubjetivas da experiência do paciente, reparar as feridas e possibilitar o surgimento de maior capacidade para a saúde. O terapeuta deve ser dotado de uma capacidade criativa, de um aparato para sonhar os sonhos, e deve ser capaz de criar uma narração figurativa que dê sentido às experiências até então desterritorializadas na história da pessoa.

Há ainda autores contemporâneos que se debruçaram sobre a tarefa de estabelecer objetivos terapêuticos, especificamente para a psicoterapia psicanalítica breve, como Braier⁴⁴. Para este autor, os objetivos terapêuticos seriam atingidos pela obtenção de *insights* quanto à problemática focal, a resolução do foco, a melhora sintomática, a consciência da enfermidade, a recuperação da autoestima, a formulação de projetos para o futuro e por modificações favoráveis na vida sexual, nas relações de casal, no estudo, no trabalho e no lazer.

Em suma, mesmo que muito ainda precise ser feito no sentido de atualização dos critérios classicamente propostos, é válida a tentativa de recorrer aos autores clássicos quando se deseja conceituar fenômenos complexos como este. Entretanto, deve-se seguir constantemente investigando e atualizando a compreensão deste fenômeno por meio de estudos empíricos, clínicos e teóricos, tendo em vista que, desde seus tempos mais remotos, a psicanálise defronta-se com o trabalho de adaptar sua técnica às novas condições⁴⁵.

Considerações finais

Tendo em vista os conceitos analisados nesta revisão, parece impossível priorizar um autor em detrimento de outro, afirmar qual escola seria mais capaz de traçar objetivos terapêuticos para os pacientes de hoje em dia. As diferenças existentes nas variadas escolas revisadas parecem refletir a diversidade de casos atendidos nos consultórios. É preciso ter ciência da delicadeza inerente ao trabalho do analista/terapeuta, bem como da sutileza envolvida no bem-estar e na saúde das pessoas. Talvez, a ética seja o ponto chave que pode ser absorvido da presente revisão. Embora ele não fale especificamente de ética para a psicanálise, para Deleuze⁴⁶, a ética busca fundamentar o bom modo de viver através do pensamento humano e se diferencia da moral, a qual persegue a obediência a normas, tabus ou mandamentos culturais.

Portanto, é fundamental que o treinamento de todo o psicoterapeuta inclua o estudo das variadas teorias psicanalíticas com seus preceitos (as normas, ligadas à moral). Eles aprimoraram os atendimentos prestados e já trouxeram benefícios à saúde de muitos. Todavia, para além das normas, fica premente a necessidade de se falar sobre a ética dos tratamentos. Figueiredo⁴⁷ aponta que o vasto arcabouço

psicanalítico restringe e modula as considerações técnicas na prática clínica, mas exige que se conceda um maior relevo à posição do terapeuta para que o trabalho ocorra. E é por isso que defende um deslocamento das questões técnicas para as questões éticas. Não significa dar maior valor ao papel do terapeuta, mas sim de instrumentá-lo melhor para a tarefa.

Todos os autores aqui citados parecem demonstrar uma preocupação genuína com seus pacientes. Entende-se, assim, que para cada sujeito e suas dores existem recursos técnicos disponíveis para transformar doença e prisão em potencial para saúde e libertação.

Troca-se a busca da cura nos pacientes e o desejo de que eles melhorem pela busca de um desejo no terapeuta de portar-se bem, manter-se atento e vivo dentro do tratamento – essa é a ética do trabalho terapêutico. Tem-se de contar com um paciente que tenha paciência com o terapeuta e com suas limitações. O terapeuta deseja realizar um bom trabalho e almeja ter sucesso. O sucesso, entretanto, parece ser dos pacientes que, sessão após sessão, entram nos consultórios em uma contagem regressiva paradoxal: quanto mais conhecem seus terapeutas e quanto mais próximos deles ficam, mais chegam perto do fim. Cada sessão é uma a menos. Durante o treinamento de um psicoterapeuta, a preocupação legítima com a melhora e o fim do tratamento continua sendo de intensa relevância e requer de grande delicadeza, pois pensar em objetivos terapêuticos tende a trazer sentimentos de utopia e pessimismo.

Espera-se que, em contrapartida, o sentimento despertado com esta leitura tenha sido o de curiosidade.

Referências

1. Bion WR. Conversando com Bion. Rio de Janeiro: Imago; 1992. p. 127.
2. Roudinesco E. Por que a psicanálise? Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2000.
3. Kehl MR. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
4. Lipovetsky G. O Império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
5. Lipovetsky G. Os tempos hipermodernos. São Paulo: Barcarolla; 2007.
6. Barret MS, Chuaw J, Crists-Christoph P, Gibbons MB, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Teory, Research, Practice, Training*. 2008; 45: 247-267.
7. Wallerstein RS. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: raízes históricas e situação atual. In: Eizirik C, Aguiar R, Schetatsky S (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 43-57.
8. Philips B, Wennberg P, Werbart A. Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*. 2007; 80: 229-45.

9. Hunsley J, Aubrey TD, Vestervelt CM, Vito D. Comparing therapist and client perspective on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*. 1999; 4: 380-388.
10. Romanowski R, Escobar J, Sordi RE, Campos M. Níveis de mudança e critérios de melhora. In: Eizirik C, Aguiar R, Schetatsky S (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 376-384.
11. Eizirik CL, Hauck S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: Cordioli AV (Org.). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 151-166.
12. Kernberg O. *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica*. Lisboa: Climepsi; 2006.
13. Green A. *Orientações para uma Psicanálise Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; 2008. p. 42.
14. Bachrach HM, Weber JJ, Solomon M. Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations). Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). *International Review of Psychoanalysis*. 1985; 12: 379-388.
15. Kachele H. Clinical and scientific aspects of the Ulm Process Model of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*. 1988; 69: 65-73.
16. Rudolf G, Manz R, Ori C. [Results of psychoanalytic therapy]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*. 1994; 40(1): 25-40.
17. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: A Review of Findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *International Journal of Psychoanalysis*. 2000; 81(5): 921-42.
18. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*. 2005; 86: 841-68.
19. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*. 2008; 300(13): 1551-65.
20. Knekt P, Lindfors O, Sares-Jäske L, Virtala E, Härkänen T. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2012. May 8. [Epub ahead of print].
21. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012; 200(11): 946-53.
22. Zimerman DE. As transformações no perfil do paciente, do analista e do processo psicanalítico. Para onde vai a psicanálise? In: *Manual de Técnica psicanalítica: uma revisão*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 17-30.
23. Freud S. Novas conferências introdutórias à psicanálise. Conferência XXXI: a dissecação da personalidade psíquica (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago; 1976. (Originalmente publicado em 1933). p. 102.
24. Freud S. Análise terminável e interminável (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago; 1976. (Originalmente publicado em 1937).

25. Freud S. Análise terminável e interminável (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago; 1976. (Originalmente publicado em 1937). p. 250.
26. Klein M. Sobre os critérios para o término de uma psicanálise (Inveja e gratidão e outros trabalhos). Rio de Janeiro: Imago; 1991. (Originalmente publicado em 1950).
27. Klein M. Amor, culpa e reparação (Amor, culpa e reparação e outros trabalhos). Rio de Janeiro: Imago; 1996. (Originalmente publicado em 1937).
28. Klein M. Sobre os critérios para o término de uma psicanálise (Inveja e gratidão e outros trabalhos). Rio de Janeiro: Imago; 1991. (Originalmente publicado em 1950). p. 67.
29. Bion WR. Elementos de psicanálise, Cap. XIII. Rio de Janeiro: Imago; 2004. (Originalmente publicado em 1963).
30. Bion WR. Transformações: mudança do Aprendizado ao Crescimento, Cap. I. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1984. (Originalmente publicado em 1965).
31. Bion WR. Aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1966. (Originalmente publicado em 1962).
32. Winnicott DW. Os objetivos do tratamento psicanalítico (O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional). Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. (Originalmente publicado em 1962). p. 152.
33. Winnicott DW. Desenvolvimento emocional primitivo (Textos selecionados: da pediatria à psicanálise). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1988. (Originalmente publicado em 1944).
34. Winnicott DW. Os objetivos do tratamento psicanalítico (O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional). Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. (Originalmente publicado em 1962). p. 155.
35. Winnicott DW. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional). Porto Alegre: Artes Médicas; 1983. (Originalmente publicado em 1963).
36. Pelento ML. Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensameinto de D. Winnicott. Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. 1985; 11: 189-197.
37. Kohut H. Como cura a psicanálise? Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
38. Schneider J. Objetivos terapéuticos y criterios de curación en la obra de Heinz Kohut. Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. 1985; 11: 119-141.
39. Kohut H. Self e narcisismo. São Paulo: Imago; 1984.
40. Wezbart A, Levander S. Vicissitudes of ideas of cure in analysands and their analysts: a longitudinal interview study. International Journal of Psychoanalysis. 2011; 92: 1455-1481.
41. Lander, R. (2007). The mechanisms of cure in psychoanalysis. Psychoanalytic Quarterly, 76, 1499-1512.
42. Ogden T, Gabbard G. The cure of the symptom in psychoanalytic treatment. Journal of the American Psychoanalytic Association. 2010; 58: 533-544.

43. Ferro A. Fatores de doença e fatores de cura: a gênese do sofrimento e da cura psicanalítica, Cap. I. Rio de Janeiro: Imago; 2005.
44. Braier E A. Psicoterapia breve de orientação analítica. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
45. Freud S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago; 1976. (Originalmente publicado em 1919).
46. Deleuze G. Espinosa: Filosofia Prática. São Paulo: Editora Escuta; 2002. (Originalmente publicado em 1970).
47. Figueiredo L C. Presença, Implicação e Reserva. In: Figueiredo L C, Coelho Júnior N (Orgs.). Ética e técnica em Psicanálise. São Paulo: Escuta; 2000.

Correspondência

Marina Bento Gastaud

Rua Comendador Caminha 312/205 - Moinhos de Vento

90430-030 Porto Alegre (RS)

marinagastaud@hotmail.com

Submetido em 14/07/2013

Devolvido aos autores em 18/09/2013

Retorno dos autores em 24/09/2013

Aceito em 16/10/2013