

**TÉCNICA PSICANALÍTICA:
DA DISCUSSÃO TEÓRICA À PRÁTICA CLÍNICA**

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOTERAPIA, DINÂMICA DE
GRUPO E PSICODRAMA – SOB RAP REGIONAL JUIZ DE FORA**

ADRIANA KELMER SIANO

**TÉCNICA PSICANALÍTICA:
DA DISCUSSÃO TEÓRICA À PRÁTICA CLÍNICA**

JUIZ DE FORA
2011

ADRIANA KELMER SIANO

**TÉCNICA PSICANALÍTICA:
DA DISCUSSÃO TEÓRICA À PRÁTICA CLÍNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Sociedade Brasileira de Psicoterapia, Dinâmica de Grupo e Psicodrama – SOBRAP Regional Juiz de Fora, como requisito parcial para conclusão do Curso de Formação em Psicanálise – Ciclo Avançado.

Orientador: Prof. Adilson Fonseca Barros

Juiz de Fora
2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIANO, Adriana Kelmer. Técnica Psicanalítica: da discussão teórica à prática clínica. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Formação em Psicanálise – Ciclo Avançado, da Sociedade Brasileira de Psicoterapia, Dinâmica de Grupo e Psicodrama – SOBRAP Regional Juiz de Fora, realizado no período de abril de 2002 a dezembro de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Adilson Fonseca Barros
Orientador

Profª. Stetina Trani de Meneses e Dacorso
Membro convidado

Examinado em: ___/___/____.

Dedico este trabalho a todos os pacientes que, ao longo de anos, contribuíram, contribuem e contribuirão para minha formação como psicanalista.

AGRADECIMENTO

Faço um agradecimento especial ao Dr. Aluísio Batista Monteiro que me supervisionou durante vários anos no Ambulatório de Transtornos de Ansiedade; lá, estagiei como acadêmica de Medicina e, posteriormente, atuei como profissional voluntária e como residente em Psiquiatria. Seus ensinamentos e sua paixão pela Psicanálise foram o estímulo inicial para que eu seguisse o caminho que venho percorrendo como médica, psiquiatra e psicanalista.

Agradeço também a todos os professores que se dispuseram a dividir seus conhecimentos psicanalíticos com os alunos da Formação em Psicanálise; e aos didatas e diretores da SOBRAP – Regional Juiz de Fora que nos proporcionaram a riqueza de concluir este curso com qualidade. Que este caminho possa continuar sendo seguido por profissionais da área médica e de psicologia por muitos anos: vida longa à SOBRAP!

Não posso me esquecer dos profissionais que também estiveram comigo... Por quase 10 anos, estive em análise: em momentos distintos de minha vida, foram duas experiências com profissionais diferentes, essenciais na minha formação como psicanalista. Estive também sob supervisão, mas por menos tempo que em análise: pela qualidade e intensidade das sessões, não foi menos importante neste processo de formação. Muito pelo contrário: grande parte desta monografia resulta da supervisão que recebi durante a condução do caso clínico nela apresentado. A essas três “pessoas”, registro também meu agradecimento!

Por fim, obrigada aos colegas de Formação — Patrícia, Evangelista, Áurea e Humberto — pelas experiências (e dúvidas) trocadas ao longo dos anos em que estudamos juntos! Todo esforço valeu a pena!!!

*Contamos com que os estímulos que
recebeu em sua própria análise não
cessem quando esta termina.*
Sigmund Freud

RESUMO

SIANO, Adriana Kelmer. **Técnica Psicanalítica**: da discussão teórica à prática clínica. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Formação em Psicanálise – Ciclo Avançado). Sociedade Brasileira de Psicoterapia, Dinâmica de Grupo e Psicodrama – SOBRAP Regional Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

Este trabalho apresenta uma resenha de artigos freudianos sobre a técnica psicanalítica e realiza uma breve discussão sobre suas implicações na prática da Psicanálise. Traz também uma explanação a respeito de uma visão particular sobre a integração entre a Psicanálise e a Psiquiatria atual através da apresentação de um caso clínico utilizado como exemplo prático à teoria discutida. Foram trabalhados temas de destaque dentro da prática psicanalítica, como resistência e transferência, a importância das entrevistas preliminares e do divã e as questões relativas ao término da análise. Foi possível demonstrar, então, a importância do trabalho conjunto entre Psicanálise e Psiquiatria e a possibilidade de se utilizar os modernos recursos psicofarmacológicos sem influenciar o tratamento psicanalítico do paciente ao realizar o manejo adequado de sua análise. Também demonstrou a relevância que a teoria sobre a técnica psicanalítica tem no dia-a-dia do psicanalista: ainda que ele não esteja o tempo todo ligado à teoria, ela está presente o tempo todo em sua prática. Por fim, ressaltou a importância dada por Freud à análise dos profissionais que pretendem exercer a Psicanálise, o que também pôde ser evidenciado através de pequenos recortes do caso clínico exemplificativo. Sem descartar a importância de estudos teóricos, nenhum conhecimento desta ordem seria capaz de substituir o exercício da Psicanálise, que se inicia pela própria análise pessoal do futuro analista, momento em que ele estabelece os primeiros contatos com a técnica psicanalítica.

Palavras-chave: Psicanálise e Psiquiatria. Técnica Psicanalítica. Prática da Psicanálise.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO E OBJETIVO	10
2- PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA	11
3- ENTREVISTAS PRELIMINARES	16
4- O DIVÃ E A ESCUTA PSICANALÍTICA	20
5- A TRANSFERÊNCIA	23
6- AS MIL E UMA FACES DA RESISTÊNCIA	27
7- RECORDANDO, REPETINDO E ELABORANDO EM ANÁLISE	32
8- CONSTRUINDO EM ANÁLISE	35
9- SOBRE A ANÁLISE: TERMINÁVEL OU INTERMINÁVEL?	39
10- CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

1- INTRODUÇÃO E OBJETIVO

A partir do quarto período de minha graduação em Medicina comecei a acompanhar um ambulatório de Psiquiatria direcionado a pacientes com Transtornos de Ansiedade onde a supervisão dos atendimentos era realizada com bases psicanalíticas. Sem dúvida, esta experiência influenciou minha opção profissional: Residência Médica em Psiquiatria e Formação em Psicanálise.

Embora tenha acompanhado pacientes em Psicoterapia durante os anos em que me mantive naquele ambulatório, incluindo o período da Residência Médica, foi em meu consultório particular que me vi descobrindo a técnica psicanalítica. Um caso, em especial, proporcionou-me o contato gradual com temas técnicos da Psicanálise e, por isso, será utilizado aqui como exemplo prático para a discussão teórica que será apresentada.

Esta monografia tem, pois, o objetivo de apresentar uma resenha de artigos freudianos sobre a técnica psicanalítica e fazer uma breve discussão sobre suas implicações na prática da Psicanálise. Uma vez que também exerço a Psiquiatria e, na grande maioria dos casos, prescrevo aos pacientes que se encontram em análise, iniciarei com uma explanação sobre uma visão particular a respeito da integração entre a Psicanálise e a Psiquiatria atual.

2- PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA

Na primeira semana de agosto de 2004 recebi em meu consultório — através de um dos planos de saúde com os quais mantinha convênio para a prestação de serviços em Psiquiatria e Psicoterapia — um paciente com 25 anos de idade, formação superior em História, músico, solteiro e que procurou por atendimento psiquiátrico com a seguinte queixa: “há uns dois anos eu tive pânico...agora, estou sentindo umas coisas estranhas de novo”. Este paciente, que aqui será chamado de MA, já havia passado por um tratamento psiquiátrico, estritamente medicamentoso, de agosto de 2002 a agosto de 2003¹, e trouxe a demanda de psicoterapia para o tratamento atual, justificando assim sua escolha por meu nome no livro do convênio.

MA descreveu um quadro de pânico iniciado em 2002, quando apresentava episódios paroxísticos de taquicardia, sudorese fria, dispnéia e sensação de morte iminente. Antes de iniciar o tratamento psiquiátrico, passou por diversas avaliações clínicas devido ao medo que sentia de ter uma doença clínica grave. No início de 2004 voltou a apresentar episódios efêmeros de taquicardia, evoluindo com novos episódios de ansiedade paroxística, embora menos intensos que aqueles que apresentara em 2002, mantendo, entretanto, a freqüente sensação de que estava “tonto...parece que vou cair...que meu corpo vai tombar pra frente”. Relatou que tais sintomas vinham lhe trazendo limitações no dia-a-dia, fosse em momentos de lazer, em casa ou no trabalho.

Sobre sua história patológica pregressa, contou na primeira consulta que, quando criança, “caí, bati a cabeça e tive amnésia” e iniciou o uso de Fenobarbital, o qual foi mantido por um tempo que não soube especificar. Quanto a sua história familiar, disse morar com a mãe e seu irmão mais novo, adolescente; referiu-se também a uma irmã mais velha, já casada. Os três são filhos de pais diferentes e MA relatou não manter contato com seu pai. Mencionou apenas ter conhecimento sobre casos de ansiedade em familiares maternos, sem detalhes.

¹ Interessante! Neste momento, enquanto escrevo o caso, percebo que o início e o fim de seu tratamento anterior se deram exatamente no mesmo mês em que procurou pelo tratamento atual. Algo que deve ter uma importância significativa mas que, até o momento, é um dado que não apresenta nenhuma relação aparente com a história que já me relatou. (...) Não considerei conveniente apagar minha impressão anterior, mas em seguida me veio à mente uma possibilidade que tem grande relação com sua história, como poderá ser visto: agosto é o mês em que se comemora o dia dos pais!

Ao final do atendimento, prescrevi ao paciente uma medicação indicada para o tratamento dos sintomas atualmente relatados, iniciando com uma dose pequena (Paroxetina 10mg/dia) e deixando a possibilidade de aumentá-la caso fosse necessário. Propus, então, que o tratamento medicamentoso se fizesse associado a sessões semanais de Psicoterapia e, como já era uma demanda do próprio paciente, combinamos que os atendimentos continuariam na semana seguinte², sendo estabelecido um contrato inicial, conforme será descrito no próximo tópico.

Particularmente, com a sintomatologia que apresentava, relatando inclusive prejuízos no dia-a-dia, considero que seria uma opção desfavorável a MA indicar-lhe apenas a Psicoterapia e abrir mão do tratamento farmacológico ou vice-versa. Sua evolução confirmou a adequação do tratamento combinado e do não encaminhamento a outro profissional, sendo seu acompanhamento realizado por uma psiquiatra que também é uma psicanalista. Com esta avaliação conjunta, tenho mais subsídios para avaliar se suas queixas e suas melhoras são devidas à falta ou à presença de resposta ao medicamento ou uma decorrência da evolução de sua análise. Isto pode ser exemplificado pelo fato de MA não ter apresentado episódios de pânico com uma dose baixa da medicação prescrita, a qual não precisou ser reajustada ainda que sintomas isolados tenham se tornado mais evidentes em alguns momentos ao longo do tratamento. Um provável resultado da análise desses sintomas.

O primeiro atendimento de meus pacientes sempre se faz como uma consulta em Psiquiatria, ou seja, mantenho-me na posição de médica psiquiatra e não de psicanalista (refiro-me também à utilização do espaço físico do consultório: a consulta inicial sempre se dá com a mesa entre mim e o paciente). Ao final da consulta espero ter levantado algumas hipóteses diagnósticas e ter avaliado a possibilidade de indicação de Psicoterapia àquele determinado paciente — e também se esta Psicoterapia seria a Psicanálise e, se sim, se eu mesma poderia assumi-la. Sem dúvida, nem sempre tudo isso se torna claro num primeiro momento e essas avaliações continuam nas demais consultas.

Sendo MA um de meus primeiros pacientes de consultório a permanecer em análise, tive oportunidade de descobrir e vivenciar muitas novidades referentes à técnica psicanalítica ao longo de suas sessões, até mesmo com relação a minha opção pela Psicanálise. Aos poucos, fui percebendo que não era possível trabalhar

² Quando o paciente não apresenta a demanda para Psicoterapia na consulta inicial, avaliando a indicação desse tratamento, oriento-o a respeito e peço que pense sobre a possibilidade de realizá-lo além da psicofarmacoterapia, seja comigo ou com outro profissional.

com outra forma de Psicoterapia, que estava disposta a assumir e interessada nos atendimentos em Psicanálise. Assim, foi ficando mais claro para mim o perfil dos pacientes que eu assumiria como psicanalista. O atendimento a MA em muito contribuiu para esta percepção.

No segundo contato com este paciente, logo que ele entrou no consultório, mostrei-lhe que, a partir de então, os atendimentos passariam a acontecer nas poltronas; somente ao final da sessão — momento que reservo para reavaliar a conduta psiquiátrica, geralmente a cada semana até perceber a resposta ao tratamento farmacológico e, posteriormente, pelo menos uma vez por mês —, convidei-lhe para sentar-se à mesa novamente. Ele pareceu ter compreendido bem minha mensagem: nas poltronas manteríamos o tratamento psicoterápico e à mesa realizaríamos a avaliação médica, psiquiátrica.³ Neste dia, MA relatou melhora dos episódios de ansiedade e regularização do sono, antes reduzido.

Ao longo do tratamento de MA, em nenhum momento a associação de sua análise ao seu tratamento medicamentoso trouxe dificuldades no manejo de seu caso. Ainda que algumas de suas sessões possam ter se iniciado com referências a sintomas que tenham ocorrido entre uma sessão e outra ou mesmo no passado, em momento algum nos limitamos à avaliação psiquiátrica dos mesmos; sempre o convocava a buscar esclarecer o motivo desses sintomas em determinadas situações. Além disso, Freud (1996, vol. XII, p. 149) já havia ressaltado que “*o material com que se inicia o tratamento é, em geral, indiferente [...], deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará*”.

Quanto a isso, um exemplo prático: na sessão anterior àquela em que MA foi para o divã, havia lhe fornecido uma amostra grátis de sua medicação numa dosagem superior àquela prescrita e orientei para que usasse a metade do comprimido (deveria usar meio comprimido de Paroxetina de 20mg, mantendo sua prescrição de 10mg/dia). Na sessão seguinte, relatou ter se sentido mal naquela semana e inicialmente atribuiu seus sintomas a essa posologia atual, justificando que talvez pudesse ter tido um “efeito psicológico” o fato de estar usando meio

³ Considero importante realizar essa demarcação! Tenho percebido que alguns pacientes demoram um pouco para perceber a necessidade dessa “mudança de lugar”. Na verdade, saio da posição de psicanalista e assumo a de psiquiatra. Durante a primeira, qualquer relato será passível de ser analisado. Na segunda, as falas procuram ser curtas e diretas, sempre com referência a algo mais prático do tratamento — na maioria das vezes, a resposta ao medicamento. Quando surgem relatos que merecem análise, peço ao paciente para que retomemos esse assunto na sessão seguinte — embora nem sempre ele retorne tão rápido, sabemos que irá ressurgir em algum momento da análise. Também fico atenta a qualquer referência ao tratamento medicamentoso que possa ser analisada numa outra sessão.

comprimido e não um inteiro, como era de costume. Uma vez que a dose não havia sido alterada, perguntei-lhe se pensava em algo mais que pudesse ter influenciado no surgimento dos sintomas naquela semana. Rindo, afirmou ter colocado “a culpa na divã” e, então, pôde falar de sua nova experiência, como será relatado adiante.

Assim como não consigo conceber a Psiquiatria sem a Psicanálise — pois, ainda que esta não seja indicada no tratamento de determinados pacientes, servirá como instrumento para a compreensão de sua psicodinâmica —, também não vejo motivos para que certos psicanalistas demonstrem tanta resistência em encarar imparcialmente os benefícios do uso atual da psicofarmacologia. Sem dúvida, há profissionais que agem de forma extremista e se esquecem de que é possível a Psiquiatria trabalhar em sintonia com a Psicanálise. Em nenhum momento de sua obra Freud excluiu o orgânico e trabalhou apenas com a mente humana, ainda que, a partir de um determinado ponto, possa ter se dedicado muito mais aos estudos desse segundo campo. Em toda a sua obra é possível encontrar prova de tal concepção como quando escreveu, por exemplo, em seu *Esboço de Psicanálise*, de 1940 (1938), que “os fenômenos de que estamos tratando não pertencem somente à Psicologia; têm um lado orgânico e biológico também, e, por conseguinte, no decorrer de nossos esforços para construir a Psicanálise, fizemos também algumas importantes descobertas biológicas e não pudemos evitar a estruturação de novas hipóteses biológicas” (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 209).

Em 1917, no artigo *Psicanálise e Psiquiatria*, Freud (1996, vol. XVI, p. 262) afirmou que “o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras”; hoje, a isto poderíamos acrescentar que o que se opõe à psicofarmacoterapia não é a Psicanálise, mas alguns psicanalistas. Ao final daquele artigo, Freud (1996, vol. XVI, p. 262) deixou duas conclusões imprescindíveis aos psiquiatras e psicanalistas:

A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. [...] Ainda que a psicanálise se mostrasse tão ineficaz em qualquer outra forma de doença nervosa e psíquica, como se mostra ineficaz nos delírios, estaria plenamente justificada como insubstituível instrumento de investigação científica.

A experiência adquirida com a continuidade do trabalho psicanalítico que desenvolvo com meus pacientes apóia esta minha observação inicial e minha visão sobre a possível (e necessária) interlocução entre Psicanálise e Psiquiatria tem se

mantido ao longo dos anos. Embora possa parecer mais fácil atuar como psicanalista sem o auxílio da Psiquiatria do que como psiquiatra sem uma visão psicanalítica — uma vez que a Psicanálise, de alguma forma, está presente a todo tempo em minha vida —, não vejo a possibilidade de abrir mão dos avanços que vêm ocorrendo na terapêutica psiquiátrica.

Manter a eterna discussão levantada por alguns psicanalistas sobre as implicações dos psicofármacos no alívio da angústia necessária à análise, parece-me também reduzir o ser humano ao biológico: o que a medicação pode aliviar (e alivia na maioria das vezes) são os sintomas; para a angústia, inerente ao sujeito, não há remédio. É aí que se encontra o papel da Psicanálise! Se o próprio sujeito fez opção por um tratamento estritamente medicamentoso, optou por não acessar sua angústia, mas apenas aliviar seus sintomas. Como sabemos, estes sintomas poderão retornar mais tarde, ainda que sob formas diferentes, conseqüentes ao mesmo conflito psíquico não tratado. O erro está no profissional que prescreve o fármaco e não esclarece seu paciente sobre essa escolha; não na prescrição em si. Já em sua época, Freud (1996, vol. XII, p. 188) salientou que *“acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remediozinhos inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua origem quanto à sua importância prática”*.

3- ENTREVISTAS PRELIMINARES

Ao final do primeiro atendimento, estabeleci com MA um contrato parcial sobre o tratamento psicoterápico. Informei-lhe que estaríamos nos encontrando nas próximas semanas e combinamos o dia e o horário para os atendimentos que durariam, em média, 40 a 45 minutos. Esclareci que em caso de atraso por sua parte utilizaríamos o tempo restante das sessões; no caso do atraso ser decorrente do funcionamento do consultório⁴, o tempo seria compensado ao final da sessão. Combinamos também o valor das sessões que deveria ser pago ao final de cada uma delas, sendo informado sobre a cobrança caso não comparecesse a alguma sessão não desmarcada com pelo menos 24 horas de antecedência, esclarecendo que aquele horário estaria reservado para ele e não seria oferecido a outro paciente a menos que cancelasse seu atendimento.

Já em nosso segundo encontro, MA forneceu importantes dados sobre a sua história. Disse ser uma pessoa com certa dificuldade de se abrir com os outros, citando seus relacionamentos amorosos e suas amizades. Falou sobre uma ex-namorada, com quem terminou na época em que os sintomas surgiram pela primeira vez, contando que ficava muito calado nesse relacionamento e que “agüentava” as atitudes da namorada. Contou sobre seu pai, o segundo esposo de sua mãe — esta havia ficado viúva de seu primeiro esposo, pai da filha mais velha —, dizendo que ele a deixou “acho que antes de eu nascer” e que só o registrou em cartório quando já estava com 12 anos de idade; quando se reencontraram, não se sentiu à vontade com o pai. Disse considerar que a mãe os manteve afastados, deixando, às vezes, de lhe dar recados do pai; hoje, entretanto, diz não querer contato com ele. Contou que foi criado pelo padrasto — pai de seu irmão mais novo e hoje já separado de sua mãe —, dizendo ter recebido uma educação rígida e destacando a diferença que observou durante a criação do caçula; falou, então, de sua postura mais rígida com o irmão, “como se eu estivesse descontando nele”.

Com os dados obtidos até então e a forma como evoluíram os dois primeiros atendimentos, considerei que já era possível repassar o contrato com o paciente; e assim o fiz. Além de reforçar o que havia lhe dito no contrato inicial, disse-lhe que

⁴ Como por uma consulta que se prolongasse além do esperado ou, eventualmente, por uma inesperada visita de algum representante de laboratório farmacêutico. Isto porque, naquela época, não havia ainda organizado meus horários no consultório separando os dias da semana para consulta clínica daqueles para psicoterapia, como faço atualmente.

aquele era um espaço aonde poderia se sentir à vontade para falar sobre suas coisas, que ali tudo teria importância e que se de repente alguma idéia lhe viesse à mente, mesmo que parecesse não ter relação com o assunto que estivéssemos discutindo, poderia ser falada e seria importante que falasse. Disse-lhe ainda que em alguns momentos eu poderia lhe dizer coisas que fariam um certo sentido imediato e outras que poderiam parecer sem sentido algum; entretanto, pedia-lhe para que não descartasse o que eu dissesse, pois em algum dia poderia ser útil ao seu tratamento. Respondendo a uma pergunta de MA, informei-lhe ainda que não era possível determinar a duração do tratamento⁵, embora pudesse lhe adiantar que seria um trabalho longo e que ele deveria me dizer quando percebesse que poderia ter alta para que pudéssemos conversar a respeito dessa possibilidade. Como naquela época ainda não havia o divã no consultório, não fiz nenhuma menção ao mesmo — e, com isso, os atendimentos estavam muito mais vinculados a uma Psicoterapia, obviamente de orientação psicanalítica, do que propriamente à Psicanálise; e isto foi dito ao paciente.

Quando Freud escreveu *Sobre o Início do Tratamento* em seus *Artigos Sobre Técnica*, iniciou seu texto ressaltando que ali seriam apresentadas apenas algumas recomendações e não regras a serem seguidas de forma incondicional. Com a prática percebo que, embora algumas informações sejam passadas para todos os pacientes como aquelas que forneci a MA e que a conduta possa ser parecida durante as entrevistas iniciais, sendo o alvo da Psicanálise algo tão diverso, ou seja, a subjetividade, não é possível estabelecer normas invariáveis sobre a técnica psicanalítica que utilizo em meu consultório. Assim, disse ele, “*a extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza de fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica*” (FREUD, 1996, vol. XII, p. 139).

No artigo referido acima, Freud (1996, vol. XII, pp. 139 e 140) falou sobre a necessidade das entrevistas preliminares, “*o início de uma psicanálise e [que, portanto,] deve conformar-se às regras desta*”; este procedimento se realizaria entre uma a duas semanas no início do tratamento — é preciso ressaltar que suas sessões eram diárias, salvos domingos e feriados —, como uma forma de empreender “*uma ‘sondagem’, a fim de conhecer o caso e decidir se ele é apropriado para a psicanálise*”. Destacou em seguida a importância desse

⁵ “*Na verdade, a pergunta relativa à duração provável de um tratamento é quase irrespondível*” (FREUD, 1996, vol. XII, p. 143).

procedimento inicial no diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, considerando que, *“num tratamento experimental de algumas semanas, [o psicanalista] amiúde observará sinais suspeitos que possam determiná-lo a não levar além a tentativa”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 140).

Sem dúvida, as entrevistas continuaram nas sessões que se seguiram, mas não apresentavam mais essa característica inicial de definição sobre a indicação do tratamento; serviram para que MA pudesse ir fornecendo, aos poucos, mais dados sobre sua história. Todavia, considero mais importante do que realizar o relato detalhado das sessões poder ressaltar aqui que, em sua quarta sessão, relatou o que me pareceu o primeiro indício de que o tratamento seguia na direção certa e que o contrato não havia sido precipitado. MA relatou que, enquanto conversava com alguns amigos e em vista do assunto que surgiu entre eles, “pela primeira vez” sentiu a “falta” do pai, referindo-se a um sentimento de “perda” e de “abandono”, tendo mantido uma certa “angústia” durante aquela semana. Na sessão seguinte, MA falou sobre ter tido sua atenção chamada pela mãe e pela atual namorada para o fato de que estava mais irritável; disse que, na verdade, estava “mais quieto” naqueles dias e que, embora melhor, mantinha momentos de “angústia”.⁶

Freud (1996, vol. XII, p. 154) chamou a atenção para o fato de que o analista deve aguardar o estabelecimento de uma transferência antes de realizar intervenções no início do tratamento e que o primeiro objetivo seria *“ligar o paciente [ao tratamento] e à pessoa do médico. Para assegurar isto, nada precisa ser feito, exceto conceder-lhe tempo. [...Mas] é certamente possível sermos privados deste primeiro sucesso se, desde o início, assumirmos outro ponto de vista que não o da compreensão simpática”*. A este respeito, Greenson (1981, vol. I, p. 50) falou sobre a *“aliança de trabalho, que não é exatamente um procedimento técnico ou um processo terapêutico mas é necessário para ambos”*.

O surgimento desta “aliança de trabalho” pode ser verificado através de *“uma identificação temporária e parcial que o paciente estabelece com o comportamento e método de trabalho do analista”*, passando a trabalhar consigo mesmo da mesma forma como o analista vem trabalhando desde o início das sessões. A capacidade que o profissional apresenta de perceber, compreender e trabalhar o sofrimento neurótico sem julgá-lo — ou seja, a postura empática do analista — influencia o paciente a trabalhar em suas sessões. Assim, segundo Greenson, *“a aliança de trabalho é aquela parte do relacionamento com o analista que possibilita que o*

⁶ Pena que o divã ainda não estava no consultório...

paciente coopere na sessão analítica [...e é a] parte racional e intencional dos sentimentos do paciente para com seu analista que assegura a aliança de trabalho”, ou seja, é uma relação que se mostra além das reações transferenciais inconscientes, evidenciando-se como *“um fenômeno transferencial relativamente racional, dessexualizado e de-agressificado”* (GREENSON, 1981, vol. I, pp. 50, 51, 212 e 229).

MA forneceu indícios a respeito da instalação de uma “aliança de trabalho” em sua nona sessão. Ao me perguntar sobre “como é” a Psicanálise, eu lhe disse que já tinha tempo suficiente para que pudesse, ele próprio, dizer o que entendia sobre o trabalho que estávamos realizando. Suas palavras foram claras: “se alguém me perguntar, eu digo, primeiro, que você não me responde nada...às vezes, quando penso que vai falar, me faz uma pergunta...saio daqui com a cabeça até tonta...mas parece que você aqui não é para me dar resposta, mas para me guiar por um caminho para que eu encontre as minhas respostas”.

Apesar de fazer a diferenciação entre “neurose de transferência” e “aliança de trabalho”, como sendo as duas formas de reação do paciente para com o analista, Greenson destacou que esta não é uma divisão absoluta: *“a aliança de trabalho pode conter elementos da neurose infantil que irão por fim exigir análise”*. Além disso, chamou a atenção para o fato de que *“a neurose de transferência pode não só invadir a aliança de trabalho mas a própria aliança de trabalho pode ser mal-empregada como defesa para repelir os fenômenos transferenciais mais regressivos”* (GREENSON, 1981, vol. I, p. 213).

Em vista da atual conjuntura, a grande maioria dos pacientes que procuram por atendimento nos consultórios de psicanalistas não apresenta condições de manter um tratamento composto por mais que uma sessão semanal. Com isto, o estabelecimento da “neurose transferencial” é prejudicado e acabamos por trabalhar, muitas vezes, através da “aliança de trabalho” que, conforme a exposição de Greenson, merece ser analisada. É através dela que nos deparamos com os principais elementos que compõe o trabalho psicanalítico, a transferência e a resistência.

4- O DIVÃ E A ESCUTA PSICANALÍTICA

Quando MA iniciou seu tratamento, o divã ainda não estava no consultório; tão logo passou a compor o *setting* analítico, comuniquei-lhe que o divã era um instrumento que utilizaríamos durante as sessões de Psicanálise e que ele poderia utilizá-lo quando se sentisse à vontade para deitar-se nele. Apesar deste convite inicial, foi em sua décima segunda sessão que MA passou para o divã.

Naquela sessão, chegou comentando sobre um projeto cultural do qual participava e, em seguida, passou a comentar sobre um quadro novo que decorava o consultório, falando um pouco sobre artes. Quando lhe perguntei sobre o que havia lhe chamado a atenção no quadro, lembrou-se da chegada do divã ao consultório, ressaltando que “inclusive, vi chegar”, já que, por morar nas proximidades, passava próximo ao consultório no dia da entrega.

Aproveitando sua referência ao divã, recordei-lhe de que já havia lhe dito que poderia utilizá-lo; sua resposta, de certa forma⁷, surpreendeu-me: “pode ir? Pensei que tinha alguma coisa...que você fosse falar pra eu ir...estou curioso”. Imaginei, então, a angústia em que lhe deixei quando fiz aquele convite vago. Em seguida, ele se levantou da poltrona e deitou-se no divã. A experiência foi tão nova para ele quanto para mim: até então, nenhum de meus pacientes estava em tratamento utilizando-se do divã.

Quando Freud (1996, vol. XII, p. 149) falou *Sobre o Início do Tratamento*, chamou a atenção para a importância de “*um certo cerimonial que concerne à posição na qual o tratamento é realizado*”. Explicou que, além de um “*remanescente do método hipnótico*”, a utilização do divã para que o paciente se deite e a permanência do psicanalista sentado atrás dele tinha, para o próprio Freud, “*um motivo pessoal*”, dizendo não suportar ser encarado por outras pessoas por tanto tempo, “*visto que, enquanto estou escutando o paciente, também me entrego à corrente de meus pensamentos inconscientes*” e não esperava que suas próprias expressões pudessem ter influência sobre o paciente. Informou que, geralmente, os pacientes se incomodam e opõem-se à “*obrigação de adotar essa posição*”, mesmo assim, insistia em sua adoção já que “*seu propósito e resultado são impedir que a*

⁷ “De certa forma” porque imediatamente me remeti à minha própria análise e me recordei de que, por muitas sessões, mantive-me na angústia de não saber ao certo quando ir nem como ir para o divã. Experiências diferentes, sem dúvida, mas que podem ter despertado os mesmos pensamentos e sentimentos.

transferência se misture imperceptivelmente às associações do paciente, isolar a transferência e permitir-lhe que apareça, no devido tempo, nitidamente definida como resistência”.

Até então, sem dúvida, em nenhuma sessão e com nenhum paciente havia conseguido prestar tanta atenção e, ao mesmo tempo, pensar em tantas coisas enquanto ouvia um relato como nesta primeira experiência com o divã. Naquele momento, estava descobrindo, com a prática, a importância daquele instrumento na técnica psicanalítica. Não só sua importância sobre mim, mas sobre o paciente, que passou a falar e a associar como nunca o fizera antes.

Quando se deitou no divã, MA começou falando sobre suas crises de pânico, dizendo que não estavam acontecendo, mas que se sentia inseguro e, às vezes, pensava que podiam acontecer e que poderia “perder a paciência”, ainda associando seus sintomas a alterações físicas. Perguntei-lhe se observava algo além do físico que pudesse justificá-los e ele passou a falar sobre seu relacionamento amoroso, mas destacou que “aquela confusão de pensamentos, de pôr na balança e tal, aquilo passou” — referia-se às suas freqüentes dúvidas sobre a continuidade do namoro e se daria certo ou não, se valeria a pena ou não — e disse que estava tudo bem naquelas duas últimas semanas. Falou sobre seu trabalho, que também estava indo bem, mas disse que “sempre chego atrasado” em todo lugar, acrescentando que “até aqui”; relatou sua “dificuldade em sair de casa”: apesar de acordar cedo, demorava a se levantar, tomar banho, café e, finalmente, sair. Contou que vinha apresentando despertares noturnos súbitos, acordando assustado e sempre pensando que poderia morrer; referiu-se, então, a episódios anteriores que aconteciam na época do primeiro tratamento, em que acordava e tinha a sensação de que já havia dormido muito e disse que sempre pensava que poderia “deitar e acontecer alguma coisa”.

Nesta sessão, a imediata manifestação da resistência foi nítida: logo que se deitou, MA passou a falar sobre seus sintomas de forma descritiva, sem questionar-se sobre o que estaria envolvido na causa daquele mal-estar físico que relatava minuciosamente. Em seguida, MA fez referências às suas incipientes descobertas sobre as possíveis questões envolvidas em seus sintomas quando falou sobre suas dúvidas com relação ao seu relacionamento amoroso ao ser questionado sobre uma causa não orgânica para aquela sintomatologia. Também mencionou sobre sua resistência, quando comentou sobre seus freqüentes atrasos para as sessões e à

sua “dificuldade em sair de casa”. Por fim, referiu-se à transferência, ao falar sobre o medo de “deitar e acontecer alguma coisa”.

Na sessão seguinte, o próprio paciente falou sobre sua experiência de deitar-se no divã. Relatou ter se sentido “estranho” naquela semana e contou que se sentiu mal no dia seguinte ao da sessão anterior. Disse, por fim, que pôs “a culpa no divã” e que deitar-se nele “foi esquisito...uma coisa nova...fico falando sozinho e é como se tivesse uma consciência atrás de mim...me sinto sozinho...falta um apoio”. Foi possível falarmos sobre uma sensação semelhante em suas crises e eu lhe disse que, embora não pudesse me ver, estava ali e ele não estava sozinho⁸; MA disse, então, ter vontade de ficar me procurando. Relatou que, apesar de ter estranhado, sentiu que no divã pôde falar mais claramente que antes, que descreveu melhor o que sente. Ao final, disse considerar que o mal que sentiu pudesse ser mesmo pelo divã e eu apenas lhe disse que isto era compreensível.

⁸ Mais uma vez, recordei-me de minha própria análise e pude compreender o sentimento ao qual MA se referia: a sensação de abandono, para mim, fora inevitável quando me deitei no divã pela primeira vez.

5- A TRANSFERÊNCIA

Greenson, que utilizou o termo reações transferenciais ao falar sobre a transferência, definiu-a como um tipo especial de relacionamento objetal, essencialmente inconsciente, cuja principal característica seria *“a vivência de sentimentos — em relação a uma pessoa — que não está endereçada àquela pessoa e que, na verdade, está a outra [...mostrando-se como] uma repetição, uma nova edição de um relacionamento objetal antigo”*. Essa relação anterior teria sido vivida na mais tenra infância com os objetos de amor mais significativos para a criança e, sob a forma de transferência, passaria a ser revivida ao longo da vida do indivíduo adulto, com suas devidas especificidades, estando ele em análise ou não, sendo ele um neurótico ou não. A transferência, ocorrendo como uma inadequada repetição de uma situação já vivenciada, estaria direcionada, em geral, *“a pessoas que desempenham uma função especial que era, inicialmente, desempenhada pelos pais. Assim, amantes, líderes, autoridades, médicos, professores, atores e celebridades são particularmente propensos a ativar reações transferenciais”* (GREENSON, 1981, vol. I, pp. 167, 168 e 170).

Freud, ao falar sobre esse importante tópico da técnica psicanalítica em seu trabalho sobre *A Dinâmica da Transferência*, iniciou sua exposição explicando que parte das pulsões não completaria o desenvolvimento psíquico, mantendo-se fixada em determinados pontos desse processo. A parte que concluísse esse desenvolvimento tornar-se-ia disponível para ser investida na realidade, fazendo parte da *“personalidade consciente [...enquanto aquela outra cota se manteria] afastada da personalidade consciente e da realidade, e, ou foi impedida de expansão ulterior, exceto na fantasia, ou permaneceu totalmente inconsciente”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 112). Quando não inteiramente satisfeitas pela realidade, por frustração ou inibição pulsional, essas duas cotas de pulsões seriam dirigidas a outras pessoas de forma antecipada, inclusive e de forma peculiar à figura do analista que seria incluído *“numa das ‘séries’ psíquicas que o paciente já formou”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 112). Assim, estaria estabelecida a transferência, uma característica que, segundo Freud, seria própria das neuroses e não da Psicanálise — ainda que durante o tratamento psicanalítico ela possa ser observada de forma mais intensa que em outros momentos da vida do sujeito.

Greenson chamou a atenção para o fato de que, sem ignorar as reações do paciente, nem todas as reações ao analista poderiam ser consideradas como

transferência. Assim, destacou a presença de algumas características que, embora não constituindo evidência absoluta do estabelecimento de uma transferência no tratamento psicanalítico, poderiam indicar a provável presença de uma reação transferencial: a inadequação, a intensidade, a ambivalência, a inconstância e a tenacidade de determinadas reações do paciente ao analista.

Freud ponderou a existência de duas formas de transferência, a negativa e a positiva, justificando que ela não serviria apenas à resistência, como descrito adiante, mas também à boa evolução do paciente em análise, oferecendo ao analista *“uma oportunidade inestimável para investigar o passado inacessível e o inconsciente”* (GREENSON, 1981, vol. I, p. 167). Uma segunda divisão ocorreria com a transferência positiva, podendo estar relacionada a *“sentimentos amistosos ou afetuosos, que são admissíveis à consciência, e transferência de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente [...] que invariavelmente remontam a fontes eróticas”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 116). Assim, a transferência negativa e essa parte inconsciente da transferência positiva seriam as responsáveis pela resistência transferencial e deveriam ser identificadas e analisadas, permitindo que a parte consciente da transferência positiva pudesse ser mantida, expressando-se como *“o veículo de sucesso na psicanálise”*. Seria essa transferência positiva que permitiria ao analista influenciar seu paciente por meio da sugestão, que visaria inclusive a *“independência final do paciente [...] através de uma] melhora constante de sua situação psíquica”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 117).

No artigo *Observações Sobre o Amor Transferencial*, entretanto, Freud (1996, vol. XII, p. 180) completou suas considerações sobre a transferência positiva: *“primeiro e antes de tudo, mantém-se na mente a suspeita de que tudo que interfere com a continuação do tratamento pode constituir expressão da resistência [...assim,] a irrupção de uma apaixonada exigência de amor é, em grande parte, trabalho da resistência”*. Desta forma, observou que uma mudança no decorrer do tratamento poderia ocorrer muito freqüentemente quando a análise estivesse aproximando-se de algum fragmento aflitivo ou submetido a forte repressão, tornando-se o paciente incapaz de apresentar *insight*, mostrando-se absorvido em seu amor: *“a resistência está começando a utilizar seu amor a fim de estorvar a continuação do tratamento”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 180).

Freud também destacou a presença da ambivalência, termo adotado por Bleuler para descrever a ocorrência das transferências positivas e negativa de forma

simultânea e dirigidas à mesma pessoa. Permitiu, então, concluir com suas palavras que (FREUD, 1996, vol. XII, pp. 118 e 119):

A ambivalência nas tendências emocionais dos neuróticos é a melhor explicação para sua habilidade em colocar as transferências a serviço da resistência. [...Desta forma,] uma pessoa em análise, assim que entra sob o domínio de qualquer resistência transferencial considerável, é arremessada para fora de sua relação real com o médico, [...] se sente então em liberdade para desprezar a regra fundamental da psicanálise, [...] esquece as intenções com que iniciou o tratamento, e [...] encara com indiferença argumentos e conclusões lógicas que, apenas pouco tempo antes, lhe haviam causado grande impressão.

Ao final do artigo *A Dinâmica da Transferência*, Freud (1996, vol. XII, p. 119) falou sobre “a cura permanente da neurose”: seria o resultado vitorioso do tratamento, através dos “fenômenos da transferência”, na luta que se travaria durante o trabalho psicanalítico “entre o médico e o paciente, entre o intelecto e a vida instintual, entre a compreensão e a procura da ação”. Em suas *Observações Sobre o Amor Transferencial*, completou essa avaliação destacando a importância da neutralidade que o analista deveria sustentar durante a análise de seus pacientes, mantendo controlada sua contratransferência. Assim, escreveu (FREUD, 1996, vol. XII, p. 183, grifo do autor):

*Se os avanços da paciente fossem retribuídos, isso constituiria grande triunfo para ela, mas uma derrota completa para o tratamento. Ela teria alcançado sucesso naquilo por que todos os pacientes lutam na análise — teria êxito em atuar (**acting out**), em repetir na vida real o que deveria apenas ser lembrado, reproduzido como material psíquico e mantido dentro da esfera dos eventos psíquicos.*

Freud acrescentou ainda que, assim como não haveria retribuição, o amor transferencial também não deveria ser suprimido. Desta forma, o analista (FREUD, 1996, vol. XII, pp. 183 e 185):

Tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resoluto, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter um firme domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para sua consciência. [...Desta forma,] o trabalho visa então a desvendar a

escolha objetal infantil da paciente e as fantasias tecidas ao redor dela.

Nos parágrafos finais das *Observações Sobre o Amor Transferencial*, Freud evidenciou sua preocupação com a contratransferência, destacando que o analista deveria manter sua ética associada à técnica psicanalítica durante a análise de seus pacientes. Neste sentido, falou sobre a importância do profissional não ceder à transferência amorosa e trabalhar ajudando cada paciente “a superar o princípio de prazer, e abandonar uma satisfação que se acha à mão” (FREUD, 1996, vol. XII, p. 187), na busca por um controle de suas pulsões sexuais para que elas possam se manifestar de forma mais adequada em momento oportuno na vida real. Esta não se mostraria uma tarefa fácil para o analista que teria, “assim, uma batalha tríplice a travar — em sua própria mente, contra as forças que procuram arrastá-lo para abaixo do nível analítico; fora da análise, contra opositores que discutem a importância que ele dá às forças instintuais sexuais [...]; e, dentro da análise”, contra os próprios pacientes (FREUD, 1996, vol. XII, p. 187).

Parte imprescindível do tratamento psicanalítico diz respeito à análise da transferência. Greenson falou sobre uma técnica que deveria ir além da interpretação de seu significado inconsciente, considerando que seriam necessários outros instrumentos para que o analista pudesse lidar com os fenômenos transferenciais. Tendo em vista que “as interpretações apenas, a análise ‘pura’, é um procedimento não-terapêutico, um instrumento de pesquisa”, considerou que “a demonstração, esclarecimento, interpretação e elaboração de um fato psíquico podem ser considerados ‘o analisar’ de um determinado fenômeno” (GREENSON, 1981, vol. II, pp. 299 e 300).

Considerando a teoria aqui exposta, é possível destacar que um dos primeiros sinais de que havia uma transferência se estabelecendo foram fornecidos na quinta sessão de MA, quando me pediu para efetuar o pagamento adiantado de suas sessões mensais. Naquele momento, apenas me reporte ao contrato inicial que previa pagamentos ao final de cada sessão. Mas, que paciente pagaria por sessões ainda por acontecer senão aquele que já tivesse consigo a certeza de que desejava realizá-las? A quem ele pagaria nessas condições senão àquela pessoa por quem já nutrisse alguma confiança? E, por fim, que confiança é essa que se estabeleceu após apenas cinco encontros semanais de 45 minutos senão aquela efetuada por meio de uma transferência?

6- AS MIL E UMA FACES DA RESISTÊNCIA

Outro tema de grande importância na técnica psicanalítica diz respeito à resistência durante o processo de análise. Já nas primeiras páginas de seu artigo sobre *A Dinâmica da Transferência*, referindo a outros tratamentos médicos, Freud (1996, vol. XII, p. 112, grifo do autor) chamou a atenção para o fato de que “na análise, a transferência surge como a **resistência mais poderosa** ao tratamento, enquanto que, fora dela, deve ser encarada como veículo de cura e condição de sucesso”.

Ao explicar esta observação, Freud voltou às duas cotas de pulsões que havia descrito anteriormente — conforme exposto no tópico acima —, indicando que quando houvesse aumento em uma das partes haveria redução da outra e destacando que na neurose haveria regressão de parte das pulsões às imagos inconscientes. Assim, como o trabalho psicanalítico busca justamente tornar esta cota “*acessível à consciência e, enfim, útil à realidade [...] todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como ‘resistências’ ao trabalho da análise*” (FREUD, 1996, vol. XII, p. 114). Destacou ainda que, entretanto, esta não seria a resistência mais poderosa, explicando que a cota consciente das pulsões se manteria sob constante “*influência da atração de seus complexos inconscientes [...e que,] a fim de liberá-la, esta atração do inconsciente tem de ser superada*” (FREUD, 1996, vol. XII, p. 114), ou seja, deve-se remover a repressão das pulsões inconscientes que acabaria por atrair a cota pulsional ainda consciente, tornando-a cada vez menos disponível ao indivíduo e, assim, afastando-o da realidade. Seria este processo, então, o responsável pela maior parte da resistência enfrentada durante o tratamento psicanalítico.

Sobre a importância da transferência como forma de resistência à análise, Freud explicou que durante o tratamento, aproximando-se do complexo patogênico, seria colocado em ação o que houvesse nele que poderia ser transferido à figura do analista. Assim, estando instalada a transferência, durante a sessão de análise “*ela produz a associação seguinte e se anuncia por sinais de resistências [...e é possível perceber que] a idéia transferencial penetrou na consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, **porque** ela satisfaz a resistência*” (FREUD, 1996, vol. XII, p. 115, grifo do autor). Este tipo de deformação do material patogênico seria o que poderia trazer “*maiores vantagens*” ao paciente e, assim, com a evolução do

tratamento, chegaria um momento em que *“todo o conflito tem de ser combatido na esfera da transferência [...e] a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência”* (FREUD, 1996, vol. XII, pp. 115 e 116).

Assim, o amor transferencial poderia ser utilizado em favor da resistência, a qual intensificaria no paciente seu estado amoroso e tornaria exagerada *“sua disposição à rendição sexual, a fim de justificar ainda mais enfaticamente o funcionamento da repressão, ao apontar os perigos de tal licenciosidade”* (FREUD, 1996, vol. XII, pp. 180 e 181). Freud (1996, vol. XII, p. 185, grifo do autor) chamou a atenção para o fato de que *“o papel desempenhado pela resistência no amor transferencial é inquestionável e muito considerável. Entretanto, a resistência, afinal de contas, não **cria** esse amor; encontra-o pronto, à mão, faz uso dele e agrava suas manifestações”*. Com base nestas considerações, é possível compreender a afirmação de Greenson (1981, vol. I, p. 167) de que *“toda definição de técnica psicanalítica deve incluir, como elemento fundamental, a análise da transferência”*.

Este autor descreveu também três momentos da análise da resistência durante o tratamento psicanalítico, dizendo que *“nosso dever é fazer o paciente compreender **que** ele está resistindo, **por que** está resistindo, **a que** está resistindo e **como** está resistindo”* (GREENSON, 1981, vol. I, p. 113, grifos do autor). Desta forma, após a identificação da resistência, o primeiro passo seria sua demonstração ao paciente através da confrontação; em seguida, seria feito um esclarecimento sobre essa resistência; e, finalmente, ocorreria sua interpretação seguida pela elaboração.

Greenson (1981, vol. I, p. 64) falou sobre as diversas formas sob as quais a resistência poderia se manifestar, ressaltando que *“as resistências aparecem numa variedade de maneiras complexas e sutis, em combinações ou formas misturadas e que os exemplos individuais e isolados não constituem regra”*. As formas mais freqüentemente encontradas foram descritas em seu livro, onde forneceu alguns exemplos clínicos.

Assim, Greenson falou inicialmente sobre o paciente silencioso, considerando-o *“a forma de resistência mais nítida e freqüente que encontramos na prática psicanalítica”*. A seguir, destacou a ausência de afeto adequado à fala do paciente e a postura assumida no divã, esclarecendo que a ausência ou o excesso de movimentos e *“a discrepância entre a postura e o conteúdo verbal também [seriam] um sinal de resistência”*. Referiu-se à fixação do paciente a assuntos referentes a um determinado período de tempo de sua vida, às sessões onde

surgem muitos assuntos triviais levando à *“ausência de introspecção e meditação”*, àquele paciente que evita determinados assuntos importantes sobre os quais deveria falar e àquele que mantém uma rotina rígida em suas sessões. O autor destacou que *“o uso de chavões, de termos técnicos ou conversa vazia é um dos sinais mais freqüentes de resistência”*. Continuando sua lista, comentou ainda sobre o atraso e as faltas às sessões e o fato do paciente esquecer-se de pagá-las; uma relutância que poderia ser consciente ou inconsciente. Chamou a atenção para os casos em que o paciente relata uma ausência de sonhos durante a análise; justamente eles que seriam *“os meios de acesso mais importantes para o inconsciente, para o reprimido e para a vida instintual do paciente”*. Citou também, entre as formas mais freqüentes de resistência, o paciente entediado, aquele que guarda um segredo consciente, o que não apresenta mudanças ao longo do tratamento e aquele que faz de suas sessões sempre momentos alegres. Por fim, falou sobre a atuação — que se mostraria como *“uma resistência na medida em que [ela] é uma repetição através da ação e não através de palavras, recordações e emoções”* — e sobre as *“resistências silenciosas”*, mais sutis e difíceis de serem apreendidas, em que haveria, *“obviamente, um componente contratransferencial no analista”* (GREENSON, 1981, vol. I, pp. 65, 67, 68, 70, 72, 73 e 75).

De todas as formas de resistência descritas por Greenson, a mais evidente durante os atendimentos de MA estavam relacionadas aos seus atrasos. O primeiro deles aconteceu em sua décima primeira sessão, quando chegou com 15 minutos de atraso e, após minha pontuação, justificou-se dizendo que teria sido difícil levantar-se da cama naquele dia já que estaria cansado por ter participado de um jogo de futebol na noite anterior. A partir de então, MA atrasou-se para diversas sessões e, ao longo de seu tratamento, um dos maiores atrasos aconteceu em sua décima quarta sessão, a segunda após sua ida para o divã; mais uma vez, após minha pontuação sobre seu atraso, MA racionalizou dizendo que teria ido ao Centro da cidade para receber seu salário e por isso teria se atrasado em 25 minutos para aquela sessão.⁹ Durante o tratamento, nada mais pude fazer do que dizer a MA que ele estava se atrasando e perdendo grande parte de suas sessões, demonstrando-lhe que estava resistindo (confrontação).

Sem dúvida, outras formas mais sutis de resistência estiveram presentes durante o tratamento de MA; entretanto, considero importante neste ponto destacar

⁹ Foi descrita acima a importância dessa experiência inicial para o paciente, que se descreveu como “estranho” na semana que se seguiu, tendo colocado “a culpa no divã”. Ao mesmo tempo, teve a percepção de que, naquela posição, pôde falar de forma mais clara que antes.

quatro momentos específicos de sua análise. No primeiro deles, em vista do clima do dia, MA chegou para sua décima sétima sessão e, pela primeira vez, encontrou a sala com a janela aberta; comentou sobre esta situação e disse apenas que seu comentário decorria de seu gosto por sacadas, que não teria “nada de especial” em sua fala. Todavia, durante o início de sua sessão, mostrou-se mais calado. Após minha pontuação a este respeito, racionalizou dizendo que era resultado de uma possível “gripe” e, sem que eu mencionasse, disse que não teria relação com a janela. A partir desse momento, MA pôde se entregar novamente aos seus pensamentos e falar mais livremente. Antes de sair, chegou até a janela e comentou: “e tem uma sacada mesmo!”

A sessão seguinte trouxe o segundo momento em destaque: foi uma das sessões em que MA falava sobre o relacionamento com sua namorada. Pontuei que ele nunca havia comentado sobre a relação sexual do casal; de forma um tanto constrangida, MA disse que nunca falou sobre o assunto porque estaria tudo bem e não teria problemas nesta esfera. Comentei, então, que aquele espaço não seria apenas um lugar para falar de seus problemas e que seus sintomas não estariam necessariamente relacionados com o que fosse ruim. Reagiu imediatamente: “não? Então, estou pior do que pensava”. Em seguida, comentou sobre sempre dizer que seu relacionamento seria “bom demais” e que isso lhe trazia muitas dúvidas sobre esse namoro atual.

O terceiro momento aconteceu numa das sessões mais curtas de MA, em decorrência de seu atraso, e pode ser relacionado a essa situação anterior. Durante a maior parte do tempo restante de sua vigésima primeira sessão, MA falou apenas sobre seus sintomas, descrevendo-os de forma minuciosa, mas ressaltando que já conseguia lidar melhor com eles. Após uma pontuação minha, questionou a possibilidade de seus sintomas estarem relacionados com seu namoro; afirmou, entretanto, que não via nenhuma relação direta, justificando que, quando acontecia alguma coisa, “não sinto mal...quer dizer, eu me sinto mal com a situação, mas não tenho esses sintomas”. Coloquei, então, que durante a maior parte do tempo que sobrou de sua sessão ele só conseguiu falar sobre seus sintomas e não sobre o que lhe fazia mal. MA sorriu e disse: “vou pensar nisso”.

O quarto e último momento que merece destaque sobre a resistência de MA pode ser considerado um dos mais produtivos em seu tratamento. Há um mês, havíamos trocado de sala e, desde então, vinha percebendo MA mais calado; falei sobre essa observação e ele disse que não percebia essa ligação de se sentir “mais

tímido” por causa de determinado ambiente e que “aqui nessa casa” se sentiria à vontade em qualquer lugar. Passou, então, a falar sobre sua análise e disse que, às vezes, ficava mais quieto porque não sabia o que responder às minhas perguntas e porque ficava esperando que eu lhe desse alguma conclusão, embora soubesse que não seria assim, que “a conclusão é minha, eu que vou encontrar”, mas ainda não teria encontrado “uma linha que me leve a alguma conclusão”. Referiu-se, a seguir, a uma sessão anterior em que havia comentado sobre ser melhor não ter conhecimento para não sofrer, acrescentando que considerava seu tratamento uma forma de tentar conhecer sem ter que sofrer tanto. Completou sua observação dizendo que considerava interessante o resultado da análise por ser algo em que não acreditava antes de iniciar seu tratamento; entretanto, percebia que o trabalho que estava sendo feito era algo que lhe fazia bem, embora não soubesse porquê, mas que sentia sua falta e que o resultado podia ser visto por ele e por outras pessoas que o conheciam.

A respeito desta última observação de MA, é possível citar Freud (1996, vol. XII, pp. 141 e 142):

Tanto o público leigo quanto os médicos [...] inclinam-se a atribuir grande importância às expectativas que o paciente traz para o novo tratamento. [...] Todavia, na realidade, esta atitude por parte do paciente tem muito pouca importância. Sua confiança ou desconfiança inicial é quase desprezível, comparada às resistências internas que mantêm a neurose firmemente no lugar. [...] Ninguém que esteja familiarizado com a natureza da neurose ficará espantado em ouvir que mesmo um homem que é muito bem capaz de realizar uma análise em outras pessoas possa comportar-se como qualquer outro mortal e ser capaz de produzir as mais intensas resistências, assim que ele próprio se torna objeto da investigação analítica. [...Assim, é possível concluir que] a neurose tem suas raízes em estratos psíquicos nos quais o conhecimento intelectual da análise não penetrou.

Assim como no caso da transferência, em consequência do pequeno período de tratamento de MA, a análise da resistência também não pôde ser realizada. As confrontações, entretanto, como descrito acima, puderam permitir que o paciente deixasse uma posição mais silenciosa ou que percebesse que estava falando sobre assuntos que não lhe permitiam maior introspecção e até mesmo que tocasse em determinados pontos que lhe permitissem novas associações. A forma de resistência que, entretanto, não pôde ser superada com a confrontação diz respeito aos freqüentes atrasos de MA, tornando suas sessões mais curtas e menos produtivas.

7- RECORDANDO, REPETINDO E ELABORANDO EM ANÁLISE

Freud iniciou seu artigo *Recordar, Repetir e Elaborar* fazendo um pequeno resumo sobre a evolução da técnica psicanalítica ao longo dos anos, desde o método catártico de Breuer. Esclareceu que, conforme aplicada atualmente, a Psicanálise visaria o trabalho da resistência, revelando-a ao paciente, visando facilitar a ocorrência do processo de associação livre. Destacou, entretanto, que haveria um objetivo comum entre as diferentes técnicas: *“descritivamente falando, trata-se de preencher lacunas na memória; dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 163).

Comentou, então, sobre as situações esquecidas na infância que poderiam surgir na análise como: lembranças encobridoras, que *“representam os anos esquecidos da infância tão adequadamente quanto o conteúdo manifesto de um sonho representa os pensamentos oníricos”*; lembranças de algo que nunca foi consciente, como *“fantasias, processos de referência, impulsos emocionais, vinculações de pensamento... atos puramente internos”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 164); e as lembranças da infância mais remota, que poderiam manifestar-se em sonhos e só então serem compreendidas e interpretadas, como no caso do Homem dos Lobos.

É possível perceber que MA, ao longo de sua análise, veio construindo uma história a respeito de seus pais. Em nenhum momento houve uma lembrança específica, mas em uma de suas sessões pôde dizer que tem lhe parecido cada vez mais claro que sua mãe foi responsável por mantê-lo afastado de seu pai, que este não teria lhe abandonado; não tira, entretanto, a participação do pai, destacando sua omissão. Somente nesta mesma sessão, após um ano e meio de análise, revelou que o pai tivera outra família antes de sua mãe e que isso a teria motivado a terminar o relacionamento com ele quando soube a verdade. Parece que MA tem conseguido recordar-se, aos poucos, de vivências de sua infância e, assim, está podendo construir sua história.

Freud (1996, vol. XII, p. 165, grifo do autor) falou também sobre uma segunda forma de o paciente comportar-se na análise, atuando em lugar de recordar o que foi reprimido: *“ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; **repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo**”*. MA, já em seu segundo mês de tratamento, começou a chegar atrasado às sessões; inicialmente foram atrasos

ocasionais, mas com o tempo tornou-se rotina chegar de 10 a 20 minutos atrasado. Os atrasos ocorriam também em outras situações de sua vida, no trabalho, nos encontros com a namorada ou com amigos. Tentamos trabalhar esta sua resistência por vários meses, mas ela persistiu. MA manteve seu comportamento através da transferência e, assim, assegurou a resistência à análise, mas só analisando-a seria possível trabalhar essa compulsão à repetição: *“enquanto o paciente o experimenta como algo real e contemporâneo, temos de fazer sobre ele nosso trabalho terapêutico, que consiste, em grande parte, em remontá-lo ao passado”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 167). A que resistia não foi possível saber claramente, mas percebíamos, com o tempo, que ele temia saber algo: referia-se a momentos em que, quando ia iniciar o sono (a aí podemos pensar em algum sonho), despertava subitamente; dizia ter a sensação de que, quando se sentia mal, precisava levar logo a mão à boca para evitar que falasse algo terrível; e, na análise, quando sua sessão começava a se mostrar produtiva, terminava — e terminava porque ele havia chegado atrasado e se permitido pouco tempo.

Freud ainda destacou o trabalho da resistência no início do tratamento, quando o paciente é convidado a prestar maior atenção à sua enfermidade e, com isso, tomar conhecimento do que pode estar relacionado a ela. Em virtude do próprio agravamento inicial, a resistência tentaria questionar o valor de se tomar contato com o reprimido. No início do tratamento, MA se restringia por muitas vezes a fazer relatos sobre seus sintomas e o medo de senti-los, passando mesmo por crises de ansiedade muitas vezes relacionadas às sessões (um exemplo foi o que sentiu após sua primeira sessão no divã). Com o tempo, ao se referir aos sintomas, passou a falar sobre sua capacidade de se controlar, sem a necessidade de recorrer a um serviço de saúde para atendimento de emergência, mesmo após a suspensão da medicação inicialmente prescrita. A resistência inicial foi, em parte, vencida e MA não só falava de seus sintomas mais raramente como os via sendo resultado de suas vivências; e foi sobre elas que passamos a trabalhar.

Falando sobre a repetição, Freud chamou a atenção para o fato de que alguns pacientes atuam suas pulsões fora da situação analítica, ou seja, em vez de recordá-las através da análise da transferência, tomam atitudes que podem lhes trazer prejuízos em suas vidas. O objetivo da análise, entretanto, seria sempre *“recordar à maneira antiga — reprodução no campo psíquico — (...) uma luta perpétua com o paciente, para manter na esfera psíquica todos os impulsos que (ele) gostaria de dirigir para a esfera motora”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 168). Num

dado momento de seu tratamento, MA acabou por atuar fora do *setting* e chegou na sessão seguinte dizendo sentir-se mal pelo que fez: numa festa de fim-de-semana, quando saiu com amigos, acabou ficando com outra garota, traindo sua namorada. Foi num período em que estava começando a questionar seus sentimentos por ela, falando sobre não estarem mais como antes e, assim, sentindo falta daquela sensação de início de namoro. Este tema se manteve presente em sessões seguintes, porém, ele dizia perceber que, embora se questionasse assim, sentia-se cada vez mais apaixonado pela namorada. Com isso, trabalhamos no sentido de entender que sua dificuldade em manter um namoro por longo tempo estava muito além de sentir-se ou não apaixonado pela namorada.

Naquele artigo, Freud (1996, vol. XII, p. 169) falou ainda sobre a neurose de transferência que, substituindo a neurose comum do paciente, transformar-se-ia no caminho para a cura dos sintomas através da análise: *“o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência”*. Através da transferência, é possível pensar nos atrasos de MA para as sessões como uma forma de limitar o seu tempo junto a uma mulher, sua analista.

Ao final, Freud destacou a importância da elaboração da resistência pelo paciente, um trabalho que merece ser avaliado com paciência, já que pode se mostrar demorado. O fato de o analista revelar a resistência não significa que ela cessará de imediato; é preciso dar tempo para que o paciente possa elaborá-la. *“Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão”* (FREUD, 1996, vol. XII, p. 171).

Em determinado momento, MA precisou trocar o horário de suas sessões em decorrência de mudanças em seu trabalho, racionalizando que assim não teria mais motivo para se atrasar, já que sempre atribuiu seus atrasos à dificuldade de acordar e sair de casa. Realmente, no início, ele passou a chegar no horário e ainda acrescentou que só se atrasaria novamente se alguma coisa grave acontecesse com ele. Na terceira sessão em que chegou no horário e que, portanto, foi completa, disse que durante aquela semana *“a ficha caiu”*, que teria se sentido mais calado, como se sentira no início do tratamento, quando também tinha as sessões sem atrasos, percebendo que poderia evitar chegar no horário para não sentir isso. Entretanto, não foi possível trabalhar sobre a transferência para tentar entender o que o levava a se sentir assim.

8- CONSTRUINDO EM ANÁLISE

Em outro artigo sobre a técnica psicanalítica — *Construções em Análise* —, Freud iniciou sua explanação esclarecendo uma crítica comum à Psicanálise em que seus opositores falam da interpretação como a expressão da razão permanente do analista, seja ela aceita ou recusada pelo analisando. Chamou a atenção para o fato de que a análise visa, através da transferência, substituir a repressão por reações psíquicas mais maduras e, para isso, *“a pessoa que está sendo analisada tem de ser induzida a recordar algo que foi por ela experimentado e reprimido...tarefa desempenhada pelo analista”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 276). Para isto, o analista *“extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito na análise”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 277), ou seja, suas intervenções não são meras apostas, mas relacionam-se com a história que conhece sobre aquele paciente que está em análise e é apenas o início do trabalho analítico.

Em seguida, Freud (1996, vol. XXIII, p. 279) destacou o fato do processo da análise se desenvolver muito mais com construções do que com interpretações do analista: *“‘interpretação’ aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou uma parapraxia. Trata-se de uma ‘construção’, porém, quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu”*. Transmitiu ainda que a experiência analítica indica que, quando são apresentadas construções erradas ao paciente, nenhum dano lhe será causado e não haverá prejuízo do trabalho de análise se forem apenas equívocos isolados, não freqüentes; será, entretanto, desperdício de tempo nas sessões. Assim, esclareceu (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 280):

O que realmente ocorre em tal caso é antes o fato de o paciente permanecer intocado pelo que foi dito e não reagir nem com um ‘sim’ nem com um ‘não’. Isso tem possibilidade de não significar nada mais senão que sua reação foi adiada; se, porém, nada mais se desenvolve, podemos concluir que cometemos um equívoco, e admitiremos isso para o paciente em alguma oportunidade apropriada, sem nada sacrificar de nossa autoridade. Essa oportunidade surgirá quando vier à luz um novo material que nos permita fazer uma construção melhor.

Continuando seu artigo, Freud falou sobre o valor relativo, ambíguo, que têm as respostas do paciente em análise, como um “sim” ou um “não” a uma construção

ou interpretação do analista. O que se segue a essa resposta direta é que esclareceria o valor da intervenção: as lembranças e reações do paciente indicariam, de forma indireta, se sua resposta foi ou não o resultado da resistência àquela interpretação ou construção que lhe foi apresentada.

Na última parte de *Construções em Análise*, Freud chamou a atenção para o fato de que nem sempre a construção apresentada ao paciente leva-o a recordar-se de lembranças que se mantêm reprimidas. Entretanto, a resposta pode ser alcançada no analisando: *“se a análise é corretamente efetuada, produzimos nele uma convicção segura da verdade da construção, a qual alcança o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança recapturada”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 284).

Finalmente, concluiu seu artigo referindo-se à observação de que alguns pacientes, após receberem uma construção do analista, seriam levados a recordar pormenores daquela história que nada acrescentariam ao seu efeito terapêutico. Antes, porém, surgiriam como uma resistência (FREUD, 1996, vol. XXIII, pp. 284 e 285, grifo do autor):

*O ‘Impulso ascendente’ do reprimido, colocado em atividade pela apresentação da construção, se esforçou por conduzir os importantes traços de memória para a consciência; uma resistência, porém, alcançou êxito — não, é verdade, em deter esse movimento —, mas em **deslocá-lo** para objetos adjacentes de menor significação.*

No caso de MA, um exemplo de uma pequena construção em sua análise pode ser identificado no tema que envolvia sua relação com a mãe, seu irmão caçula e o ex-padrasto. No início de sua análise, MA referiu-se ao padrasto apenas por duas vezes: na primeira, relatou a educação rígida que recebeu dele, percebendo-a diferente daquela oferecida ao irmão caçula e relacionando tal fato à sua então postura com esse irmão, com o qual se mostrava rígido. Pouco depois, comentou sobre o fato de se conter para não brigar com suas namoradas e de assumir uma posição de aceitação da opinião de colegas também para evitar discussões, referindo-se à possibilidade dessa postura estar relacionada com o fato de ter passado por um período “traumático” em sua infância quando presenciou brigas constantes entre a mãe e seu padrasto.

Apenas dois anos após essas referências iniciais ao padrasto, MA voltou a falar sobre ele. Numa das sessões em que chegou atrasado, foi questionada a importância dada por ele à análise e, em seguida, a possível dificuldade de algo ser

dito naquele espaço. Embora tenha negado de imediato essa possibilidade, MA se remexeu no divã e passou a falar sobre sua relação com seu irmão, referindo-se ao fato de não gostar das freqüentes brigas que ocorriam entre os dois. Passou, então, a falar sobre seu padrasto, levantando a possibilidade de que este agia com ele de forma bruta porque deveria ter ciúmes da relação entre mãe e filho. Disse que “odeio esse cara”, chamando-o de “bronco”, “fedido” e “espírito de porco”, alguém que “sempre pegou no meu pé”, destacando sua raiva em relação às brigas que ocorriam entre o casal e seu apoio à decisão da mãe pela separação. Quando questionado sobre o que lhe foi transmitido ao ter sido criado nessa situação, disse que o ambiente vivido por ele na infância acabou lhe trazendo “insegurança” em suas relações, dizendo que passou a guardar muito os seus sentimentos, tendo se fechado frente a outras pessoas, já que o padrasto sempre lhe tratou com uma atitude “bruta”. A possibilidade de haver uma relação dessa história com o fato dele evitar falar sobre o que pensava com as pessoas na tentativa de receber, também delas, uma reação bruta, foi logo negada por MA que considerou tentar “deixar as coisas como estão”, mas concordou com a pontuação seguinte de que seria uma fuga do confronto.

Voltou a falar sobre o irmão, contando sobre a relação ruim que mantinham, ressaltando a diferença entre o comportamento dos dois e a forma como a mãe lhes tratava, dizendo que ela não cobrava do irmão tanto quanto lhe cobrava. Revelou ter a sensação de que parecia estar “desgostando dele”. Questionado se não haveria também ciúme de sua parte, lembrou-se de ser esse também um comentário de sua mãe que lhe chamava a atenção para o fato de que ele implicaria com o irmão porque perdeu sua posição de caçula. Apenas respondeu com um rápido “é” à colocação de que, com a chegada do irmão, foi a segunda vez em que perdeu o lugar de homem da mãe, lembrando que seu padrasto chegou quando tinha cinco anos. Ao final de uma sessão, falou sobre querer se aproximar mais do irmão e acabar com suas brigas, “até porque minha mãe não merece uma desavença na família”. Seguiu-se uma pontuação: “até porque, sua vida gira em torno da sua mãe”; e ele apenas disse “completamente”.

Na semana seguinte, MA referiu-se àquela sessão em que falou do irmão, dizendo que ela “mexeu comigo”, chegando a sentir-se mal ao longo daqueles dias. Nesse ponto, comparou sua reação com as semanas em que faltou às suas sessões e nas quais sentia-se bem, percebendo sua resistência. Disse ainda ter sido “estranho” perceber algumas observações que são suas, mas que parecem externas

a ele — uma observação que nos remete às colocações de Freud sobre as construções em análise que visam tocar lembranças inconscientes do paciente e não lhe submeter a sugestões intransigentes.

Embora nenhuma construção mais complexa tenha sido apresentada a MA sobre o tema aqui relatado, torna-se evidente o resultado do trabalho efetuado ao longo das sessões, com pontuações e questionamentos levando a pequenas construções. Foi possível observar um pouco da influência que a relação com o padrasto exercia sobre suas demais relações e sobre suas próprias condutas, a importância da figura materna em sua vida e as implicações dessa relação também em suas atitudes e, ainda, a percepção de seu movimento resistencial durante sua análise.

9- SOBRE A ANÁLISE: TERMINÁVEL OU INTERMINÁVEL?

Criticando a então necessidade, levantada por muitos médicos de sua época, de um tratamento que tivesse uma resposta rápida dos sintomas neuróticos, Freud iniciou um artigo mais longo e mais teórico sobre a técnica psicanalítica, *Análise Terminável e Interminável*, falando sobre a dificuldade em haver um prazo definido fixado para o tratamento analítico, ainda que tenha usado deste artifício com o Homem dos Lobos. Críticas e dificuldades que podem ser aplicadas à atualidade terapêutica, em que os profissionais da saúde mental são cobrados — tanto pelos pacientes quanto pela área científica e pelos meios de saúde, sejam eles públicos ou privados — a oferecer tratamentos que tragam alívio dos sintomas o mais rápido possível.

Estamos num momento em que a evolução da psicofarmacologia traz novidades freqüentes com divulgações que focam justamente a rapidez da resposta terapêutica e muitos trabalhos científicos são desenvolvidos mostrando a maior eficácia das terapias cognitivas durante um breve período de trabalho psicoterápico pré-estabelecido. Na atualidade, cada vez mais as pessoas se vêem envolvidas em mais atividades diárias, seja no trabalho ou no lazer, justificando com isso a falta de tempo e a necessidade de voltarem o mais rápido possível à sua rotina. Além disso, as “reais” questões financeiras são sempre colocadas como uma barreira aos tratamentos oferecidos, ainda que não o sejam para as mais modernas tecnologias, por exemplo. Completando as dificuldades encontradas, podem ser citadas ainda aquelas evidentes no sistema público — com sua escassez de profissionais e uma demanda que nunca é suprida — e as imposições dos planos privados de saúde, que visam o maior lucro e o menor gasto possível, sempre informando ter seu interesse focado num melhor atendimento.

Embora não seja objetivo deste trabalho dissertar sobre esse tema, é possível, nesse contexto, perguntar-se: haverá espaço para a Psicanálise? Talvez, ao completar esta primeira pergunta com outra, ela possa ser esclarecida, ainda que não respondida diretamente: se já na época de Freud o tempo de tratamento empregado numa análise era criticado, por que, então, essa forma de terapia continua viva ainda hoje, mais de um século após sua invenção?

Apesar das cobranças dos tempos atuais, entretanto, uma importante consideração não deve ser esquecida no exercício da Psicanálise: “*se quisermos*

atender às exigências mais rigorosas feitas à terapia analítica, nossa estrada não nos conduzirá a um abreviamento de sua duração, nem passará por ele” (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 239).

Com relação ao tempo de tratamento psicanalítico no atendimento a pacientes na atualidade, uma passagem da análise de MA pode exemplificar e ajudar a responder às perguntas anteriores. Nas sessões seguintes àquela em que sua medicação começou a passar por uma redução gradual, sendo-lhe informada a intenção de retirada do psicofármaco, MA passou a se atrasar com mais frequência. Questionado se observava algo relacionado com seus atrasos, além dos dados reais que sempre descrevia, disse que só poderia ser algo “bem inconsciente mesmo, porque eu sou aquele que levanta a bandeira da terapia”, dizendo gostar de seu tratamento. Percebeu, entretanto, que, atrasando-se, não ficava tão bem e citou a possibilidade de que “talvez eu precise desse mal também”, passando a falar sobre o mal-estar inerente ao ser humano e que, apesar de todos procurarem, o bem-estar completo só aconteceria “no céu”, referindo-se à morte. Sua fala poderia estar relacionada a alguma idéia de término, de fim próximo, e seu comportamento uma forma de conseguir evitar o contato com essa possibilidade: quanto pior, maior a necessidade de tratamento. Assim, com relação ao comentário sobre a suspensão do medicamento, MA foi questionado se pensou na possibilidade de encerramento da terapia também e logo respondeu: “não”, mas disse ter pensado que ela seria mantida por mais algum tempo e que receberia alta em seguida. Após ser informado de que isso não seria feito, disse que a terapia, então, não iria terminar, porque sentia que precisava dela como um espaço para pôr seus pensamentos em ordem, embora levantasse a hipótese de fazer pequenas interrupções do tratamento no futuro.

Naquela sessão, MA mostrou a necessidade que o sujeito em análise sente de manter seu tratamento, porém, não se esqueceu de que existe a possibilidade desse acompanhamento ser interrompido, ainda que possa ser retomado em outros momentos da vida. Mesmo com a suspensão da medicação, após o controle de seus sintomas, MA manteve-se em análise por um longo tempo. Assim, compreende-se que, mesmo diante das modernas terapias, aquele paciente que se envolve com a Psicanálise não abandonará seu tratamento antes que esta decisão seja uma necessidade sua.

Quando trouxe à tona a questão do fim de uma análise, Freud (1996, vol. XXIII, p. 235) ressaltou que, na prática, seria preciso preencher duas condições, ao

menos aproximadamente, para que se pudesse usar o termo término e não apenas referir-se a uma interrupção de um tratamento analítico inacabado, incompleto, quando analista e analisando parassem de se encontrar para as sessões de análise:

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.

Interessante observar que, em seu texto, Freud (1996, vol. XXIII, p. 235) demonstrou considerar como terminada mesmo aquela análise que não tenha alcançado um nível tal em que o analista pudesse concluir que houve “*êxito em solucionar todas as repressões do paciente e em preencher todas as lacunas em sua lembrança*”. Ressaltou que tal resposta só poderia ser observada em algumas neuroses traumáticas de pacientes que não tivessem sofrido alterações egóicas notáveis. Assim, destacou que “*uma força constitucional do instinto e uma alteração desfavorável do ego, adquirida em sua luta defensiva, [...] são os fatores prejudiciais à eficácia da análise e que podem tornar interminável sua duração*” (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 236).

Falando sobre a questão relacionada à cura após o tratamento psicanalítico, Freud esclareceu que, durante a análise, deveria ocorrer um processo que chamou de “amansamento” das pulsões pelo ego, de forma que este conseguisse, através de seus mecanismos, influenciá-las para que não apenas buscassem por uma satisfação direta. Valorizando a vertente econômica do aparelho psíquico, destacou que em determinados momentos da vida ocorrem certos reforços pulsionais, como na puberdade, na menopausa e após vivências estressantes. Momentos em que um ego mais frágil pode não dar conta do conflito entre as pulsões e as exigências morais e do mundo externo.

Descreveu a repressão infantil como o resultado de uma medida de defesa primitiva efetivada por um ego imaturo. Repressão esta que se manteria ao longo da vida do sujeito e que atuaria sobre as pulsões, acarretando novas repressões, chamadas por ele de “repressão ulterior” de novos conflitos. A função da análise seria, assim, dar ao ego a capacidade de “*empreender uma revisão dessas antigas repressões*” e, desta forma, “*a façanha real da terapia analítica seria a subsequente correção do processo original de repressão, correção que põe fim à dominância do*

fator quantitativo” (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 243). Entretanto, Freud (1996, vol. XXIII, p. 245) chamou a atenção para a freqüência com que este trabalho se mostra incompleto, ou seja, *“parte dos antigos mecanismos permanece intocada pelo trabalho da análise”*. Desta forma, na presença de uma pulsão excessivamente forte, mesmo um ego amadurecido com o processo analítico poderia fracassar em sua missão, assim como aquele ego imaturo fracassou anteriormente. É preciso lembrar que em Psicanálise *“o resultado final depende sempre da força relativa dos agentes psíquicos que estão lutando entre si”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 245).

Numa de suas sessões, falando sobre suas expectativas com o tratamento psicanalítico, MA disse que esperava encontrar o conforto com a “cura” de seus sintomas. Entretanto, se isso não fosse possível, disse que já se sentiria confortável se conseguisse manter a “estabilidade” e que, se ela também não fosse possível, esperava pelo menos conseguir desenvolver uma “convivência melhor” com seus sintomas. Assim, MA apresentou um excelente *insight* sobre a função do tratamento psicanalítico, ainda que sua expectativa inicial visasse à cura dos sintomas.

Procurando apontar os limites da Psicanálise, Freud levantou duas novas questões: seria possível, após tratar um conflito, evitar que ele fosse substituído por outro no futuro ou mesmo despertar um conflito que não estivesse se manifestando durante o tratamento analítico? Esclareceu que, durante uma análise, só seria possível ao analista ter acesso àquilo que estivesse se manifestando na ocasião do tratamento, porém, através da transferência, por exemplo, poder-se-ia despertar conflitos até então latentes: *“em todas as fases do restabelecimento do paciente, temos de lutar contra sua inércia, que está pronta a se contentar com uma solução incompleta”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 248).

Freud descreveu a possibilidade de criar voluntariamente situações de conflito durante a terapia como uma atitude fora do contexto da prática psicanalítica. Além de considerá-la uma ação cruel, afirmou que uma das dificuldades da análise seria lidar com o paciente durante a fase aguda de seu conflito, quando o ego está muito mais envolvido com os fatos da realidade (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 248):

O trabalho de análise progride melhor se as experiências patogênicas do paciente pertencem ao passado, de modo que seu ego possa situar-se a certa distância delas. Em estados de crise aguda, a análise é, para todos os fins e intuitos, inutilizável. Todo o interesse do ego é tomado pela realidade penosa, e ele se retrai da análise que está tentando ir além da superfície e revelar as influências do passado. Assim, criar um novo conflito só tornaria o trabalho de análise mais prolongado e mais difícil.

Em seguida, Freud (1996, vol. XXIII, p. 249) destacou os dois métodos através do qual o trabalho de análise pode se desenvolver: “*a produção artificial de novos conflitos na transferência [...] e o despertar de tais conflitos na imaginação do paciente*”. No primeiro caso, o conflito se desenvolveria na relação analítica sem o fator de realidade e, no segundo, seriam apenas apresentadas ao paciente as possibilidades de ocorrência desses conflitos.

Entre os dois métodos, Freud chamou a atenção para os limites da transferência, considerando que nem todos os conflitos poderiam ser invocados, tanto pelo analista quanto pelo analisando. Além disso, se tal tentativa fosse realizada, poder-se-ia comprometer a transferência positiva com o desenvolvimento de tantos conflitos na relação analítica, já que tal situação obrigaria o analista a lidar com o paciente de forma inamistosa.

Assim, considerou o segundo método como a melhor forma de trabalhar em análise, embora não cause um efeito imediato na grande maioria dos casos (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 249):

Falamos ao paciente sobre as possibilidades de outros conflitos instintuais e despertamos sua expectativa de que tais conflitos possam ocorrer nele. O que esperamos é que essa informação e essa advertência tenham o efeito de ativar nele um dos conflitos que indicamos, em grau modesto, mas suficiente para o tratamento.

Após falar sobre a importância do fator quantitativo das pulsões, Freud (1996, vol. XXIII, p. 251) destacou a relevância das alterações do ego como um dos fatores decisivos para o sucesso da análise, que “*consiste em nos aliarmos com o ego da pessoa em tratamento, a fim de submeter partes de seu id que não estão controladas, [ou seja], incluí-las na síntese de seu ego*”. Para que este trabalho seja possível, entretanto, o ego deve ser normal, “*mas um ego normal dessa espécie é, como a normalidade em geral, uma ficção ideal...toda pessoa normal é apenas normal na média*” (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 251). Assim, apresentou sua observação sobre o fracasso da Psicanálise com os psicóticos e ressaltou que, no caso dos neuróticos, quanto mais o ego do paciente se encontrasse afastado dessa média de normalidade, mais difícil seria o trabalho analítico. Chamou a atenção ainda para o fato de que as alterações do ego poderiam ser “*congenitas ou adquiridas*”, considerando as segundas mais fáceis de serem tratadas.

As alterações adquiridas seriam decorrentes do trabalho desempenhado pelo ego como mediador entre o id e o mundo externo, a serviço do princípio de prazer, e de protetor do id contra os perigos do mundo externo ao longo do desenvolvimento do sujeito, desde seus primeiros anos de vida. Durante esse processo, *“o ego aprende a adotar uma atitude defensiva também para com seu próprio id...porque ele compreende que uma satisfação do instinto conduziria a conflitos com o mundo externo”*. Para este trabalho, o ego faz uso de seus mecanismos de defesa, entre os quais se destaca a repressão, que têm a função de *“evitar o perigo, a ansiedade e o desprazer”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 252). Entretanto, *“não é possível fugir de si próprio; a fuga não constitui auxílio contra perigos internos”* e, assim, os mecanismos de defesa do ego acabam por *“falsificar nossa percepção interna e a nos dar somente uma representação imperfeita e deformada de nosso próprio id. Em suas relações com o id, portanto, o ego é paralisado por suas restrições ou cegado por seus erros”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 253).

Embora tenham a função de evitar o perigo, os mecanismos de defesa podem, eles próprios, tornarem-se um perigo para o ego (FREUD, 1996, vol. XXIII, pp. 253 e 254):

O dispêndio dinâmico necessário para mantê-los, e as restrições do ego que quase invariavelmente acarretam, mostra ser um pesado ônus sobre a economia psíquica. Ademais, esses mecanismos não são abandonados após terem assistido o ego durante os anos difíceis de seu desenvolvimento. [...] Tornam-se modalidades regulares de reação de seu caráter, as quais são repetidas durante toda a vida, sempre que ocorre uma situação semelhante à original.

Assim, Freud (1996, vol. XXIII, p. 254) apresentou a forma como as transformações no ego, causadas pelos mecanismos de defesa, podem interferir na evolução do tratamento psicanalítico: *“o paciente repete essas modalidades de reação também durante o trabalho de análise [...] é apenas dessa maneira que chegamos a conhecê-las”*. Destacou o fato de que o trabalho de análise está o tempo todo oscilando *“entre um fragmento de análise do id e um fragmento de análise do ego. Num dos casos, desejamos tornar consciente algo do id; no outro, queremos corrigir algo no ego”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 254). Por fazer com que o ego veja a melhora clínica como um novo perigo, os mecanismos de defesa surgem no tratamento como uma forma de resistência ao restabelecimento.

No caso de MA, ficou evidente sua reação de fuga frente às situações que lhe colocavam mais perto de seus conflitos. Assim, ele agia o tempo todo evitando discussões com colegas e com a namorada, por exemplo. Na análise, atuou com atrasos mais intensos e até mesmo falta às sessões quando nos aproximávamos de questões que poderiam ser consideradas mais difíceis para ele, como sua raiva pelo padrasto e suas dificuldades em se entregar a uma mulher. Neste ponto, pode-se destacar também sua transferência na análise, realizada com uma representante do sexo feminino: freqüentemente, quando ocorria alguma pontuação sobre a transferência, MA apresentava respostas evasivas e trocava de assunto o mais rápido possível.

Assim, acrescentou Freud (1996, vol. XXIII, p. 255), os mecanismos de defesa, fazendo jus ao nome que carregam, *“constituem resistências não apenas à conscientização dos conteúdos do id, mas também à análise como um todo, e, assim, ao restabelecimento”*. Tais mecanismos, embora pertencentes ao ego, são também inconscientes e, durante o trabalho de análise dessas resistências, *“o ego se retrai do acordo em que a situação analítica se funda. Ele deixa de apoiar nossos esforços para revelar o id”* e, desta forma, em função do desprazer gerado pela *“nova ativação de seus conflitos defensivos, as transferências negativas podem agora levar a melhor e anular completamente a situação analítica”*. Portanto, concluiu, *“o resultado de um tratamento analítico depende essencialmente da força e da profundidade da raiz dessas resistências que ocasionam uma alteração do ego”*.

Em seguida, Freud (1996, vol. XXIII, p. 257) levantou a questão da hereditariedade presente nos mecanismos de defesa, observando que *“cada ego está dotado, desde o início, com disposições e tendências individuais”* e que *“o que foi adquirido por nossos antepassados decerto forma parte importante do que herdamos”*. Segundo ele, seria esta a provável explicação para algumas características peculiares a certas famílias, raças e nações, resultado da herança arcaica transmitida às gerações através do id.

Numa de suas sessões, falando sobre a forma como se via influenciado pela condição de saúde das pessoas que lhe cercavam, MA comentou sobre o fato de que sua irmã também se preocupava muito com a saúde. Contou um episódio em que toda a família riu muito dela e que, depois de apresentar algo parecido, percebeu o quanto ela deve ter sofrido com aquela situação. Após o comentário sobre ser interessante que ele e a irmã tenham uma relação parecida com o corpo, MA perguntou se isso poderia ser *“uma herança...da minha mãe”*. Descreveu-a

como uma mulher muito preocupada com a saúde dos filhos, porém, acrescentou que ela sempre lidou de uma forma mais prática com situações de doença, dizendo que “ela é como pedra pra isso...forte”. Neste momento, MA ouviu apenas a colocação de que herança é muito mais que genética.

Continuando, Freud (1996, vol. XXIII, pp. 257 e 258) acrescentou que existiriam *“resistências de outro tipo, que não mais podemos localizar e que parecem depender de condições fundamentais do aparelho mental”*, citando o fato de alguns pacientes apresentarem uma resposta mais lenta ao tratamento analítico, resultado do que chamou de “adesividade da libido”, e outros mostrarem-se mais susceptíveis a mudanças que, no entanto, não seriam permanentes, evidenciando maior facilidade em catexizar novos objetos. Num terceiro grupo, destacou a existência de *“um esgotamento da plasticidade, da capacidade de modificação e desenvolvimento ulterior [...em que] todos os processos mentais, relacionamentos e distribuições de força são imutáveis, fixos e rígidos”*, caracterizando uma “inércia psíquica” (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 258). Por fim, um quarto grupo colocaria em evidência o dualismo pulsional entre Eros e Tanatos a partir da observação de que o funcionamento psíquico não seria governado de forma exclusiva pelo princípio de prazer, explicando, assim, os *“fenômenos de masoquismo imanentes em tantas pessoas, a reação terapêutica negativa e o sentimento de culpa encontrados em tantos neuróticos”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 259).

Além das já discutidas resistências evidenciadas pelos pacientes em análise, entretanto, Freud (1996, vol. XXIII, p. 264) destacou a importância da participação do analista durante o tratamento: *“entre os fatores que influenciam as perspectivas do tratamento analítico e se somam às suas dificuldades da mesma maneira que as resistências, deve-se levar em conta não apenas a natureza do ego do paciente, mas também a individualidade do analista”*. Descreveu os analistas como *“seres humanos como quaisquer outros”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 264) que, entretanto, aprenderam a praticar a Psicanálise. Ressaltou, porém, que as peculiaridades do trabalho analítico permitiriam que *“os próprios defeitos do analista interfiram em sua efetivação de uma avaliação correta do estado de coisas em seu paciente e em sua reação a elas de maneira útil”*, de forma que seria esperado do analista *“um grau considerável de normalidade e correção mental”*, embora tenha destacado a impossibilidade de que seja exigido um ser perfeito para ocupar esta posição (FREUD, 1996, vol. XXIII, pp. 264 e 265).

Foi neste ponto que Freud (1996, vol. XXIII, p. 265) chamou a atenção para a importância da análise pessoal dos profissionais que pretendem ingressar na Psicanálise e destacou que seria a experiência vivida durante o seu próprio processo analítico que permitiria a preparação de um futuro analista:

Essa análise terá realizado seu intuito se fornecer àquele que aprende uma convicção firme da existência do inconsciente, se o capacitar, quando o material reprimido surge, a perceber em si mesmo coisas que de outra maneira seriam inacreditáveis para ele, e se lhe mostra um primeiro exemplo da técnica que provou ser a única eficaz no trabalho analítico. Só isso não bastaria para sua instrução, mas contamos com que os estímulos que recebeu em sua própria análise não cessem quando esta termina, com que os processos de remodelamento do ego prossigam espontaneamente no indivíduo analisado, e com que se faça uso de todas as experiências subseqüentes nesse recém-adquirido sentido. Isso de fato acontece e, na medida em que acontece, qualifica o indivíduo analisado para ser, ele próprio, analista.

Em seguida, Freud deixou a orientação para que todo analista procure retomar sua análise periodicamente, sugerindo um prazo de cinco anos. Assim, concluiu que *“não seria apenas a análise terapêutica dos pacientes, mas sua própria análise que se transformaria de tarefa terminável em interminável”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 266). Entretanto, ressaltou ele, *“a terminação de uma análise é, penso eu, uma questão prática”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 266). Assim, deixou claro que o objetivo de uma análise não seria fornecer ao ser humano o que se poderia chamar de normalidade e nem mesmo teria a esperança de que as pessoas analisadas não sentiriam mais paixões ou que não desenvolveriam novos conflitos, ou seja, *“a missão da análise é garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 267).

Por fim, Freud falou sobre dois temas diferentes, porém relacionados, que surgiriam nas análises e que seriam dignos de atenção especial. Estariam eles relacionados à diferença entre os sexos: *“na mulher, a **inveja do pênis** — um esforço positivo por possuir um órgão genital masculino — e, no homem, a luta contra sua atitude passiva ou feminina para com outro homem”*; ambos representando *“uma atitude para com o complexo de castração”* (FREUD, 1996, vol. XXIII, p. 268, grifo do autor), de forma que aquela atitude típica do sexo oposto estaria sendo mantida reprimida. Afirmando a dificuldade em dizer se e quando a análise poderia obter êxito em dominar esses temas, atribuiu a eles uma forte

resistência ao trabalho realizado pela Psicanálise (FREUD, 1996, vol. XXIII, pp. 269 e 270):

Em nenhum ponto de nosso trabalho analítico, se sofre mais a sensação opressiva de que todos os nossos repetidos esforços foram em vão, e da suspeita de que estivemos 'pregando ao vento', do que quando estamos tentando persuadir uma mulher a abandonar seu desejo de um pênis, com fundamento de que é irrealizável, ou quando estamos procurando convencer um homem de que uma atitude passiva para com homens nem sempre significa castração e que ela é indispensável em muitos relacionamentos na vida. [...] Frequentemente temos a impressão de que o desejo de um pênis e o protesto masculino penetraram através de todos os estratos psicológicos e alcançaram o fundo, e que, assim, nossas atividades encontram um fim. [...] Só podemos consolar-nos com a certeza de que demos à pessoa analisada todo incentivo possível para reexaminar e alterar sua atitude pra com (esse fator).

No caso de MA, nenhuma situação específica e objetiva de sua análise poderia servir como exemplo de tal questão. Entretanto, sua história torna possível aventar à hipótese de que, tendo sido criado por um padrasto autoritário e agressivo, por muitas vezes tenha se visto frente a este homem numa situação de passividade. O fato de sua mãe ter sido capaz de se separar dele pode ter deixado em MA a marca de uma mulher forte, capaz de castrar aquele homem castrador. Talvez essas vivências pudessem ter influência sobre a forma como MA se colocava em seus relacionamentos amorosos, sempre com insegurança, com receio de se entregar. Seria ele capaz de sustentar-se na posição masculina sem medo de ser castrado? Infelizmente, durante o tempo de sua análise — mantida até junho de 2008¹⁰ —, esta e outras questões não puderam ser clareadas...

¹⁰ No final de junho de 2008, MA compareceu à sua última sessão, precedida por faltas e atrasos que sempre atribuía a compromissos de trabalho. Apesar de dizer que não se sentia pronto para interromper seu tratamento, afirmou que só poderia retornar às sessões em agosto devido às férias do mês de julho. Este retorno não aconteceu e, apesar de minhas diversas tentativas por telefone, nunca mais tive contato direto com este paciente, que se limitou a desmarcar suas sessões através da secretária. Sem dúvida, esta forma como interrompeu sua análise deixou (e resultou de) muitas questões que não puderam ser trabalhadas ao longo de seus quase 4 anos de tratamento. Teria ele medo também de ser castrado por sua analista? Fica a interrogação...

10- CONCLUSÃO

Utilizando-se da exposição de um caso clínico, este trabalho pôde demonstrar como a teoria sobre a técnica psicanalítica é útil na prática diária do analista. Mesmo não existindo regras a serem seguidas, é possível encontrar orientações de suma importância para a evolução do tratamento dos pacientes em análise: ainda que o analista não esteja o tempo todo ligado à teoria, ela está presente o tempo todo em sua prática.

Dentre os tópicos mais importantes da técnica psicanalítica, foi abordada a implicação das entrevistas preliminares no estabelecimento da aliança de trabalho. Esta relação, estabelecida entre o paciente e seu analista, cria o caminho necessário para que a análise possa surtir efeito e deve, portanto, preceder as intervenções do profissional.

Também foi evidenciado o papel do divã na Psicanálise, tanto para o analista quanto para o paciente. Mais que uma posição que remete à hipnose e que possa trazer maior conforto, um instrumento que permite deixar o olhar e focar a fala e a escuta analítica.

Destaque especial aos dois tópicos essenciais na prática da Psicanálise: a transferência e a resistência. Intimamente relacionadas, devem ser objeto de atenção durante o tratamento e precisam ser analisadas para que o sucesso terapêutico seja atingido. Além disso, ficou evidente a importância do analista aliar sua ética à técnica psicanalítica para que sua contratransferência não venha a atrapalhar este ensejo.

Foi possível demonstrar ainda a importância de um trabalho conjunto entre Psicanálise e Psiquiatria, utilizando-se dos desenvolvimentos da psicofarmacologia sem que haja influência sobre o tratamento psicanalítico do paciente, tornando-se imprescindível para tal um manejo adequado da análise. Esta postura parece permitir uma avaliação mais completa sobre a evolução do paciente em Psicanálise e sobre sua prescrição psiquiátrica.

Por fim, é imprescindível ressaltar que um dos maiores ensinamentos de Freud foi o destaque que deu à análise dos profissionais que pretendem exercer a Psicanálise. O bom analista reconhece que nenhum conhecimento teórico, por mais importante que seja, poderia substituir o exercício da Psicanálise, que se inicia por sua própria análise pessoal: é nela que o futuro analista toma os primeiros contatos com a técnica psicanalítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Esboço de Psicanálise (1940 [1938]) — Parte III: Rendimento Teórico — Capítulo VIII: o Aparelho Psíquico e o Mundo Externo. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise — Parte III: Teoria Geral das Neuroses (1917 [1916-17]) — Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Artigos Sobre Técnica (1911-1915 [1914]): Sobre o Início do Tratamento (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise I) (1913). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Artigos Sobre Técnica (1911-1915 [1914]): A Dinâmica da Transferência (1912). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Artigos Sobre Técnica (1911-1915 [1914]): Observações Sobre o Amor Transferencial (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise III) (1915 [1914]). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Artigos Sobre Técnica (1911-1915 [1914]): Recordar, Repetir e Elaborar (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise II) (1914). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Análise Terminável e Interminável (1937). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*; Construções em Análise (1937). Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GREENSON, Ralph R. *A Técnica e a Prática da Psicanálise*. Exame dos Conceitos Básicos. Trad. Marina Camargo Celidonio. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1981.
- _____. *A Técnica e a Prática da Psicanálise*. Resistência. Trad. Marina Camargo Celidonio. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1981.
- _____. *A Técnica e a Prática da Psicanálise*. Transferência. Trad. Marina Camargo Celidonio. Vols. I e II. Rio de Janeiro: Imago, 1981.