

FUNDAMENTOS DA MUDANÇA PSÍQUICA: RECURSOS PARA O MANEJO TÉCNICO EM PSICOTERAPIA BREVE. ¹

Maria Leonor Espinosa Enéas

Universidade Presbiteriana Mackenzie
Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve

RESUMO: Este artigo tem por objetivo ampliar a discussão das indicações e das limitações das psicoterapias psicodinâmicas breves, bem como das possibilidades de manejo técnico que permitem. Comenta o sentido de processo terapêutico e os objetivos pretendidos nas psicoterapias visando estabelecer as bases para a discussão dos mecanismos de mudança psíquica. Tal discussão se dá a partir de uma visão ampla dos fatores curativos apontados em diversas vertentes da psicoterapia psicodinâmica breve, tanto aquelas com indicação mais restrita quanto as que permitem indicação mais ampla. Conclui pela importância de enfatizar os fatores curativos mais condizentes com os recursos apresentados pela dupla terapeuta-paciente, de forma a atingir um objetivo compatível com tais condições.

Palavras-chaves: Psicoterapia Breve; Processo Psicoterápico; Mudança Psíquica; Indicação Terapêutica; Manejo Técnico.

FUNDAMENTS OF THE PSYCHIC CHANGE: RESOURCES FOR THE TECHNICAL MANAGEMENT IN BRIEF PSYCHOTHERAPY.

ABSTRACT: This article is aimed to enlarge the discussion about both the indications and limitations of the brief psychodynamic psychotherapies as well as the possibilities in the technical management which are permitted by them. In order to establish the bases to discuss the psychic change mechanisms, the paper comments the meaning of the therapeutic process and the intended objectives in the psychotherapy. This discussion offers a broad view on the curative factors pointed out in different forms of brief psychodynamic psychotherapies, including both the more restrictives in their indications and the wider ones. The conclusion points out the importance on emphasizing the more suitable curative factors to the resources presented by both therapist and patient to achieve an attainable objective.

Keywords: Brief Psychotherapy; Psychotherapeutic Process; Psychic Change; Therapeutic Indication.

¹. Parte da Tese de Doutorado defendida em 1999 na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sendo orientadora a Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida.

Fundamentos da mudança psíquica: recursos para o manejo técnico em Psicoterapia Breve.

Os estudos mais recentes no campo das psicoterapias psicodinâmicas breves enfatizam as questões relativas ao processo psicoterápico. Uma delas é a identificação dos mecanismos de mudança que permitem a consecução de objetivos terapêuticos. Esta vertente dos conhecimentos relativos ao processo psicoterápico permite discutir mais apropriadamente as limitações, indicações e possibilidades de manejo das psicoterapias breves. Isto porque auxilia a sistematização da prática de forma a atender satisfatoriamente à demanda diversificada dos pacientes. Neste sentido, o conhecimento dos mecanismos de mudança oferece um importante instrumento que favorece a melhor articulação dos recursos técnicos possíveis para adequar-se ao enquadre específico de trabalho. Entende-se aqui o enquadre não apenas enquanto elementos fixos da condição de trabalho do terapeuta, como frequência, duração das sessões, local e disposição de sua realização, valor e forma de pagamento, etc., mas também as condições estruturais e contextuais do paciente e do terapeuta (e até mesmo do local de atendimento, quando ocorre em instituição, por exemplo) que permitem definir questões centrais como o aspecto a ser trabalhado, os objetivos específicos a atingir, uma duração de tempo compatível para tal, além de um leque de recursos técnicos que viabilizem o trabalho. Ou seja, o próprio arcabouço técnico da psicoterapia breve.

Este artigo se propõe a percorrer as teorias de mudança psíquica e verificar os mecanismos intervenientes e seus aspectos relevantes. Para contextualizar esta apresentação, discute inicialmente o sentido de processo e os objetivos da psicoterapia.

O sentido de processo terapêutico.

Para melhor compreender qualquer psicoterapia é necessário que se pense no conceito de *processo*. Os significados de processo, segundo o dicionário Aurélio, refletem esta afirmação: “1. Ato de proceder, de ir por diante; seguimento, curso, marcha. 2. sucessão de estados ou de mudanças. 3. maneira pela qual se realiza uma operação, segundo determinadas normas; método, técnica” (Ferreira, 1988 : 530). Todas estas definições podem trazer à mente a psicoterapia enquanto um seguimento de acordo com um método e técnicas específicas que levam a mudanças ou, mais especificamente, a uma seqüência de mudanças.

Paralelamente à conceituação de processo, também é importante que se defina *processo terapêutico*. Braier (1990) entende por processo a existência de uma série de fases de um fenômeno, ou mesmo a evolução de uma série de fenômenos intimamente relacionados num encadeamento causal, que se sucedem em uma direção que tende à consecução de um objetivo final. Acrescenta que, no processo terapêutico, há uma série de estados, tanto no paciente quanto no terapeuta, que se produzem diante da tentativa de obter a melhora da saúde. Complementa que este encadeamento deve ocorrer dentro de um enquadre para que se configure um processo terapêutico, já que é o tipo de enquadre estabelecido que definirá as características do processo. O enquadre pode ser compreendido como um conjunto de constantes que permitem a ocorrência do processo terapêutico (Bleger, 1977), de forma que possa assegurar o mínimo de interferência na tarefa terapêutica e oferecer o máximo de informação possível ao terapeuta (Etchegoyen, 1987/1989). Os aspectos do enquadre definem a situação terapêutica, de forma que mantê-lo, representa uma importante atividade técnica e ética do terapeuta. Um importante aspecto do enquadre reside na atitude mental

do terapeuta, a quem compete estabelecê-lo, dando-lhe, além disso, significado terapêutico.

Ainda acerca da conceituação de *processo terapêutico*, Hilliard (1993) também enfatiza que o termo implica um desdobramento temporal de variáveis dentro da díade terapêutica, sendo preciso dividir o resultado global em uma série de mudanças menores para que se possa descobrir as interações de ambos e buscar explicação para as mudanças. Seguindo orientação semelhante, Stiles e Shapiro (1995) sugerem que o tratamento psicoterápico deve ser compreendido não como uma mistura pronta ou uma seqüência de ingredientes, mas como um distinto conjunto de procedimentos específicos e flexíveis pelos quais o terapeuta e o paciente interagem. Estes autores lembram que, mesmo os participantes seguindo consistentemente estes procedimentos, haverá variabilidade de comportamentos, e que o resultado virá da terapia como um todo. Nesse sentido, acreditam que, para compreender o sucesso da terapia, é preciso focar os padrões de interação de ambos. Nota-se em tais definições a ênfase sobre a interação dos participantes, mesmo que seja pouco compreendida, e sobre as mudanças no paciente, que constituem os objetivos do processo.

Os objetivos da psicoterapia.

Os objetivos de qualquer psicoterapia, sem os quais não haveria sentido a discussão de processo terapêutico, têm sido sugeridos desde Freud. Sua colocação sobre a tarefa do método psicanalítico, feita em 1904, referia-se a remover amnésias, desfazer repressões, ou tornar o inconsciente acessível à consciência, e o objetivo do tratamento visava à recuperação clínica do paciente, à restauração de sua capacidade de levar uma vida ativa e de desfrutar prazer, sem que isto significasse a ausência completa dos sintomas. Freud (1917b/1976) comenta que a

possibilidade de ajuda consiste em proporcionar condições para que o conflito patogênico possa ocorrer em um nível topográfico comum, ou seja, tornar consciente o conteúdo conflitivo inconsciente de forma que o conflito patogênico seja transformado em conflito normal, possibilitando o encontro de uma solução. Na opinião de Freud (1917a/1976), o aumento na compreensão do funcionamento psíquico converteu-se em poder terapêutico. Esta observação foi reiterada em 1927 (pós-escrito de *A questão da análise leiga*), ao associar a cura e a pesquisa, comentando que ‘o conhecimento trouxe êxito terapêutico’ (p. 291). Parece que, neste ponto de desenvolvimento do conhecimento psicanalítico, supunha-se que o conhecimento teórico pudesse contribuir para o emprego de técnicas que ajudassem na resolução do conflito e na melhora da condição de vida do paciente. Mas Freud também sugere os limites desta possibilidade ao mencionar que, se as repressões não pudessem ser desfeitas, a terapia não poderia ser eficaz. Mesmo mais tarde, ao estabelecer como a parte mais importante do trabalho analítico a busca de superação das resistências, Freud (1940/1975) considera que não é possível obter sucesso da mesma forma com todos os pacientes. Os recursos que permitem este trabalho dizem respeito ao desejo de recuperação por parte do paciente, à sua inteligência, à tentativa de busca de uma nova solução, às condições egóicas mais favorecidas do indivíduo adulto e principalmente ao relacionamento com o terapeuta visto como aliado - ou seja, em termos mais modernos, a aliança terapêutica. Freud (1917c/1976) ainda acrescenta que os conflitos do paciente só se resolverão com êxito se ‘as idéias orientadoras que lhes dermos se coadunarem com o que nele é real’ (Freud, 1917c/1976 : 528), ou seja, se houver acordo quanto aos objetivos pretendidos por ambos e quanto à possibilidade de buscá-los dentro das condições do paciente. Nesta visão, sucesso terapêutico implica superar resistências internas e efetuar modificações no tocante

à liberação de libido de forma a torná-la novamente utilizável para o ego, a fim de que o paciente possa ‘ter um nível suficiente de capacidade de aproveitar a vida e ser eficiente’ (p.533). Mais tarde os objetivos terapêuticos são ampliados quando Freud (1933a/1976) estabelece o propósito de ‘fortalecer o ego, fazê-lo mais independente do superego, ampliar seu campo de percepção e expandir sua organização, de maneira a poder assenhorar-se de novas partes do id’ (p. 102). Neste momento parece destacado o papel do ego no funcionamento mental, como a instância que é tanto responsável pelo equilíbrio psíquico quanto é a sede do sofrimento emocional. Também é destacada a via pela qual o ego pode desenvolver-se e diferenciar-se do id: o contato com o meio externo e a possibilidade de realizar identificações. Um processo terapêutico pode oferecer condições para a mudança psíquica ao influenciar o ego, potencializando o uso de suas funções mais autônomas e propiciando condições para a reformulação de antigas aprendizagens. Este processo, quando realizado na presença de uma pessoa significativa - o terapeuta, oferece condições para a mudança por meio de uma experiência a um tempo afetiva e cognitiva. Freud (1933b/1976) ainda considera a existência de fatores constitucionais que influenciam o procedimento terapêutico e contra os quais nada se pode fazer. Parece que, focar a possibilidade de mudança a partir do ego, ou seja, a partir das condições de uso de seus recursos próprios, faz pensar que o processo terapêutico tem chance de oferecer condições satisfatórias para a obtenção de mudança psíquica. Mas é preciso considerar um nível mais profundo de organização da personalidade passível de apresentar rigidez maior ou menor, e menos susceptível às modificações provenientes da influência do meio externo. De fato, as observações clínicas, e mesmo alguns resultados de pesquisas, revelam que os pacientes melhor estruturados tendem a apresentar melhores condições de obter bons

resultados terapêuticos, enquanto os menos estruturados tendem a obter resultados menos favoráveis, ou seja, parece que as condições para a mudança psíquica são proporcionais às condições egóicas pré-existentes do paciente. Assim, o papel que o terapeuta pode desempenhar deve considerar estas condições prévias do paciente e, na medida do possível, procurar fortalecê-las ou modificá-las.

Observa-se que a questão dos objetivos buscados para a psicoterapia acompanhou o progresso do conhecimento adquirido a cada momento, bem como compartilhou da coerência interna da teoria de personalidade. Nota-se então a coerência entre a teoria de personalidade e a psicopatologia, a proposta terapêutica, os fatores curativos e os mecanismos de mudança, elementos que devem ser considerados ao se estabelecerem os objetivos do tratamento. Segue-se que, por existirem diferentes propostas de técnicas psicoterápicas, cada uma voltada para um aspecto especial das diversas correntes teóricas derivadas da psicanálise, é facilmente dedutível que cada uma enfatize diferentes mecanismos de mudança e, até mesmo, que possa haver maior especificidade quanto ao tipo de sintomatologia (ou aspecto do funcionamento psíquico) que mais se beneficie de cada uma delas. Assim, percorrer algumas “teorias de mudança” pode ajudar tanto a esclarecer a coerência interna quanto a visualizar mais claramente as indicações de cada proposta técnica.

Teorias de mudança psíquica.

Parece interessante iniciar esta apresentação com a retomada dos fatores curativos em psicoterapia psicanalítica tradicional. Alguns aspectos do que foi sugerido por Freud já foram apontados anteriormente. Segundo Wolitzky (1995), depois de muito debate quanto aos ingredientes curativos da psicanálise, atualmente é possível falar de duas categorias principais destes fatores - *insight* e

relacionamento. Ele ainda comenta sobre o potencial de engano desta separação, pois o *insight* só pode ocorrer no contexto de um relacionamento. Contudo, a função desta separação é designar o benefício que pode advir do relacionamento com um terapeuta em si mesmo, além de relativizar a melhora advinda da auto compreensão. Outra condição importante refere-se ao maior benefício de cada fator, pois parece que, para os pacientes com história precoce de sérios distúrbios no relacionamento com a figura materna, os efeitos curativos do relacionamento com o terapeuta são mais sensíveis, enquanto para os pacientes com conflitos edípicos, ou seja, com desenvolvimento emocional mais evoluído, o *insight* mostra-se um fator mais potente, principalmente quando associado emocionalmente às experiências atuais e passadas (Silberschatz & Sampson, 1991).

No tocante à teoria de mudança e aos fatores curativos das propostas mais específicas de psicoterapias breves psicodinâmicas, verifica-se a congruência com o modelo teórico em que se baseiam. As primeiras técnicas de psicoterapia breve apresentam uma fundamentação teórica muito próxima dos conceitos freudianos clássicos. Seguiram as contribuições daqueles que são considerados os precursores do movimento das psicoterapias breves por terem oferecido seus fundamentos básicos, tanto teóricos quanto técnicos, incluindo os desenvolvimentos teóricos de Freud. Adotaram ainda algumas de suas sugestões de alteração da técnica, além do trabalho de Ferenczi e Rank, principalmente no tocante às modificações técnicas desenvolvidas por eles tanto individualmente quanto em conjunto, e de Alexander e French, que apresentaram em 1946 o que consideravam uma inovação para a técnica psicanalítica e que se tornou o marco no desenvolvimento de técnicas breves.

O grupo dos primeiros proponentes de técnicas breves inclui Davanloo, Malan, Mann e Sifneos. Dentre eles, apenas Mann afasta-se da concepção psicanalítica mais clássica, apresentando uma abordagem integrativa que fundamenta sua compreensão da psicopatologia em quatro perspectivas teóricas derivadas da psicanálise, quais sejam, a hipótese estrutural, a teoria do narcisismo e desenvolvimento da auto-estima, a teoria das relações objetais e a perspectiva desenvolvimental (Messer & Warren, 1995).

Malan (1976/1981) tinha inicialmente uma técnica terapêutica breve que se aproximava muito da própria técnica psicanalítica. Tanto que era quem permitia a maior duração terapêutica dentre todos os autores desta fase: até 40 sessões. Sua intenção era a de promover mudanças no conflito nuclear apresentado pelo paciente, empregando, principalmente, interpretações que tornassem conscientes os componentes do conflito: ansiedade, defesa e impulso, e ainda ligassem as manifestações deste conflito nas vivências com pessoas da vida atual, na transferência e com figuras parentais na infância. Posteriormente, tendo adotado a técnica de Davanloo, manteve a fundamentação psicanalítica mais estrita, enfatizando o papel das intervenções do terapeuta para a obtenção de *insight* e da mudança psíquica. Ele chegou a afirmar que fora Freud quem descobrira o inconsciente, mas que a Davanloo cabia o mérito de ter descoberto como utilizá-lo terapêuticamente (Malan, 1980).

A psicoterapia dinâmica intensiva de curta duração (*intensive short-term dynamic psychotherapy* - ISTDP) proposta por Davanloo (1978/1994) diferencia duas amplas categorias de pacientes - um grupo menos resistente de pacientes que manifestam pouca patologia de caráter e podem experimentar mais prontamente seus sentimentos, e um outro grupo de pacientes mais altamente resistentes, que mostram rígida estrutura de caráter. Para ambos os grupos, o essencial para que a

mudança ocorra é a experiência afetiva e cognitiva dos sentimentos, conseguida por meio de confrontações e clarificações das defesas, sintomas e ansiedades associadas. O uso sistemático destas intervenções, segundo Laikin, Winston e McCulough (1991), produz uma crise intrapsíquica pelo fato de o paciente tomar conhecimento da auto destrutividade de antigos padrões de funcionamento. Este processo desperta intensos afetos e a aliança terapêutica inconsciente, o que ajuda e condensa o processo psicoterapêutico. A técnica com os pacientes mais altamente resistentes requer um estágio anterior, que consiste na reestruturação das defesas. Neste caso, a mudança é iniciada ajudando sistematicamente o paciente a identificar e experimentar seus sentimentos e impulsos, além de diferenciar defesas de ansiedades. Este trabalho é fundamentado na aliança terapêutica e na análise da transferência.

Outro autor da mesma geração e da mesma vertente teórica é Sifneos, que também divulgou muito seu trabalho, principalmente nos países nórdicos (Heiberg, 1975). Sua psicoterapia breve provocadora de ansiedade (*short-term anxiety-provoking psychotherapy* - STAPP) supõe que o *insight* cognitivo e a experiência emocional corretiva promovam a auto-compreensão e um sentimento de bem estar que levam à aprendizagem para resolver problemas emocionais. O princípio da experiência emocional corretiva, definido por Alexander (Alexander & French, 1946/1956), consiste em fazer o paciente reviver situações emocionais que não pôde resolver no passado, agora em circunstâncias mais favoráveis e na presença do terapeuta. Isto permite que o paciente tanto veja intelectualmente quanto sinta a irracionalidade de suas reações emocionais. Ele enfatiza as diferenças existentes entre a repetição do padrão de reação do paciente e a resposta do terapeuta no contato terapêutico. A alteração de uma parte deste padrão, por meio da resposta do terapeuta, promove a oportunidade para a

elaboração do conflito emocional. O objetivo último destes recursos terapêuticos, segundo Nielsen e Barth (1991), é a autonomia e fortalecimento egóico que permitem ao paciente desfrutar mais satisfatoriamente dos relacionamentos interpessoais de sua vida “real”. Interessante que, embora muito próximo dos pressupostos psicanalíticos para a teoria da mudança, Sifneos enfatiza a experiência de aprendizagem que ocorre na terapia de uma forma muito semelhante à dos mecanismos da terapia comportamental. Nas palavras de Nielsen e Barth, talvez a diferença primordial entre ambas seja que a STAPP trabalha com uma “situação” temida, que é intrapsíquica e não externa. O essencial, em ambas, é o encontro do paciente com experiências usualmente evitadas, o que favorece a mudança psíquica mas requer grande empenho por parte do paciente. Isto é bastante coerente com um de seus mais importantes critérios para a seleção de pacientes para a terapia, que é a motivação para efetivamente buscar uma mudança psíquica e não apenas o alívio de sintomas (Sifneos, 1968, 1987/1989).

É importante notar, como fazem Messer e Warren (1995) que, além do emprego dos mesmos mecanismos gerais de mudança das psicoterapias psicanalíticas, alguns outros recursos e cuidados precisam ser considerados quando se trabalha com limitação de tempo. Os mais notáveis são a manutenção de uma atividade focal e cuidados no manejo de interpretação transferencial, ligando-a rapidamente a eventos atuais e passados, de modo a desconfirmar a visão transferencial que o paciente tem do terapeuta e oferecer suporte ativo para aumentar a capacidade de auto-observação do paciente. Estes aspectos são fundamentais quando se trabalha com limitação temporal, pois evitam a regressão do paciente e o desenvolvimento de uma neurose transferencial, aspectos admissíveis apenas em um enquadre psicanalítico (Knobel, 1986).

Dentre os autores agora em pauta, resta mencionar Mann, que apresenta uma interessante visão do manejo da percepção do tempo (Mann, 1973). Ele trabalhava com uma ampla variedade de indivíduos, para quem as questões de separação e perda tinham sido difíceis de manejar, causando dano em sua autoimagem. Mann considerava que o estabelecimento do problema central e da data do término, feitos pelo terapeuta logo no início do tratamento, promoviam o desenvolvimento da aliança terapêutica e encorajava o paciente a experimentar e explorar os sentimentos negativos que nutriam sobre si mesmos. Trabalhar num contexto de confronto entre o tempo imaginado, idealizado ou infantil, e o tempo real, da vida adulta, seria a ferramenta básica para reorganizar a história de vida, expandir a consciência do paciente e aumentar o domínio sobre as questões de separação (Mann, 1991).

Todos estes autores enfatizam também as condições do paciente, necessárias para que possam empregar a técnica que propõem. Dentre elas, e em comum, encontram-se as condições egóicas que permitam o estabelecimento de um vínculo com o terapeuta, a ser rompido em pouco tempo, o empenho para realizar mudanças em seu funcionamento e a possibilidade de estabelecer uma questão central que seja objeto do trabalho terapêutico. Observa-se que são enfatizadas as condições do paciente para que possa ser empregada a técnica visando um tipo específico de mudança psíquica, qual seja, a compreensão e resolução do conflito nuclear. A ressalva nesses critérios, feita pelo grupo que trabalha com a técnica proposta por Davanloo, não altera o objetivo pretendido, apenas acrescenta uma etapa prévia necessária para melhorar as condições do paciente. Ou seja, estipula fases de mudança necessárias durante o processo.

Dentre as propostas da geração posterior, algumas podem ser empregadas tanto com tempo limitado quanto com final aberto (Luborsky, 1984). Pelo menos

duas delas estão manualizadas, ou seja, oferecem uma descrição detalhada da técnica e um guia para orientar o terapeuta em sua prática, e têm sido amplamente empregadas em pesquisas de processo terapêutico. Trata-se da psicoterapia suportivo-expressiva (Luborsky, 1984) e da psicoterapia dinâmica de tempo limitado (Strupp & Binder, 1984). Fundamentam-se no modelo relacional, o que traz uma nova dimensão ao relacionamento terapêutico, mesmo sem haver grandes alterações quanto aos fatores curativos, pois, neste enfoque, a ênfase, tanto da concepção de psicopatologia quanto dos fatores curativos, recai sobre o relacionamento com o outro. Conseqüentemente, quanto à mudança, são priorizados os benefícios advindos do relacionamento terapêutico, fazendo com que se modifique a posição relativa dos demais fatores. Tanto a interpretação transferencial quanto o *insight* buscado passam a ter agora características interacionais. A interpretação volta-se para o aqui e agora referente ao padrão de relação que está sendo reativado na situação terapêutica. Procura-se que o paciente adquira compreensão quanto ao significado deste padrão, usando para isso a experiência emocional corretiva. Talvez por isto possam esses autores ampliar a aplicação de suas propostas terapêuticas a uma diversidade de condições dos pacientes, fato que era bastante limitado na geração anterior.

Observando melhor a proposta de Luborsky (1984), verifica-se que ele fala de uma integração dos fatores curativos, cuja compreensão depende da resposta a: *o que muda? e como as mudanças acontecem?* A mudança diz respeito a um aumento na confiança do paciente quanto a poder superar os padrões repetitivos de conduta auto-destrutiva, mudança esta que advém principalmente da percepção do terapeuta como um aliado nesta empresa, ou seja, da aliança terapêutica. Também ocorre um aumento na compreensão dos sintomas e dos padrões de conduta, em virtude do empenho do paciente - sua motivação para

mudança - e da habilidade do terapeuta para favorecer este envolvimento. Acontece ainda a internalização dos ganhos do tratamento, a partir de uma boa elaboração dos significados do término, o que permite ao paciente obter um maior domínio sobre os conflitos e conseqüentemente manter os ganhos terapêuticos (Luborsky, 1984; Luborsky & Mark, 1991). Assim, em cada uma das fases do processo ocorrem interações importantes entre paciente e terapeuta para que diferentes e sucessivos aspectos da mudança psíquica possam ocorrer e levar a um nível de desempenho mais satisfatório do paciente.

Já para Binder e Strupp (1991), a mudança terapêutica é produzida por um interjogo de atividades intrapsíquicas e interpessoais sem que nenhum evento em especial possa ser considerado o mais mutativo para todos os casos. Por fundamentarem sua técnica psicoterápica numa perspectiva interpessoal, consideram essenciais os aspectos da interação terapeuta-paciente, como a reexperimentação do conflito na atualidade da relação terapêutica e as intervenções voltadas para o aqui e agora, que promovem uma aprendizagem experiencial, ou seja, o reconhecimento da repetição de padrões de interação maladaptativos. Para tanto é necessário que as primeiras experiências de relacionamento na vida do paciente tenham sido suficientemente satisfatórias a fim de que ele possa obter gratificação nas relações atuais; da mesma forma, também é necessário que o terapeuta evite o prolongamento do padrão conflitivo na sua relação com o paciente não respondendo aos padrões de conduta habituais deste, mas, ao contrário, colabore ativamente na busca de soluções para os problemas e criando experiências de relacionamento satisfatório. A interação destes aspectos permite ao paciente obter maior clareza relativa ao seu padrão de funcionamento e assim questioná-lo, diminuindo sua influência deletéria e

obtendo condições de encontrar respostas mais flexíveis e adaptativas, o que melhora seu funcionamento geral.

A importância relativa dos fatores curativos é evidenciada na ênfase dada pela psicoterapia suportiva dinâmica aos aspectos da aliança terapêutica em detrimento da transferência (Pinsker, Rosenthal & McCullough, 1991). Na opinião dos autores, um bom relacionamento com o terapeuta permite a identificação de padrões de comportamento interpessoal e o planejamento de estratégias para mudá-los na medida do possível. Isto promove a melhora da auto-estima e de habilidades adaptativas do paciente.

A mesma ênfase na aliança terapêutica é dada por Benjamin (1991) que propõe uma terapia breve de aprendizagem reconstrutiva dirigida pela Análise Estrutural do Comportamento Social (*Structural Analysis of Social Behavior - SASB*). Em sua opinião, o paciente deve aprender a reconhecer seus padrões de relacionamento para decidir *se* e *como* irá mudá-los. Para que esta mudança seja atingida, o terapeuta promove um relacionamento colaborativo com o paciente a fim de que juntos possam identificar os padrões interativos, os desejos e medos inconscientes que os mantêm e a necessidade de abandoná-los; mas a aliança terapêutica também ajuda a suportar a dor advinda da mudança, bem como a evitar que haja regressão até a estruturação de um novo *self*.

Os autores desta vertente teórica também evidenciam a importância das condições do paciente; contudo enfatizam igualmente a melhora adaptativa como objetivo pretendido e a participação explícita do terapeuta na relação como um elemento ativo e sensível às necessidades do paciente. O objetivo atingido, independentemente da profundidade envolvida no tocante à resolução do conflito nuclear, implica um processo de mudanças favorecidas e sustentadas por meio da relação terapeuta-paciente.

Ao acompanhar as proposições das diferentes técnicas quanto aos mecanismos de mudança, pode-se notar a alteração nas prioridades de cada uma em função dos objetivos mais explícitos e da necessária coerência técnica. O ponto mais relevante é a semelhança entre todas as técnicas quanto a necessária articulação dos fatores curativos ao conjunto de variáveis que definem o processo terapêutico. Desta forma, localizar e priorizar os fatores curativos que sejam compatíveis com as condições apresentadas tanto pelo paciente quanto pelo terapeuta, é mais um meio de que o terapeuta dispõe para associar coerentemente os instrumentos técnicos de forma a atender satisfatoriamente uma demanda diversificada.

Referências Bibliográficas:

- ALEXANDER, F. & FRENCH, T.M. (1956). Terapeutica psicoanalitica: Principio y aplicación.(L. Fabricant, Trad.) Buenos Aires: Paidós. (Original publicado em 1946).
- BENJAMIN, L.S. (1991).Brief SASB-directed reconstrutive learning therapy. In P. Crits-Christoph & J.P. Barber. (Eds.), Handbook of short-term dynamic psychotherapy. (pp.248-286). New York: Basic Books.
- BINDER, J. L. & STRUPP, H.H. (1991). The Vanderbilt approach to time-limited dunamic psychotherapy. In P. Crits-Christoph & J.P. Barber. (Eds.). Handbook of short-term dynamic psychotherapy. (pp. 137-165). New York: Basic Books.
- BLEGER, J. (1977). Psicanálise do enquadramento psicanalítico. In J. Bleger.Simbiose e ambigüidade. (pp. 311-328). (M.L.X. de A Borges, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- BRAIER, E. A. (1990). Psicoanálisis: Tabúes em teoria de la técnica, metapsicologia de la cura. Buenos Aires: Nueva Visión.

- DAVANLOO, H. (1978). Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy. 2nd ed. Northvale: Jason Aronson, 1994.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1987). Fundamentos da técnica psicanalítica. (C.G. Fernandes, Trad.). 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FERREIRA, A B. H. (1988). Dicionário Aurélio escolar da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- FREUD, S. (1972). Sobre a psicoterapia. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Direção da Trad. Jayme Salomão. (vol 7, pp.265-278). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1904)
- FREUD, S (1976). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XVI. – Psicanálise e psiquiatria. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Direção da Trad. Jayme Salomão. (vol 16, pp.289-303). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917a)
- FREUD, S. (1976). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII. – Transferência. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Direção da Trad. Jayme Salomão. (vol 16, pp.503-521). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917b)
- FREUD, S. (1976). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVIII. – Terapia analítica. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Direção da Trad. Jayme Salomão. (vol 16, pp.523-539). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917c)
- FREUD, S. (1976). A questão da análise leiga – pós escrito. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Direção da Trad. Jayme Salomão. (vol 20, pp.285-293). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1927)

- FREUD, S. (1976). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXI. – A dissecação da personalidade psíquica. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Direção da Trad. Jayme Salomão. (vol 22, pp.75-102). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933a)
- FREUD, S. (1976) Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIV. – Explicações, aplicações e orientações. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Direção da Trad. Jayme Salomão. (vol 22, pp.167-191). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933b)
- FREUD, S. (1975). Esboço de psicanálise. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Direção da Trad. Jayme Salomão. (vol 23, pp.169-237). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1940)
- HEIBERG, A (1975). Indications for psychotherapy in a psychiatry clinic population: a survey. Psychotherapy & Psychosomatics, 26, 156-166.
- HILLIARD, R.B.(1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 373-380.
- KNOBEL, M. (1986). Psicoterapia breve. São Paulo: EPU.
- LAIKIN, M.; WISTON, A & McCULLOUGH, L. (1991). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In P.Crits-Christoph & J.P Barber (Eds.), Handbook of short-term dynamic psychotherapy. (pp. 80-109). New York: Basic Books.
- LUBORSKY, L. (1984).Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.
- LUBORSKY, L. & MARK, D.(1991). Short-term supportive-expressive psychoanalytic psychotherapy. In P. Crits-Christoph & J.P. Barber (Eds.),

- Handbook of short-term dynamic psychotherapy.(pp. 110-136). New York: Basic Books.
- MALAN, D.H. (1981). As fronteiras da psicoterapia breve. (L. Knijinik & M.E.Z. Schestatsky, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1976)
- MALAN, D.H. (1980). The most important development in psychotherapy since the discovery of the unconscious. In H. Davanloo (Ed.), Short-term dynamic psychotherapy. (pp. 13-23). Northvale: Jason Aronson, 1986.
- MANN, J. (1973). Time-limited psychotherapy. Cambridge: Harvard University Press.
- MANN, J. (1991). Time limited psychotherapy. In P.Crits-Christoph & J.P. Barber (Eds.), Handbook of short-term dynamic psychotherapy. (pp. 17-44). New York: Basic Books.
- MESSER, S.B. & WARREN, C.S. (1995). Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach. New York: Guilford Press.
- NILSEN, G. & BARTH, K. (1991). Short-term anxiety-provoking psychotherapy. In P, Crits-Christoph & J.P. Barber (Eds.), Handbook of short-term dynamic psychotherapy. (pp. 45-79). New York: Basic Books.
- PINSKER, H.: ROSENTHAL, R. & McCULLOUGH, L. (1991).Dynamic supportive psychotherapy. In Crits-Christoph & J.P. Barber (Eds.), Handbook of short-term dynamic psychotherapy. (pp. 220-247). New York: Basic Books.
- SIFNEOS, P.E. (1968). “The motivational process”- a selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration. Psychiatry Quarterly, 42, 271-280.
- SIFNEOS, P.E. (1989). Psicoterapia dinâmica breve: avaliação e técnica. (A E.Filmann, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1987)

- SILBERSCHATZ, G. & SAMPSON, H. (1991). Affects in psychopathology and psychotherapy. In J.D Safran & L.S Greenberg (Eds.), Emotion, psychotherapy, and change. (pp. 113-129). New York: Guilford Press.
- STILLES, W.B. & SHAPIRO, D.A (1995). Verbal exchange structure of brief psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *63*, 15-27.
- STRUPP, H.H. & BINDER, J. L. (1984). Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books.
- WOLITZKY, D.L. (1995). The theory and practice of traditional psychoanalytic psychotherapy. In AS. Gurman & S.B. Messer (Eds.), Essential psychotherapies: theory and practice. (pp. 12-54). New York: Guilford Press.

Contatos: Universidade Presbiteriana Mackenzie
Faculdade de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Rua Itambé, 145 – Prédio 14 – 1º andar
Higienópolis – São Paulo – SP
CEP: 01239-902
E-mail: psicoclinica@mackenzie.br