

Textos do curso

PSICOTERAPIA BREVE

Fundamentos, Teoria e Prática

Curso realizado na
Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas
(ABRAPE)

Capítulo 1 - Algumas considerações sobre o conceito de Psicoterapia

Capítulo 2 - Psicoterapia Breve – Conceito e Fundamentação

Capítulo 3 - O manejo técnico do enquadre psicoterápico

Capítulo 4 – Histórico da Psicoterapia Breve, seus progressos científicos e suas especificidades

Docente: **Adalberto Ricardo Pessoa**

- Psicólogo Clínico e Analista Junguiano e Transpessoal formado pela USP
- Pós-Graduado pela USP e pelo Instituto Pineal-Mind em pesquisas psicobiofísicas e Psicossomática Espírita
- Formação em integração fisio-psíquica de orientação junguiana na USP.
- Pós-graduando (especialização) em Psicologia Junguiana na Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo e no Centro de Ensino Superior de Homeopatia (Facis/Ibehe)

- Escritor colaborador dos jornais “O Semeador” e “Jornal Espírita”, ambos da Federação Espírita do Estado de São Paulo, e da revista “Além da Vida”.
- Autor do livro “*A Quinta Força – Uma nova visão da alma Humana*”, publicado pela Editora DPL.
- Criador do Site Psicologia Espírita: www.psicologiaespirita.rg3.net

Terapia Social e Psicologia Espírita

(Expansões em Psicodiagnóstico, Psicoterapia Breve e Psicoterapia de Grupo)

O objetivo dessa resenha é transmitir alguns conceitos técnicos, bem como debater alguns aspectos concretos que tenho vivenciado na prática de uma modalidade de trabalho psicológico possível de ser realizada na área clínica, denominada psicoterapia breve.

Procurei direcionar a minha linha de reflexão para as necessidades específicas da ABRAPE (Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas), e em especial para o trabalho denominado “Terapia Social”, realizado pela instituição. O serviço designado de Terapia Social, como sabemos, é um trabalho desenvolvido pela ABRAPE em Centros Espíritas, e outras instituições interessadas, que consiste na disponibilização de serviços gratuitos (portanto, de caráter social) de atendimento psicológico, tanto em âmbito clínico quanto institucional. Os serviços podem variar, desde a realização de trabalhos de psicoterapia breve e aconselhamento (atendimentos clínicos) até serviços amplos de consultoria e assessoria institucional, segundo as necessidades de cada instituição.

Atualmente o principal Trabalho Social oferecido pela ABRAPE às Casas Espíritas tem sido a Psicoterapia Breve, e isso porque de fato esse é um serviço que historicamente surgiu na psicoterapia, entre outros motivos, com o objetivo de atender a demanda de serviços de atendimento clínico em psicologia para populações de instituições públicas, filantrópicas e comunidades carentes – é uma tentativa de disponibilizar o serviço psicológico para grandes populações, aliando eficiência, custos mais baixos de operacionalização, economia de tempo, etc.

Sabe-se que, além da Psicoterapia Breve, outras modalidades de trabalho que possuem o mesmo objetivo são o Psicodiagnóstico e a Psicoterapia de Grupo. Essas duas modalidades de trabalho na clínica psicológica também foram criadas com o objetivo de oferecer à comunidade mais amplas opções de atendimento, englobando um número maior de pessoas a serem beneficiadas em menos tempo e com menor custo.

Assim, do ponto de vista técnico, aliadas o Psicodiagnóstico, a Psicoterapia Breve e a Psicoterapia de Grupo, os resultados em termos de disponibilidade, eficiência, tempo, espaço, número de pessoas atendidas, etc., são maximizados exponencialmente. Para isso, porém, há necessidade de investirmos em pesquisa científica e humana, quanto às variáveis técnicas e práticas atuantes nessas modalidades de trabalho clínico. Há inclusive, um razoável investimento em termos de esforços administrativos para operacionalizar um projeto ou trabalho desse porte.

Essa resenha é uma contribuição específica ao trabalho de compreensão dos fundamentos teóricos e técnicos da psicoterapia breve. Foi utilizado para tanto amplos referenciais científicos e filosóficos, especialmente das duas principais escolas de psicologia profunda – a Psicanálise e a Psicologia Junguiana - bem como da Psicologia Espírita. Do ponto de vista filosófico e epistemológico, esse trabalho se fundamenta numa abordagem holística que procura abordar o ser humano integral bio-psico-sócio-espiritual, a partir de uma concepção sistêmica de saúde. As considerações teóricas e práticas dessa proposta são relacionadas a seguir.

Capítulo 1 - [Algumas considerações sobre o conceito de Psicoterapia](#)

Capítulo 2 - [Psicoterapia Breve – Conceito e Fundamentação](#)

Capítulo 3 - [O manejo técnico do enquadre psicoterápico](#)

Capítulo 4 – [Histórico da Psicoterapia Breve, seus progressos científicos e suas especificidades](#)

[Conclusão - Palavras Finais](#)

Capítulo 2 - Psicoterapia Breve – Conceito e Fundamentação

A bibliografia especializada em psicoterapia breve é bastante numerosa na literatura de orientação psicanalítica, embora evidentemente a psicanálise não seja a única abordagem teórica a fundamentar um trabalho de psicoterapia breve.

No âmbito da contribuição psicanalítica, podemos salientar o trabalho de Lowenkron (1993), sobre Psicanálise Breve. Esse autor traz o conceito de “Psicoterapia Psicanalítica de Tempo Delimitado”, definida como um tratamento cujo prazo de duração é ajustado previamente entre o psicoterapeuta (ou analista) e o sujeito que busca ajuda para dar conta de um “problema específico” ou seja, os efeitos de um sofrimento psíquico que se manifesta em uma área demarcável da vida do sujeito e cuja origem possa ser atribuída a um conflito inconsciente.

Segundo o autor, é a concordância entre paciente e terapeuta em torno da compreensão da possível origem inconsciente do problema que dá suporte à decisão de empreender a investigação pelo método psicanalítico, investigação a qual o paciente deve estar engajado como sujeito.

Assim, a teoria psicanalítica forneceria os modelos gerais que fundamentam o processo, e a cura se dá mediante **perlaboração** dos conflitos inconscientes, **com possíveis repercussões sobre o sujeito como um todo**. Perlaboração é o nome dado ao trabalho psíquico realizado pelo paciente que consiste em assimilar interpretações, processo mediante o qual é possível conseguir a superação de resistências e a liberação dos efeitos da atuação de mecanismos repetitivos, decorrentes da força de atração exercida pelo inconsciente. O objetivo desse trabalho psíquico – a perlaboração – é o de *favorecer a recomposição dos elementos vivenciais em novos arranjos de sentido e o encontro de novas alternativas de satisfação*.

Nessa linha se situam autores modernos como Balint e Mallan (Clínica Tavistock, Londres), Sifneos (Universidade de Harvard) e Davanloo (Universidade McGill), além de Edmond Gilliéron (1986) da Universidade de Lausanne, na Suíça, que será uma das principais referências adotadas nesse trabalho de pesquisa. Do Brasil, discorrerei sobre a experiência de Lemgruber (1984).

No campo da Psicoterapia Breve de orientação junguiana, pode ser citado o trabalho da psicóloga brasileira Liliane Martins de Melo. O conceito de psicoterapia breve segundo a autora é muito parecido com o de Lowenkron, diferindo logicamente, pela abordagem teórica utilizada pela autora. Segundo Melo (1998), a psicoterapia breve é “um processo terapêutico que tem como objetivo, o desenvolvimento da psicoterapia em um espaço de tempo menor em relação ao processo analítico, necessitando o psicoterapeuta focalizar a sua atenção à situação de crise vivida pela pessoa que procura ajuda”. Ainda, segundo a autora, por ser Carl Gustav Jung um pensador criativo, ele nos deixou um legado de idéias que podem nos orientar na condução do trabalho, através da elaboração de uma avaliação tipológica que então permite o estabelecimento do foco terapêutico e recursos criativos para a mobilização do inconsciente e maior integração egóica como objetivo final do processo.

Em outro nível, analisando **comparativamente** a bibliografia especializada sobre psicoterapia breve, observamos que não é, porém, a abordagem teórica que caracteriza a especificidade do conceito e da prática da psicoterapia breve. E inclusive, diferente do que muitos profissionais imaginam, como veremos, também não é a presença de “focalização” (como pensa, por exemplo, a autora junguiana citada) ou de “intervenções mais ativas ou diretivas” que caracterizam a psicoterapia breve. Como aponta Gilliéron (1986), parece certo no momento atual da pesquisa em psicoterapia breve que meios muitos diferentes permitem obter resultados terapêuticos bastante satisfatórios, duradouros e, com freqüência, num lapso de tempo relativamente curto em comparação, por exemplo, com a psicanálise. Para o autor, rejeitar essa constatação por razões puramente dogmáticas – em nome de uma “ortodoxia” psicanalítica – se afasta da abertura mental própria da psicanálise, e essa evolução de pesquisa não deixa de ter interesse, na medida em que confronta os psicanalistas com a questão da mudança psíquica, e os obriga a variar suas posições, obrigando-os a retornar à reviravolta de 1920 (quando Freud propõe a sua segunda tópica, como modelo descritivo do aparelho psíquico, no paradigma dos conceitos de id, ego e superego), e a interrogar-se sobre os desvios constatados.

Embora o autor esteja a discursar sobre a psicanálise, logicamente sua observação é válida para todas as abordagens de orientação analítica, inclusive a junguiana. Isso se torna mais interessante e paradoxal ainda, se considerarmos que os

dois autores das duas principais escolas de psicologia profunda se colocaram em momentos diversos de suas obras, **contra o desenvolvimento do trabalho e da pesquisa em psicoterapia breve, duvidando de sua eficácia.**

Sabemos que historicamente, os movimentos no sentido de tentar abreviar o tempo do processo terapêutico, desde os primórdios da psicanálise, sempre despertaram ruidosas críticas e reações. Ernest Jones foi um dos mais severos opositores dessas tentativas: embora tenha ressaltado o efeito favorável da limitação do tempo estabelecido para o término da terapia do “Homem dos Lobos” por Freud, fez críticas ferrenhas à técnica de Ferenczi e depois aos trabalhos de Alexander e Balint, todos precursores da psicoterapia breve no âmbito da psicanálise.

Em relação a Jung, por sua vez, embora isso seja pouco divulgado, surpreendentemente ele se colocou contra muitas possíveis variações da análise clínica junguiana clássica, ou pelo menos colocou em xeque a eficácia de procedimentos como a psicoterapia breve, a psicoterapia de grupo, a psicoterapia familiar e de casal e a hipnoterapia. Esse fato parece ser contraditório com a orientação fenomenológica do autor, que solicitava do analista um certo desapego instrumental do condicionamento técnico e das “regras teóricas” muito estereotipadas comuns a outros modelos de enquadre teórico. Porém, Jung (1957) enfatizava bastante a importância do desenvolvimento individual (daí as suas ressalvas quanto os processos de casais, familiares e grupais), do tempo como uma variável inerente e imprescindível no processo de cura terapêutica (daí suas objeções quanto às formas de terapia breve), e por fim se mostrava contrário à prática da sugestão e da diretividade como técnica de intervenção do terapeuta (daí, o seu abandono e objeção quanto à hipnose, por exemplo). Por outro lado, a abertura própria da abordagem junguiana abriu espaço para muitas pesquisas nos âmbitos dessas técnicas, que comprovaram a sua eficácia. Todas essas técnicas, ao contrário, se tornaram amplamente populares entre os psicólogos junguianos, e as ressalvas de Jung são consideradas como paradoxos inerentes ao trabalho de um pesquisador tão genial, mas que também precisou haver-se com alguns de seus preconceitos ou pontos cegos, como não poderia deixar de ser com qualquer outro ser humano falível... Nesse sentido, é válido frisar, a **humildade epistemológica** de Freud e Jung que nunca adjudicaram para si o título de “donos da verdade última e absoluta do conhecimento” (embora às vezes, pudessem ser um tanto ortodoxos ou

resistentes a algumas idéias... o que também é um paradoxo, já que ambos eram bastante inovadores e experimentais), apesar de alguns freudianos e junguianos tentarem mitificá-los como os “deuses da verdade”.

Voltemos, então, ao seguinte ponto: se não é a abordagem teórica, nem a focalização, nem a diretividade que caracterizam a psicoterapia breve, então o que **primordialmente** a qualifica e a define como tal? De fato, como se sabe (Gilliéron, 1986) é possível (1) realizar-se um satisfatório processo de psicoterapia breve realizando um trabalho ativo de focalização, mas também de modo igualmente satisfatório, prescindindo ou deixando de lado o mesmo processo ativo de focalização, ou ainda, (2) é possível realizar-se psicoterapia breve utilizando um procedimento basicamente mais diretivo, ou um procedimento sistematicamente não-diretivo, ou ainda, utilizando de um procedimento denominado por Jung de *dialético* (voltarei a isso posteriormente), (3) e por fim, é possível realizar terapia breve em qualquer abordagem teórica: psicanalítica, junguiana, rogeriana, behaviorista, etc. Então, novamente, o que caracteriza e especifica a psicoterapia breve?

Como já foi dito, a resposta é que o que caracteriza a psicoterapia breve é o **manejo técnico do enquadre psicológico**. Para entendermos esse fato, vamos comparar tal metodologia com outras tentativas de se reduzir o tempo de trabalho em outras formas de tratamento ou procedimento. Tomarei para comparação a popularmente conhecida (1) neurolingüística e a (2) hipnose.

Embora a neurolingüística tenha sido criada por dois pesquisadores, sendo um deles um psicólogo, os Conselhos Federal e Regionais (de cada estado) de Psicologia no Brasil, não a consideram um método ou procedimento psicológico. Sem entrar em maiores detalhes sobre a pertinência ou não dessa consideração, já que tal não é o objetivo desse trabalho, temos que o termo neurolingüística sugere se tratar de um campo de conhecimento que interage as descobertas das neurociências (ou ciências que estudam o cérebro humano) com a lingüística (campo que estuda entre outras coisas, a relação entre os processos de organização do pensamento e a estruturação da linguagem). O objetivo pragmático dessa área de conhecimento deveria ser a intervenção terapêutica e profilática no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Pode-se presumir que quando o trabalho é realizado com seriedade, tais objetivos possam ser pelo menos parcialmente alcançados.

Na maioria dos casos, porém, e em termos práticos, a neurolingüística se tornou uma espécie de ciência sobre “o estudo do sucesso”. Ou seja, busca-se pesquisar o que vem a ser o conceito de “sucesso” e quais são as variáveis implicadas na obtenção do sucesso nas mais diferentes áreas da vida de um indivíduo. O método empregado pela neurolingüística consiste no estudo de pessoas que são consideradas, segundo um certo conjunto de parâmetros (como eficiência em acumular bens materiais, desenvolver-se bem nas relações afetivas, desenvolver-se espiritualmente, cultivar pensamentos positivos, etc) como bem sucedidas na vida. O conceito de *eficiência* é fundamental nessa disciplina.

O motivo pelo qual eu procurei discorrer brevemente sobre a neurolingüística, é o fato de que essa “ciência” (ou pseudo-ciência, segundo alguns) tem acumulado uma certa popularidade no sentido de ser considerada uma modalidade de trabalho onde *se alcançam resultados satisfatórios rapidamente* no sentido de se ajudar um indivíduo a resolver mesmo problemas graves e também a melhorar a vida de quem procura tal serviço, de forma rápida e prática.

Analisando o método aplicado pela neurolingüística para obter esses resultados rápidos, observamos que o que ocorre é o seguinte: em geral, os trabalhos de neurolingüística consistem em entrevistas individuais, palestras motivacionais e exercícios de condicionamento (muito parecidos com as técnicas de condicionamento operante dos behavioristas), com o objetivo de desenvolver no “paciente/cliente” uma modalidade eficaz de **pensamento positivo**. A idéia central é a de reprogramar os pensamentos através de *comandos verbais altamente diretivos*, para que o paciente/cliente deixe de realizar pensamentos negativistas e passe a realizar (apenas) pensamentos positivos.

Os neurolingüístas trabalham com o conceito de inconsciente, mas de uma forma um tanto diferente dos psicanalistas. O inconsciente seria uma espécie de dimensão do psiquismo onde programações mentais para o sucesso ou o fracasso podem se edificar, tendo respectivamente conseqüências funcionais ou disfuncionais sobre o comportamento do indivíduo.

Em outras palavras, a neurolingüística obtêm seus resultados “quase imediatos” através de exercícios altamente diretivos baseados no seguinte conjunto de pressupostos

ideológicos: *pensar positivo sempre*, cultivar a “inteligência emocional”, desintegrar os preconceitos e sentimentos de culpa contra o sucesso, etc.

O meio acadêmico tem criticado muito a neurolingüística por considerar que como “pseudo-ciência” a mesma cultiva uma ideologia imediatista e uma apologia do sucesso, baseada numa lógica neoliberal, importada da classe burguesa dos países desenvolvidos, em especial dos EUA. Assim, trata-se de uma disciplina onde a reflexão ou *consciência social* seria basicamente pouco incentivada (ou mesmo nula), e em termos psicológicos, não tocaria no essencial da psique. De fato, segundo pude observar, embora o corpo teórico da neurolingüística até fale algo sobre a importância do autoconhecimento, na verdade, ela não conta com um ferramental eficaz para tal.

Decorre daí, que um trabalho que se utilize exclusivamente da neurolingüística para tentar resolver problemas e melhorar a qualidade de vida das pessoas, obtém apenas resultados muito superficiais e pouco duradouros (mesmo que seja da forma rápida e prática, que os neurolingüístas argumentam, para justificar suas práticas, muitas vezes um tanto pueris) . De fato, o indivíduo pode se ver repentinamente estimulado a praticar o pensamento positivo, pode vivenciar algumas melhoras muito rápidas em seu padrão de vida, porém, o resultado não se estabiliza caso não haja o desenvolvimento de um processo de autoconhecimento, por exemplo, dentro de um processo terapêutico, pois as variáveis latentes que ocasionam os sintomas manifestos do paciente/cliente não sofreram nenhuma intervenção ou elaboração.

Não quero com isso dizer que a neurolingüística não tenha qualquer utilidade. Como técnica auxiliar, no futuro, talvez ela se mostre recomendável. Isso está fora de questão nesse trabalho, porém. O meu objetivo é *mostrar que o emprego exclusivo, sistemático e ostensivo de uma técnica diretiva não é o melhor procedimento para tentar abreviar o tempo de tratamento de qualquer tipo de procedimento, inclusive (e principalmente) se for de um procedimento psicoterapêutico.* Isso porque, um método ostensivamente diretivo com certeza obterá apenas resultados superficiais, não-duráveis, e ainda por cima, **pode se sobrepor ao livre-arbítrio do paciente**, ignorando a liberdade na individualidade como pressuposto básico de qualquer processo psicoterapêutico, tal como proposto por Rollo May (1982).

Esse é o motivo, também, porque Freud e Jung abandonaram uma outra técnica, conhecida como hipnose. Segundo Jung (1957), “o **tratamento por sugestão** (hipnose, etc.) não foi abandonado levemente, mas porque **os seus resultados eram deveras insatisfatórios**. Na realidade, a sua aplicação era relativamente fácil e prática, permitia que um clínico habilidoso tratasse de vários pacientes ao mesmo tempo e, pelo menos, parecia ser o início auspicioso de um método realmente lucrativo. Contudo, os êxitos reais de cura eram tão esparsos e fugazes, que nem a promessa de uma possibilidade de terapia que pudesse ser simultaneamente aplicada às massas conseguiu salvar o **tratamento por sugestão**. Do contrário, os clínicos e as Caixas de Previdência teriam mostrado o máximo empenho em conservar esse método. Entretanto, ele foi abandonado devido a sua própria insuficiência”. É importante salientar que, aqui, Jung não está falando apenas da hipnose, mas de **qualquer técnica sugestiva ou diretiva, quando usada de modo exclusivo**.

Por outro lado, alguns pesquisadores – sem fazerem das assertivas de Jung, a última palavra – insistiram na pesquisa do uso e aprimoramento especificamente das técnicas de hipnose, culminado em várias modalidades de desenvolvimento e evolução que firmaram uma posição sólida na psicologia moderna. A escola Ericksoniana, por exemplo, se tornou uma das mais notórias.

Em linhas gerais, a hipnose se caracteriza pelo uso de técnicas de relaxamento, que podem variar da simples introspecção até a imersão em um “estado alterado de consciência” ou de “transe hipnótico”, que permite uma abertura mais direta para as camadas mais profundas da psique, possibilitando desde a manifestação desses conteúdos até a realização de uma espécie de “reprogramação” dos mesmos conteúdos, dependendo dos objetivos e do aparato técnico da escola teórica de hipnoterapia empregada. Algumas escolas utilizam a hipnoterapia, inclusive, para realizar o que costuma ser denominado “Terapias de Vidas Passadas”.

Toda essa evolução levou recentemente o Conselho Federal de Psicologia a reconhecer a hipnose como uma técnica complementar possível de ser usada na Psicoterapia, porém ainda é contra-indicada como procedimento exclusivo de trabalho[i].

Freud, por sua vez, também utilizou a hipnose e a abandonou quando constatou seus resultados irrisórios, quando utilizada como único método de um trabalho psicoterapêutico. Mas, isso não é tudo. Ele também abandonou a hipnose por julgar que tal técnica parecia anular o livre-arbítrio e a autonomia do paciente, já que esse se entregava completamente à sugestão. Por outro lado, a constatação de que alguns

pacientes não eram sugestionáveis ou receptivos ao transe hipnótico, chamou a atenção de Freud para um fenômeno que mais tarde ele denominou de *resistência*. Sabemos que mais tarde Freud desenvolveu a técnica de **livre associação** em seu método psicanalítico, como substituta da hipnose já anteriormente abandonada.

Observamos então, que a neurolingüística procurou diminuir o tempo de “cura” ou mais precisamente buscou aumentar a rapidez com que atinge determinados resultados através da ênfase diretiva no comando de elaborar “pensamentos positivos”. A hipnose, por sua vez, também se mostrou um método para atingir resultados mais rápidos através de uma técnica de sugestão (portanto, também diretiva) caracterizada pela entrada num estado alterado de consciência (“transe hipnótico”). Tomadas de forma exclusiva, ambas as técnicas mostraram resultados irrisórios.

A Psicoterapia Breve, por sua vez, não se baseia em nada disso. Embora muitos autores a caracterizem pelo uso da focalização e da técnica ativa, portanto em dois processos basicamente diretivos, como foi dito, esse não é realmente o fundamento, e muito menos o segredo da eficácia de uma psicoterapia breve.

É interessante observamos que parece mais ou menos inerente ao imaginário popular a idéia de que para se atingir resultados eficazes com a psicoterapia breve, ou qualquer outra forma de tratamento, seja então necessário se adotar uma postura de comando, mais efetiva ou diretiva. Examinaremos a “origem filosófica” desse engodo posteriormente.

Há ainda, muito ceticismo difundido, quanto a eficácia da psicoterapia breve. Jung (1957), particularmente, tinha uma visão razoavelmente pessimista sobre os benefícios sociais de um processo breve. Em suas palavras, “... toda psicoterapia moderna que pretende ser responsável do ponto de vista médico e respeitada por sua seriedade científica, já não pode ser de massas, mas depende do interesse amplo e sem reservas dispensado a cada paciente individualmente. O procedimento é necessariamente muito trabalhoso e demorado. É certo que se fazem muitas tentativas no sentido de abreviar ao máximo a duração do tratamento, mas não se pode afirmar que os resultados tenham sido animadores. Porque quase sempre as neuroses são produto de uma evolução defeituosa, que demorou anos e anos para se formar, e não existe

processo curto e intensivo que a corrija. O tempo é, por conseguinte, um fator insubstituível na cura” (Jung, 1957).

Sem dúvidas são observações suficientemente polêmicas para incentivarem variadas reflexões. Com base nelas, talvez muitos deixassem de investigar as possibilidades da psicoterapia breve (embora seja paradoxal, que Jung tenha deixado diversas contribuições teóricas e práticas que contribuam para a realização de um trabalho de psicoterapia breve, como veremos).

Porém Gilliéron (1986), audaciosamente, questionando os argumentos da “lentidão das modificações psíquicas profundas”, e a “atemporalidade” dos processos inconscientes, com suas pesquisas em Lausanne, derrubou o paradigma de que só é possível a realização de psicoterapia breve com o uso de procedimentos mais diretivos, ativos ou “focalizados”, mostrando ao contrário, que é possível obter-se mudanças duradouras por meio de uma psicoterapia de curta duração, e que essas mudanças são acompanhadas por modificações estruturais de personalidade[ii], *através de um método no qual sem renunciar ao estabelecimento de hipóteses psicodinâmicas durante a fase de investigação, permitisse o livre curso às associações do paciente, sem determinar previamente o problema consciente a ser tratado e sem exigir do terapeuta uma atitude particularmente ativa. Ao contrário, solicitou-se do terapeuta, que adotasse se possível, como em psicanálise, uma atitude de **atenção flutuante e não mais uma atenção focalizada**.*

Os resultados de sua pesquisa, baseado no *estudo comparativo das várias técnicas e procedimentos em psicoterapia breve utilizada pelos mais diferentes autores*, evidenciou que, **do ponto de vista epistemológico, o campo da Psicoterapia Breve representa uma linha de pesquisa que investiga como o manejo técnico do enquadre psicológico afeta (1º) a maneira como o paciente organiza seus conteúdos e representações psíquicas, bem como os expressa ou manifesta no setting terapêutico. Mas isso não é tudo: também investiga a maneira como o manejo do enquadre influencia (2º) a organização técnica e psíquica do psicoterapeuta, bem como (3º) a relação paciente-terapeuta - aí complementa-se o fundamento e o segredo da eficácia da terapia breve.**

Se o terapeuta tiver consciência que esses são os axiomas que fundamentam um trabalho de psicoterapia breve, ele poderá realizar essa modalidade de trabalho clínico utilizando qualquer abordagem teórica (comportamental, psicanalítica, fenomenológica, etc), e empregando qualquer combinação de técnicas (ativas, não-ativas, focalizada, não-focalizada, etc.).

Para ilustrar, tomemos como exemplo, um paciente (P) que tenha uma queixa de fobia social e depressão moderada. Vamos imaginar que (P) seja recebido por um terapeuta (T) que possua todas as qualidades técnicas e humanas para realizar esse atendimento. Do ponto de vista técnico, vamos imaginar que ele domine várias técnicas dentro de uma determinada escola teórica de sua escolha. Vamos ainda, supor, que do ponto de vista humano, ele seja um terapeuta acolhedor, empático, que investe continuamente em seu processo de autoconhecimento, etc. Ou seja, realizando um “raciocínio clínico-experimental”, vamos imaginar que todas as condições técnicas e humanas citadas permaneçam constantes. Se variarmos, então, e somente então, **as variáveis do enquadre**, especialmente, as *variáveis espaço-temporais*, é bastante provável que o processo psicoterapêutico seja afetado de uma maneira em um tipo de enquadre (por exemplo, se for proposto uma psicoterapia por tempo indeterminado) e seja afetado de um modo diferente em outro enquadre (por exemplo, de psicoterapia de tempo delimitado).

Assim, vamos supor que para o mesmo paciente (P), o terapeuta (T) proponha tratar a problemática do paciente através de uma psicoterapia por tempo indeterminado. Sob a ótica do paciente, por exemplo, pode ser que ele se sinta com “todo o tempo do mundo” para tratar de sua problemática, e por isso, em algumas sessões, o paciente pode se permitir adotar um discurso dispersivo, ou em outras sessões pode adotar posturas diversas de resistência ao seu melhoramento, como ficar circulando o seu discurso mais sobre lamentações infundáveis do que sobre propostas de solução e elaboração de seus problemas.

Vamos supor, em outro caso, que o terapeuta (T), - por diversos motivos, institucionais, ou pessoais - proponha ao paciente (P) uma psicoterapia de tempo delimitado de 12 sessões. O simples fato de (P) saber que possui “apenas” 12 sessões para tratar de sua problemática pode ser um estímulo para que ele se motive, e então, se movimente mais ativamente no sentido de elaborar as suas angústias. A própria maneira como (P) irá realizar as exposições verbais de suas queixas deve ser diferente. O paciente pode optar por ser mais direto em suas colocações, menos dispersivo, pode ficar mais empenhado durante o período entre uma sessão e outra, a refletir e selecionar

melhor o que irá expor na psicoterapia, etc. Ou pode se tornar mais resistente, evitando de todas as formas possíveis entrar no âmago de suas problemáticas existenciais.

Até aqui estamos “experimentalmente” supondo que o terapeuta (T) manterá a posse de suas qualidades técnicas e humanas, em ambas as situações, e apenas variado as características do enquadre, estamos supondo que o paciente reorganizará a sua forma de lidar com o **processo psicoterapêutico**. Aliás, como afirma Gilliéron (1986) **é o enquadre que garante a existência de um processo**. Sem um enquadre, nós teríamos um simples diálogo informal entre duas pessoas, num procedimento não-científico, ainda que com algum valor terapêutico. Qualquer interpretação provida do psicólogo seria um mero comentário como em um diálogo qualquer. A interpretação só ganha validade e qualidade terapêutica dentro de dinâmica interna de um enquadre, e isso já é um parâmetro para diferenciar uma psicoterapia de um diálogo entre amigos. Sobre isso voltarei mais tarde.

O importante agora é situar a posição do terapeuta mais precisamente. De fato, em ambas as situações, as características técnicas e humanas do terapeuta se mantêm constantes, no sentido de serem qualidades inerentes do mesmo. Mas, a simples modificação ou adoção de um ou outro tipo de enquadre, será suficiente para ele *manejar* essas qualidades de uma *maneira diferente em cada situação*. Por exemplo, na psicoterapia por tempo indeterminado, o psicoterapeuta pode gastar muito mais tempo para elaborar o seu diagnóstico, do que na psicoterapia breve. Nessa última situação, o terapeuta precisará ser capaz de realizar um raciocínio muito mais rápido para elaborar o seu diagnóstico, que será mais relativo, menos detalhado e conclusivo que na psicoterapia por tempo indeterminado. Durante o próprio processo, o terapeuta numa psicoterapia breve pode se ver mais pressionado, por exemplo, a realizar um raciocínio mais sintético ou a manter uma visão mais global do processo como um todo, além de precisar manter uma rapidez de raciocínio que lhe permita diagnosticar rapidamente algumas sutilidades do padrão discursivo do seu paciente (ele precisa estar atento ao que Erickson chamava de “dicas mínimas” do paciente e do ambiente), ao mesmo tempo em que se instrumentaliza para realizar intervenções mais eficazes (por isso, a psicoterapia breve se tornou também um campo de pesquisa das técnicas mais eficazes constatadas na ciência clínica psicológica). A forma de acolher do terapeuta pode ser manejada de forma diferente também. Tudo isso, indica que embora tenhamos “imaginado

experimentalmente” que suas características técnicas e humanas se mantivessem constantes, após a mudança do enquadre espaço-temporal como única variável manipulada, na verdade, não é bem isso o que ocorre, pois a mudança de disposição espaço-tempo, ou do enquadre psicológico, acabou demandando um reajuste tão variado de reações do cliente e do terapeuta, que para esse último, acaba-se surgindo uma demanda por uma formação técnica específica para a realização de uma psicoterapia breve. Daí a necessidade de cursos de capacitação e especialização para o profissional dessa área. Como afirma Lowenkron (1993), os estudo de conceitos fundamentais de alguma teoria de psicologia profunda, como a psicanálise ou outra, conjugado à supervisão de casos é indispensável à sedimentação da experiência do clínico em psicologia breve.

Na “situação clínica-experimental imaginada”, vimos que a própria situação gerada por um ou outro tipo de enquadre escolhido (terapia por tempo indeterminado ou psicoterapia breve) irá provocar essa demanda. É como se o enquadre, nessa perspectiva, tivesse “vida própria”, exercendo natural e espontaneamente **uma pressão** em um sentido de organização ou outro.

Se por um lado (1) o paciente precisa se ajustar a cada situação de enquadre de uma maneira, e (2) o terapeuta precisa realizar um novo manejo de suas qualidades pessoais e técnicas (nesse último caso, surge mesmo, a demanda de uma formação técnica específica), há ainda um terceiro fator. Os dois primeiros fatores se situam ainda no **registro do intrasubjetivo** de cada um, tanto no paciente como no terapeuta. Mas, há também um terceiro fator que se situa no **âmbito do interpessoal**, e diz respeito (3) à relação paciente-terapeuta, que então é manejada de forma diferente em um ou outro tipo de enquadre (breve ou prolongado). Nesses três aspectos se encontra a chave para a realização de uma psicoterapia breve eficaz ou desastrosa, bem como os elementos que diferenciam a psicoterapia breve das outras formas de procedimento que tentam reduzir o tempo de tratamento do paciente, como a hipnoterapia ou a neurolingüística. Essas se baseiam em técnicas básicas de sugestão, enquanto qualquer psicoterapia (breve ou não) se baseia quase nada em sugestão, mas sim na **busca e explicitação sistemática dos significados das representações psíquicas do paciente, primordialmente para o próprio paciente**.

Por fim, devemos lembrar que as alterações no enquadre espaço-temporal debatidas implicou numa revisão dos objetivos de uma psicoterapia breve, bem como dos critérios de avaliação quanto aos seus resultados obtidos. Ou seja, um terapeuta não pode manter na psicoterapia breve, os mesmos objetivos que mantinha na psicoterapia por tempo indeterminado. Além disso, não se torna cabível avaliar os resultados obtidos numa psicoterapia breve tomando como parâmetros os objetivos que se desejam obter numa Análise clássica, pois se assim se proceder, o psicoterapeuta sempre concluirá que o seu trabalho de psicoterapia breve obteve um resultado abaixo do esperado, ou foi um fracasso.

Os psicoterapeutas de tempo delimitado historicamente sentiram a necessidade de responder às exigências do novo modelo de enquadre breve, desenvolvendo técnicas interventivas mais ativas e focalizadas. Tanto que para muitos autores, a terapia breve é muitas vezes chamada de “terapia focal” (Melo, 1998). A focalização, o ecletismo técnico, e a intervenção ativa se popularizaram de tal forma, que para muitos autores (mesmo com muita experiência na área) essas variações passaram a ser consideradas (erroneamente) como o “fundamento” e/ou como a própria “definição” do que seja a psicoterapia breve. Gillierón (1986) como já dissemos, com suas pesquisas, ao obter resultados satisfatórios com a psicoterapia breve sem utilizar essas técnicas, demonstrou que o fundamento metodológico e epistemológico não é outra coisa senão *o manejo espaço-temporal do enquadre psicológico*, sendo possível em verdade obter resultados adequados com qualquer combinação de técnicas, desde que *se compreenda a importância da instrumentação do princípio mais estruturante do enquadre*. Vamos então aprofundar esse princípio de valor heurístico, para depois aprofundar o estudo das variações técnicas tão populares entre psicoterapeutas breves, como a focalização, as teorias de crise, o ecletismo técnico, as técnicas ativas, porém agora, recontextualizando-as não como o fundamento das psicoterapias breves, mas sim como sendo os reajustes técnicos e humanos mais adotados por diferentes profissionais, como consequência do manejo do enquadre espaço-temporal na psicoterapia, sendo que a despeito da popularidade dessas técnicas na bibliografia especializada, elas não devem ser consideradas como imprescindíveis (ainda que assim, discordemos de autores expressivos na área como Vera Lemgruber, e outros), mas sim como opções possíveis de serem adotadas ou não. Mais à frente, analisaremos a relação intersubjetiva entre paciente e terapeuta. O método teórico de pesquisa aqui adotado será mais a extração dos aspectos significantes no estudo comparativo entre os vários autores na literatura especializada, do que a pormenorização exaustiva dessa ou daquela técnica, o que já é feito por cada autor individualmente na bibliografia investigada e citada nesse trabalho.

[i] Conheço por exemplo, um caso de uma moça que buscou um hipnoterapeuta para tratar de um sintoma de ansiedade extremado. O profissional, ironizando as técnicas da psicoterapia tradicional, afirmou onipotentemente à paciente que iria “reprogramar” a mente dela, para que não sentisse mais ansiedade, em um tempo muito mais rápido do que o de qualquer psicoterapia. Após tê-la ouvido, eu havia alertado essa moça de que

tal “solução mágico-idealizada” teria um alcance muito limitado, e duraria apenas alguns meses, se ela não se envolvesse em um trabalho mais profundo de autoconhecimento – como uma psicoterapia – para trabalhar as variáveis latentes dessa ansiedade. Claro que fui ignorado... O resultado é que depois de quase três meses (até que o resultado durou mais do que eu esperava), a ansiedade voltou com a mesma intensidade, e a moça não conseguia entender o porque. Certamente, se a hipnose tivesse sido utilizada como técnica complementar de um processo psicoterapêutico, o resultado teria sido muito mais funcional. Mas, não é desconhecido que o imediatismo, muitas vezes, “cega” as pessoas.

[ii] Na verdade, a possibilidade da realização de **modificações estruturais da personalidade** em terapia breve, surgiu anteriormente com os trabalhos de David Malan, que por sua vez influenciaram, junto com os trabalhos de Balint, as pesquisas de Gilliéron. Porém, coube a esse último o mérito de observar que tais modificações podem ser obtidas **prescindindo do uso de processos diretivos** (técnica ativa, focalização, etc), ao mesmo tempo que lhe coube o mérito de melhor situar a importância do manejo técnico do enquadre psicológico, como variável fundamental para explicar a eficácia da psicoterapia breve, e lhe oferecer a sua matriz de fundamentação metodológica. Com isso, o método de Gilliéron, do ponto de vista filosófico, respeita e dá embasamento para o pressuposto existencialista da “Liberdade na Personalidade”, ou da preservação da autonomia do paciente no processo psicoterapêutico, contingente a seu processo de individuação e de caminho de vida, tal como preconizado por Rollo May (1982). Do ponto de vista dos autores de *orientação psicossocial*, isso significa *respeitar o direito à cidadania e à dignidade do paciente*. Do ponto de vista religioso e da *Psicologia Espírita*, significa respeitar o *direito cristão de livre-arbítrio*, como algo inclusive, que se situa no *registro do sagrado*.

Capítulo 3 - O manejo técnico do enquadre psicoterápico

Segundo Gilliéron (1986), boa parte da oposição da psicanálise clássica à modalidade de trabalho designada como psicoterapia breve, historicamente se deu em parte, porque Freud não dispunha, no momento em que fez nascer a sua ciência, de instrumentos teóricos que lhe permitissem levar em conta, na descrição do funcionamento psíquico, a influência da disposição do campo analítico (ou seja, do enquadre psicoterápico) sobre o processo psicoterapêutico^[i].

O simples fato de que Freud recusou-se quase sempre a falar em relações intersubjetivas, e que suas elaborações teóricas e clínicas sempre disseram respeito à dimensão intrapsíquica expressam bem isso. Ao voltar seu interesse para o funcionamento intrapsíquico, ele desviou deliberadamente o olhar da dimensão

interpessoal^[ii]. Isso não impede que suas elaborações tenham sido inferidas da observação de uma relação intersubjetiva. O resultado foi que, durante muito tempo, não percebemos nem a importância da disposição no tratamento, nem a da atividade do analista.

No momento atual, as coisas se modificaram bastante^[iii] e multiplicaram-se os artigos voltados para o enquadre analítico ou para a dinâmica da contratransferência. Com o avanço das pesquisas em psicologia clínica, a ênfase deslocou-se da **problemática pulsional profunda e do conflito interno** (portanto, das variáveis intrapsíquicas), para a inclusão dos **conflitos atuais e interpessoais** (logo, para a inclusão das variáveis intersíquicas). Na prática, alguns profissionais ainda estão “presos” à consideração apenas das variáveis intrapsíquicas.

Partindo de sua experiência particular em Lausanne, tal como descreveremos a seguir, as principais hipóteses a serem consideradas em relação ao campo das psicoterapias breves segundo Gilliéron (1986) são as seguintes:

1º) As variações do enquadre são suficientes para modificar o funcionamento psíquico e intensificar as trocas relacionais;

2º) A técnica da interpretação deve ser estudada e adaptada a essas modificações do funcionamento psíquico;

3º) É possível, em diversas formas de psicoterapia, tais como a psicoterapia breve, respeitar estritamente as regras básicas da psicanálise, desde que se compreenda a especificidade das resistências que aí surgem;

4º) A função do enquadre é criar uma situação psíquica apropriada para favorecer a eficácia da interpretação;

5º) O enquadre apóia-se na cultura ambiental.

Enquanto autores como L. Bellak e L. Small, Kurt Lewin, David Malan, P. Sifneos, H. Davaloo, entre outros ofereciam importantes contribuições para a psicoterapia breve, utilizado uma série de técnicas ativas em psicoterapia breve,

Gilliéron, em 1968 iniciou um estudo sistemático das psicoterapias breves na Policlínica Psiquiátrica Universitária de Lausanne, seguindo um caminho totalmente diferente que gerou as cinco hipóteses descritas anteriormente: ele adotou uma abordagem não-diretiva, fiel às técnicas da psicanálise clássica freudiana, aplicadas à terapia breve.

Polarizando progressivamente a sua atenção no estudo da influência do *setting* (em particular, da limitação temporal e da adoção de sessões face a face) no funcionamento psíquico, sua hipótese era de que algumas modificações contextuais simples (em relação à psicanálise “*standard*”) influenciariam consideravelmente o processo associativo.

Assim, paralelamente ao estabelecimento de hipóteses psicodinâmicas durante a fase de investigação, sua técnica consistia em permitir livre curso às associações do paciente, sem o terapeuta determinar previamente o problema consciente a ser tratado e sem exigir do terapeuta uma atitude particularmente ativa (ou muito menos, diretiva). Ao contrário, solicitava-se que esse último adotasse, se possível como em psicanálise, uma atitude de atenção flutuante, no lugar de uma atenção focalizada.

Gilliéron procedia estruturalmente da seguinte maneira:

Primeira Entrevista:

- I. Utilizava sessões semi-dirigidas, essencialmente centralizadas nas queixas atuais do paciente e depois, progressivamente, em sua história pessoal.
- II. O contexto e as circunstâncias do aparecimento dos sintomas são examinados muito de perto, assim como o modo de chegada à consulta;
- III. Em seguida, a anamnese é esmiuçada o mais profundamente possível, tendo o terapeuta em mente as circunstâncias do aparecimento da descompensação atual, com vistas a compreender as características fundamentais das *relações objetais* estabelecidas pelo paciente no passado e no presente; **A hipótese subjacente é que a maioria das descompensações é desencadeada por minicrises relacionais.** Gilliéron

não comenta, mas aqui, é fácil deduzir que o terapeuta precisa ter em sua bagagem técnica, sólidos conhecimentos de psicopatologia, bem como das várias teorias explicativas sobre as causas dos distúrbios psíquicos em **psicopatologia vincular**[\[iv\]](#). No caso da psicanálise, esse conhecimento envolve o “modelo causal” freudiano e a sua teoria das séries complementares. Já no caso da teoria junguiana vamos ter uma visão mais holística e sistêmica.

- IV. Já ao final da primeira entrevista, e relativamente a todos os pacientes, Gilliéron esperava dos terapeutas que eles tivessem uma idéia do tratamento que entreviam: indicação para tratamento medicamentoso, psicoterapia a longo prazo, psicanálise ou psicoterapia a curto prazo.

Segunda Entrevista:

- I. Ela é orientada em função da impressão deixada pela primeira entrevista. Assim, quando se pensa em uma terapia de curto prazo, tem-se que o terapeuta deve formular uma hipótese psicodinâmica simples, que resuma da melhor forma possível a problemática neurótica do paciente;
- II. Segundo o autor, o objetivo dessa segunda entrevista é firmar a referida hipótese e, se possível, estabelecer as bases do tratamento futuro através de ensaios interpretativos;
- III. Ao formular a sua hipótese, o terapeuta deve – segundo a hipótese psicanalítica de Gilliéron – basear-se na natureza da relação que o paciente procura estabelecer e dar-lhe uma interpretação psicodinâmica que “explique” a atitude atual do paciente, ligando-a com o passado deste último.

Terceira Entrevista:

- I. É na terceira entrevista que a decisão deve ser tomada, fixando-se as modalidades do tratamento (horário, frequência das sessões, honorários).

Esse esquema foi adaptado e fortemente ligado à natureza do serviço universitário de formação que Gilliéron coordenava, comportando, portanto, variações dependendo da instituição (e da natureza de seu serviço) em que o procedimento de terapia breve esteja sendo implantado. Eu próprio coordeno um serviço de terapia breve – de **caráter experimental** - em uma *instituição de orientação e prevenção ao alcoolismo*, onde são realizadas de duas até cinco entrevistas iniciais semi-dirigidas de psicodiagnóstico e *rapport*, para então depois ser proposto um enquadre flexível de 12 a 36 sessões (na verdade é fechado um enquadre de 12 sessões, e caso os resultados alcançados não tenham sido satisfatórios, é possível renovar-se o contrato terapêutico de 12 sessões, no máximo mais duas vezes – ou seja, alguns trabalhos podem ser desenvolvidos em 12, 24 ou 36 sessões). Assim, o modelo proposto por Gilliéron, não deve ser tomado como algo “fixo” ou “fechado”. Voltarei a discorrer sobre esse trabalho mais tarde.

Voltando à experiência da Universidade de Lausanne, observamos que Gilliéron discutia os casos clínicos em supervisões de grupo. O seu modelo de trabalho procurava ser suficientemente flexível para levar em conta, a um só tempo, a experiência do terapeuta e a natureza dos distúrbios do paciente.

Segundo suas indicações, ao fixar as modalidades do tratamento, o terapeuta propõe uma psicoterapia de duração limitada, e usualmente, pede ao paciente que indique o tempo que ele se atribui, subjetivamente, para resolver suas dificuldades. O próprio terapeuta deve formar a sua própria idéia a esse respeito. Segundo Gilliéron (1986) a duração habitual varia entre três meses e um ano, à razão de uma sessão por semana, ou por vezes, duas. **Gilliéron propunha que a data da última sessão fosse determinada com precisão.**

Uma vez fixadas as condições básicas e enunciada a regra de associação livre, na proposta do autor, o terapeuta deixa que o processo se desenrole, exatamente como ocorre em psicanálise, mas **mantendo-se atento às modificações pouco manifestas da**

transferência provocadas pela limitação clara da duração e pela posição face a face, em particular. Aqui o autor propunha o que eu resolvi designar de “**escuta sensível à pressão ou influência do enquadre**”, como um conceito que se diferenciaria de uma “escuta focal” e também, de uma “escuta livre”, embora possa se coligar a qualquer uma dessas. Segundo minha opinião pessoal, esse tipo de escuta à influência do enquadre, seria específica da psicoterapia breve: **o terapeuta acompanha seu paciente o mais de perto possível, sem desprezar nenhuma associação, mas esforçando-se por captar a maneira específica pela qual se manifesta a transferência no enquadre psicoterápico breve.**

Para fazer isso, o terapeuta também pode referir-se à hipótese que havia formulado. Se a hipótese psicodinâmica básica estiver correta, o processo se desenrolará com bastante facilidade e o terapeuta logo disporá de elementos suficientes para confirmá-las nas associações do paciente. Se a hipótese for falsa, aparecerão numerosos mal-entendidos que evidentemente obrigarão (ou, pelo menos, deveriam obrigar) o terapeuta a rever sua opinião. Segundo outro pesquisador (Hammer, 1991), em psicologia clínica esse procedimento de verificação sistemática da validade ou refutação de hipóteses clínicas é denominado **método da consistência interna**, e representa o próprio *fundamento metodológico e epistemológico do modelo clínico de ciência em psicologia*.

Segundo minha proposta particular, o terapeuta pode chamar a atenção do paciente para o tempo restante do processo total de psicoterapia, em momentos cruciais do mesmo processo. Assim, passadas algumas sessões (por exemplo, na 6ª sessão de um total previsto de 12 sessões), é sempre bom retomar com o paciente o número de sessões realizadas, os temas trazidos e percepções realizadas nessas sessões e propiciar uma espécie de “lembrete” ao paciente sobre o número de sessões que ainda faltam para encerrar o trabalho, preparando-o para o (1) encerramento do processo no futuro, (2) para um encaminhamento, ou ainda (3) abrindo espaço para uma renovação do contrato, se for necessário. O que eu chamo de “**escuta sensível ao enquadre**” que pode se fazer presente lado a lado com uma “escuta focal” ou uma “escuta livre”, dependendo da escolha do terapeuta, consiste numa polarização da percepção para as reações do paciente às intervenções focadas em observações relacionadas à estruturação do enquadre, bem como uma atenção aos comentários *espontâneos* que o paciente realize

sobre a dimensão espaço-temporal do enquadre, e que **sempre** revelam algo do funcionamento psíquico do paciente, desde que o terapeuta tenha condições técnicas e humanas para extrair esses dados do discurso manifesto e “latente” do paciente. Partindo de Gilliéron, proponho a “escuta sensível ao enquadre” e não a “escuta focal”, como uma legítima especificidade da psicoterapia breve^[v].

Em outro nível, mais importante que a estruturação de procedimento proposta por Gilliéron, pois essa pode variar como já foi comentado, segundo a instituição em que o serviço é implantado, segundo os objetivos que se quer chegar, segundo a modalidade de enquadre que se quer experimentar, etc – o mais importante é extrair a “*essência*” da idéia do autor: **há uma insistência no fato de que, para o terapeuta, trata-se de compreender o material associativo do paciente, e não de dirigi-lo. Suas intervenções devem ter por objetivo favorecer as associações e permitir tomadas de consciência reais. Segundo o autor, dessa forma, vemos desenrolar-se um processo acelerado que, em certos aspectos, assemelha-se curiosamente ao que ocorre em psicanálise!**

Uma vez descrita a estruturação prática do trabalho de Gilliéron (junto com algumas adaptações e observações pessoais), vamos discorrer os seus aspectos teóricos conseqüentes, a partir de algumas das cinco hipóteses fundamentais de trabalho arroladas pelo autor.

A primeira hipótese relatava que **“as variações do enquadre são suficientes para modificar o funcionamento psíquico e intensificar as trocas relacionais”**. A linha de raciocínio a seguir objetiva clarificar esse postulado.

Tecnicamente o enquadre refere-se a um conjunto de fatores que compreendem os determinantes sócio-culturais do tratamento e certos parâmetros mais ou menos fixos, tais como o lugar, a frequência e duração das sessões, etc.

Trata-se de uma noção mais complexa do que aparenta: em verdade, o enquadre caracteriza-se enquanto uma fronteira que separa o espaço do tratamento do espaço social, assim *delimitando uma zona privilegiada, onde os atos realizados e as palavras trocadas assumem valor terapêutico.*

Quanto à relação terapêutica, ela define, portanto, as trocas entre o terapeuta e o paciente e se inscreve no interior do enquadre, que ocupa uma posição hierarquicamente superior, no sentido de que se impõe, de algum modo, a dois parceiros. Há uma relação dinâmica entre o enquadre e a relação. De qualquer modo, o enquadre define um campo de força a que estão submetidos tanto o terapeuta quanto o paciente.

Teoricamente o enquadre possui duas funções:

1º) Uma **função dinâmica** = função que cria um *campo dinâmico* no interior do qual desenrola-se a psicoterapia;

2º) Uma **função tópica** = função que delimita um lugar psicoterápico.

Na verdade, ambas as funções são indissociáveis, na medida que é em relação ao campo cultural que se delimita o campo psicoterápico.

Função Dinâmica do Enquadre

O enquadre determina um “dentro” e um “fora”. O *dentro* é o campo psicoterápico, e o *fora* é o campo sócio-cultural.

Essa delimitação é feita, em primeiro lugar, por uma re colocação em questão das regras sociais, morais ou outras que prevaleçam na cultura ambiente; assim, ela estabelece uma discriminação em certas regras vigentes no campo psicoterápico e as que vigoram no campo sócio-cultural. Segundo a tese de Gilliéron, **um vínculo dinâmico as une**.

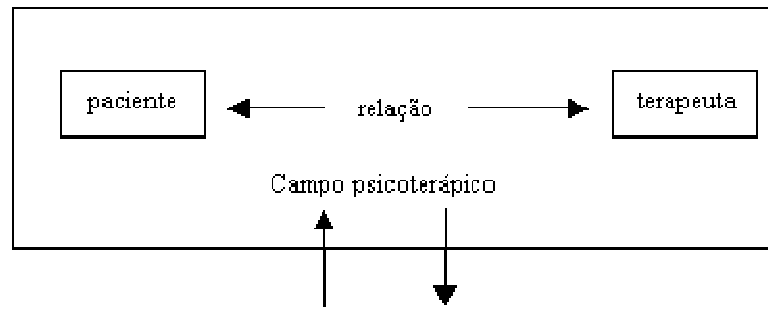
Eis a representação gráfica desse campo [\[vi\]](#) de situação:

paciente

terapeuta

relação

Campo psicoterápico



Campo sócio-cultural

O enquadre, portanto, tem uma vertente social e uma vertente psicoterápica, uma das quais se define em relação à outra; e, se o enquadre delimita um lugar (um espaço geográfico), ele se caracteriza também pelo conjunto de regras fixas que definem a própria relação: **em toda situação terapêutica, certos tabus são suspensos, mas em contrapartida, algumas proibições são mais acentuadas**. Por exemplo, o paciente tem o direito de dizer tudo, mas é proibido de agir. Portanto, certas trocas proibidas em outros lugares são ali autorizadas, e outras, socialmente autorizadas, proibidas. Assim, enquanto no campo sócio-cultural certas palavras devem ser medidas (polidez, eufemismos), por serem às vezes proibidas (grosserias, impertinências), no campo do tratamento, ao contrário, elas são autorizadas (ou até mesmo obrigatórias). Inversamente, enquanto no campo social certos atos são necessários ou devem acompanhar a fala (manifestações de ternura ou de amor, trocas de presentes, etc), eles são proibidas no campo psicoterápico.

Além disso, essas regras conferem a cada um dos interlocutores uma *assimetria de papéis*, onde cada qual ocupa um lugar diferenciado: associações livres de um lado, e silêncio do outro, ou liberdade de fala de um lado, e promessa de segredo de outro, etc. Nesse contexto, segundo outra autora (Arzeno, 1995), o papel do psicólogo não é o do que sabe, enquanto que o do paciente é o do que não sabe. Para a autora, ambos sabem

algo e ambos desconhecem muitas coisas que irão descobrindo juntos. O que marca a assimetria de papéis é que o psicólogo dispõe de conhecimentos (técnicos e humanos) e instrumentos de trabalho para ajudar o paciente a decifrar os seus problemas, a encontrar uma explicação para os seus conflitos e para aconselhá-lo sobre a maneira mais eficiente de resolvê-los.

Por sua vez, Gilliéron (1986) usando como sabemos de uma leitura psicanalítica, se permite realizar algumas especulações sobre a natureza simbólica do enquadre psicoterápico, e sugere que *com seu conjunto de regras*, o mesmo *cria uma situação* em que a *relação genitor-filho necessariamente se reproduz*, dentro do paradigma em que um é *obrigatoriamente* o que **demanda** (o paciente), enquanto o outro é o **provedor** (o terapeuta).

Mas, segundo o próprio autor, é ainda uma relação genitor-filho muito particular, uma vez que por exemplo, o “suposto filho” paga honorários a seu genitor, a quem mantém. Além disso, esse “filho” tem o direito de exprimir-se sem respeito, de dizer tudo o que lhe passar pela mente, ao contrário da educação que supostamente terá recebido.

Ademais e acima de tudo, o terapeuta só responde muito **parcimoniosamente** às “demandas” do paciente, através de interpretações (técnica de frustração). Essa é a situação eminentemente paradoxal de alguém que tudo espera do outro (conhecimento de si, cura, etc.), mas que só recebe em resposta frustrações e que deve até garantir a manutenção de seu suposto benfeitor; de alguém que se encontra “simbolicamente” numa situação “hierarquicamente inferior” à do outro, mas que não lhe deve nenhum respeito, etc.

Isso mostra que, no campo psicoterápico, instaura-se qualquer coisa do domínio social: uma nova ordem relacional, com suas leis e sua hierarquia. Mas, essas leis transgridem deliberadamente as regras habitualmente estabelecidas; assim, trata-se mais de uma espécie de desordem social, onde os costumes não são mais respeitados. Portanto, poderíamos considerar este primeiro axioma: **a função do enquadre, no interior da cultura, é criar um campo de desordem cultural, com a suspensão de certos tabus e a instituição de outros.**

Pois bem, aí se encontra um dos primeiros motivos que explicam a eficácia da psicoterapia breve: Essa “desordem” – no contexto transferencial de tempo delimitado - é *passível de recolocar em questão as bases em que se apóia o equilíbrio psíquico*. O **escoramento grupal do psiquismo** não funciona mais e cria um estado de **vulnerabilidade**, com desligamento dos afetos e das representações, que não é uma simples flexibilização do superego, como alguns tendem a considerar, mas antes **um questionamento de regras solidamente estabelecidas**.

É nesse cenário que intervém a **interpretação** do terapeuta. Voltarei nesse ponto mais tarde, porém por ora, é válido enfatizar que *a interpretação é a técnica de intervenção psicológica que permite ao terapeuta intervir diretamente sobre o campo psíquico do seu paciente*. Analogamente, seria o seu “**bisturi psíquico**” havendo, portanto, a necessidade de muito cuidado no seu uso, exatamente para evitar a realização de uma “barbearagem psicológica” que mais prejudique do que ajude o paciente [viii]. Isso demanda um estudo mais aprofundado das sutilezas técnicas que envolvem essa ferramenta de trabalho do psicólogo.

A primeira sutileza técnica dessa ferramenta de trabalho, talvez seja, a sua relação com o **campo** de desordem cultural promovido pelo enquadre psicoterápico, que então abre espaço para que a interpretação conduza a um deslocamento dos investimentos conscientes e inconscientes que acabam levando à **mudança**. *A limitação espaço-temporal da psicoterapia de tempo delimitado como veremos, dinamiza (potencializa, pressiona e confere “velocidade”) a essas relações dinâmicas. Ou seja, a redução da temporalidade pode potencializar a ação de uma interpretação, e a dinamização da relação terapêutica pode torná-la mais facilmente assimilável.*

Função Tópica

Vimos que do ponto de vista dinâmico o enquadre possui uma função de delimitação com respeito ao campo cultural, caracterizada por uma delimitação da relação psicoterápica com respeito às relações sociais habituais, por intermédio de novas regras que estão em contradição com as leis sociais, o que cria um limite abstrato entre o tratamento e a vida real. Segundo Gilliéron (1986) essas relações são uma constante em todas as psicoterapias de orientação analítica (psicanálise, junguiana, etc), porém a limitação espaço-temporal em psicoterapia breve “dinamiza” essas relações.

Quanto à função tópica (que como dissemos, mantém relação dialética com a função dinâmica), esta diz respeito ao conjunto de parâmetros espaço-temporais fixos do tratamento: constância dos locais, frequência das sessões, horários, duração, posição divã-poltrona, honorários, etc. Esses parâmetros são quase “mudos”, na medida em que

uma vez combinado o tratamento, quase não são questionados e quase não se fala neles. Porém, são de certa forma, o próprio **suporte do tratamento**.

Esses parâmetros “típicos” da psicoterapia têm um alcance dinâmico considerável, mas como são “mudos”, sua importância só aparece no momento em que se *modifica algum elemento de sua disposição*. Assim, se por exemplo o horário da sessão de psicoterapia for mudado das 19:00hs (à noite) para as 7:00 hs (período da manhã), tanto o paciente quanto o terapeuta podem responder a essa nova disposição de uma determinada maneira, e a própria relação paciente-terapeuta também pode ser afetada. Em outro exemplo, poderíamos ter a situação em que o terapeuta não cobrasse pelas faltas de seu paciente nas sessões de psicoterapia. Porém, se em determinado momento do processo ele resolve cobrar por essas faltas, então, será possível se observar toda uma nova maneira de reagir do paciente à psicoterapia que antes não se manifestava. Pode ser que esse passe a valorizar mais o seu trabalho psicoterapêutico, mas pode ser também que ele resolva desistir do processo. *Qualquer uma dessas reações, ou ainda, qualquer outra reação alternativa do paciente em relação à manipulação realizada pelo terapeuta sobre qualquer disposição do enquadre irá denunciar a dinâmica do padrão de funcionamento mental do paciente, e poderá fornecer material para uma intervenção terapêutica, desde que o terapeuta tenha a perspicácia técnica para tal.*

A mudança no enquadre também pode revelar alguma modificação de percepção do terapeuta. Por exemplo, um aumento ou diminuição no valor de seus honorários, pode implicar em algum tipo de reajuste de valor profissional que o terapeuta esteja vivenciando.

Em todos esses casos, qualquer mudança de disposição do enquadre eliciará e/ou refletirá em algum grau, em mudanças psíquicas e de conduta vivenciadas pelo paciente e pelo terapeuta, bem como sobre a relação de ambos. É importante salientar que os *dois* interlocutores do processo são afetados. Segundo Gilliéron (1986), o desconhecimento desse fenômeno leva a numerosos mal-entendidos. Por isso, é muito importante o estudo do manejo técnico do enquadre psicológico, que é de fato, o elemento que confere o caráter de processo à psicoterapia. E no caso da psicoterapia breve, a pesquisa sobre o manejo técnico do enquadre espaço-temporal é o seu próprio fundamento epistemológico.

A consciência de processo que envolve um trabalho psicoterápico é importante aqui. Muitos terapeutas parecem esquecer essa “consciência de processo”. Para fornecer um exemplo prático esclarecedor, vamos levantar a seguinte questão: o que diferencia um diálogo que o psicólogo possui com um amigo, do diálogo que possui com seu paciente? Quando um psicólogo realiza uma interpretação de um sonho para um amigo ou um familiar [\[viii\]](#), qual a diferença desse procedimento, da interpretação que é feita pelo psicólogo ao paciente? A resposta se encontra no fato de que o enquadre é que realiza uma separação dinâmica entre o ambiente social e o campo terapêutico, e com isso fornece **um contexto de processo, no espaço e no tempo, em que as modificações de conduta e de perfil psíquico se configuram progressivamente**. Assim, uma interpretação realizada para um amigo, pode até fornecer alguma ajuda ou

clarificação *circunstancial* (ou seja, pode até ter alguma função terapêutica casual, mas mesmo isso não é garantido), porém não passa de um comentário “solto” no diálogo, como outro qualquer. Apenas no **processo** inerente à uma psicoterapia a interpretação e qualquer outra intervenção psicológica admite um respaldo técnico para assumir um **valor psicoterapêutico sistemático** (portanto, não casual), **progressivo**, **acumulativo** e **funcional**.

Segundo Gilliéron (1986), as modificações tópicas mais conhecidas em termos de enquadre psicoterápico são as seguintes:

1. **Modificação do número** = Passagem da relação individual para o grupo;
2. **Modificação da disposição espacial** = Passagem para a posição face a face;
3. **Modificação da disposição temporal** = Diminuição (ou multiplicação) da frequência das sessões, limitação da duração, etc.

Entendido que essas mudanças provocam variações significativas nas reações do terapeuta, do paciente, e na relação intersubjetiva entre ambos, é possível utilizar qualquer conjunto de técnicas e procedimentos em psicoterapia breve, inclusive as mais comumente empregadas e citadas na literatura especializada, como a focalização, o planejamento antecipado, a técnica ativa. Mas, também é possível prescindir das mesmas. Muito irá depender dos *pressupostos teóricos e filosóficos que embasam a prática do terapeuta*. Na literatura especializada, também vamos encontrar a questão do ecletismo técnico como algo que parece obscurecer um pouco a compreensão dos fatores debatidos até aqui, mas isso não impede que certos parâmetros fixos permaneçam, sobretudo no setor das psicoterapias breves. E esses parâmetros são os referentes ao manejo instrumental do enquadre.

Examinaremos agora a influência de dois parâmetros tópicos: o “face a face” e a temporalidade.

A Disposição Face a Face.

Na psicanálise clássica (com o uso da disposição divã-poltrona), é essencialmente a fala que transporta as mensagens do paciente para o terapeuta. Além disso, como classicamente o paciente fica deitado no divã, com o terapeuta sentado fora do seu círculo de visão (por exemplo, com sua poltrona atrás do paciente e do divã), então pode-se dizer que, a comunicação do paciente se efetiva com um terapeuta “internalizado” em sua psique. O paciente fala com uma “lembrança” do seu passado, ainda que seja um passado recente. Ele imagina o que seu terapeuta acha, pensa, sente, como se comporta, mas não “vê” efetivamente nenhuma de suas reações. Mergulha-se mais do que na disposição face a face no campo do imaginário, da fantasia e da dúvida (sobre o que o outro pensa, acha ou faz), porém as trocas perceptivas e afetivas imediatas ou diretas são amenizadas. Esses elementos contribuem assim, para “desacelerar” a dinâmica das trocas relacionais intersubjetivas entre paciente e terapeuta, contribuindo para o prolongamento do processo como um todo, mas Freud parece não ter dado atenção a isso na sua época.

Na disposição face a face, diferente da disposição divã-poltrona, há uma duplicação dos canais de expressão e comunicação. O verbo não é mais o único meio de comunicação, havendo toda uma categoria de mensagens não-verbais transmitidas pela mímica, pelos movimentos involuntários ou, por vezes, voluntários de um ou de outro. Já se disse que “o corpo fala”. Logo, todo um conjunto de expressões, “verbalizações” e comunicações corporais e faciais entram em jogo no processo psicoterápico. Isso afeta as trocas relacionais entre paciente e terapeuta, tornando-as mais imediatas e diretas. Isso “dinamiza” o processo, e por si só, já é um acelerador do mesmo, se entendermos que a manifestação não-verbal do terapeuta também é em si, uma técnica de intervenção psicológica, mais eficaz, quanto mais ele tenha a consciência e o treino instrumental para o seu uso. Mesmo que ele não possua um treino específico que o sensibilize para essa percepção (como muitos psicoterapeutas com formação em terapia corporal), a simples disposição do enquadre já garante que essa variável afete consideravelmente o processo. Isso pode ser visível, se pedirmos para um paciente que vinha por longo tempo se tratando na disposição divã-poltrona, mudar repentinamente para a disposição face a face, e vice-versa. O paciente do face a face, pode sentir a nova

disposição divã-poltrona, como “fria e distanciadora entre ele e o terapeuta”. Ou o paciente clássico da disposição divã-poltrona, pode se sentir “encabulado”, quando passado para uma disposição face a face.

Na psicoterapia breve, a disposição face a face, para Gilliéron (1986), é indispensável, por ser a que dinamiza as trocas relacionais. Na verdade, todos os autores em psicoterapia breve concordam com isso. O imediatismo das trocas relacionais nessa disposição coloca o paciente numa interação com uma imagem bastante presente do seu terapeuta (enquanto, como vimos, na disposição divã-poltrona, o paciente se relaciona com uma “imagem-terapeuta do passado”). As comunicações não-verbais acrescidas nesse contexto são extremamente diretas, imediatas e muito pouco controláveis, o que intensifica enormemente as trocas. Em contrapartida, terapeuta e paciente tendem também a erguer barreiras inconscientes contra essas trocas cuja própria intensidade é angustiante.

Podemos comparar a disposição divã-poltrona própria da psicanálise *standard* a uma troca da ordem da epopéia, onde o sujeito narra toda uma história da qual ele (paciente) é o ator principal. Já a disposição face a face, em muitas formas de psicoterapias modernas (incluindo as de tempo delimitado), é mais comparável a uma cena de teatro, onde as trocas são simultaneamente verbais e não verbais, e portanto, mais *imediatas*, mais *dramatizadas*.

É interessante, então notar, que essa disposição é um acelerador, mesmo de processos que não são formalmente denominados como psicoterapia breve, e uma vez que é uma disposição de enquadre cada vez mais popular na clínica contemporânea, é natural que os processos de psicoterapia (mesmo os de tempo indeterminado) tenham cada vez mais o seu tempo reduzido. Esse é um fato que poucas pessoas pararam para pensar... É uma “sutileza técnica” que tem permanecido por muito tempo desconhecida, porque apenas recentemente com a difusão das psicoterapias breves, que a influência de disposição do enquadre psicoterápico tem sido objeto de pesquisa. O próprio Freud pouco dedicou-se ao estudo desse aspecto, preferindo investigar os aspectos metapsicológicos e pulsionais de sua técnica clínica. Em decorrência disso, negligenciou-se muito o terreno das transformações na relação terapeuta-paciente, a partir do manejo da disposição do enquadre, e sobre como isso pode abreviar o processo terapêutico.

A Temporalidade

Na física do século XIX, Isaac Newton, o pai da mecânica clássica, elaborou um modelo teórico em que o espaço e o tempo eram encarados como realidades separadas e independentes. Coube a Albert Einstein, mostrar no início do século XX, com sua teoria da Relatividade, que ambos os conceitos formam uma unidade integrada, não existindo realmente separação entre tempo e espaço, mas sim um *continuum* entre um e outro, formando o que a Física Moderna chama de Quarta Dimensão ou Dimensão Espaço-Tempo[[ix](#)].

Na psicoterapia, e em especial, no que diz respeito à organização do enquadre psicoterápico, tempo e espaço – como na Física Moderna – são relativos um ao outro, e não devem ser dissociados, ainda que alguns aspectos digam mais respeito à dimensão temporal e outros à dimensão espacial.

A primeira observação incide sobre a relação dialética não-linear que pode existir entre o que pode ser chamado de “tempo cronológico” (do relógio) e “tempo subjetivo”. Pode-se questionar: “Qual é o significado psicológico de uma limitação da duração, e qual é o efeito da ausência de limite?”. Estudos clínicos comparativos (Gilliéron, 1986) mostram que as psicoterapias cuja duração é limitada logo de início são levadas a termo com muito mais frequência do que as psicoterapias de duração não limitada. Esse fenômeno é constante, qualquer que seja a natureza da psicoterapia (de grupo, individual, de apoio, de inspiração psicanalítica).

Atualmente reconhece-se que as mudanças psíquicas podem ocorrer num tempo relativamente curto, contrariamente ao que havia afirmado o pai da psicanálise e ao que as gerações seguintes contentaram-se muitas vezes em repetir sem questionar. Vimos que, como Freud mobilizou seus esforços para uma leitura pulsional da psique no paradigma teórico de sua metapsicologia, enfatizando quase exclusivamente a dimensão intrapsíquica, em detrimento da realidade vincular intersubjetiva, durante muito tempo a psicanálise se viu sem instrumentos teóricos que lhe permitissem levar em conta a influência da disposição do enquadre psicoterápico ou do campo analítico sobre o

processo. Esta “cegueira” epistemológica tem estado por muito tempo presente no meio clínico, mas os avanços da área estão delineando um novo estado de situação.

A observação da atemporalidade e da lentidão dos processos inconscientes não tem mais servido de pretexto para negar os resultados das psicoterapias breves, a não ser por aqueles que estão desatualizados em relação à literatura especializada sobre o tema. Já se sabe que os processos psíquicos não são tão autônomos a ponto de se tornarem inacessíveis a uma influência externa, e hoje a mentalidade predominante é a de que existe uma relação dialética entre uma e outra coisa.

Limitar a duração de um tratamento comumente desperta mais temores nos terapeutas do que nos pacientes, que argumentam sentir medo de realizarem um “tratamento incompleto”. Segundo Gilliéron (1986), isso traduz o medo de não ter tempo suficiente para se chegar ao “fim das dificuldades do paciente” – medo sustentado pela *ilusão narcísica* de aspirar uma certa “perfeição” ao final do tratamento, fator contratransferencial passível de também prolongar inutilmente até mesmo os tratamentos analíticos clássicos.

Um estudo comparativo da literatura especializada, mostra que os diferentes autores e pesquisadores da área, segundo seus referenciais teóricos e pessoais particulares, adotam planejamentos de processos psicoterápicos que duram no mínimo 3 meses e no máximo 1 ano. Entre esse mínimo e máximo, constatam-se diversas variações. Minha própria experiência pessoal em clínica particular, tem me mostrado que objetivos satisfatórios começam a surgir a partir de 6 meses, sendo que a finalização pode ser planejada para 9 meses de trabalho. Tenho observado que (1º) o método de trabalho técnico e humano do terapeuta, em conjunto com (2º) os objetivos traçados a serem alcançados são variáveis importantes para definirem o “tempo ótimo” de um processo de psicoterapia breve.

De fato, o objetivo de uma terapia de tempo delimitado, não pode ser o mesmo de uma Análise por tempo indeterminado (que pode variar a duração de 2 ou 3 anos a 14 ou 15 anos, dependendo de uma série de variáveis a serem levadas em consideração).

A diferença entre um e outro procedimento, não é o de que a Análise clássica objetiva resultados mais “profundos”, enquanto a psicoterapia breve objetiva resultados mais “superficiais”, como supõe alguns autores (esses sim, com uma perspectiva muito “superficial” da clínica). Não existem trabalhos “superficiais” na clínica psicológica se lembrarmos que o nosso objeto de intervenção é a complexidade da psique, sendo isso válido inclusive para processos breves. Assim, para melhor clarificar esse tópico, vou fazer uso de uma imagem metafórica.

Vamos, então, supor que o processo da vida (denominado por Jung de individuação) pudesse ser simbolicamente comparado a um “rio”. Podemos dizer que o paciente que busca ajuda clínica psicológica se encontra com o seu processo de vida *quase* paralisado, como um rio que tivesse o caminho de passagem de suas águas obstaculizadas por uma infinidade de pedras, rochas e detritos. Simbolicamente, em uma Análise Clássica, o objetivo seria a retirada do máximo desse material pedregoso para que as águas do rio voltassem a fluir livremente de novo. Tanto o terapeuta quanto o paciente possuem tempo “ilimitado” para tentarem atingir esse fim, podendo utilizarem de vários meios. Talvez nunca consigam retirar todas as pedras, talvez sobre alguns pedregulhos, mas ainda assim, o objetivo permanece ser o de que o rio volte a fluir livremente durante o período do próprio processo terapêutico, ainda.

Na psicoterapia breve, não se pode alimentar o objetivo de se retirar “todas as pedras”. O objetivo seria ajudar o paciente a retirar o máximo possível de algumas dessas pedras, no tempo estabelecido pelo processo breve, para que pelo menos uma parte das águas possam fluir um pouco mais, e assim, motivado por esse avanço, o paciente possa “continuar sozinho a retirar as suas próprias pedras do caminho”, após terminado o processo. Em alguns casos, até pode-se chegar a uma situação em que o paciente consiga retirar a maior parte dessas pedras durante a própria terapia, possibilitando ao rio um fluir maximizado no processo da vida. Porém, esse não é o único paradigma para o conceito de cura a ser adotado na psicoterapia breve (e na verdade, nem na Análise Clássica), mas sim a valorização das conquistas possíveis para o paciente durante o estágio do processo breve, devendo ficar claro que, do ponto de vista da complexidade da psique e do processo de individuação, não há nada de superficial ou incompleto nessa objetivação.

A individuação, segundo Jung, é o processo no qual o indivíduo torna-se cada vez mais ele mesmo, desenvolvendo sua autonomia, capacidade de reflexão crítica e maturidade existencial. Devemos lembrar que nesse contexto, é a vida que é terapêutica, enquanto o psicólogo assume apenas um papel de facilitador nesse “processo da vida” do paciente. Esse último, por sua vez, possui um papel ativo nesse contexto. A psicoterapia breve possui como objetivo, o acompanhamento do paciente em seu processo vital individual, de forma que seja possível no tempo estabelecido, fazer-se o melhor possível para que ele possa, com a ajuda terapêutica facilitadora, desobstruir

pelo menos um pouco do seu “fluir vital”, para que possa se instrumentalizar, através do autoconhecimento (e, portanto, da ampliação de consciência sobre suas potencialidades e limitações), para então dirigir a sua vida autonomamente de forma mais eficaz. Assim, uma vez mais reitero que não há nada de superficial nesse fim, e as “poucas pedras” que ajudarmos o paciente a retirar de seu próprio caminho já “farão uma grande diferença”, como na prática tenho constatado.

Entendido essa questão, podemos concluir que do mesmo jeito que podemos definir parâmetros técnicos para determinar que tipo de paciente é susceptível de ser beneficiado por uma terapia breve, podemos investigar parâmetros para definir que tipo de psicoterapeuta pode organizar um trabalho de psicoterapia breve. Certamente, não responde ao perfil um terapeuta com um grau tão alto de “ansiedade narcísica” que só se contente com objetivos “completos” (ou seja, “com a retirada de todas as pedras do caminho do paciente”), e não saiba sincronizar o seu “ritmo” com o do paciente, que possui o seu próprio *timing*.

[i] Sabemos que Freud rejeitou quaisquer modificações técnicas até o fim de sua vida. Seu interesse incidiu essencialmente em um desenvolvimento teórico e ele considerou como resistência a maior parte das propostas de inovações técnicas, com frequência, depois de tê-las experimentado ele próprio. Ao que parece, a genialidade de Freud competia com o seu dogmatismo...

[ii] Apenas para lembrar, observamos que o prefixo “intra” faz referência ao que é interno, ou do funcionamento psíquico individual, enquanto o prefixo “inter” diz respeito às relações do indivíduo com outras alteridades, focalizando seus vínculos sociais.

[iii] A psicologia clínica é atualmente um campo de atuação profissional onde o avanço técnico e a realização de pesquisas tem se processado de maneira bastante dinâmica, de forma que o profissional da área precisa investir continuamente em sua formação profissional. Há um importante fator de *historicidade* ligado a isso, mas para o qual poucos estão atentos, resultando em profissionais que no fundo não sabem o que estão fazendo. Pode-se dizer que existe uma **tecnologia** no campo clínico em psicologia, não no mesmo sentido que essa palavra assume em ciências exatas (como informática, engenharia, etc), mas sim como um conjunto de recursos técnicos que instrumentalizam e abrem campo de expressão para os aspectos práticos, humanos e existenciais do exercício psicoterapêutico. Instrumentalizar, aqui, significa transformar essas qualidades humanas em ferramentas ou instrumentos de trabalho, o que implica que o próprio terapeuta se torna a “ferramenta” de trabalho fundamental. Assim, não basta

apenas “intuição”, “senso prático” ou “sensibilidade” para atuar na psicologia clínica, sem o aprimoramento tecnológico que lhe deve ser contingente aos estudos e pesquisas na área. Isso é verdade, mesmo que se considere que todas essas qualidades (humanas) sejam fundamentais e de forma nenhuma, menos importantes do que a técnica (caso contrário, cairíamos num tecnicismo pueril). Talvez essas qualidades, sejam inclusive, mais importantes do que a técnica, porém a tecnologia que observo na psicologia clínica engloba “sutilezas teóricas e práticas” que escapam à maioria dos profissionais da área com uma formação insuficiente em psicologia clínica, o que prejudica bastante a sua atuação profissional. A existência de institutos de ensino de qualidade duvidosa, sem dúvidas, contribui para isso. Assim, quando discurso sobre tecnologia em psicologia clínica estou a referir sobre uma integração sistemática e progressiva entre teoria e prática, pesquisa e reflexão, bem como uma dialética entre “sutilezas técnicas” e “qualidades humanas, afetivas e existenciais do terapeuta”. Investir apenas em um lado ou outro é comprometer a qualidade do serviço clínico. O que legitima a minha afirmação da existência de uma tecnologia no método clínico de pesquisa e atuação profissional, e a análise **histórica** e progressiva desse campo ao longo do tempo. Algumas dessas evoluções são mostradas ao longo dessa resenha, e obviamente também, na literatura especializada sobre todos os ramos da psicologia clínica, incluindo a literatura sobre psicoterapia breve. Tudo isso mostra que a psicoterapia clínica, em qualquer modalidade ou forma de execução está longe de ser um procedimento simplista que possa ser praticado por qualquer um de forma estereotipada, especialmente como costumamos constatar nos processos diretivos de terapia por sugestão que já estão mais do que ultrapassados na área, mais que ainda são muito executados pelos profissionais pouco sintonizados com os avanços da psicoterapia (cf. Jung, 1957).

[iv] A melhor bibliografia sobre psicopatologia vincular se encontra na obra “Teoria do Vínculo” de Enrique Pichón-Rivière. Todo profissional que pretende trabalhar com psicoterapia breve, deveria ler obrigatoriamente essa obra, por permitir um novo manejo da técnica da interpretação a uma escuta da dimensão psicossocial, e vincular do funcionamento psíquico do paciente. Ou seja, o terapeuta passa a contar com uma teoria de psicopatologia muito mais flexível, funcional e eficaz, do que a clássica psicopatologia psiquiátrico-biologicista, e pode se instrumentalizar com uma nova modalidade de **escuta analítica intersubjetiva** e *intervenção interpretativa* sobre essa mesma *escuta*, mais apropriada à prática da psicoterapia breve.

[v] Porém, à medida que os psicólogos clínicos – como decorrência dos avanços de pesquisas realizadas na área - consigam entender como instrumentalizar o manejo do enquadre psicoterápico em qualquer modalidade de terapia, então talvez, a “escuta sensível ao enquadre” se torne um elemento importante não só na psicoterapia breve, mas também, quando da execução de uma *modificação de disposição* em qualquer forma de psicoterapia. Ainda assim, continuará a ser uma especificidade da psicoterapia breve, **a redução apriorística da temporalidade do processo como um todo** – o único elemento efetivamente presente em qualquer enquadre de psicoterapia breve.

[vi] Lembremos que o conceito de campo foi retirado da física moderna, e por analogia aplicado em nossas especulações teóricas no campo da psicologia (conforme já comentado na primeira nota de rodapé), o que possui implicações epistemológicas importantes para o nosso trabalho, por se configurar essa visão num conceito de ciência mais *sistêmico*, como ainda comentaremos.

[vii] Além disso, é uma ferramenta ambígua, segundo o pensamento dialético do psicanalista argentino José Bleger, pois ao operar sobre o campo mental do paciente, a partir do momento que o terapeuta emite a sua interpretação, ele está a *operar sobre o seu próprio campo mental*. Isso se torna patente quando o terapeuta realiza ao paciente uma interpretação que também é aplicável e pertinente a algum problema pessoal que o próprio terapeuta esteja passando. Tais fatos complexificam bastante a sofisticação da técnica da interpretação, bem como seus parâmetros de uso. Isso confirma o postulado junguiano, de que no encontro entre dois sistemas psíquicos complexos no self (ou campo) terapêutico, tanto o paciente quanto o psicólogo saem alterados.

[viii] Apesar de sabermos que do ponto de vista ético, tal procedimento talvez possua suas restrições, “informalmente” sabemos que todo “bate-papo” entre psicólogos e “amigos de psicólogos” envolvem tentativas de interpretações, relatos simbólicos de sonhos, e outras coisas do gênero. Dependendo do contexto em que isso acontece (ou seja, por exemplo, desde que não se confunda uma conversa informal com uma psicoterapia), não há nenhum dano que possa ser provocado, a não ser uma “divertida perda de tempo”.

[ix] Um novo modelo de ciência se formou a partir de então, mais sistêmico (termo que surge como derivado da palavra “sistema”) e relacional (derivado do termo “relação”), ou seja, onde as variáveis de um sistema são analisadas como teias de eventos que se relacionam de formas peculiares obtendo resultados diferenciados. Na psicologia, esse modelo ou paradigma procura observar as complexas relações entre as teias de eventos biológicos, psicológicos, sociais e transpessoais, buscando uma visão e compreensão mais integral e holística do ser humano. É esse modelo que procuro aplicar na fundamentação da pesquisa sobre psicoterapia breve aqui realizada.

Cap. 4 – Histórico da Psicoterapia Breve, seus progressos científicos e suas especificidades

Segundo Lemgruber (1984), a psicoterapia breve é uma técnica específica, que deve ser realizada apenas por terapeutas treinados especialmente para tal. Possui características próprias, e que não significam simplesmente o encurtamento de um processo terapêutico. Segundo a autora, se assim o fosse, qualquer técnica terapêutica poderia ser chamada de psicoterapia breve, desde que reduzisse o número de sessões e/ou encurtasse a duração do tratamento. Para Vera Lemgruber, apesar desses serem fatores importantes, outros aspectos vão identificar e conferir especificidade à psicoterapia breve, como (1º) o uso da técnica focal – que implica na tríade: planejamento, atividade e foco – e (2º) a vivência de “experiências emocionais corretivas” nas sessões terapêuticas.

Entretanto, como vimos em Gilliéron (1986) essa “simples” redução ou encurtamento da duração do processo como um todo ocasiona muito mais alterações na dinâmica do processo intrapsíquico e intersubjetivo de ambos os envolvidos – paciente

e terapeuta – do que parece a autora considerar. Na verdade essa redução global do processo, segundo vimos, muito ao contrário do que pensa Lemgruber, é o próprio fundamento epistemológico da psicoterapia breve, e todas as outras características que a autora aponta como “especificidades” da psicoterapia breve, na verdade não o são, primeiro porque a maioria delas também são encontradas nas terapias de tempo indeterminado (na verdade, é exatamente o encurtamento do processo, o único manejo técnico que existe na psicoterapia breve, mas não nas terapias de tempo indeterminado, logo apenas essa característica pode ser a especificidade legítima da psicoterapia breve), e segundo porque o que realmente acontece é que a focalização, a maior atividade, o planejamento, etc., são o conjunto de técnicas que historicamente os pesquisadores na área da psicoterapia breve “*sentiram*” necessário adotar como “reação” ou “adaptação” ao encurtamento do processo como um todo.

Se observarmos com cuidado o estudo comparativo da literatura especializada sobre psicoterapia breve, o primeiro procedimento que quase todos os pesquisadores executam nesse campo é delimitar junto com o paciente o número de sessões a serem realizadas no processo. Isso quase sempre é feito durante as entrevistas preliminares, e uma vez realizado tal procedimento, **como consequência do enquadre espaço-temporal adotado**, os terapeutas responderam com mais atividade, foco no objetivo diagnóstico e a obtenção de resultados, com a preocupação de promover experiências emocionais corretivas, etc. Pensaram que apenas dessa maneira poderiam responder às exigências da nova disposição espaço-temporal. Confundiram essas consequências com o que poderia ser chamado de “especificidades da psicoterapia breve”, e a literatura a respeito do tema ficou contaminada como essa tendência, esquecendo-se a maioria dos autores de observar o que poderia ser uma “escuta sensível à influência do enquadre no processo”, além de negligenciarem que todos os processos apontados como “específicos” da psicoterapia breve, também podem estar presentes em outras modalidades de trabalhos terapêuticos, o que já é o suficiente para refutar a sua caracterização como “específicos” da psicoterapia breve.

Porém, eis o cerne da questão: já vimos que o manejo técnico do enquadre espaço-temporal é suficiente para exigir uma reorganização dos objetivos da psicoterapia, bem como uma revisão dos critérios de sua avaliação. Também vimos que a mudança na disposição espaço-tempo pressiona uma nova forma de organização dos

conteúdos intrapsíquicos do paciente, uma nova organização intrapsíquica e técnica do terapeuta, e por retroalimentação sistêmica, uma nova organização da dinâmica da relação terapeuta-paciente. Pois bem, ocorre também que esse mesmo manejo da dimensão espaço-tempo, esse simples “encurtamento” do processo como afirma Lemgruber, tem sido o suficiente para pressionar a adoção de uma série de ajustes técnicos por parte dos seus praticantes. Decorre daí, e esse é o ponto-chave, que embora como tenha sido dito que a atividade, a focalização, a experiência emocional corretiva, o planejamento, etc. também sejam técnicas presentes nas outras modalidades de atendimento clínico em psicologia, *devido à própria redução do número de sessões na psicoterapia breve*, essas técnicas além de terem se tornado mais expressamente adotadas, enfatizadas e divulgadas nesse campo, **elas passaram ademais a ganharem uma nova dinâmica de organização e manejo na psicoterapia breve, de forma digamos, mais dinamizada**. Notamos, então, que a origem de tudo continua a se centrar no manejo técnico do enquadre espaço-temporal, e que as outras modificações técnicas são adaptações desse primeiro manejo técnico. Isso já é suficiente para afirmar que a especificidade da psicoterapia breve é o encurtamento das sessões no processo global, o que nos coloca numa posição oposta a Lemgruber (1984) e mais sintonizada com Gilliéron (1986). Para reforçar isso, porém, ainda resta o fato de que esse último autor mostrou que também é possível obter-se bons resultados prescindindo de todas essas técnicas erroneamente confundidas como “específicas” à psicoterapia breve, apenas utilizando-se de uma *escuta sensível às sutilezas provocadas na relação terapeuta-cliente pelo manejo da variável espaço-temporal, bem como através de um ajuste instrumental da técnica da interpretação a essa nova situação*.

Vejamos os dados históricos que validam essas observações, no estudo comparativo das pesquisas históricas e da bibliografia especializada sobre psicoterapia breve:

1º) Segundo Braier (1997), os primeiros tratamentos efetuados pelo próprio Freud na etapa pré-analítica e no começo da analítica eram, de certo modo, terapias breves, pois duravam só alguns meses. O fundador da psicanálise, de certa maneira, também foi um dos precursores das psicoterapias breves. A sua oposição a essa forma de trabalho terapêutico, veio depois com o avanço da sua psicanálise ortodoxa, apesar de ele próprio ter feito as suas “transgressões” à própria psicanálise. Sabemos que Jung também não depositava confiança em métodos mais breves de psicoterapia, embora no

final das contas, tenha deixado contribuições teóricas que podem ser utilizadas em psicoterapia breve.

2º) No histórico clínico do “Homem dos Lobos”, redigido em 1914 e editado em 1918, Freud expôs ter fixado pela primeira vez uma data para o término da análise do seu paciente. O objetivo foi através de uma “pressão provocada por esse manejo técnico do enquadre espaço-temporal”, obter a superação das resistências por parte do paciente, que parecia acomodado no estado de melhora parcial em que se encontrava. O que ocorria, é que o paciente não considerava a possibilidade de término do tratamento. Freud supôs que se tratasse de um caso de auto-inibição do tratamento, uma situação paradoxal na qual o êxito parcial obtido impedia o sujeito de terminar a Análise com sucesso. Foi nesse contexto que Freud decidiu realizar a sua “transgressão” à ortodoxia de sua própria técnica psicanalítica: fixou um prazo para o término do tratamento do Homem dos Lobos. Assim, quando se convenceu da seriedade do propósito de Freud, o paciente começou a trabalhar mais ativamente, vencendo resistências e, desse modo, permitindo a recordação de fragmentos significativos de sua história infantil, e a elaboração de material recalcado que ainda permanecia inacessível à análise, estabelecendo então, nexos associativos entre eles. Como consequência ocorreu o desaparecimento das dificuldades neuróticas ainda presentes, recebendo o paciente a alta de seu processo analítico, conferida por Freud, que o considerou curado. Freud realizou uma série de ressalvas, mais tarde, contra as suas próprias iniciativas, mas de qualquer maneira esse exemplo se tornou clássico na história da psicoterapia breve.

3º) Em 1916, Ferenczi menciona, pela primeira vez, a necessidade de uma psicoterapia breve, sendo repreendido por Freud. Porém, o pai da psicanálise paradoxalmente, em uma Conferência realizada em Budapeste, 1918, propõe uma psicoterapia de base psicanalítica para responder à necessidade assistencial da população, com o objetivo de fazer frente à “miséria neurótica” das comunidades carentes. Jung (1957) chamou a atenção, anos mais tarde, para o fato de as neuroses ainda serem consideradas, erroneamente, como doenças sem gravidade, principalmente por não serem tangíveis nem corporais; porém, ele atenta para o fato de que as neuroses são extremamente deletérias em suas consequências psíquicas e sociais (muitas vezes piores do que as psicoses), mormente devido aos seus efeitos sobre o meio ambiente e sobre a maneira de viver do indivíduo. O autor conclui que o ponto de vista clínico, por

si só, não pode abarcar a essência da neurose, pois ela é muito mais um fenômeno psicossocial do que uma doença “sensu strictiori”, o que nos obriga a ampliar o conceito de “doença” para algo além da idéia de um corpo isolado, perturbado em suas funções, e a considerar o homem neurótico como um **sistema de relação social enfermo**. Esse avanço de considerações nos leva a adotar um conceito de ciência sistêmico, relacional e vincular aplicado à psicoterapia breve, demandando que a psicoterapia deixe de ser uma opção disponível apenas para as elites, para se tornar acessível às comunidades carentes. Esses fatos respondem historicamente pela demanda das psicoterapias breves.

4º) Entre 1920 e 1925, Sandor Ferenczi e Otto Rank realizam tentativas de abreviar a cura psicanalítica, recebendo duras críticas de Freud.

Ferenczi propõe o **método ou técnica ativa**. A idéia central da técnica ativa é solicitar ao paciente que, além de usar a livre associação, aja ou se comporte de determinada maneira, na expectativa de fazer crescer a tensão e, assim, mobilizar material inconsciente, no caso, o fundamental para conseguir a elaboração dos conflitos subjacentes aos sintomas.

Para que a técnica possa ser utilizada, um dos parâmetros é a existência de uma boa relação de vínculo entre o paciente e o terapeuta, caso contrário, o paciente simplesmente não responderá à solicitação do psicoterapeuta. Para citar um exemplo, vamos supor o caso de um paciente com princípios de fobia social. O terapeuta pode, então, solicitar ao paciente que realize algumas atividades de lazer no qual obrigatoriamente tenha que sair de casa, para se relacionar com outras pessoas. Se a relação entre paciente e terapeuta estiver satisfatória, o paciente ao atribuir importância ao que o terapeuta diz, pode sentir uma pressão interna no sentido de fazer o que o terapeuta lhe solicita. Ao tentar realizar a “tarefa” irá obrigatoriamente se haver com todas as barreiras mentais que costumam impedi-lo de espontaneamente sair de casa. Certamente um conflito entre tendências opostas irá se instalar, e isso poderá servir de material a ser trabalhado na psicoterapia, o que é o próprio objetivo da técnica ativa.

Ferenczi não aconselhava tratar a todos os pacientes desse modo. A técnica deveria ser usada apenas para determinados pacientes em determinadas condições. Assinalava que a técnica ativa era um meio de atingir um fim, ou seja, a elaboração dos conflitos inconscientes, e que o exagero dessas medidas poderia incrementar a

resistência do paciente, prejudicando o tratamento. Enfim, a técnica ativa era vista como um componente adicional dentro do conjunto de esforços para vencer a resistência do paciente (Lowenkron, 1993). Com sua contribuição, Ferenczi ficou conhecido como o “pai da psicoterapia breve”.

Porém, somos obrigados a expor que o método ativo, na verdade apresenta uma série de complicações técnicas e mais contra-indicações do que qualquer outra coisa (Jung, 1957), tanto que o próprio Ferenczi a abandonou (Braier, 1997). A insistência do emprego desse método na literatura especializada sobre psicoterapia breve (como por exemplo em Lemgruber, 1984) e mesmo em outras modalidades de psicoterapia representa na maior parte das vezes uma “parada no tempo” e um retrocesso (de forma que a sua importância é muito mais histórica do que pragmática), a não ser em casos tecnicamente estratégicos e/ou excepcionais. Sobre isso voltarei a comentar mais detalhadamente.

Otto Rank, por sua vez, seguiu outro caminho. Defendia a possibilidade de um tratamento analítico breve baseado na tentativa de superar, em poucos meses de análise, o trauma de nascimento, que considerou como o nódulo da neurose. Segundo seus argumentos, a perda da condição paradisíaca era vivida pelo ser humano no nascimento, provocando no recém-nascido uma primeira e determinante situação de ansiedade que seria assim, o protótipo de todas as experiências posteriores. Rank pensava que essa “perda do paraíso” motivaria o homem sempre em busca da sua recuperação, entretanto ele não conseguiu levar adiante a sua idéia de “Trauma do Nascimento” e polarizou sua atenção na questão da Separação-Individuação, que será retomada de forma mais sofisticada por outros autores posteriores, como James Mann, na psicanálise breve ou Edward Edinger, na psicologia junguiana. Seja como for, Rank considerava que limitando o tempo da análise, favoreceria a elaboração dos conflitos relativos à separação (Melo, 1998). Como foi dito Freud criticou Ferenczi, e considerou sem fundamento as assertivas de Rank, mas em relação a esse último autor, Freud se precipitou.

5º) Com Franz Alexander e Thomas French, inicia-se uma nova etapa no campo da psicoterapia breve. Trazem conceitos sobre planejamento da psicoterapia, flexibilidade do terapeuta, manejo da relação transferencial e do ambiente, utilidade de ressaltar a realidade externa e a eficácia do contato breve (Braier, 1997).

Mas, é no conceito de “**Experiência Emocional Corretiva**” que vamos encontrar a maior contribuição, especialmente de **F. Alexander**. Ele é um autor muito citado, mesmo nos textos modernos concernentes à *mudança psíquica* em psicanálise. Segundo a sua teoria – construída com Thomas French – não é a rememoração dos antigos acontecimentos que cura a neurose, mas sim a sua revivescência **numa relação que forneça uma experiência corretiva** (Gilliéron, 1986). Alexander causou uma certa polêmica ao mostrar que não é apenas a experiência terapêutica que possibilita uma

experiência corretiva, mas também as experiências da vida. Na verdade, as experiências terapêuticas são por ele apresentadas como tendo uma ação catalizadora (facilitadora ou dinamizadora) sobre as experiências corretivas da própria vida, de forma que ambas as experiências – terapêutica e da própria vida – se complementam, e se potencializam dialeticamente. Alexander propunha o uso das experiências da vida real como parte integrante da terapia. O narcisismo da psicanálise ortodoxa chiou muito, mas o pragmatismo das propostas de Alexander se solidificaram.

Alexander também parecia ser favorável a um certo ecletismo técnico.

6º) Surge, então, em cena, Michael Balint, que com seus estudos, pesquisas e treinamento de terapeutas coordenados na Clínica Tavistock de Londres, deixou um paradigma global de pesquisa no campo da psicoterapia breve, que serve de parâmetro para a realização de pesquisas no mundo todo. É de Balint a sugestão de elaboração de documentação dos tratamentos realizados, bem a realização de entrevistas de *follow-up* (hoje denominadas também de **entrevistas de acompanhamento**) após 6 e 12 meses, do final dos tratamentos breves, para avaliar a consistência dos resultados obtidos com os pacientes. Sugere o autor entre 20, 30 ou 40 sessões de psicoterapia breve, dependendo de uma série de parâmetros técnicos, incluindo a experiência do terapeuta (Lowenkron, 1993).

7º) David Huntingford Malan será o maior divulgador do paradigma de trabalho de M. Balint, na Clínica Tavistock. Malan efetuou estudos catamnéticos sobre os seus resultados terapêuticos, em intervalos de duração bastante longos. É de sua autoria a denominação “**psicoterapia focal**” como alternativa para designar as psicoterapia breves.

Segundo sua linha de raciocínio, primeiro deveria ser estabelecido uma **hipótese psicodinâmica de base**, explicando a problemática principal do paciente. Depois, utilizando de uma técnica de interpretação “mais ativa”, manejava **uma atenção seletiva voltada para os elementos relacionados com a hipótese psicodinâmica de base, e um desprezo seletivo pelos elementos estranhos à dita hipótese**. Essa é a linha de pensamento básica da **técnica focal**.

Seus estudos catamnéticos mostraram que é possível obter-se mudanças estruturais da personalidade em psicoterapia breve, com uma evolução positiva sobrevivendo em personalidades gravemente perturbadas, o que não parecia depender nem da origem antiga dos distúrbios, nem de sua profundidade.

Para Malan, a avaliação imediata da problemática inconsciente principal dos pacientes, a estipulação de um prazo e a escolha combinada das interpretações permitem alcançar esses resultados (Gilliéron, 1986).

8º) L. Bellak e L. Small propõem o uso do ecletismo técnico, tomando de empréstimo diversas contribuições das teorias do comportamento (ou seja, do *behaviorismo*). Entretanto em relação ao manejo da técnica de interpretação, parece haver uma influência da psicanálise não claramente expressa.

9º) Peter Sifneos trabalhando no Hospital Geral de Massachussets cria o primeiro “serviço psicoterápico de emergência”, modalidade de psicoterapia breve, que tem na noção de “crise emocional” o ponto focal e plataforma giratória ao longo de um *continuum* dinâmico de processos psicológicos. Para o autor, “a compreensão de uma crise emocional esclarece os diferentes estados de formação dos sintomas psiquiátricos, antes mesmo que eles se cristalizem numa neurose; ela permite, além disso, a execução de medidas preventivas – as intervenções psicoterápicas breves – às quais recorreremos para evitar o desenvolvimento dessa neurose”. Sifneos distingue a psicoterapia ansiolítica (ou de apoio) para o paciente em crise, da psicoterapia provocadora de ansiedade ou dinâmica, baseada no insight e na clarificação, atribuindo em relação a essa última, lugar primordial aos critérios de seleção de pacientes para a mesma – no caso, ele selecionava apenas pacientes edipiano-genitais e extremamente auto-motivados.

10º) Habib Davanloo foi o exemplo do terapeuta mais diretivo entre os nomes clássicos da psicoterapia breve. Trabalhou no Hospital Geral de Montreal, Quebec,

Canadá desde 1963, organizando um Simpósio Internacional em 1975. Designada pelo nome de “psicoterapias dinâmicas a curto prazo e com foco ampliado”, ele utilizou entrevistas de exploração destinadas a colocar em evidência o material genético, com vistas a estabelecer rapidamente uma área de intervenção, através de técnicas de confrontação muito ativas, de esclarecimento e de exploração do material consciente, pré-consciente e dos seus derivados do inconsciente.

H. Davanloo é um terapeuta extremamente ativo, a ponto de chegar às vezes, a falar mais do que os pacientes durante as sessões (Gilliéron, 1986); constantemente vigilante, deixa pouco espaço para a expansão da fantasia. Só conseguiu resultados positivos com estruturas neuróticas muito graves (e dependentes) ...

11º) Na Argentina tem lugar o Colóquio Acta 1967, sobre psicoterapia breve, com nomes como J. I. Szpilka e Maurício Knobel. Em 1970 aparece o primeiro livro de um autor argentino, exclusivamente consagrado ao tema: *Psicoterapia Breve* de H. Kesselman, com prólogo de José Bleger. O autor utiliza o esquema referencial de Pichón-Rivière, e aborda entre outros aspectos o planejamento e as técnicas de mobilização, além de assinalar algumas características essenciais das interpretações a serem utilizadas no trabalho terapêutico. Outros autores a se destacarem são H. J. Fiorini, e J. C. Kusnetzoff. Por fim, Eduardo Alberto Braier (1997) é o autor que fecha a *gestalt* da visão mais moderna sobre psicoterapia breve na escola Argentina de psicanálise.

12º) No Brasil teremos em Vera Lemgruber (1984) uma revisão teórica e prática dos conceitos mais tradicionais da psicoterapia breve, com importantes contribuições de um lado, mas com algumas deficiências técnicas de outro. Ela explicita com bastante detalhe e didática a técnica focal, a noção de experiência emocional corretiva, a teoria da crise. Mas, defende a utilização da ultrapassada técnica ativa de Ferenczi, mostrando-se bastante diretiva, além de mostrar ignorância completa sobre a importância do enquadre espaço-temporal na própria fundamentação da psicoterapia breve. Mesmo assim, ela é um dos nomes mais citados em psicoterapia breve no Brasil.

Ainda no Brasil, Liliane Martins de Melo, publicou uma brochura sobre psicoterapia breve de abordagem junguiana, com algumas contribuições interessantes, porém deveras incompleta. Sua obra foi editada pelo Instituto Pieron, em 1998.

13º) Por fim, destaca-se a obra do pesquisador suíço Edmond Gilliéron (coincidentalmente, de mesma nacionalidade de C. G. Jung), que já foi suficientemente destacada nesse texto, sendo a obra de referência fundamental. O autor conseguiu através de um estudo comparativo da literatura sobre psicoterapia breve, discorrer sobre os efetivos fundamentos epistemológicos dessa modalidade de trabalho terapêutico, num estudo crítico e inovador, que saiu bastante da “mesmice e das incoerências” que residem nesse campo, que por enquanto se justificam por se tratar de uma área muito nova na clínica psicológica.

Palavras Finais

Uma das idéias centrais dessa resenha foi tentar mostrar que a pedra angular da modalidade de trabalho psicológico de tempo delimitado, que lhe define a sua origem e especificidade, é o manejo técnico do enquadre psicoterápico, especificamente na disposição espaço-temporal. A insistência nessa idéia se justifica na medida em que a maioria dos autores, pesquisadores e mesmo professores dessa disciplina em cursos de terapia breve, parecem desconhecer ou subestimar o valor dessa variável.

Quem colocou essa questão em evidência foi Edmond Gilliéron, através de um método específico de pesquisa, que foi o estudo comparativo da literatura e das práticas especializadas em psicoterapia breve. Dessa forma, Gilliéron mostrou que não é o uso de artifícios técnicos que caracterizam ou especificam a psicoterapia breve. Por exemplo, não adianta querer caracterizar a psicoterapia breve como uma técnica baseada na focalização, atividade e planejamento, pois (1º) existem outras modalidades de trabalho psicoterápicos que não são psicoterapias breves e utilizam também esse conjunto de técnicas, logo isso já é suficiente para dizermos que elas não conferem especificidade à psicoterapia breve, mas além disso (2º) é possível realizar-se psicoterapia breve, com resultados igualmente satisfatórios, sem utilizar-se por exemplo, da focalização, da técnica ativa, etc. Isso não quer dizer que tais técnicas não

devam ser usadas. Um bom planejamento certamente é um bom auxiliador do processo, e a técnica focal, quando bem dominada pelo terapeuta pode ser um recurso interessante de ser usado. O que se está enfatizando é que elas não conferem especificidade à psicoterapia breve, nem lhe são imprescindíveis. De todas apenas a “técnica ativa” se mostrou ultrapassada, com exceção em casos muito excepcionais.

Embora exista um certo ecletismo técnico no campo da psicoterapia breve, conforme salienta Gilliéron (1986), se voltarmos nossa atenção para o fenômeno central da relação terapêutica, poderemos definir certas constantes na psicoterapia breve. Assim, do ponto de vista psicanalítico, as regras internas de funcionamento do tratamento desempenham uma espécie de fronteira abstrata que delimita o campo analítico do campo cultural. São essas regras internas que conferem a base do caráter terapêutico e analítico a qualquer forma de psicoterapia, incluindo a psicoterapia breve. Entretanto, e aí se encontra o ponto chave da questão, a disposição concreta do tratamento breve (face-a-face em vez de divã-poltrona, a temporalidade delimitada) modifica a dinâmica da relação paciente-terapeuta de forma expressiva. A principal tarefa se torna evitar que a relação terapêutica se transforme uma relação “real” (como outra qualquer) e complementar à sintomática do paciente.

Tradicionalmente, os psicoterapeutas breves para não correrem esse risco adotaram o ecletismo técnico baseado em diversos recursos: focalização, aumento de atividade, promoção de experiências emocionais corretivas, etc. Não se discute a eficácia de tais técnicas. E de certa forma isso transformou a psicoterapia breve, também, **num campo de pesquisa sobre as técnicas mais eficazes no campo da psicoterapia clínica, com a tentativa de condensá-las todas na terapia de tempo delimitado.** Porém, isso fez que os aspectos humanos e existenciais ficassem à deriva da literatura especializada, e a variável fundamental (enquadre psicoterápico) fosse esquecida.

Gilliéron (1986) **redefiniu a psicoterapia breve como um campo de pesquisa sobre as conseqüências do manejo do enquadre espaço-temporal, sobre o paciente, o terapeuta e a relação entre ambos.** Com suas pesquisas experimentais na Universidade de Lausanne, na Suíça, pretendeu mostrar que uma atenção aguçada voltada para a especificidade da transferência em psicoterapia breve permite evitar todas as técnicas ativas, e substituí-las exclusivamente pela interpretação, provavelmente a

técnica mais sofisticada que um psicólogo pode dispor para operar sobre o campo mental do paciente, sendo metaforicamente, essa técnica o seu “bisturi psíquico”. Pesquisa mais intensa buscando os parâmetros de uso da interpretação precisam ser realizados, portanto.

Isso não anula, porém, a contribuição das técnicas tradicionalmente utilizadas pela psicoterapia breve, como a focalização, o planejamento, a experiência emocional corretiva, etc. Como afirma Jung (1957), o que importa é a técnica na qual o terapeuta acredita e deposita a sua fé. Seria aliás, um desrespeito ético e um abuso querer que um terapeuta trabalhe com um conjunto de referenciais do qual ele não acredita.

Para aqueles que preferirem trabalhar com as técnicas mais tradicionais da psicoterapia breve, a compilação de Vera Lemgruber (1984) é uma das melhores. Ela esmiúça detalhadamente a técnica focal de David Malan, a técnica da experiência emocional corretiva de Franz Alexander, e discorre sobre a técnica ativa de Sandor Ferenczi, todos nomes clássicos da história da psicoterapia breve. Mas, a autora peca em algumas sutilezas técnicas: supervaloriza a técnica da experiência emocional corretiva, como sendo o “fundamento” da psicoterapia breve, algo que Gilliéron mostrou que não é verdade (até porque a experiência emocional corretiva também é um recurso de técnicas de terapias que não são breves), e valoriza a técnica ativa, sendo que ela já era considerada ultrapassada pelo próprio Sandor Ferenczi. Essa última falha é bastante comum nos cursos de psicoterapia breve; esses ultrapassadamente enfatizam a importância da técnica ativa, e infelizmente, ainda são maioria na área.

Na verdade, a técnica ativa é ultrapassada e ineficaz se for considerada como sinônimo de diretividade, mas não como simbolizando algo contrário à “técnica da abstinência” em psicanálise clássica. Irei explicar isso melhor agora.

Durante dois anos realizei uma pesquisa na Universidade de São Paulo (USP), sobre a problemática da Diretividade em Psicoterapia. Foi uma pesquisa baseada num estudo comparativo sobre a literatura específica sobre diretividade, nas abordagens comportamental, psicanalítica e rogeriana. Os resultados foram divulgados em dois congressos internacionais, um deles na USP, e outro no Rio de Janeiro.

O conceito de diretividade varia um pouco na literatura consultada. Para alguns é sinônimo de dar conselhos, ordens, prescrever tarefas, etc. Outros confundem diretividade com dar direção à terapia, o que na verdade é uma função indispensável do enquadre psicoterápico, sem o qual não há o delineamento de **processo** psicoterapêutico, com a característica que lhe é inerente de ser *progressivo* e *acumulativo*.

Mas, o melhor conceito encontrado foi o seguinte: a **diretividade** ocorre quando o insight ou a clarificação parte do terapeuta e é depositada linearmente, através de uma intervenção direta, sobre o paciente, e a **não-diretividade** é a intervenção psicoterapêutica que busca facilitar ao paciente, a partir dele mesmo, o insight e a clarificação sobre determinada questão psicológica.

Assim, quando um terapeuta realiza um conselho ou uma ordem, podemos deduzir que o insight originou-se de uma percepção dele – o terapeuta – que está tentando fornecer-lhe diretamente ao paciente, sem que necessariamente, ocorra um movimento de reflexão e análise por parte deste último.

Já a intervenção não-diretiva, segundo o conceito aqui arrolado, implica que o terapeuta esteja realizando questionamentos (geralmente os mais abertos possíveis) e outras intervenções, para extrair do paciente os seus próprios insights. Como tal, a intervenção pode partir de uma percepção do terapeuta, mas esse busca provocar um movimento de reflexão no paciente, ao invés de lhe fornecer o seu “insight de graça”.

A intervenção diretiva está relacionada a uma série de problemas ou questões técnicas e filosóficas. Tomarei como exemplo, um trecho da obra “A prática da psicoterapia” de C. G. Jung (1957), livro que na minha opinião todo psicólogo clínico deveria tomar como leitura obrigatória, independentemente da escola teórica que adote. Segundo o autor,

“Se na qualidade de psicoterapeuta, eu me sentir como autoridade diante do paciente e, como médico, tiver a pretensão de saber algo sobre a sua individualidade e fazer afirmações válidas a seu respeito, estarei demonstrando falta de espírito crítico, pois não estarei reconhecendo que não tenho condições de julgar a totalidade da personalidade que está lá à minha frente. Posso

fazer declarações legítimas apenas a respeito do ser humano genérico, ou pelo menos relativamente genérico. Mas como tudo o que vive só é encontrado na forma individual, e visto que só posso afirmar sobre a individualidade de outrem, o que encontro em minha própria individualidade, corro o risco, ou de **violentar o outro**, ou de sucumbir por minha vez ao seu poder de persuasão. Por isso, quer eu queira quer não, se eu estiver disposto a fazer o tratamento psíquico de um indivíduo, tenho que renunciar à minha superioridade no saber, a toda e qualquer autoridade e vontade de influenciar. Tenho que optar necessariamente por um **método dialético**, que **consiste em confrontar as averiguações mútuas. Mas, isso só se torna possível se eu deixar ao outro a oportunidade de apresentar seu material o mais completamente possível, sem limitá-lo pelos meus pressupostos.** Ao colocar-nos dessa forma, o sistema dele se relaciona com o meu, pelo que se produz um efeito dentro do meu próprio sistema. Esse efeito é a única coisa que posso oferecer ao meu paciente individual e legitimamente” (grifos meus).

Assim, podemos observar que a intervenção diretiva tradicionalmente, seja explícita ou implicitamente, pode estar relacionada com o desejo controlador e até autoritário do terapeuta, em influenciar o seu paciente, segundo os seus pressupostos particulares. Do ponto de vista filosófico, a intervenção diretiva supõe o psicólogo ou terapeuta como possuidor do “suposto-saber”, enquanto o paciente é visto como alguém incapaz de tomar decisões por si mesmo, ou de dirigir o seu próprio caminho de vida. Às vezes, esse tipo de visão pode ser consciente, no terapeuta, mas como tal, é muito mais perigoso quando essa é uma tendência inconsciente do profissional, o que infelizmente é o que ocorre na maioria dos casos.

Esse tipo de profissional, normalmente possui uma série de “justificativas” para a sua abordagem diretiva. Costuma citar que em casos de tentativas de suicídio ou de similar gravidade, o terapeuta deve assumir uma posição diretiva, até por questões éticas, a favor de se preservar o paciente, e que não há nenhum mal em ser diretivo, se não for em proveito próprio, ou para realizar o “mal” para o paciente. Segundo tenho observado, é verdade que em casos de suicídio, ou em situações que o paciente está se dirigido claramente para o seu próprio prejuízo, o terapeuta deve ser mais direto. Porém, as justificativas seguintes que foram arroladas são evazivas para o terapeuta deixar de pensar os pressupostos de sua própria atuação terapêutica.

Na intervenção diretiva, além do *problema filosófico* de que o paciente é visto como alguém que não é capaz de se conduzir, por si mesmo, *do ponto de vista técnico*, constatei que as intervenções diretivas são as que menos exigem intelectualmente do profissional. São simplistas e ineficazes. Oras, basta observarmos que ninguém precisa fazer cinco anos de uma faculdade de psicologia para dar conselhos, ordens e tarefas... Basta colocar um militar, um padre ortodoxo e dogmático, ou um gerente de uma empresa qualquer, que eles farão até um trabalho melhor nesse sentido.

Jung (1957), ainda salientou que esse tipo de intervenção diretiva – ao qual ele denominava de **terapia por sugestão** – desrespeitava a consideração da subjetividade do outro, especialmente quando era baseada no tecnicismo[i]. Para ele, apenas uma atitude predominantemente não-diretiva (no sentido conceitual que foi delineado nessa resenha), se justifica cientificamente.

Já vimos a ineficiência de outras técnicas diretivas, quando tomadas como recursos únicos (a neuroligüística, a hipnose, etc). A intervenção não-diretiva, por sua vez, foi postulada especialmente por Carl Rogers, fundador da psicologia humanista, e adotada pela corrente que segue a filosofia fenomenológico-existencialista. Parte-se, assim, do pressuposto de que o indivíduo possui um elemento psíquico interno de auto-regulação, que lhe permite ser capaz de decidir por si mesmo, qual o melhor caminho a seguir. Quando o paciente inicia um processo de “auto-boicote”, isso pode estar relacionado a alguns desajustes nesse processo de auto-regulação, que é função da intervenção psicoterapêutica localizar e propiciar meios para que o paciente se aproprie novamente do melhor ajuste auto-regulador ativo, adaptativo e criativo que seja capaz de efetuar.

Filosoficamente, a intervenção não-diretiva exige do terapeuta que ele seja capaz de suportar as suas próprias ansiedades, no sentido de confiar que no interior do paciente existam energias construtivas que podem ser estimuladas, e que no momento certo, elas irão se expressar, no ritmo do seu próprio processo (e não necessariamente, no ritmo do terapeuta). Exige o respeito ao livre-arbítrio do outro, e também uma certa **humildade epistemológica**. Do ponto de vista técnico, a intervenção não-diretiva, exige muito mais da intelectualidade, da criatividade e da capacidade técnica do terapeuta, justificando a existência de uma formação universitária em psicologia.

Nesse sentido precisamos ter uma noção de evolução de pesquisa e tecnologia na ciência clínica em psicologia. Assim, segundo Jung (1957):

I) Nos primórdios da psicoterapia, enquanto o tratamento se limitava à sugestão diretiva, também se podia contentar com uma concepção teórica muito pouco exigente. Naquele tempo, julgava-se suficiente conceber os quadros neuróticos como “produtos da imaginação” de uma fantasia exacerbada. Deste modo de ver, decorria naturalmente a terapia que tinha por finalidade reprimir simplesmente tais produtos da fantasia, ou seja, os sintomas imaginários. Aquilo que se pensava poder eliminar facilmente – porque não passava de um “produto da imaginação” – na verdade, era apenas uma das formas possíveis da manifestação de um estado patológico específico, cuja sintomatologia é múltipla e mutável, como as metamorfoses de Proteu. Tanto que mal se reprimia este ou aquele sintoma, já se manifestava um novo. Isso porque não se havia atingido o cerne do distúrbio.

II) Mais tarde, com Breuer e Freud, o próximo avanço da ciência clínica em psicoterapia foi a teoria do trauma: aqui, o chamado método catártico procurava fazer com que os momentos traumáticos, que originam a doença, retornassem à consciência do paciente. Ainda que relativamente simples, a aplicação desse método e teoria já requeria do psicoterapeuta uma atitude técnica e humana mais sofisticada para com o paciente, do que a terapia diretiva por sugestão, até por que essa última podia ser aplicada por qualquer pessoa, contanto que ela tivesse a necessária energia. Não era necessário, para a sugestão diretiva uma formação técnica elaborada (Jung, 1957). O método catártico, porém, exigia um aprofundamento cuidadoso e individual de cada caso particular, uma atitude paciente e inquisitiva, toda ela voltada para os eventuais momentos traumáticos. Pois só pela observação e pelo exame minuciosos do material produzido pelo paciente era possível constatar os momentos traumáticos, de forma a chegar à ab-reação das situações emocionais causadoras da neurose.

III) Porém, não eram todos os casos de neurose que podiam ser explicados por um trauma de origem, como se constatou ao longo das pesquisas clínicas. O próprio Freud não tardou em superar a ainda simplista teoria do trauma (embora qualitativamente superior à terapia diretiva; aliás, qualquer método parecia ser superior a essa última), pela teoria do recalque. Esta teoria é bem mais complexa e, conseqüentemente, o tratamento passou a diferenciar-se. A impossibilidade de se chegar

a resultados satisfatórios pela simples ab-reação tornou-se evidente, já que a maioria dos casos de neurose nem são causados por traumas. **A teoria do recalque considera que as neuroses típicas são muito mais “distúrbios do desenvolvimento” propriamente ditos.** Freud explicou a perturbação como um recalque e um passar ao inconsciente emoções e tendências sexuais da infância. Desta teoria resultou a tarefa para o terapeuta de rastrear essas tendências dentro do material do paciente. Mas, visto que essas tendências recalçadas são, por definição, inconscientes, a sua existência só podia ser comprovada pelo *amplo exame da anamnese, bem como das atuais atividades da fantasia do paciente.* A partir da descoberta de que as emoções infantis aparecem em regra e principalmente nos sonhos, Freud dedicou-se com seriedade, ao estudo deles. Foi este o passo decisivo que transformou a psicoterapia moderna num método de tratamento eficaz e confiável. Mas isso não é tudo.

IV) Até aqui, já contamos com um método e uma concepção muito mais complexa e abrangente do que supunha a concepção diretiva por sugestão. O método dialético introduzido por Jung se constituirá, então, no próximo passo evolutivo da clínica psicológica, por incluir a dimensão existencial decorrente da interação de dois sistemas psíquicos altamente complexos. As comunicações interrelacionais entre esses dois sistemas passam a ser vistas como se orientando em vários sentidos: de consciente para consciente, de consciente para inconsciente de ambos os lados (paciente e terapeuta) e em direção dupla, e por fim de inconsciente para inconsciente. A dinâmica da relação transferencial se torna mais complexa, e não se limita apenas a uma reprodução dos conflitos parentais iniciais, mas tem também um componente prospectivo, e uma característica de relacionamento humano autêntico e dialético, de mútua evolução de duas almas.

Coerentemente com a evolução da ciência clínica em psicologia, Gilliéron (1986), com seus procedimentos experimentais, mostrou que é possível realizar-se um procedimento não-diretivo em psicoterapia breve, trocando a escuta focal pela escuta livre, e a atitude ativa pela livre associação, coligando tais processos à sofisticada técnica da interpretação.

Todos esses argumentos refutam o uso da “técnica ativa”, se ela estiver sendo utilizada como sinônimo de diretividade. Porém, há outra maneira de entendermos o termo “atividade”: vimos que, Carl Rogers trouxe a contribuição de observar que em

toda terapia bem-sucedida as qualidades de empatia, aceitação incondicional positiva e congruência devem estar presentes. Especialmente, a congruência, que diz respeito ao terapeuta ser ele mesmo na sua relação com o paciente, se mostrando mais legítimo, verdadeiro e “congruente” com seu estilo pessoal, vai denotar necessariamente uma atitude mais “ativa” do que a solicitada pela técnica de abstinência adotada pela psicanálise clássica.

Na verdade, a técnica de abstinência solicitada pela psicanálise ortodoxa já se tornou obsoleta dentro da própria psicanálise, e inclusive em termos de paradigmas vigentes de ciência na contemporaneidade. Desde a década de 60, que a escola argentina de psicanálise, uma das mais atualizadas, após efetuar uma significativa revisão dos conceitos psicanalíticos, propôs a atitude designada por José Bleger de “dissociação instrumental”. A atitude de abstinência exigia uma certo distanciamento afetivo, ou mais do que isso, a idéia de que o terapeuta se proclamasse “afetivamente não envolvido”. Ocorre porém, que até nas ciências exatas atuais como nas Matemáticas Superiores e na Física Moderna, a subjetividade não é mais considerada como um elemento que deve ser colocado à parte. Baseado nisso, Bleger propôs que o terapeuta deve procurar o melhor “campo de ressonância” no qual possa se manter envolvido com o paciente de maneira a permitir que se faça presente a empatia, mas deve também saber manter um distanciamento providencial nesse campo, de forma que não seja “invadido ou contaminado” pelas angústias do paciente. O terapeuta aprende a descobrir qual é o seu campo de “ressonância empática” (termo mais usado pelos junguianos), através de um processo particular de autoconhecimento, via psicoterapia individual, além de contar com o apoio técnico da supervisão (Jacoby, 1984). Assim, quanto mais o terapeuta se conhece, mais objetiva se torna a sua relação com o paciente, ou como afirma Bleger, a objetividade é obtida não excluindo a subjetividade, mas sim quando essa é incluída e entendida. Isso ocorre, também, porque através do entendimento da própria subjetividade, o terapeuta está atento a seus próprios vieses subjetivos, sabendo melhor discriminar o que é seu e o que é do paciente. Aliás, aí se encontra outro perigo da terapia por sugestão, quando o terapeuta aconselha diretamente baseado em seus preconceitos (e sem o devido trabalho de autoconhecimento necessário), quando talvez o paciente estivesse mais certo do que o onipotente “profissional”.

Assim, se a técnica ativa for entendida como consequência do terapeuta ser congruente com seu próprio estilo pessoal de conduta (desde que apoiado por um processo de desenvolvimento pessoal) em contraposição à técnica de abstinência, então como tal, ela pode ser bastante útil na psicoterapia breve.

Devemos lembrar, que a despeito dos apontamentos levantados até aqui, o emprego da técnica de abstinência, no contexto não-diretivo assinalado por Gilliéron, também mostrou bons resultados, segundo suas próprias colocações. Porém, pessoalmente acredito que os resultados obtidos por Gilliéron não se justificam pelo uso da técnica da abstinência, tal como ele afirmou. Na verdade, o terapeuta nunca está “abstenho” de suas emoções, nunca está completamente “não-envolvido”. Acredito que Gilliéron obteve seus resultados, em parte, por saber coordenar seus supervisionandos em direção ao melhor ajuste de “dissociação instrumental” e “ressonância empática” (o que é uma explicação mais condizente com os paradigmas científicos mais modernos), embora ele não usasse esses conceitos. Nesse sentido Gilliéron até se contradiz, pois ele também utilizava de uma concepção sistêmica de ciência baseada nas modernas teorias de redes, sistemas, comunicação e “*feedback ou retroalimentação*” (Gilliéron, 1986). Talvez não tenha articulado tão bem esse conceitos com a psicanálise, como o fez os autores argentinos, ou contemporâneos como Jung.

Uma psicoterapia breve baseada na teoria junguiana é baseada no **método dialético**, que necessariamente é uma técnica mais “ativa” do que a técnica de abstinência psicanalítica, por exigir que o terapeuta interaja mais efetivamente com o paciente. Inicialmente o paciente deve ter todo um campo aberto e facilitador para expor seus conteúdos psicológicos da forma mais completa possível. Isso pode ser obtido por intervenções incluindo questionamentos abertos intercalados com questões mais fechadas (entrevistas semi-dirigidas), assinalamentos que demonstrem compreensão e empatia, etc. Ele não deve ser dirigido, mas sim ter seu campo de diálogo facilitado. Apenas, e só apenas, depois do paciente expor todos os seus conteúdos, é que o terapeuta pode começar a confrontar averiguações concordantes e discordantes, possibilitando o encontro alquímico e transformador de almas (ou das psiques de ambos).

Nesse momento pode-se objetar que o terapeuta então, passe a ser um pouco mais diretivo. Porém, a crítica levantada até o momento tem sido para as formas de

terapia, ou para os terapeutas, que são **predominantemente** diretivos, em mais de 90% do tempo das sessões realizadas. Mas, pesquisas feitas com transcrições de fitas, análise de vídeo, e tabulação estatística das verbalizações efetuadas, mostraram que um grau técnico e estrategicamente manejado de diretividade pode ser produtivo para a psicoterapia, expressando-se na ordem de 5% das falas totais do terapeuta. Essas mesmas pesquisas mostraram que o “índice ótimo” para as intervenções diretamente relacionadas com a compreensão empática, em terapias bem-sucedidas correspondem a 80% (confirmando o postulado rogeriano da importância da empatia), a técnica da **interpretação** ficou com 10% e as manifestações de **apoio emocional** contabilizaram 20%. É claro que no momento de uma sessão, um terapeuta não vai poder ficar “contabilizando” as suas próprias intervenções, mas esses resultados mostram que o uso de diretivas e interpretações deve ser parcimonioso e tecnicamente bem orientado, que as manifestações de apoio e aprovação podem ser mais intensas, mas não devem ser a base da psicoterapia, e que a compreensão empática sem dúvidas, é a chave de qualquer processo psicoterapêutico breve ou não (Rangé, 1995).

Logo a questão, não é que o terapeuta não pode ser diretivo nunca (talvez isso nem fosse realmente possível), mas que essa não deve ser a **base** de uma psicoterapia, sendo o emprego de técnicas diretivas manejadas com parcimônia, cuidado ético, e no contexto do uso de outras variadas técnicas que já se mostraram cientificamente mais eficazes. É exatamente o que ocorre no método dialético de Jung, e segundo minha experiência pessoal, tenho obtido bons resultados com essa técnica em psicoterapia breve.

Para finalizar esse tópico, darei um exemplo metafórico: vamos imaginar três crianças, frente uma máquina de jogos eletrônicos totalmente desconhecida. Para a primeira criança eu posso empregar uma técnica totalmente diretiva, onde a partir do meu conhecimento eu vou ensinando a função de todos os botões, bem como o funcionamento da máquina, suas regras, etc., lado a lado com a criança, e acompanhando cada detalhe. Certamente a criança poderá aprender muito rapidamente a manusear a máquina, mas se o objeto for trocado por outro, com características totalmente diferentes, como a criança não foi estimulada a explorar por si mesma os mecanismos de uma máquina de jogos eletrônicos, talvez ela demore muito para manejar o novo instrumento ou simplesmente não consiga realizar uma nova adaptação

e aprendizagem. Esse é o paradigma da terapia diretiva ou por sugestão: resultados práticos, rápidos, concretos, mas superficiais, sem duração, e ineficazes para promover o desenvolvimento das capacidades de autonomia do indivíduo, especialmente frente a situações novas e inesperadas. Apesar disso, pode ser a modalidade de trabalho preferida de uma sociedade imediatista e acrítica, como a nossa atual sociedade burguesa de consumo vigente. É também o método preferido da mídia capitalista – basta observarmos o pouco estímulo para o pensamento crítico na nossa mídia, bem como a pressão diretiva que os meios de comunicação utilizam para condicionar a população.

Vamos supor agora, que para a segunda criança, eu a deixasse descobrir todas as funções e regras da máquina sozinha, sem nenhum suporte ou intervenção. Poderíamos a princípio supor que essa seria o modelo da terapia não-diretiva, mas a rigor, não seria nem sequer um modelo de terapia, pois não houve interação nem qualquer medida facilitadora. A criança, inicialmente realizaria uma aprendizagem por “tentativa-e-erro” e depois, por si mesma, ela traçaria algumas relações e aprenderia como utilizar a máquina. Essa primeira aprendizagem, teoricamente seria bem mais demorada, mas caso o aparelho fosse trocado, essa criança talvez aprendesse mais rápido do que a anterior, por já ser capaz de antecipar algumas relações que a criança da aprendizagem diretiva não foi treinada a realizar. Nesse segundo modelo, podemos dizer que a abordagem foi não-diretiva no sentido de que os insights em sua totalidade vieram da criança, mas os resultados em um primeiro momento, pelo menos, foram demorados, e no fundo, como foi dito, não houve uma relação real entre a criança e seu tutor. Esse seria o paradigma da terapia em que o psicólogo fica literalmente “mudo” esperando que o paciente realize todas as suas relações.

Vamos supor um terceiro caso, em que a criança ao explorar a sua máquina, conte com um professor que não ensine tudo (aliás, muito pelo contrário), porém procure oferecer algumas instruções de maneira bem “econômica”, priorizando perguntas facilitadoras (questionamentos), apontamentos de relações estabelecidas (interpretações), assinalamentos de algumas possibilidades de uso de alguns dos botões da máquina, sem definir um botão específico a ser girado ou pressionado (apoio e motivação), e só em alguns momentos estratégicos, o terapeuta diretamente pode pressionar ou girar (e ainda assim, apenas pela metade) um ou outro botão (intervenção

diretiva estrategicamente manejada). *A prioridade, porém, continua a ser as tentativas realizadas pela própria criança, que deverá se sentir livre para tentar todas as opções.* Pois bem, esse é o paradigma do *método dialético* de C. G. Jung, permitindo coligar a praticidade e rapidez do primeiro exemplo, com a não-diretividade e a liberdade de expressão do segundo método, sem que para isso a criança tenha que ser “abandonada” a si mesma (como no segundo caso), nem tenha a sua independência sobrepujada (como no primeiro caso). **É uma abordagem basicamente não diretiva, com algumas diretivas estrategicamente colocadas, algumas em casos excepcionais (como em tentativas de suicídios, ou momentos cruciais de crise).**

Atualmente encontro-me aplicando esse método, em caráter experimental, com dependentes de álcool em psicoterapia breve individual no Instituto Fraternal de Laborterapia (IFL), onde ministro aulas num curso de orientação e prevenção para o alcoolismo, e coordeno um grupo de estudos, pesquisas e de trabalho na área. Os resultados iniciais têm sido satisfatórios, e futuramente poderão servir de base para derrubar uma idéia predominante entre muitos profissionais que atuam com esse tipo de população, de que apenas as terapias diretivas é que são apropriadas para lidar com alcoolistas. Experiência semelhante estou pessoalmente realizando num centro de atendimento psicossocial (CAPS) da prefeitura de São Paulo, coligando psicoterapia breve, psicoterapia de grupo (por tempo indeterminado e de enquadre aberto) e psicodiagnóstico, também em caráter experimental. Nesse caso, tenho observado que a *psicoterapia breve* tem sido um excelente procedimento terapêutico para preparar o indivíduo para a *terapia de grupo*, enquanto esta parece ser um interessante instrumento para maximizar objetivos terapêuticos. Esse resultados, porém, são apenas iniciais e se encontram ainda em fase de hipótese para teste. Em todos os casos, tenho usado o método dialético proposto por Jung, dentro de uma visão sistêmica que simultaneamente considera as especificidades do sintoma manifesto (alcoolismo e outras dependências químicas), mas que também procura abordar o ser humano integral, holístico, bio-psico-sócio-espiritual. Trata-se de uma visão que relaciona as partes ao todo, e vice-versa, ou seja, trata-se de uma linha de raciocínio relacional (opondo-se à mera somatória “atomista” das partes, mas atendo-se sobre como as “partes” ou “sistemas” se relacionam), que caracteriza um paradigma de pesquisa e atuação científica.

Assim, retomamos a problemática do foco, em psicoterapia breve. Gilliéron, já mostrou que a focalização não é imprescindível em psicoterapia breve, nem tão pouco é uma especificidade dessa. Por exemplo, a maioria das terapias *behavioristas*, mesmo que não adotem um enquadre de tempo delimitado são mais diretivas (atividade de Ferenczi), planejadas, focadas no sintoma (manifesto), etc. Porém, a focalização é bastante valorizada na literatura sobre terapia breve.

Lemgruber (1984) detalha todas as sutilezas técnicas da focalização, na teoria psicanalítica. Eis alguns de seus conceitos-chave:

1. Motivo da consulta = é o que costumamos chamar de motivo manifesto da consulta, ou o motivo que traz o paciente à consulta.
2. Situação-problema = se refere às situações expressadas que circulam o motivo manifesto. Enquanto tal, também se situa no registro daquilo que é manifesto, explícito.
3. Hipótese psicodinâmica inicial = é uma tentativa de compreensão global inicial da psicopatologia e da psicodinâmica do paciente, baseada na concepção teórica e prática do terapeuta;
4. Conflito Focal = delimitação dos aspectos centrais, ainda que parciais, desta hipótese mais completa, através da delimitação do foco. Graficamente, poderíamos representar a hipótese psicodinâmica inicial como um conjunto maior no qual estivesse inserido um subconjunto menor representando o foco ou conflito focal. Na teoria psicanalítica, o foco se situa na ordem daquilo que é latente ou implícito.
5. Conflito Primário = é o conflito nuclear ou conflito primário infantil. Em Psicoterapia Breve, procura-se trabalhar somente com alguns derivados do conflito nuclear, sendo que a escolha de quais conflitos derivados se devam elaborar deve recair sobre os que prevalecerem por sua urgência ou importância.
6. Ponto de Urgência = pode ser intrafocal ou extrafocal.

- a) intrafocal → refere-se a uma situação que requer atenção especial, e que está vinculada ao conflito focal.
- b) Extrafocal → é uma situação urgente e/ou traumática que por circunstâncias atuais passa a predominar naquele momento da vida do paciente, mas que não está necessariamente ligada ao conflito focal.

Para dar um exemplo da aplicação desses conceitos em um caso clínico, vamos supor um caso em que um paciente aparece no consultório com queixa de dificuldades de relacionamentos interpessoais no trabalho, especialmente com seu chefe, mas também com a maioria das pessoas, não conseguindo formar amigos, e também um parceiro afetivo. A **queixa manifesta** ou **motivo da consulta** são as dificuldades interpessoais. Tudo o que o paciente descrever diretamente relacionado a essa queixa é a **situação-problema**. Assim, o paciente pode comentar que ninguém quer namorar com ele, que ele se sente pouco valorizado, que o seu chefe é um carrasco, que todo mundo faz fofocas dele, etc. Tudo isso é a situação-problema ligada à queixa manifesta.

Se a abordagem teórica utilizada fosse a comportamental ou behaviorista, esse conjunto de fatores seria o ponto de focalização (ou seja, seria o foco ou conflito focal) da psicoterapia, pois a terapia comportamental é bastante focalizada no sintoma manifesto e nos elementos que circulam essa queixa, com ênfase na variáveis ambientais que parecem manter esse sintoma. Pelo menos é assim no behaviorismo radical de B. F. Skinner. Já a escola comportamental-cognitivista possui uma visão um pouco mais ampla, e também irá focalizar o que eles denominam de “crenças disfuncionais” do paciente, e que colaboram junto com os reforçadores sociais, para a manutenção da problemática em ação. Há portanto, o acréscimo de uma variável interna ou intrasubjetiva.

Entretanto na psicanálise breve quando se adota a “técnica focal”, busca-se primeiramente uma **hipótese psicodinâmica inicial**, para se compreender as variáveis latentes ou implícitas “por trás” da queixa manifesta. A escuta clínica analítica baseada em alguma escola de teoria psicodinâmica e a aplicação de variadas técnicas de

investigação psicológica (testes projetivos gráficos, TAT, ou outro), por exemplo, podem garantir a execução desse diagnóstico. Na abordagem psicanalítica, a identificação da queixa latente por trás do sintoma manifesto é, então, o **conflito focal**.

Tomando o exemplo clínico citado, o diagnóstico psicodinâmico pode apontar que o paciente possui uma personalidade muito apegada à autoridade das figuras parentais, que por sua vez são personagens muito invasivos e controladores. O paciente, por sua vez, parece não conseguir estruturar-se de forma mais independente, limitando ou anulando essa ação dos pais. Mais do que isso, ele pode possuir alguns “ganhos secundários” com esse tipo de situação, pois ao se colocar como dependente dos pais, ele pode garantir alguns confortos e regalias que não conseguiria se tivesse que ter o “trabalho de ser mais independente”. Sem ter uma compreensão vivencial dessa dinâmica, o paciente acabou gerando um sentimento de incapacidade que, por sua vez, se tornou um sentimento de inferioridade crônico, onde o paciente se mostra incapaz de promover suas próprias realizações. Com isso ele pode despertar críticas e comentários dos outros conhecidos fora do círculo familiar, fazendo com que através de algo como uma “profecia auto-realizadora”, ele paciente se coloque numa situação em que seja literalmente “perseguido” pelos “outros”. Obviamente, como o paciente não é capaz de lidar com o autoritarismo dos pais, também não será capaz de lidar com outras figuras de autoridade como o seu chefe de trabalho. Ainda que seu chefe seja uma pessoa autoritária e “difícil”, o paciente não conseguiu ao longo de sua história de vida criar recursos internos para buscar uma maneira criativa de lidar com esse tipo de pessoa e situação. Por fim, com seu acentuado sentimento de inferioridade, o paciente se coloca objetivos compensatórios para recuperar a auto-estima, como buscar soluções idealizadas num emprego que lhe ofereça riqueza e status imediato, ou então, através do consumismo exagerado das “melhores marcas de roupas, serviços variados”, etc.

Assim o latente da situação é a dependência do paciente em relação aos seus pais e às opiniões alheias, bem como o seu sentimento de inferioridade. Esse seria o **foco** do trabalho de psicoterapia breve, em relação à queixa manifesta que é de dificuldades interpessoais no ambiente de trabalho e na vida como um todo.

O **conflito primário** pode ser a relação de dependência fusional com as figuras parentais. Um dos derivados desse conflito a ser trabalhado pode ser a capacidade do paciente lidar com figuras de autoridade. O **ponto de urgência intrafocal** pode ser os

conflitos que o paciente vivencia em relação a uma possível decisão de querer sair de casa, para tentar a independência. Por fim, uma possibilidade de **conflito extrafocal**, pode ser por exemplo, uma situação onde a mãe do paciente tenha tentado cometer um suicídio, gerando a necessidade de dar um novo rumo à direção da psicoterapia. Um conflito extrafocal quando se faz presente em um processo psicoterapêutico deve ser lido como uma *situação de crise*, não sendo aconselhável prosseguir-se o trabalho de focalização sem se dar atenção ao material urgente (Lemgruber, 1984).

O caso clínico que foi tomado como exemplo nessa dissertação, corresponde a um atendimento breve que realizei, de duração de 9 nove meses, sendo que os resultados positivos começaram a aparecer por volta de 4 e 5 meses, sendo que no 6º e 7º meses, eles se estabilizaram. O paciente foi capaz de estabelecer um bom vínculo comigo, o que foi um fator essencial para o sucesso do trabalho. Ao longo do processo, o paciente foi se tornando consciente de toda a sua dinâmica, conseguiu pouco à pouco se individualizar mais em relação aos seus pais, superando suas angustias persecutórias (onde ele se via como vítima das balburdias dos outros), e inclusive lidando muito melhor com o seu chefe de trabalho. O paciente conseguiu também se tornar mais espontâneo, conseguindo iniciar algumas “paqueras” após um período anterior de alguns anos de “abstinência” na área afetiva.

O paciente além de tudo o que foi falado, tinha como principal mecanismo de defesa uma dinâmica obsessivo-compulsiva, com utilização constante de racionalizações e com algumas tendências masoquistas encobertas. Ele não empregava mecanismos de negação (o que colaborou com o processo), mas a intelectualização era um recurso constante. Para lidar com esse mecanismo de defesa, *procurei intervir através de um manejo muito especial do enquadre psicológico*. Esperei que a psicoterapia se tornasse, ela própria uma compulsão, para o paciente, e ele se condicionasse ao modelo de enquadre adotado até o momento (sempre a mesma sala, sempre o mesmo horário, etc). Como já foi dito, o fundamento de uma psicoterapia breve é o manejo técnico do enquadre psicoterápico. Pois bem, uma vez que o paciente possuía em seu psiquismo uma estrutura cristalizada e rígida, por conta da natureza obsessivo-compulsiva, resolvi em um dado momento manejar “aleatoriamente” a disposição espaço-temporal das sessões. Especialmente a dimensão, *localização da terapia*. É claro que isso só é possível em determinadas condições. Na clínica onde

trabalho, é possível trocar de sala quantas vezes se quiser, havendo várias salas com várias decorações. Assim, procurei em pequenos períodos de tempo promover modificações de sala, e quando possível de horário também, “confrontando” o paciente com a necessidade de se adaptar a uma nova situação e ambiente[ii]. Quando o paciente fazia algum comentário sobre a mudança de sala, o mesmo era utilizado como base para a realização de uma interpretação (o “bisturi psíquico” que possibilitava a realização de uma “operação no seu campo mental”, nas palavras de José Bleger), através de uma intervenção que relacionava as suas reações frente uma situação nova ou inesperada, e a sua estrutura psíquica rígida e estereotipada.

Por fim, o término da psicoterapia também foi manejado a partir de alguns ajustes realizados sobre o enquadre psicoterápico. Como o paciente conseguiu transformar a própria psicoterapia numa compulsão, o que era esperado pela própria dinâmica diagnóstica de sua personalidade, optei por acelerar o término da psicoterapia. Isso trouxe à tona os sentimentos masoquistas do paciente, pois ao se conscientizar que havia transformado a própria terapia numa compulsão, ficou evidente que o paciente se coloca em diversas situações da vida, numa posição de auto-sacrifício desnecessária. Para realizar a terapia comigo, o paciente realizava uma viagem de mais de duas horas, para dar andamento à sessão (já que ele mora no interior de São Paulo), ao invés de buscar um profissional perto de sua casa. Dialogamos que isso estaria a serviço de suas angústias e fantasias persecutórias (pois ele tinha medo que um terapeuta de sua cidade falasse sobre ele para as pessoas da região), bem como sua tendência masoquista de auto-sacrifício que se expandia para outras áreas da vida (observe-se que experiências da vida real eram incluídas na intervenção, que focava a maneira como o paciente se relacionava com o processo terapêutico e com o próprio terapeuta – isso possibilitou a realização de uma “experiência emocional corretiva” como postula Lemgruber, e uma “tomada de consciência real” como propõe Gilliéron) . O paciente passou a ter uma consciência bastante vivencial (e não apenas intelectual) do seu funcionamento mental, e a terapia foi concluída com o objetivo satisfatório de ter promovido **mudanças significativas nesse padrão de funcionamento psíquico** – esse é o objetivo de uma psicoterapia breve, e o paradigma desse atendimento corresponde tanto às propostas de Gilliéron (1986) quanto Lowenkron (1993). O paciente foi então preparado para continuar a tirar as “sua próprias pedras e obstáculos de seu caminho vital” por si mesmo, a partir dessas novas percepções.

Vimos a diferença da questão da focalização na abordagem psicanalítica e behaviorista. Na abordagem junguiana, teríamos uma visão ainda mais sistêmica, como é próprio dessa abordagem, pois tanto o sintoma manifesto, quanto os conteúdos latentes são vistos como uma totalidade interrelacionada. O sintoma manifesto é visto como tendo uma função compensatória, e de auto-regulação da psique, e a focalização na psicoterapia junguiana tem o objetivo de fortalecer o ego (o centro da consciência) para que ele possa lidar de maneira mais adequada com o psiquismo ou o *Self* como um todo.

Gilliéron (1986) propõe que o paciente realize o próprio foco da psicoterapia, e não o terapeuta, uma vez que sua abordagem é basicamente não-diretiva. Ele acredita que isso seja possível devido às peculiaridades da própria relação. Nesse sentido, sua proposta seria totalmente diferente da maior parte dos autores em psicoterapia breve (que enfatizam a “atividade” como já comentamos), especialmente se essa for de orientação comportamental.

A proposta junguiana se aproxima da de Gilliéron, porém em função do método dialético, o terapeuta também realizará o seu “foco diagnóstico particular”, e após um primeiro momento em que o paciente tenha exposto o seu material, num momento posterior o “foco” de atenção do paciente será confrontado (no sentido de um sistema que interage com outro, e não necessariamente no sentido de choque ou oposição contrária – busca-se muito mais a *troca* do que o *choque* de opiniões) com o “foco diagnóstico” do terapeuta, e então dessa “alquimia entre almas” no interior do campo dinâmico do enquadre espaço-temporal breve, que as técnicas e a relação assumem seu valor terapêutico prático.

Além da dinâmica relacional como enfatizou Gilliéron, acredito que a questão da focalização na terapia junguiana é ainda melhor compreendida através da **teoria dos complexos**. Segundo essa teoria, que depende de conceitos mais amplos como inconsciente coletivo e arquétipos, *os complexos são conteúdos psíquicos (idéias, imagens mentais, conceitos, etc) carregados emocional e sentimentalmente, que com o correr do tempo, se acumulam ao redor de determinados símbolos psíquicos arquetípicos, em função de sua afinidade temática e energética*. Quando esses complexos se constelam (ou seja, se ativam, segundo um padrão de energia específica, e se dirigem a uma ação comportamental ou reação emocional bem definida), fazem-se

acompanhar invariavelmente pelo afeto, com uma ação manifesta relativamente autônoma, em todos os casos (Pessoa, 2003).

Assim, o paciente certamente tenderá a expor a sua queixa **focalizando-a** em função da sua própria organização particular dos complexos a ela relacionados, sendo ela própria - a queixa manifesta - um complexo que se relaciona de maneira sistêmica, dialética e complementar aos outros complexos do sistema psíquico do paciente, incluindo o seu *Self*, ou arquétipo central e regulador da alma.

Mas o terapeuta, possui em seu conhecimento técnico e sua experiência pessoal, uma cosmovisão particular que em si será o complexo altamente sofisticado que condicionará a sua compreensão da problemática do paciente num primeiro momento, e depois servirá para “confrontá-lo” num segundo momento, do seu método dialético. Por isso, o terapeuta precisa passar por um processo de desenvolvimento pessoal, também, para não “viesar” essa compreensão de maneira prejudicial ao paciente, mas sim buscando caminhos criativos para facilitar a “descristalização” dos complexos patológicos do paciente, por ele mesmo. O terapeuta deve ser um facilitador para ajudar o paciente a se instrumentalizar para dissolver os seus complexos disfuncionais, em favor da formação de complexos construtivos, transformadores, mais flexíveis e promotores da adaptação ativa à realidade, portanto da autonomia e do livre-arbítrio. O modelo de psique na abordagem junguiana – assim como na maior parte das abordagens humanistas e existenciais – postulam necessariamente **a existência de um processo regulador positivo com potencialidades criativas**, o que justifica filosoficamente a adoção de um modelo terapêutico basicamente não-diretivo, ou melhor ainda, do método dialético.

A psicóloga junguiana Liliane Martins de Melo (1998), afirma que o processo de psicoterapia breve vem a ser um procedimento terapêutico que tem como objetivo básico, a resolução de situações emocionais mais emergenciais que estão, como que sendo chamadas pelo *Self*, para assim o indivíduo buscar as concretizações do desenvolvimento de suas potencialidades. Nesse sentido, a psicoterapia analítica de C. G. Jung, nos fornece subsídios teóricos e técnicos para o desenvolvimento da psicoterapia breve pela mobilização do processo criativo da psique.

Segundo o modelo de trabalho de Melo (1998), atendo-nos ao estudo da tipologia psicológica de Jung, podemos avaliar as atitudes da consciência e seu respectivo movimento da libido em extroversão ou introversão. Assim, o caminho para o desenvolvimento do trabalho terapêutico segundo a ênfase dessa autora, se dá através da teoria dos tipos psicológicos de Jung, baseado nas clássicas funções da consciência propostas pelo autor (sensação, pensamento, sentimento, intuição). O problema é que a tipologia junguiana, embora seja uma teoria baseada em pesquisas empíricas, teóricas e filosóficas extremamente sofisticadas, seu alcance recai predominantemente sobre a dimensão da consciência e das funções do ego (o centro da consciência), porém a experiência junguiana se situa no registro da psique total, em seus aspectos conscientes e inconscientes, não podendo ter na tipologia o fundamento e caminho diretriz da terapia, embora seja um aspecto muito importante a ser considerado. O **método dialético**, como aponta Jung em seu livro “A prática da psicoterapia”, por sua vez, é a própria essência do conceito junguiano de psicoterapia, coerente com a sua inspiração fenomenológica, abarcando a totalidade da dimensão da psique (consciente e inconsciente) e na terapia breve, esse método é ajustado às *peculiaridades do manejo espaço-temporal do enquadre psicoterápico*, elemento esse que é por sua vez, algo como o “arquetipo estrutural” da concepção de qualquer modalidade de psicoterapia breve, em qualquer escola teórica.

Melo (1998) ainda fornece como contribuição a observação de que a utilização de técnicas criativas clássicas da clínica analítica junguiana, como a *Caixa de Areia* e *Argila* centralizam o indivíduo na tarefa terapêutica, e por isso, podem ser consideradas no contexto espaço-temporal de uma terapia breve, como técnicas focais.

De minha parte, proponho que as técnicas corporais de toques psicofísicos do pós-junguiano Dr. Petho Sandör, possuem a mesma qualidade, com a vantagem de focalizarem mais diretamente o movimento de interiorização e insight vivencial no self terapêutico. Técnicas de meditação e “introspecção dirigida” podem ser adaptadas a essa modalidade de procedimento terapêutico (complementar ao método dialético), incluindo por isso, a variável transpessoal (ou espiritual) em contexto instrumental. Segundo a minha experiência pessoal, é possível acessarmos o que eu chamo de “memória corporal”, ou ainda melhor **inconsciente corporal**, através dos símbolos e

conteúdos que emergem desse movimento de auto-observação e introspecção psicocorporal[iii].

Por fim, como aponta Melo (1998), o objetivo principal da psicoterapia breve é estimular o paciente a caminhar por si próprio, “sozinho”, para a vivência posterior de sua tarefa de realização do *Self*, que só pode ser continuada após a retirada de pelo menos uma parte dos obstáculos que obstruem o caminho das “águas” do “rio de seu processo de individuação”, obstáculos esses que se configuram muitas vezes, como situações de crise[iv]. A tarefa da psicoterapia breve consiste, então, na remoção de pelo menos alguns desses obstáculos, podendo ser retomada quantas vezes se fizer necessário.

Referências Bibliográficas

Lowenkron, Theodor S. *Psicoterapia Psicanalítica Breve*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

Lemgruber, Vera B. *Psicoterapia Breve: A Técnica Focal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

Gilliéron, Edmond. *As psicoterapias breves*. Tradução por: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

Braier, Eduardo Alberto. *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

Melo, Liliane Martins de. *Psicoterapia Breve. Uma abordagem junguiana*. São Paulo: Instituto Pieron, 1998.

Arzeno, Maria Esther Garcia. *Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Hammer, Emanuel F. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

Jacoby, Mário. *O encontro analítico. Transferência e relacionamento humano*. São Paulo: Cultrix, 1984.

Rangé, B. (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva. Pesquisa, prática, aplicações e problemas.* Campinas: Editorial Psy, 1995.

Zilli, Ercília. *O Espírito em Terapia – Hereditariedade, Destino e Fé.* São Paulo: DPL, 2001.

Pessoa, Adalberto Ricardo. *Dissecando a Alma Humana.* Artigo publicado na internet: Site de Psicologia Espírita (www.psicologiaespirita.rg3.net), janeiro de 2003.

[i] São palavras de Jung (1957): “... À terapia por sugestão pertencem, os métodos que **impõem** e aplicam o conhecimento de outras individualidades e a interpretação delas. São terapias por sugestão, igualmente, todos os **métodos técnicos**, no sentido exato da palavra, na medida em que estes pressupõem que todos os objetos individuais são idênticos”. Deve-se ficar claro que Jung não desvalorizava a importância da técnica na clínica psicoterápica, mas sim o tecnicismo exagerado e estereotipado. Tais críticas se estenderam tanto por Jung, como por outros autores, aos exageros tecnicistas dos diagnósticos psiquiátricos, *quando tomados como recursos exclusivos*. Em termos ideais, paralelamente aos diagnósticos psiquiátricos que são mais descritivos do que explicativos, e têm a função de ajudarem o médico a delimitar a queixa manifesta e a medicação apropriada quando necessário, são imprescindíveis também a realização de um diagnóstico psicodinâmico e compreensivo (portanto mais humano, relativo, existencialista, flexível e situacional). O diagnóstico psiquiátrico é um recurso diretivo necessário, mas que se torna um prejuízo, quando tomado como “rótulo” e recurso único.

[ii] Um psicólogo que quisesse fazer o mesmo, mas não dispusesse de outras salas alternativas para realizar tal manejo, poderia procurar variar o local das sessões propondo um ambiente mais aberto, como o jardim do consultório, ou outro espaço alternativo. O próprio Freud atendia alguns de seus pacientes no jardim de sua casa... Trata-se de uma questão de criatividade.

[iii] É interessante observar que em algumas pesquisas iniciais, que realizei de forma independente, tenho observado uma correlação entre os conteúdos obtidos nos exercícios de “introspecção corporal” em ambiente clínico, materiais de técnicas projetivas como o TAT, e por fim, relatos de sonhos. O procedimento tem sido o de pedir que o paciente relaxe, realize algumas respirações pausadamente, feche os olhos e focalize a sua atenção paulatinamente em cada parte do corpo, dos pés à cabeça e vice-versa, sob o comando do terapeuta que vai ajudando no caminho de ida e volta, durante o percurso de auto-observação. Depois ambos dialogam sobre as imagens que espontaneamente vêm na mente do paciente, buscando o seu significado. Tem-se constatado existir uma correlação entre essas imagens, e os conteúdos presentes nas histórias do TAT, bem como nas imagens oníricas. Essas observações iniciais parecem apontar para a existência de um inconsciente corporal. Também tenho observado que

quando essas imagens “psico-corporais” são assimiladas e elaboradas pelo paciente, elas possibilitam um processo de ampliação da percepção consciente sobre si mesmo, e abrem novas possibilidades de comunicação entre o ego e o *Self*, no processo de individuação.

[iv] Sobre isso, Vera Lemgruber (1984) traz contribuições interessantes sobre o que é denominado de “Teoria da Crise”.