



Revista Latinoamericana de Psicopatologia
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Lowenkron, Theodor S.

É possível psicanálise breve?

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. III, núm. 4, diciembre, 2000, pp. 59-79

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017663005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

É possível psicanálise breve?*

Theodor S. Lowenkron

A psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado é aqui 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 sofrimento psíquico que se manifesta em uma área demarcável da vida do sujeito e cuja origem possa ser atribuída a um conflito inconsciente. A teoria psicanalítica fornece os modelos gerais que fundamentam o processo, e a cura se dá mediante a perlaboração dos conflitos inconscientes, com possíveis repercussões sobre o sujeito como um todo. Teoricamente, essa abordagem terapêutica fundamenta-se nas concepções de Freud, Ferenczi e das pesquisas realizadas na Clínica Tavistock, principalmente, através do experimento de Balint. Essa comunicação foi estimulada não só pelos resultados de pesquisas desenvolvidas pelo autor no campo da psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado, mas

* Comunicação feita no Encontro Sul-Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, realizado em São Paulo, de 13 a 15 de novembro de 1999.

também pela aprovação, por Resolução do Ministério da Saúde, da cobertura obrigatória pelos planos e seguros privados de saúde para a psicoterapia breve de crise com duração de até 12 sessões. Esse trabalho tem o objetivo de promover o debate em nosso meio sobre o valor da abordagem psicanalítica breve. Para tanto, além da apresentação de uma experiência clínica realizada com uma paciente durante cinco entrevistas psicoterápicas e mais duas entrevistas de follow-up, cerca de seis e 12 meses após o término do tratamento, discutem-se os fundamentos da ampliação do espaço psicanalítico tomando em consideração o posicionamento de Freud e as críticas teóricas e práticas, expostas por Birman, sobre o que pode ser denominado espaço psicanalítico. Nesse trabalho destaca-se ainda a importância de que, ao final da terapia, deve-se fazer uma avaliação dos resultados alcançados e, se o trabalho realizado não for considerado suficiente para a elaboração das tensões conflitivas que deram origem às manifestações clínicas, a decisão de encerrar o tratamento pode ser revista, hipótese que, caso confirmada, não invalida a abordagem inicial na psicoterapia de tempo delimitado como um precioso instrumento de preparação do paciente para a etapa consecutiva. A questão que orientou este percurso permanece: é possível nomear a psicoterapia psicanalítica breve ou de tempo delimitado como psicanálise breve?

Palavras-chave: Psicanálise, espaço psicanalítico, psicoterapia psicanalítica breve, caso clínico

Introdução

A pesquisa teórica e clínica no campo da psicoterapia psicanalítica que venho desenvolvendo teve como primeiro resultado a tese de doutoramento intitulada *Psicoterapia psicanalítica breve: uma alternativa de ensino, pesquisa e terapia*, posteriormente adaptada para edição em livro (1993), seguindo-se de publicações e trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro de Psicanálise de 1997 e 1999 e nos Congressos Brasileiros de Psiquiatria de 1997 e de 1998.

O impacto dessa linha de pesquisa bem como os benefícios socioeconômicos por ela proporcionados podem ser devidamente dimensionados, se considerarmos a acolhida, pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, de minha comunicação sobre psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado, durante a Jornada de Psiquiatria e de Psicoterapia da Região Centro-Oeste, realizada em agosto de 1998, em Brasília. Em novembro de 1998, recebi correspondência do Comitê Técnico Científico de Saúde Mental, convidando-me a continuar fornecendo subsídios por meio do desenvolvimento de pesquisa e publicações sobre psicoterapia breve de crise, cujo tratamento com duração de até 12 sessões passou a ter cobertura obrigatória pelos planos e seguros privados de saúde, por Resolução do Ministério da Saúde, a partir de 3 de novembro de 1998. (Vide Figura 1, quadro sinóptico da cobertura de saúde mental pelos planos de saúde).

*
* *

Observações sobre o quadro sinóptico apresentado em seguida:

1. Considera-se situação de crise quando existe uma das seguintes condições concomitante ao transtorno mental: risco de vida ou danos físicos; risco de danos morais importantes; risco de incapacitação, por exemplo perda do trabalho, da carreira escolar/acadêmica ou de função social relevante.
2. Recomenda-se que os atendimentos de emergência psiquiátrica devido ao alcoolismo ou outras dependências químicas sejam cobertos após seis meses de contrato.
3. Respectivamente, transtornos mentais orgânicos, esquizofrenias e transtornos delirantes, retardo mental e transtornos do comportamento e emocionais que surgem na infância ou adolescência.

COBERTURA DE SAÚDE MENTAL PELOS PLANOS DE SAÚDE			
Tipo de Plano	Ações Cobertas	Condições Cobertas	Fatores Reguladores e Limites de Coberturas
Plano Ambulatorial	Tratamento Básico = consultas médicas psiquiátricas. Obrigatório	Todos os transtornos psiquiátricos codificados pela CID-10.	O tratamento pode estar sujeito a co-participação ou franquia, se for norma geral para consultas médicas.
	Psicoterapia Breve de Crise. Obrigatório	Todos os transtornos psiquiátricos codificados pela CID-10 + situação de crise (1).	12 sessões psicoterápicas anuais.
Plano Hospitalar	Internação psiquiátrica em hospital especializado ou em unidade psiquiátrica de hospital geral. Obrigatório	Todos os transtornos psiquiátricos codificados pela CID-10 + situação de crise.	4 semanas anuais – sem co-participação ou franquia. Tempo adicional recomenda-se co-participação ou franquia.
	Internação Hospitalar em Unidade Clínica. Obrigatório	Quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras dependências químicas que necessitem de hospitalização (2).	2 semanas anuais, sem co-participação ou franquia. Tempo adicional: recomenda-se co-participação ou franquia crescente.
	Tratamento de Crise em regime de Hospital-Dia Recomendado	Todos os transtornos psiquiátricos codificados pela CID-10 + situação de crise.	8 semanas anuais – sem co-participação ou franquia. Obrigatório a partir de 1/1/2000
	Tratamento de Reabilitação Psicossocial em regime de Hospital-Dia. Recomendado	Diagnósticos da CID-10 que necessitem de tratamento reabilitador: F00-F09, F20-F29, F70-F79 e F90-F98 (3).	6 meses anuais, sem co-participação ou franquia. Obrigatório a partir de 1/1/2000

A importância da abordagem psicanalítica de tempo delimitado na atualidade pode ser aquilatada se considerarmos a avaliação feita por Roudinesco (1997), num artigo recente sobre a crise da psicanálise. Nas sociedades industriais, os problemas econômicos e sociais trazem consigo desesperança e questionamento dos valores democráticos indispensáveis para a prática essencialmente libertária da psicanálise. Além disso, as reduções de ganhos financeiros com o trabalho, o surgimento das psicoterapias corporais, de terapias alternativas e a difusão de tratamentos farmacológicos são fatores que, em conjunto, contribuem para o declínio de confiança no método introduzido por Freud. Os pacientes da década de 1990 são muito diferentes daqueles dos primeiros tempos da psicanálise. Já não desejam empreender tratamentos de longo prazo e recusam a frequência de muitas sessões por semana. Tão logo sentem uma melhora em sua condição de sofrimento, interrompem o tratamento. A situação analítica clássica está, cada vez mais, limitando-se a casos especiais.

Definições

O termo *psicoterapia* é apresentado na literatura psicológica e psicanalítica em três sentidos. No sentido amplo, “psicoterapia” se refere a qualquer método de tratamento que utilize meios psicológicos, mais precisamente, a relação entre o terapeuta e o doente, desde a sugestão até a psicanálise. Num sentido mais restrito, “psicoterapia” é entendida apenas como técnica sugestiva e é contraposta à psicanálise, que se caracteriza em função da interpretação do conflito inconsciente e, mais particularmente, da análise da transferência, ou seja, a psicanálise se diferenciando qualitativamente das psicoterapias. E, numa terceira acepção, pode-se entender uma forma de psicoterapia que se baseia nos princípios teóricos e técnicos da psicanálise, sem, todavia, realizar as condições de um tratamento psicanalítico *standard*. Considerada neste último sentido, a psicoterapia se diferencia da psicanálise quantitativamente, deslocando-se numa linha contínua.

O fio condutor desta comunicação inclina-se na direção desta última acepção de sentido para a psicoterapia em sua relação com a psicanálise. A psicoterapia baseada no corpo teórico da psicanálise é designada na literatura especializada por meio de diversos nomes, a saber, psicoterapia dinâmica, de *insight*, de orientação psicanalítica, expressiva, intensiva e exploratória.

No que concerne às psicoterapias psicanalíticas que têm um tempo de duração definido, hoje, a expressão “tempo delimitado” me parece mais adequada que o adjetivo *breve*, uma vez que remete à noção de tempo suficiente e pressupõe estar consoante com o que vier a ser acordado entre terapeuta e paciente, para a realização da tarefa terapêutica, daí a designação de *psicoterapia psicanalítica de tempo*

delimitado. O termo mais importante dessa nomeação, no entanto, é “psicanalítica”, por indicar que o procedimento terapêutico se baseia no corpo teórico da psicanálise.

Já a segunda acepção exposta para a “psicoterapia”, ou seja, técnica sugestiva, não se aplica, decididamente, àquilo de que se está tratando.

Apesar de, do ponto de vista teórico, se considerar clara a distinção técnica entre o procedimento terapêutico da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica, devemos levar em conta os achados de Robert Wallerstein (1986), no projeto de pesquisa da Fundação Menninger – a investigação mais intensiva, sistemática e de maior duração sobre resultados em psicanálise e psicoterapia de que se tem notícia –, que enfatizam, com base nas investigações feitas por sua equipe de trabalho, que essas distinções são borradas na prática.

A *psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado* é aqui 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”. Por “problema específico” definimos os efeitos de um sofrimento psíquico que se manifestam em uma área demarcável, razoavelmente limitada, da vida do sujeito e cuja origem possa ser atribuída a um conflito inconsciente. 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 na qual o paciente deve estar engajado como sujeito. A teoria psicanalítica fornece os modelos gerais que fundamentam o processo, e a cura se dá mediante a perlaboração¹ dos conflitos inconscientes, com possíveis repercussões sobre o sujeito como um todo.

É importante destacar que a psicoterapia de tempo delimitado tem como principais pioneiros, além do próprio fundador da psicanálise, Freud, autores como Ferenczi, Rank e Alexander. Entre os contemporâneos destacam-se Balint e Malan (Clínica Tavistock, Londres), Sifneos (Universidade Harvard) e Davanloo (Universidade McGill). Sem deixar de reconhecer o valor científico das contribuições desses autores no campo em estudo, mas marcando minha aproximação com as concepções de Freud, Ferenczi e com as pesquisas realizadas na Clínica Tavistock, principalmente, por meio do experimento de Balint, optei por me concentrar nestes

1. *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, decorrente da força de atração exercida pelo inconsciente. O objetivo desse trabalho é o de favorecer a recomposição dos elementos vivenciais em novos arranjos de sentido e o encontro de novas alternativas de satisfação

últimos para apresentar o percurso histórico e o referencial teórico sobre essa abordagem terapêutica.

Principais referenciais teóricos

Sigmund Freud

O corpo teórico da psicanálise é, na verdade, a contribuição fundamental de Freud para a psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado. Também, podemos considerá-lo precursor da psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado, uma vez que ele mesmo conduziu os primeiros tratamentos psicanalíticos com duração de tempo mais limitado do que as análises *standards* que conhecemos.

Os “Estudos sobre a histeria” (1895) de Freud e Breuer são considerados o ponto de partida da psicanálise e, diferentemente dos tratamentos atuais, relatam processos terapêuticos de duração bem mais breve, dos quais o caso Katharina, paciente tratada por Freud (1895) em apenas uma única sessão, é o mais ilustrativo exemplo para a psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado².

Outro relato importante de um processo terapêutico de duração relativamente breve realizado por Freud é apresentado em “Notas sobre um caso de neurose obsessiva” (1909). O paciente,³ também conhecido como “Homem dos ratos”, foi tratado durante cerca de um ano.

Ernest Jones (1953 [trad. 1989], v.2), comentando essa análise, diz: “O resultado foi brilhante e a partir de então o paciente foi muito bem sucedido na vida e no trabalho” (p. 267).

Diferentemente dos textos anteriores, um tratamento de duração mais extensa é relatado em “História de uma neurose infantil” (1918), caso de um jovem russo, conhecido como “Homem dos lobos”, em que Freud descreve uma neurose grave.

O aspecto de maior significado desse caso clínico para a psicoterapia de tempo delimitado foi o estabelecimento de um limite para o término da análise; um artifício de que Freud lança mão para tentar obter a superação de resistências por parte do paciente, que parecia acomodado no estado de melhora parcial em que se encon-

2. Katharina era uma jovem de cerca de 18 anos, que se queixava de crise de angústia acompanhada de sensação de falta de ar e de uma constrição no peito que aparecera pela primeira vez dois anos antes.
3. Um advogado de trinta anos de idade, que sofria de obsessões desde a infância, que tinham se tornado mais intensas nos últimos quatro anos. A principal preocupação do paciente era um temor, que não conseguia dominar, de que algo pudesse acontecer a duas pessoas: seu pai e a moça que ele admirava.

trava. 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 com sucesso a análise. Foi nesse contexto que Freud decidiu tomar o que chamou “uma medida heróica”: fixar o prazo para o término. Quando se convenceu da seriedade do propósito de Freud, o paciente começou a trabalhar ativamente, vencendo resistências e, desse modo, permitindo a recordação de fragmentos significativos de sua história infantil, a elaboração de material recalcado que ainda permanecia inacessível à análise, estabelecendo nexos associativos entre eles. Como consequência, ocorreu o desaparecimento das dificuldades neuróticas ainda presentes e, em 1914, quando o “Homem dos lobos” terminou esse tratamento, Freud o considerou curado.

Por alguns anos, Freud acreditou que a conduta surtira efeito, mas foi levado a reformular tal avaliação, quando, ao final da guerra, tendo sofrido enormes perdas materiais e pessoais, o “Homem dos lobos” retornou a Viena, apresentando transtorno psíquico grave, que o levou a novo período de análise com discípulo de Freud. Além disso, o diagnóstico que então se impôs já não era o de neurose obsessiva, mas de psicose de feição paranóico, o que é condição impeditiva para a cura no processo de tempo delimitado.

Em “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1919), comunicação apresentada ao Quinto Congresso Internacional de Psicanálise, em 1918, à época do término da Primeira Guerra Mundial, em Budapeste, Freud, sob a influência das idéias de Ferenczi a respeito do uso da técnica ativa em psicanálise, aponta novas e possíveis direções na terapia psicanalítica. A noção de técnica ativa é importante para o desenvolvimento da abordagem da psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado, pois busca vencer as resistências mais acirradas e desse modo acelerar o processo terapêutico. Freud apresenta dois exemplos nos quais o novo tipo de atividade é indicada. As fobias já requerem algo mais do que se desenvolveu no tratamento da histeria. Referindo-se à agorafobia grave, afirma que só se obtém êxito quando se induz, por influência da análise, os pacientes a irem para a rua e enfrentarem a ansiedade. Apenas quando isso é alcançado por exigência do médico é que afloram à mente do paciente as associações e lembranças que permitem resolver a fobia. Nos casos de manifestações obsessivas, ainda com mais ênfase, ressalta a técnica ativa. O procedimento correto sugerido é esperar até que o tratamento em si se torne uma compulsão, e então, com uma contracompulsão, suprimir a compulsão da doença. Freud, nessa oportunidade, tinha em mente o procedimento de marcação de limite de tempo para o término da análise, adotado com “O homem dos lobos”, que funcionou como pressão para vencer a resistência do paciente e sua fixação na doença, produzindo o material que tornou possível esclarecer as inibições e eliminar os sintomas obsessivos.

Concluindo, Freud aponta para um futuro que poderia mesmo parecer fantástico. Pondera que os psicanalistas são poucos e, mesmo trabalhando muito, atendem a um pequeno número de pacientes considerando-se a quantidade de pacientes neuróticos existentes. Reconhece que as necessidades de sobrevivência dos psicanalistas levaram a que o trabalho analítico se limitasse às classes abastadas, o que não propiciou que as camadas sociais menos favorecidas se beneficiassem da terapêutica psicanalítica. Prenuncia que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará e admitirá que as camadas mais pobres também têm direito a uma assistência psicanalítica. Quando isto vier a acontecer, criar-se-ão serviços gratuitos de prestação de atendimento a pacientes externos, contando com profissionais analiticamente preparados.

Freud (1937), em “Análise terminável e interminável”, um dos últimos e mais importantes trabalhos, apesar de admitir que fosse desejável abreviar a duração do tratamento analítico, argumenta que tais experimentos são inviáveis. Os argumentos apresentados por Freud contra a possibilidade de reduzir a duração do tratamento analítico são de duas ordens: a convicção de que o grau de complexidade da vida psíquica era bem maior do que supusera anteriormente e a introdução progressiva de importantes reformulações no corpo teórico da psicanálise. Freud insiste bastante sobre essa complexidade e sobre os poderosos obstáculos que opõem resistência à realização satisfatória da meta terapêutica. Em decorrência disso, a análise tende a se tornar mais e mais prolongada e mesmo a ser concebida como interminável. Como um todo, o trabalho dá a impressão de pessimismo com relação à eficácia terapêutica da psicanálise *standard*, mas o mais importante, a meu ver, é o reconhecimento e a preocupação de Freud com os limites terapêuticos da psicanálise.

Enfim, Freud foi pioneiro e questionador da psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado, pois louvava as tentativas de Ferenczi no sentido de encurtar a duração das análises, mas argumentou nesse último texto citado que tais experimentos eram inviáveis. Devemos lembrar, no entanto, que Freud realizou esse tipo de experiência de tempo delimitado com figuras notáveis de sua época, como Gustav Mahler, Bruno Walter e, inclusive, com o próprio Ferenczi, que foi analisado por Freud em 1914 e depois em 1916, em períodos de três semanas.

Sándor Ferenczi

O primeiro psicanalista a explorar modificações na técnica psicanalítica com o propósito de abreviar a extensão dos tratamentos foi Sándor Ferenczi, ao pesquisar uma técnica que denominou de ativa. Ferenczi argumentava que se inspirava na orientação de Freud, apresentada no Congresso Internacional de Psicanálise de 1918, sugerindo que para certos casos de fobia e obsessão havia necessidade de

instituírem-se medidas ativas a fim de estimular o paciente a enfrentar suas fobias e ansiedades.

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; o fundamental para prosseguir na elaboração dos conflitos subjacentes aos sintomas. 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.

Para se ter idéia da difusão da abordagem psicanalítica de tempo delimitado, deve-se registrar que, a partir da liderança de Ferenczi em Budapeste nos idos de 1913, foi fundada a Sociedade Psicanalítica de Budapeste, cujos discípulos – Franz Alexander, Michael Balint – vieram a se tornar, posteriormente, líderes de pesquisa nesse campo na Europa e E.U.A., respectivamente.

Michael Balint foi o primeiro, entre os contemporâneos, a aplicar os conhecimentos psicanalíticos na prática dos profissionais do campo da saúde mental. *Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis* (1972), tem como finalidade investigar a psicoterapia num nível profundo e intenso, para que fosse praticada por terapeutas com conhecimento teórico e experiência em psicanálise.

Baseado no tratamento feito num paciente pelo próprio Balint, o livro defende a tese de que a terapia focal está num *continuum* com a psicanálise, já que todas as atividades do terapeuta devem estar restritas às intervenções interpretativas. Os colaboradores de Balint consideram que a documentação do tratamento do paciente deve ser a mais detalhada possível, embora em seu trabalho só tenham se valido de anotações posteriores à sessão. Sugerem, então, a gravação do material clínico em teipes, a fim de que estes fiquem disponíveis para a pesquisa e o ensino.

O caso Mr. Baker (M. Balint et alii., 1972) – tratamento feito pelo próprio Balint – deve ser considerado como modelo para a psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado. O tratamento em questão, realizado em 27 sessões num período de 15 meses, é paradigmático de uma linha de pesquisa que frutificou na Tavistock Clinic, divulgada principalmente pela obra de David H. Malan.

Malan (1963, 1976, 1976 [trad. 1981]), membro da equipe de Balint, foi o que mais difundiu os trabalhos realizados na Clínica Tavistock e relatou os resulta-

dos de suas pesquisas principalmente realizadas sobre critérios de seleção e de avaliação de resultados terapêuticos, em dois estudos – o primeiro com 21 pacientes e o segundo com 39 pacientes.

As pesquisas realizadas na Clínica Tavistock recomendam a extensão média de vinte sessões para esse tipo de tratamento, quando o terapeuta for experiente. Para terapeutas em treinamento, são necessárias trinta sessões, sendo estabelecido, no entanto, o limite máximo de quarenta entrevistas para qualquer caso de psicoterapia de tempo delimitado.

Outros autores e centros de pesquisa

Edmond Gilliéron (1986), da Universidade de Lausanne, na Suíça, apresenta as contribuições psicanalíticas das mais pertinentes para o campo das psicoterapias de tempo delimitado, recomendando uma abordagem terapêutica menos ativa, prestigiando a livre associação do paciente na terapia e adotando atitude que permite ao paciente desenvolver o foco do processo terapêutico. Assinala a importância e os efeitos da modificação do *setting* tanto no que diz respeito ao tempo de duração limitada, quanto à situação “face a face” dessa abordagem. Prestigia a avaliação da motivação do paciente logo na primeira entrevista, para decidir quanto à modalidade terapêutica a ser adotada e considera que a data do término deve ser marcada com antecipação.

Entre os autores que no Brasil dedicam-se ao tema, com livro publicado, evidenciam-se Knobel (1986), Lemgruber (1989), Azevedo (1988), Yoshida (1990), Caracushansky (1990) e Lowenkron (1993).

Experiência Clínica

Uma experiência clínica significativa nesse campo foi a que realizei com a paciente nomeada Dulce⁴ durante o ensino da disciplina de Psiquiatria de Saúde Mental para os alunos da Faculdade de Medicina da U.F.R.J. A paciente foi atendida semanalmente por mim, na condição de professor da disciplina, em consultório com espelho unidirecional, o que permitia também a realização da atividade prática de ensino. Em sala ao lado, os alunos assistiam ao tratamento, por meio do referido dispositivo. A paciente não só tinha pleno conhecimento da situação, como havia dado consentimento por escrito para que assim se procedesse o tratamento.

Cada entrevista era seguida de uma discussão com o grupo que assistia ao atendimento. Durante a discussão, eram esclarecidos os procedimentos técnicos

4. Os dados de identificação foram modificados para preservar o sigilo.

adotados e introduzidos os conceitos psicanalíticos fundamentais que deveriam ser aprendidos pelos alunos. A contribuição do grupo de alunos era aproveitada nas sessões seguintes com a paciente, que, como já explicitado, estava ciente da participação do grupo na atividade.

A paciente Dulce preenchia os critérios clássicos de indicação para a psicoterapia de tempo delimitado. Ocorreram cinco entrevistas psicoterápicas no total, havendo entre elas intervalos maiores do que o pretendido de uma sessão por semana, quer por motivo de impedimentos na Instituição, quer por intercorrências na vida da paciente. Apesar desses imprevistos, foi possível completar a tarefa de atendimento à paciente. Realizaram-se também entrevistas de *follow-up*, cerca de seis e 12 meses após o término do tratamento, seguindo um procedimento recomendado nos centros internacionais de pesquisa nesse campo de estudo.

Dulce, de 32 anos, com instrução primária, trabalhava como doméstica. Foi encaminhada para atendimento em virtude do estado de angústia caracterizado por sensação de aperto no peito, cefaléia e irritabilidade, quadro que se iniciou cerca de um ano após a morte por atropelamento de um irmão mais novo. Reagiu com forte sentimento de revolta ao acidente, tentando identificar o motorista de diversas maneiras. Nesse contexto, conheceu o atual companheiro, também mais novo, o que a fez se afastar um pouco dos acontecimentos que envolveram a morte do irmão. Entretanto, a sensação de angústia mantinha-se acrescida de sentimento de ciúmes do relacionamento do parceiro com a mãe deste. Tivera antes, por dez anos, um companheiro de sua mesma faixa etária num relacionamento que evoluiu desfavoravelmente com história de alcoolismo e de relações extraconjugais por parte do companheiro, suscitando reação de ciúmes intensa por parte da paciente, culminando com o rompimento. Receava que o atual relacionamento tivesse o mesmo desfecho, apesar de considerar a personalidade de seu companheiro bastante distinta da do anterior.

Dulce ressalta os laços positivos com os pais; são 11 filhos, ela é a quarta. Os irmãos mais velhos se casaram, e ela passou a ter a função de cuidar dos menores.

Considereei que a paciente preenchia critérios de indicação para terapia de tempo delimitado. As duas questões identificadas como foco para o atendimento eram o luto patológico pela perda do irmão e o ciúme no relacionamento amoroso que contribua para a presença real ou fantasiosa de uma terceira pessoa interferindo na vida conjugal.

Logo no início do processo psicoterapêutico, formulamos a hipótese de que a acusação intensa ao motorista que atropelou o irmão ocultava, em parte, a condição de intoxicação alcoólica em que este se encontrava no momento do acidente. A própria paciente omitiu também, a princípio, a sua história de uso regular de bebida alcoólica, interrompida logo após o trágico acidente, época em que se aproximou

da igreja de modo fervoroso. A paciente foi ganhando consciência de seus mecanismos projetivos diante da experiência de luto e reconhecendo algumas dificuldades pessoais expressas sob forma de tensão emocional e impulsividade, que anteriormente eram aliviadas pelo uso de bebida alcoólica. Dulce começava, então, a reduzir os mecanismos projetivos e a caminhar para uma aceitação da experiência de luto de modo mais adequado. Ocorreu, então, outro acidente por atropelamento. Aconteceu que um de seus irmãos, mais velho, decorrente de atropelamento, foi internado em C.T.I. e veio a falecer.

A paciente pôde, nessa ocasião, viver o luto de modo mais adequado, aceitando melhor as vicissitudes do limite da vida. Introduziram-se, então, além do acaso, os possíveis fatores emocionais favorecedores do acidente. Com isso, logrou-se aprofundar o entendimento do determinismo inconsciente, com o propósito de ampliar a elaboração do luto.

A manifestação de ciúmes na relação com a mãe do companheiro, que estava pondo em risco o atual relacionamento, foi tratada de modo a buscar o entendimento da situação. Procurou-se pôr em evidência, sem negar a eventual participação da futura sogra, a repetição de aspectos do relacionamento amoroso prévio e de elementos de sua história infantil. A resistência inicial à qualidade do atendimento de saúde mental oferecido foi correlacionada com o componente masoquista de sua personalidade, que tinha favorecido os maus tratos sofridos no relacionamento amoroso anterior. A paciente, que desempenhara a função de substituta materna para os irmãos mais novos, parecia estar rivalizando com a futura sogra na disputa por aquele lugar na relação com o seu companheiro. Os *insights* alcançados favoreceram o abrandamento dos desentendimentos com a futura sogra e a iniciativa de busca de moradia independente para o casal.

Quando do término da psicoterapia, na quinta entrevista, a paciente não mais apresentava os sintomas iniciais, quais sejam, angústia com sensação de aperto torácico, cefaléia e redução significativa da irritabilidade com controle da impulsividade. Já estava morando com o seu companheiro em local distante da sogra e relativamente próximo do local de trabalho do casal, o que proporcionava ainda o conforto de deslocamento mais fácil. Mantinha-se afastada do uso de bebida alcoólica, mesmo sem uma frequência muito assídua à igreja. Apesar do resultado do processo psicoterapêutico se mostrar bastante positivo, o fenômeno da resistência da paciente impediu um maior aprofundamento na investigação da neurose infantil: Dulce continuava a sustentar uma relação idealizada com os pais que eram representados de modo exclusivamente positivo.

Os *follow-ups* foram realizados a cerca de seis e 12 meses após o término do tratamento. No primeiro evidenciava-se a manutenção dos resultados obtidos; além da resolução da sintomatologia também se evidenciava a superação das dificuldades no relacionamento conjugal. No período entre o término do tratamento e a

primeira entrevista de *follow-up*, ocorreu o casamento civil e a decisão por parte de ambos de terem um filho. Dulce admitiu a importância dos encontros psicoterapêuticos, mencionando alguns *insights* que possibilitaram a mudança de seu relacionamento interpessoal. No segundo *follow-up* a paciente comunica sua gravidez e a sua nova condição funcional: auxiliar de escritório. Manifesta satisfação com os resultados alcançados com a terapia, não expressando desejo de mais ajuda psicoterápica.

Os fundamentos da ampliação do espaço psicanalítico

Ao tratar da experiência psicanalítica e das clínicas psicanalíticas, Joel Birman (1993: 12-24), em “O objeto teórico da psicanálise e a pesquisa psicanalítica” assinala que o processo psicanalítico é a condição ideal para a investigação, pois nele o objeto da psicanálise se desdobra em todas as suas facetas, permitindo que se exerça com maior rigor as estratégias metodológicas. O estabelecimento rigoroso dessas condições metodológicas permite considerar como efetivamente psicanalíticas muitas práticas clínicas que, por certos preconceitos ideológicos, para o fazer psicanalítico, até agora têm sido abordadas como psicoterápicas. Uma relação inter-humana em que a palavra circula entre dois lugares assimétricos, sem que o psicanalista tenha de responder à demanda do outro, o que se instaura, se trabalha e elabora não é outra coisa que a transferência. Assim, é preciso superar dois obstáculos epistemológicos na concepção do que seja o espaço psicanalítico: 1) a imposição metodológica de não identificar o espaço analítico com seu formalismo, que o delimita por sua exterioridade, mais do que pela dimensão básica do processo psicanalítico; e, 2) o correlato disso é não identificar o ato psicanalítico ao exercício virtuoso de uma técnica, transformando a suposta experiência analítica num ritual obsessivo.

Já em “A direção da pesquisa psicanalítica” (1994: 13-27), continuando suas indagações, questiona tanto a possibilidade da existência de pesquisa psicanalítica, sem que se considerem as exigências fundamentais da experiência psicanalítica, quanto a de uma psicanálise dita “pura”, a que se contraporía uma modalidade “aplicada” de psicanálise.

Esses questionamentos nos permitem chegar a algumas conclusões sobre a direção da pesquisa em psicanálise: 1) a experiência psicanalítica é o que define a direção da pesquisa freudiana em psicanálise; 2) a experiência psicanalítica admite diversas possibilidades de clínica, isto é, uma experiência centrada na fala, na escuta e regulada pelo impacto da transferência, uma vez que, por um lado, lida com diferentes formas de funcionamento psíquico, e, por outro lado, é uma experiência que pode se realizar em diferentes espaços. A psicanálise não se identifica com o

exercício virtuoso de uma técnica, que é extremamente variável, se for garantida a invariabilidade de seu método. Enfim, existem técnicas diferenciadas em psicanálise que, como espécies, correlacionam-se com o método psicanalítico como sendo o seu gênero.

Considerações finais

1) O procedimento de demonstração ao vivo da psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado, utilizado no tratamento da paciente Dulce, não é suficiente para habilitar o profissional de saúde ao exercício da psicoterapia, mas, além de servir-lhe de estímulo, poderá ajudá-lo a vencer alguns obstáculos, particularmente para a modalidade de tratamento proposto. O estudo de conceitos fundamentais de psicanálise conjugado à supervisão de casos é indispensável à sedimentação da experiência do médico generalista ou do psiquiatra assim como de psicoterapeutas.

2) 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 (1953 [trad. 1989, v. 2] e 1946 [I.J.P., v. 27]) foi um dos mais severos opositores dessas tentativas. Embora tenha ressaltado o efeito favorável da limitação do tempo estabelecido por Freud para término da terapia do “Homem dos lobos”, faz críticas ferrenhas à técnica ativa de Ferenczi e depois também aos trabalhos de Alexander e Balint.

3) Apesar de não serem raras as tentativas de antagonizar psicanálise e psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado, não existe contradição entre elas. A psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado, que se origina da psicanálise, é, também, como já vimos, um modo de dar acesso a uma faixa mais ampla de população às possibilidades terapêuticas oriundas das descobertas freudianas. Alicerçada nos conceitos fundamentais da psicanálise, essa prática opera principalmente em torno dos conceitos de inconsciente, de defesa e de transferência. Freud (1914) legitima essa posição na sua famosa afirmativa sobre o que pode ser verdadeiramente denominado psicanalítico: “Qualquer linha de investigação que reconheça a transferência e a resistência e os tome como ponto de partida de seu trabalho tem o direito de chamar-se psicanálise, mesmo que chegue a resultados diferentes dos meus” (p. 26).

4) O tratamento da paciente Dulce é parte de uma pesquisa em que se tem em vista a aplicação da psicanálise para atender à demanda da população. Freud, em “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1919), já havia destacado o problema do pequeno número de psicanalistas – comparado à relativamente grande quantidade de pacientes com transtorno neurótico – que direcionam o trabalho analítico para classes mais abastadas. Considerando que as neuroses ameaçam a saúde pú-

blica não menos do que a tuberculose, apresenta a proposta de adaptação da técnica psicanalítica à futura realidade de assistência à população. Nessa proposta, entendida por muitos analistas como uma desvalorização dessa modalidade terapêutica, Freud assinala que a aplicação em larga escala da terapia psicanalítica talvez “... force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta”. Porém, logo em seguida, ele retorna ao ingrediente fundamental dessa terapia, quando afirma que “... qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (p. 211).

A metáfora do ouro e do cobre foi decisiva para que um grande número de analistas, impregnados pela força dessa imagem, inviabilizassem as práticas psicoterapêuticas de orientação psicanalítica para pacientes sem acesso à psicanálise *standard*. Balint (1961) menciona o incômodo experimentado pelos psicanalistas quando introduziam modificações na técnica *standard*: “... como se houvessem traído sua sagrada causa ou como se houvessem tratado de enganar o paciente com algo que eles mesmos consideravam inferior” (p. XIII). Como resultado dessa leitura tendenciosa, ao psicanalista não restaria outra hipótese senão a de reproduzir a prática analítica consagrada como tal, sem possibilidade de abertura para pesquisa de alternativas assistenciais mais amplas, alicerçadas na psicanálise, adequadas às características da população mais pobre e das instituições públicas que a assistem. Eles não se deram conta de que Freud, logo em seguida, vai frisar que a essência de qualquer tratamento que se queira psicanalítico está nos ingredientes mais efetivos e mais importantes tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa.

Ao afirmar a eficácia de uma psicoterapia em instituições públicas, Freud se sustenta nos elementos da psicanálise, conferindo legitimidade a essa prática. Assim, o trabalho experimental realizado com a paciente Dulce, como parte do programa de pesquisa no Instituto de Psiquiatria da U.F.R.J., pautou-se no princípio da não-tendenciosidade. Em outras palavras, retomando a metáfora freudiana, não lançamos mão do cobre – da sugestão direta para o tratamento da paciente.

5) A psicoterapia psicanalítica de tempo delimitado desenvolvida por Balint, Malan, Sifneos e Davanloo apresenta algumas características em comum, das quais as seguintes merecem destaque: aliança terapêutica; a interpretação ativa de um foco terapêutico ou questão central; o manejo precoce da transferência; as interpretações dos vínculos com os pais e da transferência com o terapeuta; e um término da terapia previamente acordado. Acrescento, ainda, as contribuições de Gilliéron, que, ao recomendar uma abordagem terapêutica menos ativa, prestigiando a livre associação do paciente na terapia e adotando atitude que permite ao paciente desenvolver o foco do processo terapêutico, sustenta os alicerces dessa abordagem de modo mais rigoroso nos fundamentos freudianos.

6) No que diz respeito à polêmica com Rank (1924), que defende a redução do tempo de tratamento, Freud (1937) reconhece que o autor foi audaz e engenhoso em suas concepções, mas, a seu ver, a proposta terapêutica que delas nasceu não passava de um produto do tempo em que foi concebida:

... sob a tensão do contraste entre a miséria do pós-guerra na Europa e a “prosperity” dos Estados Unidos, e projetado para adaptar o ritmo da terapia analítica à pressa da vida americana. [...] A teoria e a prática do experimento de Rank são hoje coisas do passado – não menos do que a própria “prosperidade” americana (p. 247-248).

Se para Freud pareciam efêmeras tanto a *prosperity* norte-americana quanto as mudanças introduzidas sob a influência de valores novos e estrangeiros, verificamos hoje, passados mais de sessenta anos dessa apreciação, que a pressa e a indisponibilidade para o engajamento subjetivo em empreendimentos de longa duração e de frequência muito intensiva parecem ter se firmado como uma característica dos novos tempos, característica que se expande para além dos limites circunstanciais e territoriais pensados por Freud. Com efeito, é da França da década de 1990, não dos Estados Unidos da década de 1930, que fala Roudinesco.

7) Ao final do prazo estabelecido para a terapia, é indispensável proceder a uma avaliação dos resultados obtidos. Se estes forem considerados satisfatórios, o objetivo de um tratamento de tempo delimitado terá sido atingido e, assim, os encontros entre terapeuta e paciente são encerrados. Em outras palavras, o fim dessa experiência de tratamento psicanalítico pode ser definido em termos práticos. Ao contrário, se a avaliação do processo indicar que o trabalho realizado não foi suficiente para o domínio das tensões conflitivas que deram origem às manifestações clínicas do paciente, a decisão de encerrar o tratamento pode ser revista. Nesse caso, cabe reformular a indicação inicial para atendimento de tempo delimitado e considerar as possibilidades de um atendimento psicanalítico sem tempo de duração preestabelecido. Ainda assim, observamos que, muitas vezes, a abordagem inicial na psicoterapia de tempo delimitado revelou-se um precioso instrumento de preparação do paciente para a etapa consecutiva, por favorecer a formulação de interrogações a partir do sofrimento vivenciado, abrindo-o para a possibilidade de ressignificação.

8) Considerando-se as questões críticas teóricas e práticas sobre o que pode ser denominado espaço psicanalítico, segundo Birman, e pretendendo suscitar o debate sobre o tema, que será, inclusive, objeto de pesquisa futura, não deveríamos pensar em nomear a psicoterapia psicanalítica breve ou de tempo delimitado como psicanálise breve?

Referências Bibliográficas

- ALEXANDER, Franz/ FRENCH, Thomas Morton. *Psychoanalytic Therapy – Principles and Application*. New York: The Ronald Press Company, 1946. 353p.
- BALINT, M.; ORNSTEIN, P.H.; BALINT, E. *Focal psychotherapy – an example of applied psychoanalysis*. London: Tavistock Publications, 1972. 166 p.
- BIRMAN, Joel. Objeto teórico da psicanálise e a pesquisa psicanalítica. In *Ensaio de teoria psicanalítica*, 1993, Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 166p.
- _____. A direção da pesquisa psicanalítica. In *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 204 p.
- BREUER, Joseph; FREUD, Sigmund (1895). Studies on hysteria. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, 1981. v. 2.
- DAVANLOO, Habib et alii. *Basic Principles and Techniques in Short-term Dynamic Psychotherapy*. New York: SP Medical & Scientific Books, 1978(a), 555 p.
- _____. *Short-term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, 1980. 400 p.
- FERENCZI, Sándor (1919). *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-analysis*. 2ª ed. London: The Hogarth Press, 1950. 480 p.
- FREUD, Sigmund (1905 [1901]). Fragment of an analysis of a case of hysteria. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, 1981. v. 7.
- _____. (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis. In Op. cit. v. 10.
- _____. (1914). On the history of the psycho-analytic movement. In Op. cit. v. 14.
- _____. (1919 [1918]). Lines of advance in psycho-analytic therapy. In Op. cit. v. 17.
- _____. (1937). Analysis terminable and interminable. In Op. cit. v. 23.
- GILLIÉRON, Edmond. *As psicoterapias breves*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. 101 p.
- JONES, Ernest (1953). Book reviews. F. Alexander, T. M. French: Psycho-analytic therapy. *The International Journal of Psycho-Analysis*. London. v. 27, p. 162-163, 1946.
- _____. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Trad. de Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Imago, 1989. 3 v.
- LOWENKRON, Theodor S. *Psicoterapia psicanalítica breve*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 339 p.
- MALAN, David Huntingford. *A Study of Brief Psychotherapy*. London: Tavistock Publications, 1963. 312 p.
- _____. *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy. A replication*. New York/ London: Plenum Medicine Book Company, 1976. 298 p.
- _____. *As fronteiras da psicoterapia breve. Um exemplo da convergência entre pesquisa e prática médica*. Trad. de L. Knijnik, S.S. Schestasky. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 360 p.

- _____. *Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 351 p.
- RANK, Otto (1924). *El trauma del nacimiento*. Trad. de Nilda M. Finetti da versão inglesa, 2ª reimpressão. Barcelona: Paidós, 1985. 194 p.
- _____. (1936). *Will Therapy and Truth and Reality*. Trad. de Jessie Taft do alemão. 1ª ed. New York: Alfred A. Knopf, 1945. 307 p.
- ROUDINESCO, Elizabeth. El psicoanálisis a fines del siglo XX. *International Psychoanalysis The Newsletter of the IPA*. Versión en español, v. 6, issue 1, 1997, p. 40-44.
- SIFNEOS, Peter E. *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, Massachusetts, and London: Harvard University Press, 1972. 299 p.
- _____. *Psicoterapia dinâmica breve. Avaliação e técnica*. Trad. de A.E. Fillman. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, 275 p.
- WALLERSTEIN, Robert S. *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press, 1986, 784 p.

Resumos

77

La psicoterapia psicoanalítica del tiempo delimitado es aquí definida como un tratamiento cuyo plazo de duración es ajustado previamente entre el psicoterapeuta (o analista) y el sujeto que busca ayuda para dar cuenta de un sufrimiento psíquico que se manifiesta en una área demarcable de la vida del sujeto y cuya origen pueda ser atribuida a un conflicto inconsciente. La teoría psicoanalítica provee los modelos generales que fundamentan el proceso, y la cura da mediante perlaboración de los conflictos inconscientes, con posibles repercusiones sobre el sujeto como un todo. Teóricamente, esa abordage terapéutica fundamentase en las concepciones de Freud, Ferenczi y de las encuestas efectuadas en la Clínica Tavistock, a través del experimento de Balint. Esa comunicación fue estimulada no solo por los resultados de encuestas desarrolladas por el autor en el campo de la psicoterapia psicoanalítica de tiempo delimitado, pero también por la aprobación, por Resolución del Ministerio de la salud, de la garantía obligatoria por los planes y seguros privados de salud para la Psicoterapia Breve de Crisis con duración de hasta 12 sesiones. Ese trabajo tiene el objetivo de promover el debate en nuestro medio sobre el valor de la abordage psicoanalítica breve. Para tanto, además de la presentación de una experiencia clínica realizada con una paciente durante cinco entrevistas psicoterápicas y mas dos entrevistas de follow-up, aproximadamente seis e doze meses tras el termino del tratamiento, se discute los fundamentos de la ampliación del espacio psicoanalítico tomando en consideración la posición de Freud y las críticas teoricas y prácticas, expuestas por Birman, sobre lo que puede ser llamado espacio psicoanalítico. En ese

trabajo se destaca aún la importancia de que, en el fin de la terapia, se deba hacer una evaluación de los resultados alcanzados y, si el trabajo realizado no fuere considerado suficiente para la elaboración de las tensiones conflictivas que deran origen a las manifestaciones clínicas, la decisión de finalizar el tratamiento puede ser revista, hipótesis que, si confirmada, no invalida la abordage inicial en la psicoterapia de tiempo delimitado como un rico instrumento de preparación del paciente para la etapa consecutiva. La cuestión que orientó ese percurso permanece: ¿Es posible nombrar la psicoterapia psicoanalítica breve o de tiempo delimitado como psicoanálisis breve?

Palabras llave: Psicoanálisis, espacio psicoanalítico, psicoanálisis psicoterapica breve, caso clínico

La psychothérapie du temps delimitée c'est ici définie comme un traitement dont la durée c'est préalablement ajustée entre le psychotérapeute (ou analyste) et le sujet qui cherche aide pour donner compte d'un souffrance psychique qui se manifeste dans une zone demarable de la vie du sujet et dont origine puisse etre attribué a un conflit inconscient. La théorie psychanalytique offre les modèles généraux que fondent le processus, et la cure se voir moyennant perlaboration de les conflits inconscients, avec possibles répercussions sur le sujet comme un tout. En princip, cet approche thérapeutique se fonde dans les conceptions de Freud, Ferenczi et de l'enquêtes réalisées dans la Clinique Tavistock, surtout, par l'experiment de Balint. Cette communication a ete stimulée non seulement pour les résultats d'enquêtes développées pour l'auteur dans le champ de la psychotherapie psychanalytique du temps delimitée, mais aussi pour l'agrément, par Resolution du Ministère de la Santé, de la couverture obligatoire pour les plans et sécurités de santé par la psychothérapie bref de crise avec durée de jusque douze sessions. Ce travail a l'objectif de promouvoir le debat dans notre moyen sur le valeur de l'abord psychanalytique bref. Pour tant, delà de l'présentation d'une expérience clinique réalisée avec une patient pendant cinc entrevues psychotherapiques et plus deux entrevues de follow-up, environ six et douze mois après le fin du traitement, se discute les fondements d'elargissement d'espace psychoanalytique prenant en consideration le position de Freud et las critiques théoriques et pratiques, exposées par Birman, sur ce qui peut etre nommée espace psychanalytique. Dans ce travail se detache encore l'importance de que, au final de la therapie, se doit faire une évaluation des résultats obtenues et, si le travail réalisée n'est pas considerée sufisante pour l'élaboration des tensions qui a donné l'origine aux manifestations cliniques, la décision de finir le traitement peut etre revue, hypotèse que n'invalida pas l'abord inicial dans la psychothérapie de temps delimité comme un précieux outil de preparation du patient pour l'étape consécutif. La question qui a orienté cet parcours demeure: C'est possible nommer la psychotherapie psychanalytique bref ou de temps delimitée comme psychanalyse bref?

Mots clés: Psychanalyse, espace psychanalytique, psychanalyse bref, cas clinic

The psychanalytical psychotherapy with delimited time is here defined as a treatment for which the duration span is previously adjusted between the psychotherapist (or analyst) and the person who's seeking help to deal with a psychic suffering that manifests itself in a demarcable area of the person's life and being that its origin can be attributed to an unconscious conflict. The psychoanalytical theory furnishes the general samples that lay the foundation for the process, and the cure happens by means of working-through the unconscious conflicts, with possible repercussions upon the person as a whole. Theoretically, this therapeutic approach bases itself on Freud's and Ferenczi's conceptions and on researches that took place in Tavistock Clinic, mainly, through Balint's experiment. This communication was stimulated not only by the results of the researches developed by the author in the field of psychoanalytical psychotherapy of delimited time, but also by the approval through resolution of the Health Ministry, of the compulsory coverage by private health plans and insurances for the brief psychotherapy of crisis with duration up to 12 sessions. This work aims to promote the debate among us about the value of the brief psychoanalytical approach. For that, besides the presentation of a clinical experience with a patient consisting of five psychotherapeutic interviews as well as two follow-up interviews, about six and twelve months after the end of the treatment, the foundations of the amplification of the psychoanalytical space are discussed, taking into consideration Freud's position and the theoretical and practical critics, exposed by Birman, about what can be denominated psychoanalytical space. In this work, the importance that at the end of the therapy, an evaluation of the results reached must be done is also pointed out, and, if the work done is not considered sufficient for the elaboration of the conflictive tensions which initiated the clinical manifestations, the decision to end the treatment can be reviewed, and in case it's confirmed, it does not invalidate the initial approach in the psychotherapy of delimited time as a precious tool to prepare the patient for the consecutive stage. The question that orientated this course remains: Is it possible to name the Brief Psychoanalytical Psychotherapy or of delimited time as Brief Psychoanalysis?

Key words: Psychoanalysis, psychoanalytical space, brief psychoanalytical psychotherapy, clinic case