

SANY ROBERT ALKSCHBIRS



DIFERENÇAS TEÓRICO-TÉCNICAS ENTRE A
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE LONGO PRAZO
E PSICOTERAPIA BREVE PSICANALÍTICA

Itatiba
2008

SANY ROBERT ALKSCHBIRS

DIFERENÇAS TEÓRICO-TÉCNICAS ENTRE A
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE LONGO PRAZO
E PSICOTERAPIA BREVE PSICANALÍTICA

Relatório de Pesquisa apresentado como parte
dos requisitos para a disciplina de Trabalho de
Conclusão do Curso de Psicologia da
Universidade São Francisco.

ORIENTADOR(A): PROF. DR. JOSÉ MAURICIO HAAS BUENO

ITATIBA

2008

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

CURSO DE PSICOLOGIA

DIFERENÇAS TEÓRICO-TÉCNICAS ENTRE A
PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE LONGO PRAZO
E PSICOTERAPIA BREVE PSICANALÍTICA

Autor: Sany Robert Alkschbirs

Orientador: Prof. Dr. José Mauricio Haas Bueno

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso, elaborado por Sany Robert Alkschbirs e aprovado pelos avaliadores.

Data: 11 / 06 / 2008

Avaliadores

Avaliadores	Notas
Avaliador Externo	
Professor Orientador	
Média	

Itatiba
2008

DEDICATÓRIA

À minha tia, Lidice Nely Alkschbirs, que sempre acreditou em mim, e teve certeza de que eu chegaria ao fim deste curso como vitorioso!

AGRADECIMENTOS

Foram 5 anos de muita luta, para conseguir, finalmente, chegar até aqui. Nada seria possível se durante essa longa jornada, não tivesse ao meu lado pessoas especiais que me proporcionassem confiança, incentivo, carinho e muita paciência.

Primeiramente, agradeço a Deus por estar sempre presente, mesmo quando por diversas vezes, quis desistir. Inúmeras foram as vezes em que o caminho se mostrou tortuoso, cheio de espinhos e tantas quanto Ele me sustentou, e me auxiliou a ultrapassá-los e experimentar vitórias, sensações não experimentadas nem explicadas pela ciência humana. Muito obrigado!

Não posso deixar aqui de registrar a paciência, amor, dedicação e fé da minha tia e mãe, Lidice Nely Alkschbirs, que sempre acreditou que eu poderia encarar e superar esse longo desafio. A ela, que me sustentou com duras penas, muito trabalho, choro, sacrifício, mas também com alegria e indisfarçado orgulho, deixo meu eterno agradecimento, mais do que especial, sabendo que se não fosse ela, eu sequer teria como ter aprendido, vivenciado e experimentado tamanho afeto, feito da Psicologia uma profissão e me tornado um ser humano mais digno, melhor, e, sobretudo, mais afetivo. Poderia escrever um livro para agradecê-la, mas este não poderia jamais expressar o meu “*obrigado*” e meu “*eu te amo muito*”, embora, ironicamente, seja difícil colocar isso em palavras verbais, de maneira que deixo expresso e escrito por aqui. Obrigado! Sem você, eu não teria conseguido! Valeu a pena! Hoje, sou psicólogo, e “*compartilho*” do meu diploma com você!

Agradeço aos professores do curso de Psicologia pela dedicação ao longo desses anos, pelas palavras de incentivo, orientação e afeto.

A prof^a. Lucicleide, que num momento muito difícil da minha vida, parou suas atividades, teve muito carinho para me ouvir, me ajudar e sempre esteve à disposição para me fortalecer e me incentiva a seguir em frente.

À minha grande e inseparável amiga Ana Paula de Camargo (Paulinha), por todo carinho, afeto, dedicação e pela paciência durante ao longo de todo o curso. Desde o início da faculdade, estivemos juntos. Choramos, sorrimos, compartilhamos muito de nossas vidas, e isso está gravado para sempre no meu coração! Muitos estágios, muita correria, mas também muita dedicação, cumplicidade, risos mil, e muitos segredos compartilhados. Realmente, “*nem Freud explica*” nossa sincera amizade! Espero que isso permaneça vivo, e nunca se afaste pelo destino da nossa vida! Obrigado! Adoro você!

Agradeço ao amigo Guilherme Gomes, inseparável companheiro, que com muita paciência me suportou durante uma boa parte do curso. Eu sempre estressado, cansado e ele sempre me ouvindo e me incentivando. As imensuráveis discussões, brigas sempre foram superadas pela nossa amizade. Foram muitas lutas, choros, mas também muitas conquistas e muitos risos em meio a tanto tumulto. Jamais vou esquecer tudo que você tem feito por mim. Obrigado!

A Creuza, da biblioteca, imensa amiga por toda essa caminhada, agradeço por ter toda a paciência quando eu não sabia e não conseguia aprender a localização dos livros, e pelo carinho e incentivo dados em momentos de estudo. Agradeço também os longos papos e risadas, e a confiança sempre presente em situações conflitantes. Jamais vou esquecer de você e destes momentos preciosos.

Ao Professor Maurício, meu orientador, pelo incentivo quando encontrei desafios durante a elaboração deste trabalho. Obrigado.

Enfim, a todos que passaram pela minha vida e contribuíram para minha formação. Obrigado. Valeu a pena.

"Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino".
[Leonardo da Vinci]

Resumo

Alkschbirs, S. R. (2008). *Diferenças teórico-técnicas entre Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e Psicoterapia Breve Psicanalítica*. Projeto de Pesquisa, da Universidade São Francisco. Itatiba.

A Psicoterapia pode ser entendida como um tratamento mediante o qual uma pessoa treinada, utilizando-se de métodos psicológicos, auxilia outro a resolver seus problemas. A Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo tem os mesmos pressupostos da psicanálise, porém com diferenças significativas, tais com menor número de sessões, e o paciente sentado frente a frente com o analista. A Psicoterapia Breve Psicanalítica possui diferenças importantes e tem metas mais limitadas que a Psicoterapia Psicanalítica tradicional, como duração determinada, planejamento e foco definido. As principais diferenças entre os dois modelos podem ser encontrados em relação a fins terapêuticos, temporalidade e técnica. O objetivo desta Pesquisa foi procurar descobrir se as diferenças teórico-técnicas são refletidas na prática profissional dos psicólogos de um e de outro modelo. Participaram desta pesquisa 26 sujeitos numa amostra equitativa. Os resultados desta pesquisa apontaram que as diferenças teórico-técnicas entre finalidades terapêuticas, temporalidade e técnica são realmente evidenciadas na prática profissional tanto dos que se utilizam da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo quanto daqueles que se utilizam da Psicoterapia Breve Psicanalítica. Verificou-se, no entanto, a necessidade de novas pesquisas sobre o assunto.

Palavras Chave: fins terapêuticos; temporalidade; técnica.

Sumário

LISTA DE TABELAS	ix
APRESENTAÇÃO	01
JUSTIFICATIVA	02
INTRODUÇÃO	06
MÉTODO	22
Participantes.....	22
Local	22
Instrumentos.....	22
Procedimento.....	23
RESULTADOS	24
RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXO 1 - Carta de apresentação	37
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38
ANEXO 3 – Questionário	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparações entre Psicanálise e Psicoterapia Breve.....	17
Tabela 2 – Estatística Descritiva dos Resultados	24

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho foi desenvolvido na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, tendo como finalidade proporcionar um melhor conhecimento sobre os diferentes modelos de psicoterapia psicanalítica e as diferenças teórico-técnicas entre elas.

Os resultados aqui apresentados foram coletados no mês de Outubro de 2007 em diversos consultórios particulares do interior do estado de São Paulo e também durante um curso para psicólogos onde a coleta foi realizada coletivamente. Para a realização desta coleta contou-se com o apoio e participação de psicólogos que se utilizam do modelo de Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e dos que se utilizam do modelo de Psicoterapia Breve Psicanalítica.

O objetivo central do trabalho é procurar desvendar se na prática profissional, as diferenças teórico-técnicas características de cada modelo de psicoterapia são evidenciadas.

A idéia da construção da pesquisa surgiu a partir de uma necessidade maior de estudos no que se refere à busca de dados científicos que contribuam para a melhoria da atuação do psicólogo clínico na atualidade.

Espera-se que a partir dessa pesquisa, surjam outras que possam dar continuidade a novos estudos sobre diferentes modelos de Psicoterapia Psicanalítica e suas especificidades técnicas, a fim de expandir novos conhecimentos que visem agregar importantes conquistas na área clínica da Psicologia.

JUSTIFICATIVA

Para Cordioli (1993) psicoterapia é um tratamento mediante o qual uma pessoa treinada, utilizando meios psicológicos, auxilia outra a resolver seus problemas. Esta ajuda decorre da influência que o terapeuta, nestas condições, exerce sobre seu paciente, valendo-se de recursos como intervenções verbais, comunicação não verbal e ambiente psicoterápico estruturado. Decorre ainda da relação especial que se estabelece entre paciente e terapeuta no decorrer do tratamento, e que engloba aspectos como o vínculo real, o trabalho conjunto (aliança terapêutica), bem como as distorções introduzidas por força de elementos da história pessoal passada, tanto da parte de um como do outro.

Segundo Eizirik (1990) a psicanálise pode ser considerada uma forma de tratamento que apresenta fundamentos e sistematização bem elaborados. Entretanto, por se tratar de uma forma cara, prolongada e que requer uma formação bastante rígida, e por não ser indicada para todos os tipos de transtornos psicológicos, houve uma necessidade constante de se pesquisar e se aplicar novas formas de psicoterapia com base nos pressupostos psicanalíticos para resolução desses problemas.

Esta necessidade de pesquisa ainda existe e, no Brasil, justifica-se sempre a busca de dados científicos que contribuam para a melhoria da qualidade do exercício profissional do psicólogo (Campos, 2004). Há, desta forma, um desafio no estudo da prática da psicanálise em contexto nacional, que demanda atendimentos breves e focalizados diretamente nas necessidades do paciente, e que sejam adequados à assistência à saúde da população de baixa renda, tanto quanto as de outras camadas sócio-econômicas e culturalmente privilegiadas. Este estudo pretende contribuir através do desafio de comparar práticas de psicanálise de longo e curto prazo.

De acordo com Amorim (2005), Freud, em uma Conferência proferida em 1918, em Budapeste, expressou sua convicção de que mudanças na técnica psicanalítica seriam indispensáveis para atender aos diversos quadros psicopatológicos, além de apontar a necessidade de se buscar novas alternativas técnicas para enfrentar a questão do prolongamento excessivo dos processos psicanalíticos. Disse ele:

“... pode-se esperar que, de um momento para o outro, a consciência da comunidade despertará e reconhecerá que o indivíduo pobre tem tanto direito a auxílios para sua mente, quanto tem agora no que se refere aos meios cirúrgicos para salvar-lhe a vida; (...) as neuroses ameaçam tanto a saúde do povo quanto a tuberculose (...) a nossa tarefa será então a de adaptar nossa técnica às novas condições”.
(*Os caminhos da terapia psicanalítica, Freud vol. XVII, 1918, pág. 210*).

Segundo Braier (2000), e tendo em vista estes pressupostos, houve um repensar sobre os processos psicoterápicos existentes e deu-se início então a formulação de uma melhor adequação da Psicanálise a nova realidade social. Dessa análise, surgiu a Psicoterapia Breve Psicanalítica.

Yoshida (2004) identificou três estágios diferentes da evolução da psicoterapia breve. São eles:estágio psicanalítico, cujos principais autores são: Freud (1973), Ferenczi (1980) e Ranck (1979); estágio intermediário com Alexander e Ferench (1956), ambos, na sua obra, viabilizaram o aparecimento da atuais psicoterapias breves de orientação psicanalíticas, mas não podem ser considerados autores desse tipo de psicoterapia, e psicodinâmico breve, com destaque para os seguintes autores: Lindemann (1944), Balint e Malan (1981), Davanloo (1992) Gilliéron (1993), Sifneos (1989) e Mann (1973) representando a primeira geração de autores internacionais. Dentre os nacionais, destaca-se a contribuição de Knobel (1986) e Simon (1989). Todos estes correspondem a primeira geração de autores de PBps (Psicoterapia Breve Psicanalítica).

De acordo com Braier (2000), para se adotar uma técnica breve de base psicanalítica, é necessário fazer uma comparação com o modelo original, o tratamento psicanalítico. Para esta finalidade, serão considerados três aspectos essenciais: os fins terapêuticos, a temporalidade e a técnica.

Sobre os *fins terapêuticos*, a psicanálise reconhece como meta fundamental tornar consciente os principais conteúdos inconscientes envolvidos nos conflitos vivenciados pelo paciente, e, além disso, a reconstrução da estrutura da personalidade, que envolve a resolução de conflitos básicos e de seus derivados através da elaboração e do conseqüente ganho de um maior bem estar, com o qual se pretende eliminar ou aliviar os sintomas de modo franco e duradouro. Na PBps, as metas são mais reduzidas e mais modestas. Há uma limitação nos objetivos psicoterápicos e estes são traçados em função da necessidade mais ou menos imediatas do indivíduo e, quando possível, a solução de problemas imediatos e o alívio sintomático, no sentido psicodinâmico, deverão corresponder à obtenção de um princípio de *insight* do paciente a respeito de seus conflitos, e se trata apenas de resolver *parcialmente* a patologia do paciente. Em relação ao segundo aspecto, a *temporalidade*, o tratamento psicanalítico convencional não estipula prazos, podendo prolongar-se durante anos enquanto que na PBps, o comum é ter um prazo fixo, em geral de alguns meses. Em relação à *técnica*, a PBps pode ser considerada diferenciada da psicanálise corrente. Braier (2000) enfoca diferenças nos princípios dinâmicos operativos nos seguintes aspectos: trabalho com os conflitos; regressão; dependência; transferência; neurose de transferência; o problema da resistência; *insight* e elaboração; focalização e multiplicidade de recursos terapêuticos. (Braier, 2000).

Como critérios de análise das diferenças teórico-técnicas, neste estudo serão adotados os pontos de comparação defendidos por Braier (2000), a saber: fins terapêuticos, temporalidade e técnica, descritos anteriormente.

A psicoterapia breve tem sido objeto de estudo principalmente nas últimas décadas, com a finalidade de estender o atendimento psicoterápico a parcelas mais amplas da população, embora seu uso não se restrinja às situações institucionais ou seja dirigida necessariamente às populações carentes. A evolução dos estudos da psicoterapia breve psicanalítica tem sido estudada por muitos autores, e artigos tem sido publicados com bastante frequência, salientando a necessidade de pesquisas, bem como demonstrando os limites que este tipo de psicoterapia possui tais como objetivos estabelecidos a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente e da delimitação de um foco, tempo pré-determinado de duração e fins terapêuticos diferentes da psicanálise tradicional. (Oliveira, 1999).

A escolha da realização desta pesquisa baseia-se em interesses pessoais de aprofundamento teórico-técnico nas psicoterapias em questão e suas diferenças, bem como em um futuro projeto de Mestrado nesta abordagem em Psicologia Clínica.

Do ponto de vista social, procurar atender a necessidade de se poder estender a prática psicológica a pacientes que não possuem condições de se submeter a psicoterapias de longo prazo.

Dentre deste contexto, pode-se entender, sob este ponto de vista, que a Psicoterapia Breve Psicanalítica parece ser a mais adequada à realidade sócio-econômica do país, surgindo a necessidade de pesquisar especificamente sobre como profissionais locais de psicanálise aplicam o conhecimento teórico-técnico existente sobre PBps e Psicanálise de longo prazo em sua atuação clínica.

INTRODUÇÃO

Segundo Zimerman (1999), existem semelhanças e diferenças entre o que se costuma denominar de “psicanálise” e “psicoterapia”, e estas têm sido discutidas, principalmente a partir da década de 1940, e, na atualidade, continuam a ser vigentes, com pontos controvertidos e polêmicos. A relevância desta discussão pode ser medida por dois tipos de parâmetros: os objetivos e os subjetivos. Os primeiros são manifestos através de uma quantidade considerável de trabalhos dedicados ao assunto e, em épocas diferentes, debatidos através de mesas-redondas, congressos internacionais, e discutidas entre psicanalistas, sendo as opiniões em relação às diferenças e semelhanças entre psicoterapia e psicanálise tanto convergentes como também diferentes entre si. Os segundos (subjetivos), dizem respeito justamente ao desconforto trazido por esta discussão, experimentados por psicanalistas que trabalham inclusive com o uso do divã, mas, não raramente, fazem-no de forma a sentirem culpa, quando não envergonhados ou até mesmo com certa confusão, devido a uma *indefinição da sua identidade profissional no campo da psicanálise*. O autor afirma que uma possível causa desse constrangimento acompanha tanto esses psicoterapeutas que se utilizam de atendimentos psicanalíticos sistemáticos dentro dos rigores de um *setting* formal, como também em psicanalistas de formação oficializada pela *International Psychoanalytical Association (IPA)*, mas que, por desejo próprio ou devido a circunstâncias, cada vez mais atendem sob um *setting* que se denomina de psicoterapia psicanalítica.

Amorim (2005) afirma que a psicoterapia de orientação psicanalítica baseia-se nos mesmos princípios teóricos que a psicanálise, porém com diferenças significativas, especialmente no que diz respeito à não utilização do divã, menor uso da associação livre,

sessões menos freqüentes, fatores que minimizam os efeitos regressivos (que são estimulados na psicanálise). A transferência não se desenvolve com a mesma intensidade, primitivismo e rapidez que na técnica psicanalítica clássica e costuma se utilizar de uma freqüência de uma a três vezes por semana, com o paciente sentando-se na poltrona, frente a frente com o terapeuta. A autora afirma a importância de lembrar que os primeiros tratamentos realizados por Freud eram bem mais breves que os propostos pela psicanálise clássica e desta evolução, começaram a surgir as Psicoterapias Breves de orientação psicanalítica.

Braier (2000) afirma que para o entendimento da evolução da psicanálise tradicional para a psicoterapia breve de orientação psicanalítica, deve existir uma sólida base dos conceitos psicanalíticos tradicionais e estabelecer uma comparação entre os dois métodos terapêuticos, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia breve psicanalítica, considerando três aspectos essenciais: 1) os fins terapêuticos; 2) a temporalidade, 3) a técnica.

Para melhor compreensão de cada um dos três aspectos, apresentam-se, a seguir, considerações do autor, na mesma obra, sobre os fins terapêuticos. Quanto a eles, a psicanálise reconhece como meta fundamental o *tornar consciente o inconsciente*, e a experiência clínica permite comprovar, segundo ele, que essa finalidade traz a perspectiva de uma reconstrução da estrutura da personalidade do analisando, como resultado terapêutico. Esta reconstrução, por sua vez, envolve a resolução de conflitos básicos e de seus derivados através da elaboração e trazendo como conseqüência um ganho de maior bem estar, com a finalidade de eliminação ou alívio de sintomas de modo duradouro. Entretanto, na PBps (Psicoterapia Breve psicanalítica), as metas são mais reduzidas e mais modestas que no tratamento psicanalítico. Esta limitação é característica do procedimento técnico da PBps e das necessidades mais ou menos imediatas do paciente submetido a ela. Os objetivos da PBps podem se enquadrar em termos de superação dos sintomas,

problemas atuais da realidade, sendo que isto implica no propósito de que o paciente possa enfrentar mais adequadamente situações conflitivas e recuperar sua capacidade de autodesenvolvimento. Na medida do possível, esta solução de problemas imediatos e de alívio sintomático deverão, em sentido psicodinâmico, corresponder à obtenção de um *princípio de insight* do paciente a respeito dos conflitos subjacentes (ou seja, em certa medida, tornar consciente aspectos inconscientes ainda que a meta central não seja a exploração do inconsciente, como ocorre na Psicanálise). Além disso, o trabalho pode ser encarado a partir do lugar do terapeuta e com uma visão dinâmica, como tendo o propósito de clarificar e resolver, de modo parcial, parte da patologia do paciente.

Em relação à *temporalidade*, Braier (2000) afirma que, enquanto num tratamento psicanalítico a duração não é determinada, podendo prolongar-se durante anos, nas chamadas PBps é comum a fixação de um prazo, geralmente de poucos meses. O autor afirma que esta limitação temporal estimula o progresso da psicoterapia. Entretanto, ressalta a importância da fixação desse prazo de encerramento que cria invariavelmente uma situação bastante diferente na situação psicanalítica, influenciando de forma decisiva os diferentes aspectos do vínculo terapêutico, e de especial forma a finalização.

Segundo ele, essa estrutura mais definida em termos de “início, meio e fim”, acrescenta à relação terapêutica um novo e necessário elemento da realidade, que desfavorece no paciente a produção de fantasias regressivas onipotentes de união permanente com o terapeuta. (Braier, 2000).

No que diz respeito à *técnica*, a PBps pode ser considerada diferenciada da psicanálise corrente. Braier (2000) enfoca diferenças nos princípios dinâmicos operativos nos seguintes aspectos: trabalho com os conflitos; regressão; dependência; transferência; neurose de transferência; o problema da resistência; *Insight* e elaboração e multiplicidade de recursos terapêuticos. Além disso, serão abordados pontos importantes como a situação

problema, o foco, o ponto de urgência e a hipótese psicodinâmica inicial, características importantes da PBps, sendo abordados suas semelhanças e diferenças com a Psicoterapia Psicanalítica. Será também abordado brevemente como a questão dos sonhos é trabalhada tanto em uma quanto em outro tipo de Psicoterapia.

No que diz respeito ao trabalho com os conflitos, na psicanálise, as situações conflitivas atuais do indivíduo estão relacionadas aos conflitos infantis, dos quais em realidade, decorrem. Estes conflitos se produzem em relação com os objetos primários do sujeito, podendo ser de natureza edípica ou pré-edípica. Durante o tratamento analítico, o paciente revive tais conflitos (de forma especial no seio da relação transferencial com o terapeuta), que são analisados em profundidade a fim de se conseguir sua resolução (e a dos derivados dela) por meio do trabalho elaborativo (elaboração dos conflitos). Na PBps, orientada em direção ao *insight*, há uma *eleição dos conflitos* (derivados) a serem tratados, que recairá naqueles mais emergentes e que está inteiramente ligados ao problema atual, motivo do tratamento. Além disso, o trabalho terapêutico é circunscrito, *a priori*, a encarar exclusivamente esses derivados do conflito primitivo infantil, sem se aprofundar nele, evitando-se a uma excessiva mobilização afetiva, e, sobretudo, que se favoreça no paciente a regressão. O terapeuta deverá focar nos atuais fatores determinantes desses conflitos subjacentes focais e frequentemente, isso bastará para a obtenção de bons resultados terapêuticos e, principalmente, alcançar os objetivos propostos. (Braier, 2000).

Em relação a outras diferenças, deve-se analisar também a regressão, sendo que esta pode ser entendida como o processo pelo qual readquirem vigência, estados ou modos de funcionamento psíquico pertencentes a etapas anteriores do desenvolvimento do paciente. Durante o processo analítico (Psicanálise), através de diferentes formas, busca-se favorecer essa regressão (através de associação livre, silêncio do analista, posição deitada do paciente, frequência às sessões, etc), que representa um meio essencial no alcance do

objetivo terapêutico. Esta é necessária para uma “revivência” dos conflitos originais infantis em sua relação com o terapeuta (a chamada neurose de transferência), e sua conseqüente elaboração. É esperado que ao longo do caminho terapêutico, o processo regressivo se reverta, cedendo lugar a um crescimento psicológico que torne possível ao paciente assumir uma conduta mais adulta na vida. (Braier, 2000).

Segundo Laplanche e Pontalis (1971) citado por Braier (2000), a transferência pode ser descrita como o “*processo em virtude do qual os desejos inconscientes se atualizam sobre certos objetos, dentro de um determinado tipo de relação estabelecida entre eles, e, de um modo especial, dentro da relação analítica*”. Quanto à *neurose transferencial*, Braier afirma que é reprodução da neurose infantil na relação com o analista e pressupõe a reedição seletiva de determinadas situações e mecanismos infantis na relação terapêutica, ou seja, a neurose transferencial consiste em uma “neurose artificial” em que se tendem a organizar as manifestações de transferência. Esta (a transferência), por sua vez, foi inicialmente considerada por Freud como um obstáculo ao tratamento, mas logo passou a ocupar tanto para ele como para a maior parte dos psicanalistas, um papel de decisiva importância na cura, até converter-se sua análise na tarefa central. Entende-se que durante a psicoterapia psicanalítica, o desenvolvimento da neurose transferencial e sua resolução, através da elaboração é fundamental à cura do analisando.

Rangel, citado por Braier (2000), cita que a psicanálise é um método de terapia pelo qual se estabelecem condições favoráveis para o desenvolvimento de uma neurose transferencial, na qual o passado se restaura no presente com o propósito de, mediante um ataque interpretativo sistemático as resistências que se opõem a isso, obter uma resolução dessa neurose (transferencial e infantil), com o fim de provocar mudanças estruturais no aparelho mental do paciente para que este seja capaz de uma adaptação ótima a vida. Na PBps, não é conveniente o favorecimento da regressão nem de uma neurose transferencial.

Os mecanismos terapêuticos não se sustentam, em geral, no desenvolvimento, na análise e na resolução da neurose transferencial, uma vez que as condições do paciente e/ou do enquadramento não estão voltadas para este fim. No mesmo sentido, as metas terapêuticas da PBps não são dirigidas para a reestruturação da personalidade nem na resolução de conflitos básicos do paciente, mas sim, focados nos sofrimentos atuais, razão pela qual não seria coerente que o *insight* de aspectos da relação transferencial neurótica, regressivo-dependente, fosse o recurso terapêutico fundamental nesse novo contexto. O que adquire maior importância é a busca do *insight* do paciente a respeito de situações conflitivas de sua vida cotidiana, motivo pelo qual o trabalho interpretativo recai mais em suas relações com os objetos de sua realidade externa do que na relação com o terapeuta.

Um outro ponto fundamental a ser diferenciado nas técnicas é a resistência. Freud mencionou a resistência pela primeira vez em 1895, referindo-se à dificuldade de rememoração de conteúdos recalcados de suas pacientes histéricas, e ao longo do desenvolvimento dos conceitos psicanalíticos, essa idéia foi ampliada e atualmente, chama-se resistência aos diversos obstáculos que o analisando opõe ao acesso ao seu próprio inconsciente, isto é, ao trabalho terapêutico e a cura. Na psicanálise, a análise exaustiva das resistências constitui uma parte imprescindível de todo tratamento psicanalítico e o prolongamento deste processo, deve-se em grande parte, à necessidade de elaboração dessas resistências. Na PBps, esta análise não apresenta o mesmo caráter intensivo. Uma das limitações é a temporal, embora esta não seja a única, mas a própria proposta de tratamento em PBps não contempla este tipo de análise. (Braier, 2000).

Em relação ao *insight* e elaboração, Grinberg (1977) define *insight* como “a aquisição do conhecimento da própria realidade psíquica”. E este conhecimento supõe uma *participação afetiva*: trata-se de experimentar emocionalmente, e não apenas intelectualmente o contato com os aspectos inconscientes.

O autor afirma, sobre a elaboração ou trabalho elaborativo (*working through*) que este é um conceito demasiadamente complexo ainda não suficientemente definido na bibliografia psicanalítica. Sugere, simplificadamente, como o “*processo pelo qual um paciente em análise descobre, de forma gradual, através de um lapso de tempo prolongado, as conotações totais de alguma interpretação ou insight*” (Grinberg, 1977).

Braier (2000) afirma a reconhecida importância do *insight* e da elaboração no tratamento analítico. A finalidade das interpretações feitas pelo analista é promover o *insight* dos conflitos no paciente. Sobre este assunto, Rycroft (1976) citado por Braier (2000) afirma que: “*o objetivo do tratamento psicanalítico é definido, algumas vezes, em termos de aquisição de insight, ainda que mesmo Freud nunca tenha utilizado essa formulação, preferindo a idéia de que seu objetivo é fazer consciente o inconsciente*”.

De acordo com Braier (2000), a elaboração, como trabalho de aprofundamento do paciente, implicará que este assimile as interpretações corretas do analista, condição essencial para o sucesso terapêutico e requer alguns fatores como o tempo, sendo por isso que a necessidade de elaboração constitui uma parte importante no prolongamento do tratamento psicanalítico; o trabalho (labor analítico), que se entende que tem lugar no paciente fundamentalmente na presença do analista e com a participação dele; a regressão e a tarefa de superar as resistências e análise exaustiva dos conflitos, o que tem uma especial importância dentro dos limites da neurose transferencial.

Braier (2000) afirma que na PBps, a concepção da existência de *insights* e de elaboração apresenta ainda pontos discutíveis. Propiciar ao paciente a aquisição de *insight* através de interpretações deve constituir, segundo ele, o principal propósito da PBps, sempre que as condições psíquicas do paciente o permitirem. Essa atitude permitirá abrigar maiores esperanças de se conseguir um progresso mais estável no paciente, ao aumentar sua capacidade egóica para resolver e enfrentar os conflitos existentes. Uma das diferenças

entre a psicanálise e a PBps é ressaltado quanto ao tipo e profundidade deste *insight*. Enquanto no *insight* psicanalítico ocorre dentro de uma atmosfera regressiva que o favorece, em PBps a busca de *insight* está dirigida, com maior frequência, para as relações do sujeito com os objetos externos de sua vida cotidiana.

Um ponto importante a ser analisado e que diferencia nitidamente a Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e a Psicoterapia Breve Psicanalítica, do ponto de vista técnico, é o planejamento e a focalização. Juntos as metas e à duração do tratamento, fixam-se os pontos fundamentais do processo terapêutico, que compreende um plano de tratamento prévio ao desenvolvimento, e que chega até a etapa final de avaliação de resultados (Braier, 2000).

A tabela 1, em forma de síntese, e considerando as limitações que supõe qualquer esquema, procura expor as características de um e de outro procedimento, a fim de se obter a discriminação entre ambos:

Tabela 1 - Comparações entre Psicanálise e Psicoterapia Breve

	Psicanálise	PBps
FINS TERAPÊUTICOS	A exploração do inconsciente. Resolução de conflitos básicos. Reestruturação da personalidade	Limitados. Superação de sintomas e problemas atuais.
TEMPORALIDADE	Prolongada. Indeterminada	Limitada. Habitualmente a conflitos derivados.

Tabela 1 - Comparações entre Psicanálise e Psicoterapia Breve (continuação)

	Trabalhos	Refere-se	Limita-se
	com os conflitos	especialmente a conflitos básicos.	habitualmente a conflitos derivados.
T	Regressão. Dependência	São favorecidas.	Não são favorecidas.
É	Desenvolvimento e análise da neurose de transferência	Sim	Não
C	<i>Insight</i>	Sim	Sim. Limitado. Referido sobretudo aos “de fora”. Mais cognitivo que afetivo.
N	Fortalecimento e ativação de funções egóicas	Não (ou muito pouco)	Sim
I	Focalização	Não	Sim
C	Multiplicidade de recursos terapêuticos	Não	Sim
A	Planejamento	Não	Sim

Em relação à multiplicidade de recursos terapêuticos, um diferencial da PBps, Braier (2000) afirma que todo recurso que possa ter sido útil no campo da terapêutica psiquiátrica poderá eventualmente ser incorporado ao tratamento. Assim, além dos distintos tipos de intervenção verbal não interpretativa (assinalamentos, sugestões, fornecimento de informações, intervenções de reassuramento, etc.), poderão se anexar à psicoterapia individual outros elementos tais como psicofármacos, técnicas grupais, comunitárias, etc., cujas perspectivas de inclusão estejam em paralelo com os progressos que no trabalho científico se registrem no emprego de distintos recursos psicoterapêuticos. E pode ser também de suma importância, a participação de outros profissionais de saúde mental nos tratamentos. Estes instrumentos psicoterapêuticos podem ser implementados coerentemente, e compreendidos e fundamentados na compreensão psicodinâmica. A inclusão de tais instrumentos depende da maior ou menor flexibilidade do terapeuta e da sua capacidade para tentar criativamente combinações terapêuticas harmônicas e eficazes durante a PBps.

Existem alguns conceitos de especial aplicação em PBps (situação-problema, foco, ponto de urgência e hipótese psicodinâmica inicial) que tem gerado uma certa confusão no terreno teórico da PBps, e que merecem atenção especial. (Braier, 2000).

Segundo Amorim (2005), a situação-problema pode ser chamada de situação crítica, situação obstáculo, situação desencadeante e de acordo com Braier (1986), trata-se de uma situação que se torna presente na vida do indivíduo, e por motivo de ações descompensadoras surgem ou podem surgir dificuldades de natureza psíquica que operam como obstáculo para o alcance de um desenvolvimento adequado. Esta situação-problema pode ser provocada por ocorrências tais como um exame, uma viagem ou uma intervenção cirúrgica próxima, a perda de um ente querido, uma gravidez, etc. Essa situação diz respeito aos fatos que são manifestos e objetivos. Com relação a eles, e como consequência de uma

falta de resolução favorável, aparecem no sujeito inibições e sintomas diversos (ansiedade, medo, depressão, distúrbios corporais, etc.), que costumam constituir o motivo (manifesto) da consulta e que podem ou não ser ligados pelo paciente – e pelo terapeuta- às situações-problemas que na realidade os provocam. A existência de uma ou mais situações atuais dessa natureza pode ser detectada com frequência em grande parte dos pacientes que solicitam assistência psiquiátrica e que são passíveis de serem tratados por meio da técnica breve.

O conceito de foco em PBps constitui um dos elementos mais característicos e distintivos e é ainda considerado impreciso por diversos autores que apontam diferentes aspectos quando a ele se referem: aspectos sintomáticos, interacionais caracteriológicos, próprias da díade terapeuta-paciente ou técnicos. (Amorim, 2005).

Segundo Fiorini (1981), ao propiciar a centralização da tarefa, a focalização contribui para a ação mais efetiva da atividade terapêutica em função das metas selecionadas e uma terapia de duração limitada. Trabalhar com uma técnica de enfoque implica em manter a coerência e a operatividade a respeito da fixação de objetivos terapêuticos prioritários; planejar o tratamento; combater a passividade e o perfeccionismo do terapeuta e contrapor-se a neurose transferencial.

Fiorini (1981) quando desenvolveu seu sentido de foco, pressupôs a delimitação de uma totalidade sintética que parte de um eixo central, que é o motivo da consulta (queixa trazida pelo paciente). Essa totalidade de foco é resultado do diálogo da pessoa com a realidade na qual está inserida e deve ser vista a partir da idéia de uma situação estruturada que comporta um conjunto de determinações. Braier (2000) relembra que subjacente e ligado ao motivo da consulta, existe um conflito nuclear exarcebado, que se insere em uma situação grupal específica. Motivo da consulta, conflito nuclear subjacente e situação grupal são aspectos de uma “situação que condensa um conjunto de determinações”, e na

qual um exame analítico nos permite distinguir diversos componentes tais como: aspectos caracteriológicos do paciente, aspectos histórico-genéticos individuais e grupais reativados, além de uma zona relativa ao momento evolutivo individual e grupal e outra de determinantes do contexto social mais amplo.

Segundo Amorim (2005), o processo psicoterapêutico não abarca a totalidade dos componentes da situação, mas se concentra em alguma(s) zona(s) da estrutura e é essencial a consideração que qualquer que seja o setor explorado, seus elementos devem ser compreendidos com integrantes da situação.

Um outro conceito, já conhecido dentro da técnica psicanalítica, é o do ponto de urgência e que se reveste de grande importância prática na PBps. Este pode ser definido como *“uma situação psíquica inconsciente de conflito, que, pela ação de fatores atuais, predomina no sujeito num dado momento, sendo motivo de determinadas ansiedades e defesas”*. (Braier, 2000, p.46). A detecção do ponto de urgência conduz ao trabalho terapêutico imediatamente a partir deste advindo daí seu valor clínico. O ponto de urgência pode ser inerente ao foco (subjacente diretamente à situação-problema), ou pode ser relativamente estranho à ele (extrafocal). Este último acontece com frequência, sendo, por exemplo, o caso de situações emergenciais inesperadas (morte de um ente querido, um roubo, etc.), que costumam apresentar-se durante o tratamento, afetando o paciente e que temporariamente podem “sair do foco” do tratamento. Nestes casos, é imprescindível atender ao ponto de urgência, auxiliando o paciente para depois voltar à conflitiva focal da PBps. (Braier, 2000).

E uma consideração também importante é o da Hipótese Psicodinâmica Inicial. De acordo com Braier (2000) também pode ser chamada de hipótese psicodinâmica mínima, formulação psicodinâmica ou ainda formulação psicodinâmica precoce. A definição, segundo ele, é o *esboço reconstutivo da história dinâmica do paciente, uma tentativa de*

compreensão global de sua psicopatologia que tende a incluir todas as perturbações do paciente que sejam conhecidas e que se constitui a partir dos dados extraídos no psicodiagnóstico.

A concepção desse hipótese, segundo Braier (2000), está regida pelas teorias psicanalíticas (determinismo psíquico, sobredeterminação, séries complementares, etc) e tem caráter provisório, pois pode ser confirmada, ampliada ou retificada, com base nas descobertas do tratamento. Enquanto a estrutura do foco se organiza, única e exclusivamente em torno de uma determinada situação problema da vida atual do paciente, envolvendo apenas certos setores de sua psicopatologia, a hipótese psicodinâmica inicial é mais abrangente, englobando inclusive a hipótese focal. Sendo assim, pode-se dizer que o foco aponta mais para o campo das situações que deverão ser trabalhadas terapeuticamente, tentando modificações e resoluções enquanto a hipótese psicodinâmica inicial diz respeito, além do mencionado, aos conflitos restantes – extra focais – ou seja, a tudo o que dinamicamente pode-se compreender e inferir acerca deste.

Em relação à interpretação dos sonhos, Freud, no final do século XIX, com o lançamento de sua obra clássica, *A Interpretação dos Sonhos* em 1900, passou a nortear todos os estudos posteriores sobre o tema. Na perspectiva freudiana, os sonhos podem ser considerados um acesso ao inconsciente, podendo ser indicadores de conflitos, desejos, reflexos de fantasias conscientes e inconscientes, além de refletir o funcionamento egóico do indivíduo. Segundo Freud (1900), os sonhos apresentam conteúdos manifestos e latentes, sendo estes últimos objeto de análise e interpretação do consciente, sendo considerados importantes dentro da psicanálise essa questão dos sonhos. Para as PBps, segundo Braier (1986), é importante não deixar passar essa questão o relato dos sonhos. Entretanto, chama a atenção para o fato do perigo de provocar excessiva regressão, desfavorável aos objetivos da PBps.

Wolberg (citado por Eizirik, *id. Ibid.*) enfatiza que o sonho não é uma produção “ao acaso” da mente, referindo-se ao princípio psicanalítico da economia psíquica, destacando no conteúdo latente dos sonhos as seguintes motivações :

- memórias ou experiências primitivas, talvez esquecidas que tiveram importância marcada para a pessoa;
- atitudes e fantasias em relação aos pais e familiares;
- defesas primitivas elaboradas contra experiências primitivas, situações e fantasias;
- experiências de vida imediatas e emocionalmente importantes;
- desejos atuais claros ou mascarados, bem como as defesas contra eles;
- impulsos e mecanismos inconscientes reprimidos;
- conflitos nascentes que criam na pessoa tensões e ansiedades;
- traços de caráter e mecanismos de defesa latentes;
- representações de diferentes aspectos do *self*;
- atitudes frente o terapeuta, incluindo transferências, resistências e reações defensivas às interpretações.

Na formulação dinâmica do sonho deve-se levar em conta: a conflitiva focal do paciente, sua história, sua situação presente de vida (contexto), as associações que faz ao sonho, o que acontece imediatamente na situação terapêutica e os elementos contratransferenciais.

Os “cuidados” que se deve tomar com a interpretação dos sonhos são idênticos aos mencionados anteriormente em relação às interpretações transferenciais , com ênfase no fato que devem ser preferencialmente ligadas ao foco do tratamento.

Zimerman (1999) destaca algumas indicações e contra-indicações para o processo psicanalítico. Afirma que é importante identificar o “*mundo interno*” do paciente e a

avaliação das instâncias psíquicas (id, ego e superego) e suas inter-relações e conflitos. Segundo ele, é possível afirmar que a pessoa que se está avaliando para um tratamento psicanalítico, como qualquer outro indivíduo, é a de um sujeito sujeitado a uma série de determinações que esse desconhece, por operarem desde o seu inconsciente, sob a forma de necessidades, desejos, capacidades latentes, mandamento, proibições e falsas convicções. Além do quadro de psicopatologia, até certo tempo atrás, havia uma contra-indicação para o tratamento que era o fator idade, que na atualidade deixou de ser excludente e é encarado com relativismo, desde que Melanie Klein estendeu a psicanálise às crianças. Outro fator anteriormente discutido era o chamado *período crítico* de um quadro clínico com sintomas agudos, situacionais, neuróticos ou psicóticos, entretanto, hoje os psicanalistas não receiam enfrentar essas situações, inclusive com uso simultâneo de psicofármacos.

Zimerman (1999) afirma que prevalecem como contra-indicações para o processo psicanalítico, os casos de alguma forma de degenerescência mental, ou aqueles pacientes que não demonstram a condição mínima de abstração e simbolização, bem como também para aqueles que apresentam uma motivação esdrúxula, além de outras situações diversas.

Nos casos de contra-indicação para as PBps, há uma intensa discussão e divergências entre os diversos estudiosos. Braier (2000) cita, por exemplo, que em casos de situações de desorganização temporária ou crônica do ego que impedem a focalização, depressões severas, organizações de personalidade *borderline* e psicoses agudas enquanto que Knobel (1986) não mantém restrições. Yoshida (1990) afirma que pode-se pensar em várias questões que surgem quando se analisa ou se indica um método de psicoterapia e que a interação estabelecida ocorre num contexto temporal específico, em um momento do processo evolutivo de cada um e a definição de características pessoais tanto do terapeuta quanto do paciente, serão fundamentais na indicação à PBps.

No caso das PBps, Enéas (1999) afirma que o crescimento das PBps e das pesquisas realizadas atualmente, proporcionaram o desenvolvimento de uma teoria da técnica psicoterápica de tempo limitado, permitindo articular recursos terapêuticos de forma a conduzir eficazmente o tratamento, visando desde o alívio dos sintomas até melhoras mais duradouras de padrões relacionais. Em consequência disso, viabilizou-se a possibilidade de atender diversos tipos de problemas, desde situações críticas circunstanciais, previsíveis ou não, desencadeadas por fatores externos até problemas emocionais menos atuais, para os quais, anteriormente era apenas recomendados para tratamentos de longa duração. O que muda, basicamente, em relação ao método psicoterápico mais tradicional é a de maior participação do terapeuta, tanto ao investigar o problema, quanto na intervenção e manutenção do foco de atenção do paciente e do terapeuta sobre o aspecto a ser trabalhado.

Yoshida (1993) afirma que: *"a psicoterapia breve não deve ser entendida como uma alternativa de "segunda linha", nem como uma panacéia aplicável a todas as situações"*, mas deve ser compreendida como uma oportunidade de atendimento eficaz para casos atualmente desatendidos ou que aguardam desnecessariamente uma terapia de longa duração. Segundo ela, esse tipo de ajuda, cientificamente fundamentado, responde mais prontamente à expectativa do paciente, constituindo-se na solução oferecida pela psicologia às inúmeras buscas da população.

Estabeleceu-se, assim, como objetivo deste estudo verificar se as diferenças teórico-técnicas se concretizam na prática profissional dos psicoterapeutas que intervêm no modelo da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e da Psicoterapia Breve Psicanalítica.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta de 26 psicoterapeutas clínicos, sendo 13 que se utilizam da abordagem Psicanalítica de longo prazo, nove sujeitos do sexo feminino (69,2%) e quatro do sexo masculino (30,8%), com média de idade de 37,23 anos. O tempo de formação médio foi de 7,6 anos e o tempo de atuação na área foi de 6,75 anos.

A amostra de sujeitos que se utilizam da Psicoterapia Breve Psicanalítica também foi de 13, sendo nove participantes do sexo feminino (69,2%) e quatro do sexo masculino (30,8%), com média de idade de 36,92 anos. O tempo de formação médio foi de 11,23 anos e o tempo de atuação na área foi de 9,62 anos.

Local

A aplicação do instrumento foi feita em Clínicas de Psicologia, localizadas em cidades do interior de São Paulo, onde atuam profissionais da psicologia com abordagem teórica psicanalítica em suas várias linhas.

Os contatos com as clínicas onde os profissionais atuam foram feitos através de telefone, ou pessoal a profissionais de conhecimentos do autor e a aplicação foi feita individual em alguns casos e coletivamente em outros, durante a realização de um curso onde estavam os profissionais que assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido e responderam ao questionário.

Instrumento

O instrumento foi um questionário com 27 afirmações sobre as diferenças teórico-técnicas entre a prática da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e a da Psicoterapia

Breve Psicanalítica, elaborado especialmente para esta pesquisa (anexo nº3) e o participante pode assinalar *sim*, *não*, ou *às vezes* para cada afirmativa.

Procedimento

Foi realizado um contato prévio com o responsável pela clínica com o objetivo de autorizar e coletar dados.

Foi esclarecido para os participantes o objetivo da pesquisa que é verificar se existem diferenças teórico-técnicas entre a prática da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e a da Psicoterapia Breve Psicanalítica.

Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2), em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e a outra com o pesquisador. Após a assinatura, foi fornecido o questionário e esclarecidas eventuais dúvidas sobre como deveria ser respondido.

A aplicação foi realizada de forma individual e coletiva dependendo da disponibilidade dos participantes e dos locais de aplicação.

O tempo de aplicação foi de aproximadamente 45 minutos.

Os dados foram submetidos a uma análise quanti-qualitativa das respostas do questionário, e os resultados estão apresentados em termos de estatística descritiva e inferencial (T-Test). Foi elaborada uma análise qualitativa dos resultados com o fim de alcançar os objetivos desta pesquisa.

RESULTADOS

Os dados foram submetidos a uma análise inferencial realizada através do T-Test, que realiza comparações estatísticas entre dois grupos, sendo considerados significativos os resultados menores que 0,05 ($<0,05$) e os resultados são apresentados abaixo:

Tabela 2. Estatística Descritiva dos Resultados

	Abordag	N	Média	Desvio padrão	Sig
1. Há um consenso de aceitação dos psicoterapeutas psicanalíticos de longo prazo pelos modelo de Psicoterapia Breve Psicanalítica	Tradicional	13	0,69	0,751	0,011
	Psicoterapia Breve	13	1,46	0,660	
2. Considero que existe abertura a novas técnicas psicoterápicas na atualidade.	Tradicional	13	1,69	0,480	0,251
	Psicoterapia Breve	13	1,46	0,519	
3. Considero a Associação Livre fundamental em meu trabalho.	Tradicional	13	1,69	0,630	0,004
	Psicoterapia Breve	13	1,08	0,277	
4. Considero a neurose de transferência como fundamental no tratamento psicoterápico.	Tradicional	13	1,54	0,660	0,159
	Psicoterapia Breve	13	1,15	0,689	
5. Considero a frequência das sessões importante.	Tradicional	13	1,85	0,376	0,153
	Psicoterapia Breve	13	2,00	0,000	
6. Determino a duração do tratamento.	Tradicional	13	0,23	0,439	0,000
	Psicoterapia Breve	13	1,85	0,555	
7. Considero fundamental o estabelecimento do vínculo analítico.	Tradicional	13	2,00	0,000	0,327
	Psicoterapia Breve	13	1,92	0,277	
8. Considero a diretividade como fundamental durante o processo terapêutico.	Tradicional	13	0,69	0,630	0,005
	Psicoterapia Breve	13	1,54	0,776	
9. Para mim, o uso do divã é essencial para o trabalho terapêutico.	Tradicional	13	0,54	0,660	0,555
	Psicoterapia Breve	13	0,38	0,650	

Tabela 2. Estatística Descritiva dos Resultados (continuação)

10. Planejo o processo terapêutico.	Tradicional	13	0,54	0,519	0,000
	Psicoterapia Breve	13	1,77	0,439	
11. Considero o trabalho dos conflitos infantis essencial para o progresso do paciente.	Tradicional	13	1,62	0,506	0,001
	Psicoterapia Breve	13	0,85	0,555	
12. Considero fundamental trabalhar as resistências do paciente com profundidade.	Tradicional	13	1,62	0,650	0,003
	Psicoterapia Breve	13	0,69	0,751	
13. Considero importante o paciente possuir capacidade de insight.	Tradicional	13	1,46	0,519	0,511
	Psicoterapia Breve	13	1,62	0,650	
14. Considero que existem restrições, e que nem todos os casos são indicados para psicoterapia de abordagem psicanalítica tradicional.	Tradicional	13	1,23	0,927	0,202
	Psicoterapia Breve	13	1,62	0,506	
15. Acredito que a Psicoterapia Breve é mais acessível que a Psicoterapia Tradicional.	Tradicional	13	0,77	0,725	0,009
	Psicoterapia Breve	13	1,54	0,660	
16. Entendo que superar sintomas e crises constitui a base da psicoterapia.	Tradicional	13	1,15	0,987	0,051
	Psicoterapia Breve	13	1,77	0,439	
17. Considero o favorecimento da regressão como essencial para o tratamento.	Tradicional	13	1,00	0,816	0,126
	Psicoterapia Breve	13	0,54	0,660	
18. Estabeleço a duração do tratamento.	Tradicional	13	0,15	0,376	0,000
	Psicoterapia Breve	13	1,69	0,630	
19. Focalizo aspectos emocionais emergentes que trazem angústia ao paciente.	Tradicional	13	1,15	0,689	0,001
	Psicoterapia Breve	13	1,92	0,277	
20. Planejo o início, meio e fim do tratamento.	Tradicional	13	0,15	0,376	0,000
	Psicoterapia Breve	13	1,54	0,660	
21. Entendo que fortalecer as funções egóicas é fundamental para o tratamento.	Tradicional	13	1,23	0,439	0,233
	Psicoterapia Breve	13	1,46	0,519	
22. Acredito que não existem restrições para este tipo de atendimento que adoto.	Tradicional	13	1,00	0,913	0,835
	Psicoterapia Breve	13	0,92	0,954	

Tabela 2. Estatística Descritiva dos Resultados (continuação)

23. Entendo suportar o silêncio do meu paciente é importante, mesmo se este for prolongado.	Tradicional	13	1,69	0,480	0,000
	Psicoterapia Breve	13	0,62	0,768	
24. Considero importante o papel da interpretação.	Tradicional	13	1,92	0,277	0,147
	Psicoterapia Breve	13	1,69	0,480	
25. Considero importante o trabalho com sonhos sempre que possível.	Tradicional	13	1,85	0,376	0,000
	Psicoterapia Breve	13	0,77	0,725	
26. Considero de fundamental importância trabalhar aspectos inconscientes visando a reconstrução da estrutura da personalidade.	Tradicional	13	1,85	0,376	0,014
	Psicoterapia Breve	13	1,31	0,630	
27. Considero a alta fundamental.	Tradicional	13	1,23	0,832	0,050
	Psicoterapia Breve	13	1,77	0,439	

Os itens considerados significativos na comparação entre os dois grupos foram: 1,3,6,8,10,11,12,15,16,18,19,20,23,25,26,27.

Os itens que se destacaram (obtiveram maior média) para a Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo foram: 3, 11, 12, 23, 25 e 26.

Para a Psicoterapia Breve Psicanalítica, os itens que se destacaram (obtiveram maior média) foram: 1, 6, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20 e 27.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através do questionário aplicado em campo obtiveram alguns aspectos importantes a serem discutidos em relação a fins terapêuticos, temporalidade e técnicas utilizadas nos dois modelos estudados.

Embora o próprio Freud (1918) tenha aberto uma possibilidade a mudanças no modelo tradicional da psicanálise em relação às técnicas tradicionais, a pesquisa realizada demonstrou que há um longo caminho à concretização dessas mudanças. As pesquisas e estudos que culminaram no modelo da Psicoterapia Breve Psicanalítica ainda parecem ser bastante questionados e discutidos no meio acadêmico e também entre os psicanalistas de formação mais tradicional.

Neste estudo, pode-se verificar que há uma diferença estatística significativa em relação a afirmação 1: *“Há um consenso de aceitação dos psicoterapeutas psicanalíticos de longo prazo pelos modelo de Psicoterapia Breve Psicanalítica”*, sendo que o destaque relaciona-se ao fato de que os de abordagem tradicional tem um média menor (0,69) de aceitação pelo modelo Breve enquanto que os de abordagem breve tem uma média alta de concordância (1,46), sendo que a média varia entre 0-2. Isso pode sugerir que existem ainda certas restrições em considerar o modelo da Psicoterapia Breve Psicanalítica como inteiramente aceito dentro da abordagem psicanalítica. Sobre esse ponto, defende Yoshida (1993) que *“a psicoterapia breve não deve ser entendida como uma alternativa de “segunda linha”, nem como uma panacéia aplicável a todas as situações”*, sendo considerada uma defesa à esse tipo de tratamento. A resposta a esta questão representa margem de questionamentos, e novas pesquisas sobre os *“porquês”* dessa diferença entres psicanalistas de uma ou outra abordagem, não apresentarem concordância na aceitação do

modelo da Psicoterapia Breve Psicanalítica devem ser pesquisados e seus resultados divulgados.

Em relação à afirmação 3: “*Considero a Associação Livre fundamental em meu trabalho*”, houve diferenças entre as médias (1,69 e 1,08, Tradicional e Breve, respectivamente). Neste caso, devem-se considerar as diferentes formas técnicas envolvidas em uma e outra abordagem e as diferenças de objetivo de cada forma terapêutica no manejo da Associação Livre, sendo então que era esperado uma diferença significativa neste item.

Em relação ao item 6: “*Determino a duração do tratamento*”, também era esperado uma diferença significativa entre as médias (0,23 e 1,85, Tradicional e Breve, respectivamente) haja visto que na psicoterapia psicanalítica de longo prazo, não se espera um preparo para as sessões, enquanto que na Psicoterapia Breve Psicanalítica, a duração do tratamento diz respeito a temporalidade e esta é planejada pelas restrições técnicas e focais do modelo de tratamento.

Em relação ao item 8: “*Considero a diretividade como fundamental durante o processo terapêutico*”, as diferenças entre as médias era esperada (0,69 e 1,54, Tradicional e Breve, respectivamente), haja visto que a diretividade é bastante presente na PBps e não presente na abordagem psicanalítica de longo prazo, pelo próprio enfoque e uso da Associação Livre que é fundamental no processo terapêutico tradicional.

Em relação ao item 10: “*Planejo o processo terapêutico*”, as diferenças entre as médias (0,54 e 1,77, Tradicional e Breve, respectivamente) são evidenciadas entre os dois tipos de abordagem, e explicam-se pelas diferenças de enquadre psicoterápico característicos delas. Deve-se levar em conta que o planejamento tratado aqui refere-se a um plano de ação específico que requer focalização nos objetivos propostos, o que significaria que na PBps, por exemplo, estes são bem limitados e específicos e são restritos

aos motivos que levaram o paciente a procurar ajuda profissional enquanto que na Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo, não há esse planejamento formal.

Em relação ao item 11: “*Considero o trabalho dos conflitos infantis essencial para o progresso do paciente*”, a diferença encontrada, evidenciada pelas médias de cada abordagem (1,62 e 0,85, Tradicional e Breve, respectivamente), também eram considerados esperados, uma vez que há na Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo um intenso interesse em trabalhar os conflitos infantis, visando a reconstrução da estrutura de personalidade, trabalhando a regressão e procurando a instauração da neurose de transferência para análise de transferência do paciente para com o terapeuta, enquanto que na PBps esse tipo de análise não é desejada, pois não se tem interesse em obter tal nível de regressão, sendo que os conflitos infantis que forem sendo desvendados durante o processo, só serão interpretados ou trabalhados quando tiverem algum tipo de relação com a queixa central do atendimento, e mesmo assim, serão trabalhados parcialmente, evitando sempre que possível a neurose de transferência.

Em relação ao item 15: “*Acredito que a Psicoterapia Breve é mais acessível que a Psicoterapia Tradicional*”, as diferenças entre as médias (0,77 e 1,54, Tradicional e Breve, respectivamente), é estatisticamente significativa e tem inteira relação com o item 1: “*Há um consenso de aceitação dos psicoterapeutas psicanalíticos de longo prazo pelos modelo de Psicoterapia Breve Psicanalítica*”, sendo que há uma confirmação de que os psicoterapeutas que se utilizam do modelo tradicional ainda tem resistências ao modelo da Psicoterapia Breve, podendo-se levantar a hipótese de que ainda há uma intensa necessidade de discussões e avaliações dos dois modelos de psicoterapia e da necessidade de um repensar sobre as questões que envolvem esses conflitos.

Em relação ao item 16: “*Entendo que superar sintomas e crises constitui a base da psicoterapia*”, a diferença entre as médias (1,15 e 1,77, Tradicional e Breve,

respectivamente) é relativamente pequena, o que pode significar que ainda não há uma definição consensual sobre se esse é um objetivo claramente definido na Psicoterapia em geral, embora os de abordagem Breve tenham obtido uma média maior, o que pode indicar maior clareza.

Em relação ao item 18: “*Estabeleço a duração do tratamento*”, a diferença entre as médias (0,15 e 1,69, Tradicional e Breve, respectivamente) foi significativa e confirma a teoria no que diz respeito à temporalidade. A baixa média da Psicoterapia de longo prazo era esperada e tem relação direta com o modelo e os objetivos a que se propõe, enquanto que os de abordagem Breve tem isso bem definido já pelas próprias técnicas e duração bem estabelecidos.

Em relação ao item 19: “*Focalizo aspectos emocionais emergentes que trazem angústia ao paciente*”, a diferença entre as médias era esperada (1,15 e 1,92, Tradicional e Breve, respectivamente), e é um ponto que deve levantar novas pesquisas e ser melhor explorado. Do ponto de vista teórico, os psicoterapeutas que se utilizam da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo não deveriam ter um foco em aspectos emocionais emergentes, embora pudessem dar atenção a eles, uma vez que focalizar estes aspectos emergentes poderia significar uma certa diretividade, característica técnicas da PBps. O que pode ter acontecido neste item é uma interpretação diferente da esperada pelo pesquisador na composição, ou seja, o item pode ter sido mal escrito ou pode mesmo haver uma falta de clareza técnica por parte dos terapeutas.

Em relação ao item 20: “*Planejo o início, meio e fim do tratamento*”, as diferenças entre as médias (0,15 e 1,54, Tradicional e Breve, respectivamente) era esperada e relacionada com o item 10.

Em relação ao item 23: “*Entendo que suportar o silêncio do meu paciente é importante, mesmo se este for prolongado*”, as diferenças entre as médias (1,69 e 0,62,

Tradicional e Breve, respectivamente) foram esperadas. Do ponto de vista teórico, suportar o silêncio é absolutamente característico da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo, enquanto que pelo aspecto focal e técnico da PBps, este silêncio não é produtivo.

Em relação ao item 25: “*Considero importante o trabalho com sonhos sempre que possível*”, as diferenças entre as médias (1,85 e 0,77, Tradicional e Breve, respectivamente) resultando numa diferença estatística significativa era esperada. Wolberg cita a importância dos sonhos em seus estudos em concordância com os achados de Freud, esperando que o analista compreendesse e interpretasse seus sonhos, procurando encontrar os conteúdos latentes e as manifestações do inconsciente, considerando tal tarefa incorporada à capacidade analítica do terapeuta. A baixa média encontrada na pesquisa entre os de PBps encontra respaldo na citação de Braier com sua contribuição de que os sonhos podem ser trabalhados no contexto da PBps, porém com uma certa cautela por parte do psicoterapeuta para não favorecer uma excessiva regressão. Estes resultados neste item parecem confirmar as citações dos autores e parecem evidenciar a clareza por parte dos dois tipos de abordagem estudados nesta pesquisa.

Em relação ao item 26: “*Considero de fundamental importância trabalhar aspectos inconscientes visando a reconstrução da estrutura da personalidade*”, a diferença entre as médias (1,85 e 1,31, Tradicional e Breve, respectivamente) também era esperada. Os estudos teóricos realizados por Zimerman e Freud confirmam a importância de se trabalhar os aspectos inconscientes do sujeito com profundidade, interpreta-los, trabalhar as transferências, resistências do paciente, de forma que ele obtivesse *insights* e estes o reconduzissem a uma mudança caracteriológica de estrutura de personalidade, enquanto que Braier diz que na PBps, as metas são reduzidas. A confirmação das diferenças entre as duas abordagens pode ser confirmada neste item.

Em relação ao item 27: “*Considero a alta fundamental*”, as diferenças entre as médias (1,23 e 1,77, Tradicional e Breve, respectivamente) eram esperados. Há uma maior clareza no critério de alta por parte dos que se utilizam de PBps pelas próprias limitações e foco do problema circunstancial característicos dessa abordagem, confirmando que Braier já havia dito. Por outro lado, os critérios de alta por parte dos psicoterapeutas da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo nem sempre são tão claros, e devem ser pesquisados com maior intensidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação a esta pesquisa, são necessários alguns esclarecimentos: houve várias dificuldades na aplicação do questionário neste estudo por recusa dos profissionais em respondê-lo, fato mais evidente entre os psicanalistas de longo prazo e uma dificuldade de acesso aos psicanalistas que se utilizam da Psicoterapia Breve Psicanalítica em relação a interesse em responder as questões e disposição de tempo em receber o pesquisador. Estas dificuldades justificam o número reduzido de sujeitos na presente pesquisa e impossibilitam a generalização dos resultados. Um outro fato a ser destacado foi a dificuldade em encontrar pesquisas sobre o mesmo assunto na literatura científica. Existem vários estudos sobre um e outro tipo de abordagem e a evolução da Psicanálise na atualidade resultando no modelo da Psicoterapia Breve Psicanalítica, mas nenhum estudo que verificasse se no exercício profissional de cada um dos modelos teóricos estudados (Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e Psicoterapia Breve Psicanalítica) as diferenças estudadas são realmente exercidas como no campo teórico. Este fato justifica a presente pesquisa, com as limitações já citadas, e pode constituir um campo de novos estudos a serem realizados, com maior número de sujeitos. O instrumento utilizado foi um questionário com 27 afirmações, construído especificamente para este trabalho, e pode-se verificar que em alguns itens, houve dificuldade de compreensão da frase, o que pode ter causado algum tipo de viés indesejado. Sugere-se também a construção e reformulação de novos instrumentos com padrões psicométricos para uma melhor fidedignidade dos dados obtidos.

Os dados analisados pareceram confirmar as diferenças teórico-técnicas existentes na prática profissional dos que se utilizam da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e também no exercício profissional dos que se utilizam da Psicoterapia Breve Psicanalítica,

parecendo haver uma clareza e focalização da multiplicidade de recursos terapêuticos envolvidos nela. Uma grande questão que surgiu foi que embora haja especificidade por parte dos profissionais de uma ou outra abordagem, não há um claro consenso de aceitação do modelo de PBps por parte dos psicanalistas que se utilizam da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo, sendo que a continuidade de pesquisas nessa área de suma importância para o avanço de novos modelos psicoterápicos que possam trazer benefícios aos pacientes a elas submetidos.

REFERÊNCIAS

- Amorim, S.M.F. de (2005). *Apostila do Curso de Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*.
- Braier, E. A. (1986). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Braier, E. A. (2000). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Campos, L.F.L.C. (2004). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia*. Campinas: Editora Alínea.
- Cordioli, A . V. (1993). *Psicoterapias. Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Enéas, M.L.E. (1999). *O critério motivacional na indicação de psicoterapias breves de adultos*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 105p.
- Eizirik, C. & Col. (1986). *Psicoterapia de orientação analítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fiorini, H.J.(1981). *Desenvolvimento em Psicoterapia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves
- Freud, S. (1900). *Edição Eletrônica de Freud, vol. V*. Edição Brasileira. IN: A interpretação dos sonhos (segunda parte). Imago. Brasil.
- Freud, S. (1918). *Edição Eletrônica de Freud, vol. XVII*. Edição Brasileira. IN: Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. Imago. Brasil.
- Gilliéron, E.(1986). *As psicoterapias breves*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Gilliéron, E. (1993). *Introdução às psicoterapias breves*. São Paulo: Martins Fontes.
- Grinberg.L. (1977). “*Psicoanálisis*”, Enciclopédia de Psiquiatria. El Ateneo. Buenos Aires
- Knobel, M. (1986). *Psicoterapia breve*. São Paulo: EPU.
- Laplanche, J. & Pontalis J. B. (1980). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Oliveira, T. I.(1999). *Psicoterapia Psicodinâmica breve: dos precursores aos modelos atuais*.

Yoshida, E. M. P. (1990). *Psicoterapias dinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos*. São Paulo: EPU.

Yoshida, E.M. P. (1993). *A Psicoterapia Breve na realidade brasileira*. IN: Mudanças: na psicoterapia e estudos psicossociais.

Yoshida, E.M.P.(2004) *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas: Alínea.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed

ANEXOS

Anexo 1 -Modelo de Carta de apresentação de aluno à instituição para coleta de dados

À (nome da instituição).....

Exmos.(as) senhores (as)

Assunto: apresentação de aluno para coleta de dados de pesquisa

Apresento o aluno Sany Robert Alkschbirs, R.A. 002200300945, cursando a disciplina de Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso, do nono semestre de Psicologia, da Universidade São Francisco, campus Itatiba, para coletar dados da pesquisa intitulada. Psicoterapia Psicanalítica: as diferenças teórico-técnicas que fundamentam a prática da psicoterapia psicanalítica de longo prazo e psicoterapia breve psicanalítica, sob a responsabilidade do professor Ms. José Mauricio Haas Bueno, cujo objetivo é verificar se existem diferenças teórico-técnicas entre a prática da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e a da Psicoterapia Breve Psicanalítica. O prazo para a conclusão da pesquisa é o mês de junho de 2008, havendo, assim, necessidade de que a coleta seja realizada no mês de agosto e setembro de 2007. Esclarecemos que os dados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos e que o nome da instituição, bem como quaisquer outras informações que possam identificar os participantes da pesquisa serão mantidas em sigilo. Os participantes deverão assinar as duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido, cujo modelo encontra-se anexo a este documento. Colocamo-nos à disposição para outras informações e para responder as possíveis dúvidas, através do fone (11) 4534 8000.

Itatiba,/..../2007

Atenciosamente

Profa. Dra. Anália Martins Cosac Quelho
Coordenadora do curso de Psicologia

Ciente do responsável na Instituição:
Nome do responsável na Instituição:.....
Assinatura:.....

Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Psicoterapia Psicanalítica: as diferenças teórico-técnicas que fundamentam a prática da psicoterapia psicanalítica de longo prazo e psicoterapia breve psicanalítica.

Eu,.....
, RG.....; idade.....; (endereço):
, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Prof. Ms. José Mauricio Haas Bueno, membro do curso de Psicologia da Unidade Acadêmica da área de Ciências Humanas e Sociais da Universidade São Francisco, e do aluno do curso de Psicologia Sany Robert Alkschbirs.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 - O objetivo da pesquisa é verificar se existem diferenças teórico-técnicas entre a prática da Psicoterapia Psicanalítica de longo prazo e Psicoterapia Breve Psicanalítica.

2 - Durante o estudo será aplicado individualmente ou coletivamente um questionário com vinte e sete afirmações, sobre a prática profissional do participante, sendo que as respostas possíveis são: *sim, não ou às vezes*.

3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;

4 - A resposta a este (s) instrumento(s) poderá causar constrangimento;

5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;

6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 4534-8117;

8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Profª Ms. José Mauricio Haas Bueno, sempre que julgar necessário pelo telefone: (11) 4534 8000;

9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Itatiba, _____ de _____ 2007

Assinatura do voluntário ou responsável legal:

Anexo 3 **-Questionário**

Participante nº _____
Sexo () masc () fem
Idade: _____
Tempo de formação: _____
Tempo de atuação: _____
Orientação teórica (Freud, Lacan, etc): _____
Abordagem: () **Psicoterapia Psicanalítica**
 () **Psicoterapia Breve Psicanalítica**

As afirmações abaixo estão relacionadas com a pesquisa sobre Psicoterapia Psicanalítica: as diferenças teórico-técnicas que fundamentam a prática da psicoterapia psicanalítica de longo prazo e psicoterapia breve psicanalítica. Sendo assim, o objetivo é verificar se no exercício profissional do psicólogo, essas diferenças são evidenciadas.

Instruções: Leia atentamente as afirmações abaixo e assinale sim, não ou às vezes para cada uma das duas colunas (PP e PBps), baseado em você concordar ou não com as afirmações apresentadas.

Afirmações	
1. Há um consenso de aceitação dos psicoterapeutas psicanalíticos de longo prazo pelos modelo de Psicoterapia Breve Psicanalítica.	() sim () às vezes () não
2. Considero que existe abertura a novas técnicas psicoterápicas na atualidade.	() sim () às vezes () não
3. Considero a Associação Livre fundamental em meu trabalho.	() sim () às vezes () não

Afirmações	
4. Considero a neurose de transferência como fundamental no tratamento psicoterápico.	() sim () às vezes () não
5. Considero a frequência das sessões importante.	() sim () às vezes () não
6. Determino a duração do tratamento.	() sim () às vezes () não
7. Considero fundamental o estabelecimento do vínculo analítico.	() sim () às vezes () não
8. Considero a diretividade como fundamental durante o processo terapêutico.	() sim () às vezes () não
9. Para mim, o uso do divã é essencial para o trabalho terapêutico.	() sim () às vezes () não
10. Planejo o processo terapêutico.	() sim () às vezes () não
11. Considero o trabalho dos conflitos infantis essencial para o progresso do paciente.	() sim () às vezes () não
12. Considero fundamental trabalhar as resistências do paciente com profundidade.	() sim () às vezes () não
13. Considero importante o paciente possuir capacidade de <i>insight</i> .	() sim () às vezes () não

Afirmações	
14. Considero que existem restrições, e que nem todos os casos são indicados para psicoterapia de abordagem psicanalítica tradicional.	() sim () às vezes () não
15. Acredito que a Psicoterapia Breve é mais acessível que a Psicoterapia Tradicional.	() sim () às vezes () não
16. Entendo que superar sintomas e crises constitui a base da psicoterapia.	() sim () às vezes () não
17. Considero o favorecimento da regressão como essencial para o tratamento.	() sim () às vezes () não
18. Estabeleço a duração do tratamento.	() sim () às vezes () não
19. Focalizo aspectos emocionais emergentes que trazem angústia ao paciente.	() sim () às vezes () não
20. Planejo o início, meio e fim do tratamento.	() sim () às vezes () não
21. Entendo que fortalecer as funções egóicas é fundamental para o tratamento.	() sim () às vezes () não

Afirmações	
22. Acredito que não existem restrições para este tipo de atendimento que adoto.	() sim () às vezes () não
23. Entendo suportar o silêncio do meu paciente é importante, mesmo se este for prolongado.	() sim () às vezes () não
24. Considero importante o papel da interpretação.	() sim () às vezes () não
25. Considero importante o trabalho com sonhos sempre que possível.	() sim () às vezes () não
26. Considero de fundamental importância trabalhar aspectos inconscientes visando a reconstrução da estrutura da personalidade.	() sim () às vezes () não
27. Considero a alta fundamental.	() sim () às vezes () não