

## A psicanálise aplicada à terapêutica: uma perspectiva histórica

**Lúcia Grossi dos Santos**

Mestrado em Filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais / UFMG (Minas Gerais, Brasil)  
Doutorado em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise em Paris 7 (Paris, França)  
Professora adjunta IV da Universidade Fundação Mineira de Educação e Cultura / FUMEC  
(Minas Gerais, Brasil)  
Analista Praticante da Escola Brasileira de Psicanálise (Brasil) e da Associação Mundial de  
Psicanálise (Paris, França)  
E-mail: [lgrossi.bhe@terra.com.br](mailto:lgrossi.bhe@terra.com.br)

**Ilka Franco Ferrari**

Professora na graduação e pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de  
Minas Gerais / PUC-MG (Minas Gerais, Brasil)  
Membro da Escola Brasileira de Psicanálise (Brasil) e da Associação Mundial de Psicanálise  
(Paris, França)  
E-mail: [francoferrari@pucminas.br](mailto:francoferrari@pucminas.br)

---

### Resumo

Este artigo pretende percorrer a história do conceito de psicanálise aplicada à terapêutica para pensar as condições de funcionamento de uma prática psicanalítica no contexto das clínicas universitárias. Nesta retomada histórica, privilegia-se a discussão sobre a técnica ativa, proposta por Ferenczi, e a educação emocional corretiva, proposta por Alexander, que inspiraram as chamadas Psicoterapias Breves. Finalmente debruça-se sobre a experiência, iniciada em 2003, através de Centros Psicanalíticos de Consulta e Tratamento (CPCTs), de oferecer à população tratamento gratuito com tempo limitado, funcionando também como lugar de formação e pesquisa. Consideramos que esta experiência pode contribuir para a discussão sobre a prática terapêutica de orientação psicanalítica oferecida nas clínicas universitárias.

Palavras-chave: psicanálise aplicada, terapêutica, CPCT, clínica universitária.

---

### La psychanalyse appliquée à la thérapeutique: une perspective historique

Cet article l'intention de faire un parcours historique sur la question de la psychanalyse appliquée à la thérapeutique, pour analyser les conditions de fonctionnement d'une pratique psychanalytique dans le contexte des cliniques universitaires. Dans cette reprise historique nous avons privilégié la technique active, proposée par Ferenczi, et l'éducation émotionnelle corrective, proposée par Alexander, qui sont reconnues comme inspiratrices des Psychotérapies Brèves. Finalement nous examinons l'expérience initiée en 2003, dans le CPCT (Centre Psychanalytique de Consultation et Traitement), qui propose des traitements gratuits avec un temps limité et qui fonctionne aussi comme un centre de formation et de recherche clinique. Nous considérons que cette expérience peut contribuer au débat sur la pratique thérapeutique d'orientation psychanalytique dans le contexte des cliniques universitaires.

Mots-clés: psychanalyse appliquée, thérapeutique, CPCT, cliniques universitaires.

---

### A historical perspective in psychoanalysis applied to therapeutics

This article aims to conduct a historical approach of psychoanalysis applied in therapeutics in order to consider the operating conditions of a psychoanalytic practice in the university's clinics. In this historical perspective, we emphasize the discussion about Ferenczi's active technique, as well as Alexander's corrective emotional experience, which have inspired the Brief Psychotherapies. Finally, we examine the CPCT's (Psychoanalytic Center of Consultation and Treatment) experience, initiated in 2003, which offers a free treatment for a limited time to the community, working also as training and research clinics. We consider that this experience can contribute to the discussion about the psychoanalytical therapeutic practice offered in the University's clinics.

Key words: applied psychoanalysis, therapeutics, CPCT, university's clinics.

## **A psicanálise aplicada à terapêutica: uma perspectiva histórica<sup>1</sup>**

*Lúcia Grossi dos Santos & Ilka Franco Ferrari*

Historicamente, a psicanálise nasceu como uma terapêutica, portanto Freud fez da sua prática um campo de aprendizagem e de investigação que lhe permitiu criar um novo campo de pensamento. Quando ele aplicou o método de interpretação dos sonhos aos seus próprios sonhos, o que estaria fazendo? Investigando ou se tratando?

O que estava em jogo na clínica freudiana, a partir do momento em que Freud abandonou a hipnose, era, sobretudo, o estabelecimento do método que conjugava a associação livre e a interpretação, mas também um novo método de investigação do psiquismo. O livro *A interpretação dos sonhos* (Freud, 1900) teria a missão de divulgar o novo método clínico e a nova teoria do aparelho psíquico. O futuro da psicanálise dependia da aceitação da existência do inconsciente e do método de decifração. A publicação de *A interpretação dos sonhos*, em 1900, não realizou de imediato esse sonho de Freud, ele seria adiado. A grande descoberta do desejo inconsciente, a princípio, tocou a poucos.

### **A expansão da psicanálise**

Freud nos contou, em "História do movimento psicanalítico" (Freud, 1914), que um pequeno grupo se reuniu em torno dele a partir de 1902, mas apenas em 1907 a situação mudou: Eugen Bleuler (1857-1939) comunicou-lhe que estava estudando e aplicando a psicanálise na Clínica de Burghölzli, na Suíça.

Burghölzli foi um manicômio inaugurado em 1º de julho de 1870. Segundo Richebächer era uma instituição que:

Nasce do ímpeto de levar luz para o caos e a escuridão da loucura. Pessoas com doenças mentais não devem mais ser marginalizadas e isoladas, mas sim receber cuidados e um tratamento mais humano. A decisão do governo de Zurique de fundir o cargo de diretor da clínica com a cadeira de psiquiatria da universidade é um claro sinal de política sanitária. (Richebächer, 2012, p. 64)

Em 1898, Eugen Bleuler foi nomeado diretor de Burghölzli. Ele havia estudado com Jean Martin Charcot (1825-1893), assim como Freud. Entusiasmou-se com os textos de Freud sobre a histeria e os sonhos e usou, no tratamento de seus pacientes, o método de interpretação dos sonhos, escrevendo para Freud e pedindo que este o ajudasse a interpretá-los. De acordo com Richebächer (2012, p. 69), Bleuler era o primeiro professor universitário a admitir os métodos freudianos no que se referia aos distúrbios mentais.

Burghölzli era, portanto, o local da primeira experiência de aplicação da psicanálise ao campo do tratamento da psicose e era também um lugar de formação. Em 1907, Bleuler, juntamente com

seu assistente, Carl Gustav Jung (1875-1961), praticaram a interpretação e o método da associação de palavras para investigar o psiquismo de seus pacientes. Muitos psiquiatras da Europa fizeram estágio ou trabalharam nesse hospital e ali conheceram a psicanálise: Karl Abraham (alemão, 1877-1925), Sándor Ferenczi (húngaro, 1873-1933), Abraham Brill (americano, 1874-1948), Ernest Jones (inglês, 1879-1958), além dos suíços Ludwig Binswanger (1881-1966), Franz Riklin (1878-1938) e Emil Oberholzer (1883-1958), e dos russos Max Eitington (1881-1943), Herman Nunberg (1883-1970), Sabina Spielrein (1885-1942), Tatiana Rosenthal (1885-1921), entre outros.

Apesar de se reconhecer solitário no início de seu trabalho, Freud nunca se propôs a ser o único. A descoberta da psicanálise não poderia ser sustentada e perpetuada por um só. Por isso Freud fez da psicanálise não somente uma teoria e uma prática, mas a instituiu como um movimento, o qual foi impulsionado pelo que poderíamos denominar uma vontade de expansão de Freud. Segundo Carneiro e Vieira (2011, p. 57), "Freud não recebeu seus primeiros discípulos com o intuito de analisá-los, mas para impulsioná-los a participar do movimento de expansão da psicanálise".

Durante algum tempo, entre 1907 e 1913, houve dois pólos de formação para os interessados na psicanálise: Viena e Zurique. O primeiro grupo, diretamente ligado a Freud, reunia-se em sua casa, nas famosas noites das quartas-feiras. Em Zurique, a formação acontecia de forma mais ampliada e institucionalizada, o que dava maior credibilidade à psicanálise. Freud não controlava a experiência da Escola de Zurique e a acolhia como uma expansão da psicanálise. O entusiasmo de Jung conduziu à realização do primeiro Congresso Psicanalítico, realizado em Salzburg, em 1908.

Uma primeira expansão das fronteiras da psicanálise para além da Europa aconteceria em 1909, com o convite feito a Freud para a comemoração dos 20 anos da Clark University de Massachusetts. Carl Gustav Jung, Sándor Ferenczi, Ernest Jones e Abraham Brill foram também convidados a participar das celebrações. Nessa viagem, o mal-estar entre Freud e Jung já se manifestava. Finalmente, em 1913, a ruptura se deu e perdeu-se, então, o vínculo com o grupo suíço. Mas, a essa altura, já havia outros pólos importantes: Berlim (Abraham), Budapeste (Ferenczi) e Londres (Jones).

Em 1910, Freud já tinha clara noção de que a psicanálise, mesmo incomodando por suas descobertas (inconsciente, sexualidade, recalque), tinha também uma eficácia incontestável e, por isso, tinha futuro no campo do tratamento do sofrimento mental. Historicamente, observava-se que havia necessidade de se constituírem grupos que se transformariam em instituições para, assim, buscarem um lugar social para uma prática compartilhada.

### **A aplicação da psicanálise**

A primeira referência direta à ideia de aplicação da psicanálise apareceu na introdução ao caso Hans, que foi escrito e publicado em 1907. Freud esclareceu que não se tratava de um caso de sua clínica, e que o tratamento da criança foi efetuado pelo pai, sob sua supervisão. O próprio Freud não considerava que o método de tratamento psicanalítico fosse adequado às crianças e declarou:

“Sem ele (o pai), as dificuldades técnicas no caminho da aplicação da psicanálise numa criança tão jovem teriam sido incontornáveis” (Freud, 1909, p. 15). O tratamento de Hans foi também o primeiro caso documentado de supervisão psicanalítica.

A entrada das mulheres no grupo é determinante para que a criança passasse a ser vista com plenos direitos a um tratamento analítico, adaptado às suas particularidades. Vemos isso em Melanie Klein, com a ludoterapia, que substituiu o método de associação livre, e também em Sabina Spielrein, com uso de técnicas e mesmo de testes, além da fala espontânea da criança. A história mostraria como a psicanálise de crianças passaria a ser o centro do interesse de boa parte da segunda geração de psicanalistas, que se dedicariam a examinar a relação mãe-criança.

No final da Primeira Guerra Mundial, até pelo fato de alguns analistas médicos terem “aplicado” seus conhecimentos a situações de tratamentos de urgência, entrou em pauta a discussão sobre a ampliação do dispositivo da psicanálise para situações diferentes daquelas típicas do consultório particular. No V Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste, em setembro de 1918, Freud apresentou o texto “Linhas de progresso na terapia analítica”, e se preocupou em redefinir o objetivo da psicanálise, acentuando a vertente do saber ou, como ele chamava, “o conhecimento do inconsciente, dos impulsos recalçados que nele existem” (Freud, 1930, p. 201). Ele lembrou que o analista explorava a transferência para obter esse conhecimento. Nesse texto, apareceu a questão do método ativo em psicanálise, expressão trazida por Ferenczi. Freud (1930, p. 206) foi categórico quando afirmou: “A atividade, por parte do médico, deve assumir a forma de enérgica oposição a satisfações substitutivas”. No entanto, ele admitiu o fato de que as variadas formas de doença não podiam ser tratadas pela psicanálise com a mesma técnica: aí, sim, entraria um novo tipo de atividade.

Dois exemplos elucidavam seu argumento. O primeiro seria o de uma fobia grave, o que hoje corresponderia a uma síndrome do pânico. Segundo Freud, era preciso começar moderando a fobia, ou, dito de outro modo, apaziguando o excesso de angústia, para depois o sujeito poder entrar no dispositivo analítico. O outro exemplo se relacionava aos casos graves de atos obsessivos, nos quais não seria indicada uma atitude de espera passiva. Freud se referia, de forma alusiva, ao caso do Homem dos Lobos e admitia que os exemplos dados eram “amostras dos novos avanços para os quais a nossa terapia tende” (Freud, 1930, p. 209).

Freud vislumbrava no futuro um acesso das massas ao tratamento psíquico, indicando que esses tratamentos seriam gratuitos e que os psicanalistas deveriam adaptar sua técnica às novas condições. No final do texto, concluiu:

É muito provável que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta (...). No entanto qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir (...) os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser aqueles tomados à psicanálise rigorosa e não tendenciosa. (Freud, 1930, p. 211)

Dessa passagem nos interessa sublinhar a ideia de uma psicanálise aplicada que cede de sua "pureza", mas mantém os princípios de seu rigor. Freud parecia indicar que a aplicação, em larga escala, implicaria um uso maior da sugestão. Mas temos de admitir que existem nuances significativas no que concerne ao uso da sugestão. Podemos tomar, por exemplo, o caso Katarina, que foi atípico em termos de tratamento, pois se resumiu a apenas um encontro, o que constituía uma pressão temporal. Diante do fato de Katarina não se lembrar do que aconteceu no desencadeamento do sintoma, Freud propôs uma hipótese, com base em alguns traços do próprio quadro sintomático (a presença de uma imagem visual que acompanhava a crise de angústia). Ele disse: "Se você não sabe, vou lhe dizer o que penso: naquela ocasião você viu algo que muito a impressionou" (Freud, 1895, p. 175). Tratava-se de uma intervenção que supunha uma causa, ou seja, nomeava a possibilidade de um acontecimento traumático e, ao mesmo tempo, implicava o sujeito nessa cena traumática. Freud não disse o que ela viu, mas que viu algo que muito a tocou. Essa intervenção faria com que Katarina se lembrasse da cena sexual que presenciara.

Mais tarde, Freud diria, na "Conferência sobre a terapia analítica": "As intervenções do analista só têm êxito se tocarem o que no paciente é real" (1917, p. 528). Uma boa indicação para saber se essa intervenção, aparentemente sugestiva, ainda estava sob a égide da psicanálise, e não da terapia sugestiva, era que ela relançava o sujeito na fala, implicando-o na cena.

### **Ferenczi e a atividade do analista**

Com o final da Primeira Guerra Mundial, a questão da atividade do analista começou a ganhar importância e Freud não se esquivava do debate. Ferenczi e Otto Rank (1884-1939) redigiam trabalhos preocupados com o que eles chamavam de defasagem entre os avanços teóricos da psicanálise (a pulsão de morte e a segunda tópica) e a situação da técnica. Os dois publicariam, em 1929, o livro *Perspectivas da psicanálise* (Ferenczi & Rank, 1924). O primeiro texto é de Ferenczi e nos fala de uma desorientação crescente dos analistas em relação aos problemas da técnica, observando que Freud se mantinha reservado nesse domínio. Ferenczi afirmou que a teoria avançava e que a técnica não evoluía, acrescentando que havia feito progressos não negligenciáveis em sua técnica e, assim, gostaria de comunicar esses avanços (Ferenczi, 1924, pp. 215-216).

O ponto de partida do argumento de Ferenczi foi o texto freudiano "Recordar, repetir, elaborar", de 1914. Ele considerou que o alvo verdadeiro da análise não era a recordação, mas a repetição, e propôs que o analista favorecesse, de forma ativa, essa repetição. Ora, Freud não propôs que o analista favorecesse a repetição. Ele considerava que a repetição era inevitável e fornecia ao analista a atualização do material inconsciente. E era aí que o analista era colocado à prova de sua capacidade de manejar a emergência das forças explosivas da libido, para que o paciente atravessasse a repetição, o que foi nomeado como *Durcharbeitung*. Tratava-se de um trabalho de atravessamento que não se fazia senão sob transferência. Vemos que, para Freud, recordar, repetir

e elaborar eram momentos lógicos do tratamento. Já temos aí diferenças marcantes entre a posição de Freud e a de Ferenczi.

A atividade proposta por Ferenczi consistiria finalmente em incentivar certas ações desagradáveis (como enfrentar o objeto fóbico) e renunciar a certas ações prazerosas (ligadas, sobretudo, à masturbação). Essa técnica não visava diretamente ao fim do tratamento, mas pretendia acelerar o tratamento nos momentos de estagnação, e é por isso que Ferenczi foi considerado um inspirador do que viria a ser a psicoterapia breve.

No texto de Ferenczi, cujo título é "Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise", de 1921, temos dois exemplos clínicos que nos ajudam a pensar os usos da técnica ativa: um caso de uma musicista num tratamento de consultório e outro, de atendimento na policlínica dos operários de Budapeste. No primeiro caso, que já vinha de um tratamento com outro analista, Ferenczi considerou que a paciente se encontrava num momento de inércia, mantendo uma forte inibição que a impedia de realizar seu trabalho de concertista por não poder se exhibir em público. A partir de uma lembrança de sua irmã cantando e gesticulando obscenidades, Ferenczi exigiu que ela reproduzisse a cena. Com muita dificuldade, ela aceitou a tarefa, a qual se prolongou por várias sessões, até que pudesse executá-la sem inibição alguma durante a sessão. Isso desencadeou uma série de lembranças e fantasias masturbatórias ligadas à atividade de tocar piano. Então o manejo consistiu em injunções para que a paciente realizasse atos dos quais ela tinha uma imensa vergonha. A paciente teve de cumpri-los, apesar de desagradáveis, mas, a partir do momento em que ela começou a ter prazer com eles, o analista os proibiu (Ferenczi, 1921, pp. 185-188). Vemos que Ferenczi incidiu sobre o gozo. Segundo ele, artifícios técnicos desse tipo eram prejudiciais no início da análise, só poderiam ser utilizados com o apoio de uma sólida transferência e, sobretudo, como "tentativa de lutar contra a tendência do paciente de prolongar indefinidamente o tratamento" (1921, p. 190).

Apesar dessas restrições quanto ao tempo e à transferência necessários para intervir mais ativamente no processo, ele iria nos dar um exemplo de caso em que a intervenção foi imediata. Tratava-se de um sujeito que foi consultá-lo numa policlínica, queixando-se de desmaios. O paciente começou a contar-lhe uma longa história de desacordo com o pai e, no meio de uma frase, empalideceu e começou a cair. Ferenczi o segurou e o sacudiu, repetindo a frase que ele havia começado e pedindo energicamente que a completasse. E assim descreveu o resultado de sua intervenção: "O fato de ir conscientemente até o fim de seus fantasmas histéricos, o que foi imposto "ativamente" a ele, exerceu sobre o paciente o efeito de uma cura miraculosa. Ele mal acreditava poder ter sido curado assim, sem remédio" (Ferenczi, 1921, p. 191).

Percebemos que, no primeiro caso, a intervenção deu-se em condições diferenciadas: tratava-se do manejo de uma transferência já estabelecida, que visava a desalojar o sujeito de uma prática sintomática de gozo que aparecia sob a forma de inibições. No segundo caso, o analista impunha sua autoridade para fazer valer o dispositivo da fala, o que não deixava de ter efeitos sobre o gozo sintomático. No primeiro caso, havia um cálculo possível, dado pelo tempo do próprio

tratamento; no segundo, havia uma intervenção de risco a partir de uma hipótese diagnóstica: "Achei que esses acessos eram de natureza histérica" (Ferenczi, 1921, p. 191).

Nos dois exemplos e no texto como um todo, o que interessava era discutir a técnica ativa e não a redução temporal do tratamento. No entanto, ele se colocou a questão:

A necessidade de se abreviar a duração do tratamento por razões externas, o tratamento massificado no hospital militar ou na policlínica, poderiam, mais frequentemente que as análises individuais normais, constituir uma indicação de atividade. Minha experiência própria, entretanto, permite-me chamar a atenção para dois perigos. O primeiro é que o paciente, por causa destas intervenções, se cure rápido demais, e por isso, de forma incompleta. (...) O outro perigo é que, em seguida à exacerbação das resistências, a cura que se queria abreviar pela atividade se prolongue contra toda expectativa. (Ferenczi, 1921, p. 192)

Constatamos, assim, que o próprio Ferenczi, muito provavelmente, não se considerava o "Pai da Psicoterapia Breve". O que ele queria era contribuir para o avanço da técnica psicanalítica e, por isso, expunha sua prática, sem esconder os riscos que ela comportava. Apesar das diferenças entre ele e Freud, nunca houve ruptura total entre os dois; eles mantiveram uma intensa correspondência. Freud o considerava seu "paladino" e afirmou, em seu texto "Sándor Ferenczi", que "seus trabalhos tornaram todos os analistas seus discípulos" (Freud, 1933, p. 278). Do mesmo modo, Lacan (1966a, p. 232) o considerou "o mais autêntico interrogador de sua responsabilidade de terapeuta".

Em 1926, Ferenczi fez, nos Estados Unidos, uma turnê de conferências sustentando suas ideias. Morreu em maio de 1933, e Freud escreveu:

Quando de seu regresso de um período de trabalho na América, pareceu retrair-se cada vez mais para um trabalho solitário (...). Provavelmente ele havia se proposto objetivos que, mediante nossos meios terapêuticos, estão totalmente fora do nosso alcance. (...) Brotara nele a convicção de que se podia efetuar muito mais com os pacientes, se se lhes desse todo aquele amor que tinham desejado profundamente quando crianças. (Freud, 1933, p. 279)

Sabe-se que o caminho de Ferenczi passou, de fato, pela inovação. Ele tentou de tudo para diminuir o sofrimento do paciente. Nele havia, realmente, um desejo de curar. Tem-se o reconhecimento de que ele foi o inspirador das chamadas psicoterapias breves (PB), mas não se encontra, nos relatos de casos de PB, nada da ousadia da clínica ferencziana. Ao contrário, o que unificava os terapeutas eram alguns procedimentos básicos, como a preocupação com os critérios de seleção dos pacientes, o estabelecimento do foco e a limitação do tempo.

### **Otto Rank e o traumatismo do nascimento**

A questão da ativação da repetição levava, necessariamente, às experiências traumáticas. É por aí que Rank caminhou, propondo ser necessário, por meio da atividade do analista, chegar-se ao trauma originário, o trauma do nascimento, de onde partiria toda patologia neurótica. Na verdade, foi muito interessante que a dimensão do trauma pudesse retornar ao debate psicanalítico, pois, de fato, havia aí uma forma de abordar a questão do real.

Freud, num primeiro momento, considerou o trauma do nascimento como uma contribuição à teoria da angústia. Na "Conferência introdutória XXV", de 1917, ele se apoiou na hipótese do trauma do nascimento para distinguir a angústia automática da angústia neurótica, mas não disse nada quanto à aplicação técnica dessa noção. A angústia automática seria aquela vivida como reação a um perigo real, o protótipo desse perigo seria o próprio nascimento, enquanto, na angústia neurótica, o perigo seria interno (Freud, 1894).

Em "Inibição, sintoma e angústia", de 1926, Freud se oporia ao trauma do nascimento como experiência originária de angústia, argumentando que o nascimento não seria uma experiência de separação da mãe, como pensava Rank, pois ela ainda não seria um objeto para a criança. Em "Análise terminável e interminável", Freud chegou a ironizar o projeto de Rank de levar o paciente a reviver seu trauma originário para, assim, curá-lo de sua angústia, dizendo que o argumento de Rank "foi concebido sob a tensão da 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" (Freud, 1937, p. 247). Ou seja, a busca pelo trauma do nascimento seria, também, uma forma de abreviar o processo terapêutico.

### **A Policlínica Psicanalítica de Berlim**

Logo após o final da Primeira Guerra Mundial, houve uma primeira experiência de "psicanálise para as massas". Max Eitingon, em março de 1920, abriu a Policlínica Psicanalítica de Berlim, instituição que ele sustentou financeiramente. Em 1923, Freud escreveu um breve prefácio ao relatório sobre a Policlínica, no qual lemos:

Se a psicanálise, ao lado de sua significação científica, tem valor como procedimento terapêutico, se é capaz de fornecer ajuda àqueles que sofrem em sua luta para atender às exigências da civilização, esse auxílio deveria ser acessível também à grande multidão, demasiado pobre para reembolsar um analista por seu laborioso trabalho. (Freud, 1923, p. 357)

Essa policlínica, que ficou conhecida como Instituto Psicanalítico de Berlim, serviria de modelo a todos os outros institutos criados em seguida, no quadro da IPA (*International Psychoanalytic Association*). Oferecia tratamentos gratuitos, mas também voltados para a formação



de terapeutas, elaborando os princípios da análise didática. Em 1930, Eitingon publicou seu "Relatório original sobre os 10 anos do Instituto de Berlim" transformando Berlim no centro do movimento psicanalítico. Com o advento do nazismo, ele foi para a Palestina, e o Instituto de Berlim foi integrado ao Instituto Alemão e passou, segundo Roudinesco e Plon (1997, p. 104), a "servir à sinistra comédia de arianização da psicanálise, ou seja, à sua destruição sistemática como ciência judia".

O Instituto de Berlim tomou o lugar ocupado por Burghölzli, entre 1907 e 1910, mas a formação dos analistas passou a ser uma exigência institucional da IPA. Eitingon presidiu, a partir de 1923, a comissão de ensino que sistematizou a formação do analista em três princípios: análise didática, ensino teórico e supervisão. Franz Alexander foi o primeiro aluno a se tornar analista nesse Instituto e, em seguida, tornar-se-ia professor e supervisor no Instituto.

### **Franz Alexander e a experiência emocional corretiva**

É curioso como as grandes questões em relação à técnica, que se recrudesceram a partir de 1920, coincidem com um período em que Freud escrevia sobre as manifestações da pulsão de morte na clínica. Ele falava da reação terapêutica negativa, do masoquismo primário e da necessidade de punição, sobretudo em "O problema econômico do masoquismo", de 1924, mas também em "O mal-estar na civilização", de 1927.

Franz Alexander (1891-1964) foi um dos discípulos que se interessaram pelos fenômenos de manifestação da pulsão de morte, sobretudo o sentimento inconsciente de culpa e a autopunição. Segundo Sauvagnat (2005), desde 1924, Alexander, sendo um dos principais responsáveis pelo Instituto de Berlim, produziu textos nos quais indicava que a estratégia do analista era tomar para si o papel do Supereu e, na década de 1930, chamaria esse processo de experiência emocional corretiva. O Supereu foi aqui considerado como uma instância unicamente negativa, com efeitos de inibição sobre o comportamento do sujeito. Para Freud, no entanto, o Supereu manteria um caráter ambivalente, ele seria o herdeiro do complexo de Édipo, mas seria, ao mesmo tempo, a castração e seu avesso, pois mantinha uma exigência imperativa de gozo. O artigo de Sauvagnat, dedicado à questão da relação entre o conceito de pulsão de morte e a guerra, mostrou claramente que certo acordo foi mantido em relação ao Supereu e aos seus efeitos sobre o tratamento. Mas, a partir da década de 1930, abriu-se o que Sauvagnat chamou de diáspora na prática e, conseqüentemente, na teoria. A emigração dos psicanalistas começou devagar e se acentuou conforme crescia o poder nazista na Alemanha. Tudo isso atingiu, de maneira direta, o meio psicanalítico. Alexander e Sandor Rado (1887-1975), cofundador da Sociedade Psicanalítica de Budapeste, foram dos primeiros a partir para os Estados Unidos. Rado foi para Nova Iorque em 1931, para fundar ali um instituto psicanalítico, e Alexander foi para Chicago, onde fundou também um instituto (Sauvagnat, 2004, p. 30).

Alexander iria se aproximar dos trabalhos dos culturalistas e se afastar, de certo modo, da ortodoxia psicanalítica. Ele esteve sempre muito ligado a uma prática institucional, e a questão da

duração do tratamento veio influir aí. O tema da adaptação à realidade, que já era algo presente para Alexander, tornou-se ainda mais premente e, podemos nos perguntar, se a condição de imigrante não trazia, para ele próprio, essa questão. A fixação de procedimentos técnicos e o desinteresse pelo inconsciente e pela pulsão o levaram a uma prática que se afastava cada vez mais das proposições freudianas.

Nos Estados Unidos era sobretudo a visão terapêutica da psicanálise que dominava. Dava-se menos importância ao seu sistema de pensamento que a seu poder de cura.

A psicanálise se impõe então como um novo ideal de felicidade capaz de trazer uma solução para a moral sexual da sociedade democrática e liberal: o homem não está condenado ao inferno de suas neuroses e de suas paixões. Ao contrário, ele pode se curar. (Roudinesco & Plon, 1997, p. 264)

Enquanto a psicanálise florescia nos Estados Unidos de forma desagregada e degradada, por meio de vários institutos fundados por analistas europeus, na Europa ela era combatida pelo nazismo e também se desagregava. No final da década de 1930, o núcleo mais consistente se encontrava na Inglaterra, mas, ainda assim, marcado por duas orientações distintas: a de Melanie Klein e a de Anna Freud.

Em 1946, Alexander publicou um livro em colaboração com Thomas French, este último ligado aos meios behavioristas. Eles falavam em nome de uma psicoterapia analítica e mostravam como aplicá-la. Para Alexander, os transtornos surgiam de um desequilíbrio entre um problema de adaptação e a capacidade do indivíduo de resolvê-lo, ou seja, havia um fracasso da função adaptativa da personalidade e uma incapacidade de encontrar uma gratificação aceitável para suas próprias necessidades subjetivas. Tal concepção era antagônica à tese freudiana do "mal-estar na civilização", que propunha que a insatisfação e, portanto, que a inadaptação era constitutiva do humano.

Alexander fazia uma curiosa retomada histórica da terapia analítica, pois tentava demonstrar que havia, depois de Freud, uma evolução da técnica. Ele a dividiu assim: primeiro período, a hipnose catártica; segundo, a sugestão em estado de vigília; terceiro, a livre associação; quarto período, a neurose de transferência. O caso Dora já seria demonstrativo da neurose de transferência, que Alexander comparou a um princípio de imunização: o paciente aprendeu a se defender, em pequenas doses, das mesmas tensões emocionais que ele não pudera dominar no passado e contra as quais só podia se defender pelo recalque. Afirmou que a neurose de transferência se tornou a base da terapia psicanalítica moderna e que a análise da transferência transformou a terapia em uma educação metódica do Eu, tornando o paciente capaz de enfrentar as situações de conflito. Haveria, ainda, um quinto período, que seria a reeducação emocional, que foi o que ele propusera (Alexander & French, 1959).

Alexander inscreveu seu trabalho como continuação aos de Ferenczi e Rank, pois os dois preconizaram a experiência emocional de preferência à compreensão genética intelectual das fontes

do sintoma. A experiência emocional substituiu a busca de lembranças e a reconstituição intelectual. Ele tentou evitar a neurose de transferência, que nada mais seria que o endereçamento do sintoma ao psicanalista, por meio de uma divisão das formas de terapia. Na terapia suportiva, a neurose de transferência seria sempre uma complicação, pois o paciente poderia criar problemas de culpabilidade e vergonha de estar sendo ajudado. A terapia de suporte supunha que o sujeito teria um conflito atual, mas teria boas condições de lidar com ele, precisando apenas de um suporte emocional. Na terapia de tomada de consciência, o conflito seria mais enraizado, e seria necessário entrar mais na dimensão da relação transferencial, mas com o cuidado de minimizar os seus efeitos, ou seja, a intensidade deveria ser moderada. Havia uma ênfase na atenção do analista aos problemas da realidade do paciente e também a indicação de tratar um só problema a cada vez (Alexander & French, 1959). Por um lado, havia um projeto de reeducação emocional do paciente, sustentado, evidentemente, na transferência; por outro lado, havia uma defesa contra a própria transferência, pois ela afastaria o paciente da realidade.

Encontramos claramente, em Alexander, um ideal da brevidade do tratamento, do seu controle e da busca do efeito terapêutico no sentido da adaptação. O que ficaria fora de perspectiva seria a associação livre e a atenção flutuante, ou seja, a sustentação da hipótese do inconsciente e o trabalho com o significante, amplamente apontado no texto freudiano e teorizado por Lacan na década de 1950.

No capítulo sobre o princípio da experiência emocional corretiva, ele propôs a vivência dos conflitos na transferência, o que permitiria certo domínio por parte do paciente, não apenas porque o conflito seria menos intenso, mas porque o analista tomaria uma atitude diferente daquela do conflito original. Não se deveria, então, insistir sobre a repetição, mas sobre a diferença. Quem teria de compreender o desenvolvimento genético das dificuldades do paciente seria o analista, para propiciar essa experiência diferente. Não importava tanto o que Freud nomeou como *Durcharbeitung*, que traduzimos como elaboração, esse ganho de saber do lado paciente. Para Freud, o analista suportava a transferência, na forma de repetição, justamente para que o paciente pudesse atravessá-la. Um saber suposto pelo paciente, ao analista, passava então para o lado do sujeito analisante, fazendo esvaziar, de algum modo, a fantasia de que o Outro, encarnado pelo analista, teria aquilo que lhe faltava.

Para Alexander, o paciente viveria uma nova experiência emocional, corrigindo aquela do passado, mas a experiência de saber estaria do lado do analista. Nessa lógica, o paciente não faria jamais a experiência daquilo que Lacan chamou de falta no Outro, pois o Outro sabia e devia reconduzir o sujeito no caminho da sua adaptação.

O princípio de flexibilidade, em Alexander, contestou a rigidez técnica e propôs que o médico deveria adaptar sua técnica às necessidades do paciente. Por um lado, era interessante que houvesse um questionamento do procedimento *standard*, mas seria preciso encontrar parâmetros conceituais que justificassem tal flexibilidade. Era o que Freud interrogava em Ferenczi. Um dos pontos que Alexander trouxe, em termos de flexibilidade, foi a frequência de sessões: muitas por semana, no

início do tratamento, e, depois, as interrupções (15 dias, um mês, dois meses) para a preparação do fim do tratamento. Alexander introduziu, ainda, outra recomendação técnica, a que ele chamaria temporização: o analista deveria sempre procurar o momento da vida no qual a neurose começara, o que, para ele, tinha a ver com o momento em que o sujeito se recusou a "tornar-se grande", a amadurecer. Se o paciente trazia um material mais regressivo, ou seja, anterior ao momento detectado como inicial ao processo de neurose, isso deveria ser evitado no tratamento, pois o paciente estaria fugindo através desse movimento regressivo. O analista deveria reconduzi-lo ao presente, por meio da interpretação e do controle correto da relação de transferência. Desde o início do processo, então, o analista deveria estar atento a essa tendência regressiva e permitir a temporização e a regressão apenas na medida necessária para acalmar o pânico, a ansiedade ou o desespero.

Uma terapia econômica terá então, como máxima terapêutica, permitir a menor regressão que o paciente puder suportar, a única temporização absolutamente inevitável, e uma substituição das gratificações da transferência para as experiências da vida, tão limitada quanto possível. (Alexander & French, 1959, p. 37)

É compreensível que Alexander criticasse a prática das sessões diárias com a qual Freud iniciou seu trabalho, mas é curioso que ele impusesse certos dispositivos de separação, mantendo sessões quinzenais ou mesmo dando espaço de alguns meses. Ora, a separação que o processo analítico exige não pode ser feita pelo intervalo temporal dos encontros. Trata-se de um verdadeiro remanejamento do gozo e, portanto, um trabalho de luto que passa pela simbolização. Para Alexander, ao contrário, bastava empurrar o paciente para um contato maior com a realidade, diminuindo drasticamente o contato com o analista, para que a libido retomasse sua ligação com os objetos reais, sem qualquer impedimento.

Essa inovação técnica, introduzida por Alexander na década de 1950, ou seja, a redução da frequência de sessões e a imposição de interrupções no tratamento, fecharam definitivamente as portas da IPA para ele, considerado como um dissidente (Miller & Naveau, 1986).

### **A Tavistock Clinic de Londres**

Seguindo a pista da psicanálise aplicada, encontra-se, na história do movimento psicanalítico, na década de 1920, além da clínica de Berlim, a Clínica Tavistock, em Londres, fundada logo após a Guerra, para tratar os traumatismos nervosos produzidos por ela. Diferentemente da clínica de Berlim, que se perdeu na década de 1930 para o nazismo, esta cresceu e, em 1930, começou a tratar, também, delinquentes em terapias individuais, em comunidades terapêuticas e grupos. Havia dois grandes nomes ligados à Tavistock. O primeiro era Wilfred Bion (1897-1979), que nela se engajou, em 1932, como médico-assistente, iniciando um trabalho com adolescentes delinquentes. Em 1945, ele começou sua análise com Melanie Klein, mas era teoricamente bastante

independente. Fazia trabalhos com pequenos grupos e desenvolveria uma teoria em torno dos grupos sem líder. Bion seria uma influência importante para a análise institucional. Ele teve problemas com as diretrizes da IPA, na Inglaterra, e se mudou para a Califórnia, em 1968.

Outro nome importante foi Michael Balint (1896-1970), húngaro que se formara em Medicina. Ele se instalou em Berlim, onde se analisou e orientou sua prática na direção da Medicina psicossomática. Fez supervisão com Max Eitingon, no Instituto de Berlim, mas voltou a Budapeste e se analisou com Ferenczi. Em 1946, instalou-se em Londres e trabalhou na Tavistock, aliando o espírito inovador de seu analista à tradição clínica da Escola Inglesa (Roudinesco & Plon, 1997). Em 1972, após sua morte, seu livro, *A psicoterapia focal*, foi publicado. Essa ideia do foco seria muito forte dentro do campo das psicoterapias breves.

### **Ampliação das psicoterapias breves**

A busca por efeitos terapêuticos, em um mínimo de tempo e com um mínimo de transferência, foi algo notável na história dos desdobramentos do campo aberto pela psicanálise. Vimos que Alexander se destacou nessa proposição e é curioso como ele se associava a um behaviorista, buscando resultados mais amplos e comprováveis, enquanto a tradição da psicanálise era a de pensar a singularidade do caso clínico.

Na Europa, a Tavistock Clinic permaneceu como uma referência importante no campo da psicoterapia breve. David Malan, inglês que trabalhou com Balint, é uma das autoridades em PB no continente europeu. Outra referência importante, a partir da década de 1980, é o suíço Edmond Gilliéron, psiquiatra, diretor do Instituto de Pesquisa Europeia em Psicoterapia Psicanalítica, que escreve manuais de psicoterapia breve. Ele veio ao Brasil em meados da década de 1990. Em suas publicações, são encontrados grandes quadros explicativos sobre a diferença entre as várias formas de psicoterapia do ponto de vista da técnica.

Gilliéron encontra-se bem próximo a Alexander na interpretação que este faz dos avanços técnicos da psicanálise. Ele afirma que, a partir de 1920, ou seja, da elaboração da segunda tópica, Freud propôs uma terapêutica fundada sobre as funções do Eu: "Não se trata mais de fazer surgir as lembranças esquecidas, mas de melhorar o funcionamento do Eu" (Gilliéron, 1983, p. 103). Ora, a última palavra de Freud sobre o Eu se encontra num pequeno texto, de 1939, intitulado *A divisão do ego nos processos de defesa* (Freud, 1940), no qual ele afirmou uma impossibilidade de síntese do Eu. Confirmava, assim, sua hipótese já antiga, enunciada no texto *As neuropsicoses de defesa*, de 1894, de que o Eu não quer saber das ideias incompatíveis do desejo e desencadeia o mecanismo de defesa que leva à formação do sintoma. Mesmo que, em alguns momentos da descrição das funções do Eu, ele afirmasse que o Eu seria a instância que se relacionaria com a realidade e deveria responder às exigências do mundo externo, só se poderia pensar a adaptação do Eu como arranjo sintomático, a formação de compromisso entre uma satisfação e uma defesa.

Malan confessa ser inspirado por Balint e defende a PB, tentando demonstrar que ela é exercida por psicanalistas experientes e pode ser aplicada não apenas a doenças mais leves, mas

também às mais graves e de longa duração. Acrescenta que a interpretação da transferência pode ser usada na PB, produzindo efeitos favoráveis sem produzir situações de perigo. Toda a sua argumentação vai, primeiramente, no sentido de eliminar as diferenças entre a psicanálise e a psicoterapia. Em seguida, ele tenta demonstrar que à PB não falta nada em termos de orientação conceitual: a transferência, a contratransferência e as funções do Eu. No entanto, à psicanálise faltam objetividade e dispositivos práticos para produzir e contabilizar seus resultados, com base em paradigmas ditos científicos.

Na literatura mais recente sobre PB, não aparece tanto a questão da atividade do analista, que, nos tempos de Ferenczi, era a marca do risco ou, em certo sentido, a marca do que Lacan chamou de ato do analista. O conceito norteador da PB é o foco, que, como dissemos anteriormente, afasta o trabalho significante. Todos os autores reconheceram a necessidade de se estabelecer um foco, mas não houve propriamente acordo sobre quem o estabeleceria: o paciente, o analista ou os dois juntos decidem. Malan se distanciou um pouco, admitindo a fórmula multifocal. Muitos nomearam a terapia breve simplesmente como terapia focal. O foco acabou sendo uma "defesa" contra a associação livre, ou seja, contra a própria estrutura do inconsciente. Não encontramos, nos relatos de caso, os relatos de sonhos ou de atos falhos, ou seja, não há nenhum interesse pelas formações do inconsciente. O objetivo da técnica focal não seria atingir todos os aspectos de mudanças estruturais, mas sim dar início ao processo e deixar o paciente suficientemente estabilizado, de forma que ele pudesse dar continuidade a esse processo de crescimento, mediante outros relacionamentos em sua vida. O papel do terapeuta seria o de catalisador nesse processo de facilitação de mudanças, proporcionando experiências emocionais corretivas.

O foco parece facilitar a condução mais rápida do tratamento, no entanto ele produz uma fixação do sentido, conduzindo o terapeuta na sua prática interpretativa. Temos um exemplo disso na própria clínica freudiana, quando Freud, estimulado pelas histórias de Dora com o Sr K., fixou o foco no problema edípico e interpretou o desejo de Dora. É interessante como podemos ver algo dessa ordem nos relatos de caso de PB. Em um caso exposto no livro de Gilliéron, relatado por Dreyfus, há toda uma questão com a feminilidade, muito clara no sintoma da frigidez. O analista, no entanto, pareceu tomado pela apresentação sedutora de sua paciente, e, logo na primeira sessão, já interpretou o desejo da paciente de seduzi-lo (Gilliéron, 1983, p. 171). Evidentemente essa interpretação se apoiou no que poderíamos chamar de contratransferência: o fato de o terapeuta se sentir atraído pela paciente. Isso produz um fechamento do inconsciente e, conseqüentemente, uma inflação do imaginário, tornando-se um jogo de espelho sem saída.

Mauro Hegenberg é hoje uma referência em PB no Brasil. Ele publicou *Psicoterapia breve*, em 2004. Indica, como referência para seu trabalho, Ferenczi, Malan e Gilliéron. Reconhece nos dois últimos a adoção de dispositivos pedagógicos e cognitivistas, e, em seu artigo "Psicoterapia breve psicanalítica", afirma:

Quem trabalha com psicoterapia breve (PB) é alvo de críticas, fruto de posições teóricas ou do desconhecimento a respeito do assunto. Quem trabalha com PB psicanalítica sofre duplo preconceito: por parte dos psicanalistas, que a consideram menor diante da análise clássica, e por parte dos teóricos da PB. Estes, em sua maior parte, defendem outras formas de PB: egoica, psicodinâmica, psicodramática, gestáltica, comportamental, cognitiva, por exemplo, e não consideram plausível manter o método da psicanálise em um trabalho com tempo limitado. (Hegenberg, s.d.)

Essa passagem do texto é muito interessante, pois aponta o fato de que tanto os psicanalistas "clássicos" quanto os psicoterapeutas preferem sustentar a tese de que um tratamento analítico é, necessariamente, longo.

Tomemos duas referências de Freud para discutir essa "crença". No texto "Sobre o início do tratamento" (1913), já temos uma indicação sobre a questão da duração do tratamento:

Uma pergunta inoportuna que o paciente faz ao médico no início é: quanto tempo durará o tratamento? De quanto tempo o senhor precisará para aliviar-me de meu problema? Nossa resposta assemelha-se à resposta dada pelo Filósofo ao Caminhante, na fábula de Esopo: Caminha! (Freud, 1913, p. 169)

Freud localizou essa manobra do paciente: ele queria responsabilizar o terapeuta pelos efeitos do tratamento, desresponsabilizando-se. A resposta do analista foi: inclua-se e responsabilize-se pelo processo. Foi uma forma de enviar a mensagem de forma invertida, como mostrou Lacan.

Mais de vinte anos depois, em "Análise terminável e interminável" (1937), temos Freud demonstrando que, enquanto houvesse um ser pulsional, atravessado pela linguagem, seria possível continuar o processo de análise. Esse processo, então, poderia acabar por decisão do analista, do analisante, em acordo ou desacordo entre os dois. Muitas vezes, o término de uma análise depende de circunstâncias externas, mas, de qualquer modo, ele nunca é simples, porque envolve o manejo de um elemento libidinal, o amor de transferência.

Mesmo se considerando referendados na psicanálise, os autores da PB insistem em marcar um distanciamento em relação a Freud, muitas vezes por meio de argumentos sem qualquer fundamento, como nesta passagem de Hegenberg:

Enquanto Freud, ao enfrentar dificuldades com os pacientes, propunha um aprofundamento da metapsicologia, Ferenczi preocupava-se com a práxis. (...) Parece compatível com a personalidade de Freud, que não gostava da clínica, sugerir

modificações técnicas diante das dificuldades com o paciente. (Hegenberg, 2004, pp. 44-45)

Freud trabalhava com seus pacientes muitas horas por dia, mas nunca se contentou com a gratificação narcísica de curá-los. Ele queria saber o que funcionou ou não funcionou no tratamento e partia daí para teorizar. Seus textos foram repletos de ensinamentos clínicos, inclusive nos ensaios em que personagens literários foram tomados como exemplos clínicos, como na *Gradiva* de Jensen. Além da indicação da associação livre e da escuta flutuante, suas prescrições eram mais éticas do que técnicas. E era exatamente disso que se queixavam Ferenczi e Rank. Freud nos deixou a indicação de que a clínica psicanalítica tem um elemento de imprevisível no encontro entre analista e analisante, que o excesso de regras técnicas pode encobrir.

O que constatamos, então, é que existem muitas formas de psicoterapias breves que, apoiadas em diversos autores, tentam lidar com a dimensão do "interminável" ou do intratável, por meio de técnicas mais rígidas e, algumas vezes, bastante protocolares. O esforço em determinar técnicas para aperfeiçoar os efeitos terapêuticos em termos de tempo e desaparecimento do sintoma produziu, na verdade, uma fragmentação do campo em uma série de autores, mais ou menos reconhecidos no campo universitário.

Paralelamente, as próprias comunidades de analistas, para afirmarem sua diferença em relação à PB, apostavam no modelo de consultório, de tratamento pago e sem tempo determinado para o final do tratamento, modelo que Freud, desde 1918, queria ampliar, visando à expansão da psicanálise, sua inserção institucional, sua acessibilidade às classes desfavorecidas.

### **Psicanálise aplicada à terapêutica**

Os tratamentos em instituições podem ter um enquadramento temporal prévio, o que, de algum modo, facilita o momento de separação no que diz respeito a uma responsabilização. Deve-se lembrar de que Freud nunca definiu regras rígidas sobre número de sessões, tempo de tratamento, tempo da sessão, valor da sessão, mas tentou pensar todas essas variáveis em relação ao elemento libidinal. A fixação dessas variáveis foi um processo histórico e culminou em regras técnicas rígidas, fixadas pela IPA, que, na verdade, contribuíram para uma perda de direção, segundo Lacan, do que realmente estava em jogo numa psicanálise. Em "Função e campo da palavra e da linguagem", ele escreve:

Afirmamos, quanto a nós, que a técnica não pode ser compreendida nem corretamente aplicada, portanto, quando se desconhecem os conceitos que a fundamentam. Nossa tarefa será demonstrar que esses conceitos só adquirem pleno sentido ao se orientarem num campo de linguagem, ao se ordenarem na função da fala. (Lacan, 1953, p. 247)



É possível pensar que Lacan diagnosticou bem o estado de dispersão existente no campo da psicanálise, em relação ao eixo teórico freudiano, dentro da instituição fundada por Freud, a IPA, ou nas várias proposições terapêuticas que se identificavam como derivadas da psicanálise. Por isso, na década de 1950, ele propôs um movimento de retorno a Freud. O projeto de Lacan, de refundar a psicanálise, acompanhou-se de uma desobediência em relação a uma prescrição técnica específica da IPA, que era o tempo da sessão, de 50 minutos. Lacan introduziu a sessão de tempo variável, orientando-se pelo discurso do paciente e não pelo relógio. Essa ousadia técnica desembocou na sua expulsão da IPA, em 1964, e o levou a propor a fundação de uma nova instituição, a que ele chamou Escola. Em 1971, num texto intitulado "Ato de fundação" (Lacan, 1964), ele propôs, como eixo da Escola, uma seção de psicanálise aplicada à terapêutica e à clínica médica. Ou seja, Lacan estava preocupado com a penetração da psicanálise no campo clínico. Deve-se lembrar, também, que a teorização lacaniana se fez sempre num movimento de aproximação com diversas áreas do saber: antropologia, psicologia, linguística, sociologia, filosofia e estudos literários, o que possibilitou maior presença da psicanálise no contexto universitário e maior diálogo, sobretudo, com as Ciências Humanas. Ou seja, com Lacan, a psicanálise se expandiu, mas também se deixou penetrar por outras áreas do saber.

Em "Proposição de 9 de outubro sobre o psicanalista da Escola", Lacan (1968) diferenciou a psicanálise da psicoterapia, dizendo: "Não há nenhuma definição da terapêutica que não seja a da restituição a um estado primeiro. Definição impossível de colocar na psicanálise" (1968, p. 246). Essa impossibilidade nos vem da própria definição psicanalítica de sintoma. Voltar ao estado anterior significa apagar o sintoma, desqualificá-lo como solução a um problema de gozo. Alexander, por exemplo, ao pensar a transferência como um novo sintoma, queria acabar com ela. Na verdade, é como se os analistas, angustiados com a posição de objeto da libido de seus pacientes, partissem para a eliminação da neurose de transferência: seja evitando essa ligação, como quis Alexander, seja entrando como sujeito, pela contratransferência, e fazendo obstáculo justamente a esse lugar de objeto.

A distinção lacaniana entre psicanálise e psicoterapia não interdita os psicanalistas lacanianos de praticarem o que chamamos de psicanálise aplicada à terapêutica. Com o crescimento do mal-estar contemporâneo, somos cada vez mais convocados ao trabalho terapêutico com o sofrimento mental. Estamos nas escolas, nos hospitais, nos serviços de saúde mental, nos dispositivos jurídicos, nas clínicas universitárias, nos programas de reabilitação social etc. A questão se coloca para muitos: o que faço aqui ainda pode ser chamado de psicanálise? As intervenções do analista na instituição são, por vezes, muito distantes dos procedimentos típicos da clínica particular com neuróticos.

No contexto da cidade de Belo Horizonte, a Luta Antimanicomial teve grande avanço na década de 1990, com a criação dos centros de referência em saúde mental (Cersam), que absorveram grande número de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais com formação psicanalítica de orientação lacaniana. A aplicação da psicanálise ao tratamento da psicose

representou a grande abertura que possibilitou aos analistas lacanianos não recuarem, também, diante do desafio de aplicar a psicanálise nas mais diferentes formas de trabalho institucional. Sabemos que poucos psicanalistas dedicam-se apenas ao consultório particular e, portanto, trabalhando em instituições, podem lidar com os dois lados: o enquadramento institucional e o espaço aberto e íntimo que é o consultório particular.

### **O contexto político da psicanálise no século XXI**

No Brasil, o século XXI começou com uma luta que reuniu diferentes instituições psicanalíticas no combate a uma iniciativa de regulamentar a psicanálise. Essa iniciativa surgiu de projetos de lei de deputados evangélicos ligados à SBOP (Sociedade Brasileira Ortodoxa de Psicanálise), que propuseram regulamentar uma formação psicanalítica em dois anos. Os psicanalistas se uniram e conseguiram mobilizar deputados suficientes para impedir a aprovação de leis que visavam a legitimar uma "prática de aconselhamento" que buscava ser reconhecida como uma terapêutica psicanalítica.

Essa luta política em prol do reconhecimento da formação dos psicanalistas, sem a tutela do Estado, mas também o empenho em demonstrar a utilidade social da psicanálise, culminaram na organização de um evento promovido por várias instituições psicanalíticas, realizado na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, em agosto de 2004.

Também na França, no começo dos anos 2000, houve a proposta da Lei Accoyer, com a pretensão da regulação, por parte do Estado francês, das práticas psicoterapêuticas. Jacques-Alain Miller liderou, nesse momento, uma grande mobilização dos psicanalistas e psicoterapeutas das mais variadas orientações, para fazer valer sua prática e formação, deixando às instituições de formação a autoridade de reconhecer, publicamente, o trabalho de seus membros. Tal mobilização impediu a aprovação da lei e desencadeou um processo de valorização mais sistemática da psicanálise aplicada à terapêutica.

No que concerne ao trabalho dos psicanalistas de orientação lacaniana, constatou-se o fato de que seus trabalhos em instituições de saúde mental, saúde pública, pedagógicas e de assistência social permaneciam desconhecidos do público. Assim, os próprios praticantes reconheceram que não divulgavam suficientemente os efeitos terapêuticos que obtinham em seu trabalho institucional ou mesmo no consultório. Houve, portanto, no seio da Associação Mundial de Psicanálise, fundada por Jacques-Alain Miller, em 1992, uma grande valorização da psicanálise aplicada à terapêutica que se refletiu em temas de congressos internacionais.

Em março de 2003, a École de la Cause Freudienne inaugurou, em Paris, o CPCT (*Centre Psychanalytique de Consultation et Traitement*), que surgiu com a proposição de trabalhar a psicanálise aplicada à terapêutica, mantendo como princípios a gratuidade e o tempo determinado. Trata-se de um centro de atendimento aberto ao público, em que há consultas realizadas por membros mais experientes que podem indicar os pacientes para tratamento no próprio CPCT ou para outros locais. O CPCT não inclui, em seu espaço, tratamento psiquiátrico. A equipe de

tratamento é formada por membros e associados, que dedicam algum tempo de sua semana ao atendimento daqueles que foram admitidos para tratamento. O tempo de trabalho no CPCT inclui reuniões clínicas e supervisão, configurando-se, dessa forma, como um lugar de tratamento e formação. O CPCT impulsiona a expansão da psicanálise tanto na dimensão da abertura para a população desfavorecida financeiramente como para a dimensão da formação de jovens psicanalistas. O CPCT inaugurou um tempo de prioridade da clínica, dando acesso a uma parte da população vivendo em grandes cidades, que, de outro modo, não procuraria um psicanalista. Reencontramos aqui o projeto de expansão da psicanálise: os psicanalistas faziam a oferta.

Esse modo de trabalho produziu grande envolvimento dos analistas lacanianos com o tema da psicanálise aplicada à terapêutica. Rapidamente, as escolas que compunham a AMP se entusiasmaram com o projeto do CPCT. Outros CPCT foram abertos na França, Bélgica, Espanha e Itália. Na América do Sul, a Argentina e o Brasil acompanham essa iniciativa de abertura de centros de atendimento e buscam seu reconhecimento como instituição de utilidade pública. Em 2005, tivemos uma importante publicação que discutiu a questão do tempo do tratamento psicanalítico, o livro *Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller em Barcelona*, publicado em Buenos Aires e traduzido para o português em 2008, pela EBP (Miller, 2008). Esse livro reproduziu a apresentação e discussão de seis casos clínicos atendidos por psicanalistas de orientação lacaniana, membros da AMP. Desses casos, apenas dois foram atendidos em consultório particular; os outros quatro foram atendidos em instituições (CPCT e outras). As conversações visaram a discutir os casos, a partir dos efeitos terapêuticos obtidos num período curto, mas também investigar questões como a queixa inicial, o tempo do tratamento e a mudança subjetiva que o tratamento operou. Constatou-se que, em todos os casos, houve alguma modificação no gozo sintomático apresentado pelo sujeito.

Um ponto teórico importante aparece nas conversações, enunciado por Jacques-Alain Miller: trata-se da perspectiva do ciclo no tratamento psicanalítico, que se aplica tanto ao tratamento longo quanto ao curto, e que pode ser constatada tanto no atendimento de consultório particular quanto no institucional. Um sujeito, por exemplo, pode tratar de uma questão que o faz sofrer em quatro meses e voltar a procurar tratamento dois anos depois, com outra questão.

### **Psicanálise aplicada ao contexto das clínicas universitárias**

No ambiente universitário, nas décadas de 1980 e 1990, era muito comum ouvir dizer que, nas clínicas universitárias, não se fazia psicanálise, mas psicoterapia. Isso produzia certo embaraço nos supervisores com formação psicanalítica, pois o paciente estava fora das condições do *standard*: divã, pagamento, tempo ilimitado. Hoje poderíamos afirmar que havia certa inibição em relação ao reconhecimento da psicanálise aplicada, da sua pertinência nos diversos contextos do sofrimento mental.

Em 1991, apareceu o livro de Antônio Quinet, *As 4+1 condições da análise*, que se propôs a divulgar as condições da análise e que foi amplamente adotado nos cursos universitários. As quatro

condições seriam: as entrevistas preliminares, o divã, o tempo e o dinheiro. E a condição "+ 1" seria o ato analítico e o final de análise, que estaria conectada à passagem de analisante a analista, ou seja, mais voltada ao problema da formação do analista e ao dispositivo do passe. O modelo tomado por Quinet é o do consultório particular. Isso em si não é um problema para se pensar a clínica psicanalítica de forma ampliada, mas é preciso fazer algumas pontuações quando estamos num contexto institucional.

Tomemos, por exemplo, a questão das entrevistas preliminares ou o que Freud chamou de tratamento de ensaio, que seria um primeiro tempo que definiria se o paciente seria ou não aceito para o trabalho de análise. A mais importante função das entrevistas preliminares seria a função diagnóstica, pois ela definiria uma possível estratégia para o tratamento. O psicanalista não funciona do mesmo modo se o caso é de neurose ou de psicose. Isso serve também para o trabalho em clínicas universitárias onde essas entrevistas iniciais devem ser objeto de supervisão rigorosa. Quanto à função preliminar de se aceitar ou não o paciente para tratamento, ela pode valer também para a prática ambulatorial. No entanto, há um ponto que é radicalmente diferente: o paciente, nessas clínicas universitárias, não escolhe seu terapeuta, ele se dirige à instituição, portanto, o terapeuta também não escolhe seu paciente. A decisão de aceitar ou não o paciente é institucional.

Se, nas clínicas universitárias, o tratamento de orientação psicanalítica se dá por semestre, seríamos levados a pensar que ele não passaria de um tratamento de ensaio ou do que se convencionou chamar entrevistas preliminares. Cristina Marcos (2011) discute esta questão:

As questões do sofrimento do sujeito, do seu sintoma, do estabelecimento da transferência, do diagnóstico são então abordadas neste período. Entretanto, a comparação com as entrevistas preliminares não esgota a questão do tratamento na clínica-escola. Para além desta constatação, quais são os efeitos terapêuticos produzidos neste período? Há a oferta de uma escuta que produz o alívio pela palavra. De que modo a psicanálise pode lidar com estas demandas cuja resposta institucional inclui o tempo limitado, o face a face e, por vezes, a isenção do pagamento? (Marcos, 2011, p. 213)

O uso do divã e o pagamento também são condições que extrapolam o contexto institucional, já que as clínicas universitárias estão pensadas para qualquer tipo de atendimento psicológico. Quando há pagamento, ele é feito para a instituição e não funciona como regulador da relação transferencial entre paciente e terapeuta. A questão do tempo da sessão é pensada, na orientação lacaniana, como conectada à experiência de linguagem, em que o corte da sessão tem função de escansão da fala. Isso pode ser uma referência também para a clínica institucional.

A primeira publicação sobre a clínica psicanalítica ambulatorial que produziu impacto no contexto universitário foi o livro de Ana Cristina Figueiredo, *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*, publicado em 1997, resultado de uma tese

de doutoramento na Universidade Federal do Rio de Janeiro. De forma corajosa e muito bem sustentada teoricamente, Ana Cristina Figueiredo abriu a discussão do que se fazia como supervisão de orientação psicanalítica nas clínicas universitárias. Ela afirmou, com propriedade, na introdução: "O que devemos deduzir é que não há duas psicanálises, uma para o consultório e outra para o ambulatório" (Figueiredo, 1997, p. 11). Ou seja, haveria uma aposta na ética daqueles que se comprometem em fazer um trabalho orientado pela psicanálise, mesmo em contextos distintos de atendimento.

Assim, no final da década de 1990, também a clínica psicanalítica praticada nas universidades entrou em debate, começou-se a colocar a questão de que uma clínica de funcionamento público não podia ter como modelo o consultório particular, pois, desse modo, ela sempre seria vista como insatisfatória ou ilegítima. A clínica era uma só, do ponto de vista da orientação teórica, mas teria de ser aplicada ao contexto.

Figueiredo (1997) tratou, com elegância, temas como o tempo, a ausência do divã e do dinheiro. A discussão não era apenas teórica, ela ilustrou muito bem a questão do que se paga em um tratamento psíquico, por meio de vários casos clínicos do ambulatório. Uma premissa importante para se pensar era que, se o tratamento se dava numa instituição, ela mesma entraria como um terceiro elemento na relação entre paciente e analista. O paciente estava referido a um profissional, um analista que trabalhava para a instituição, e o paciente, mesmo que ele falasse apenas para seu analista, era um paciente da instituição.

A proposta do CPCT como instituição apoiada numa forte base teórica e clínica é bastante fecunda para pensar o trabalho de aprendizagem que se faz nas clínicas universitárias. O tema dos ciclos, por exemplo, ajuda-nos a pensar um fator temporal determinante na estrutura universitária, já que os tratamentos se dão por semestres. Os alunos se matriculam nos estágios a cada semestre e atendem os pacientes seguindo o calendário escolar, que se interrompe para as férias. Há necessariamente interrupção do tratamento. Este poderá ou não ser retomado no próximo semestre: entram aí a disponibilidade do supervisor, do aluno e do paciente. Nessa perspectiva, o que se pode produzir no tratamento, durante um semestre, seria um ciclo que pode ou não abrir para uma questão que será retomada no próximo semestre. O horizonte temporal pode funcionar como um elemento que precipita a elaboração do que foi possível trabalhar, até aquele momento da interrupção. Esse tempo de tratamento será, então, pensado como um ciclo, não como algo que ficou inacabado.

O trabalho desenvolvido nas clínicas universitárias pode testemunhar sobre uma forma de aplicação da psicanálise ao tratamento do sofrimento mental. Nela conjugam-se duas dimensões muito importantes: o início da formação de jovens psicanalistas para os estagiários e os efeitos terapêuticos que um tratamento psicanalítico pode produzir para os sujeitos que se dirigem ao serviço. Assim, esse trabalho parece concretizar a existência de mais um espaço de presença da psicanálise na cidade.

## Nota

<sup>1</sup> Este artigo foi produzido no contexto de um Pós-doutoramento no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, sob orientação da Professora Ilka Franco Ferrari, com financiamento da CAPES.

## Referências bibliográficas

- Alexander, F. & French, T. (1959). *Psychotherapies analytiques: principes et applications*. Paris: PUF.
- Balint, M. (1975). *La psychothérapie focale : un exemple de psychanalyse appliquée*. Paris: Payot.
- Carneiro, B. & Vieira, M. ROSA. (2011 jul.-dez.). Freud e a expansão da psicanálise. *Plural*, (34), 55-75. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde.
- Ferenczi, S. (1988). Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise. *Escritos psicanalíticos: 1909-1933* (pp. 182-197). Rio de Janeiro: Taurus (Trabalho original publicado em 1921).
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1988). Perspectivas da psicanálise. *Escritos psicanalíticos: 1909-1933* (pp. 215-230). Rio de Janeiro: Taurus (Trabalho original publicado em 1924).
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Freud, S. (1987). As neuropsicoses de defesa. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 55-82). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1894).
- Freud, S. (1987). Estudos sobre histeria. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1987). A interpretação dos sonhos (parte I). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 5). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1987). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 164-192). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (1987). Sobre o início do tratamento. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 164-192). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1987). História do movimento psicanalítico. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 16-88). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1987). Recordar, repetir e elaborar. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 191-203). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1987). Conferência XXV: a ansiedade. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 457-480). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1917a).

- Freud, S. (1987). Conferência XXVIII: terapia analítica. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 523-540). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1917b).
- Freud, S. (1987). Linhas de progresso da terapia analítica. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 199-211). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (1987). Prefácio ao relatório sobre a Policlínica Psicanalítica de Berlim (março de 1920 a junho de 1922) de Max Eitingon. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 357-358). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1987). O problema econômico do masoquismo. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 199-215). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1987). Inibição, sintoma e ansiedade. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 107-198). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1987). O mal-estar na civilização. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 81-178). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1987). Sándor Ferenczi. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 277-279). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (1987). Análise terminável e interminável. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 239-287). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1987). A divisão do ego no processo de defesa. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 305-312). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1940).
- Gilliéron, E. (1983). *Aux confins de la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Hegenberg, M. (2004). *Psicoterapia breve*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hegenberg, M. (s.d). Psicoterapia breve psicanalítica. Recuperado de <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pes40/40Hegenberg.html>.
- Lacan, J. (1998). Função e campo da palavra e da linguagem. *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1953).
- Lacan, J. (1998). Do sujeito enfim em questão. *Escritos* (pp. 229-237). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1966a).
- Lacan, J. (1998). Variantes do tratamento-padrão. *Escritos* (pp. 325-364). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1966b).

- Lacan, J. (2001). Acte de fondation. *Autres écrits* (pp. 229-241). Paris: Seuil (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (2001). Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École. *Autres écrits* (pp. 243-259). Paris: Seuil (Trabalho original publicado em 1968).
- Marcos, C. (2011). Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão. *Psicologia clínica*, 2(23). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652011000200013>.
- Miller, D. & Naveau, P. (1986, nov.). Franz Alexander: 1891-1964. *Ornicar?* (39), 31-33. Paris: Navarin.
- Miller, J.-A. (2008). *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Richebächer, S. (2012). *Sabina Spielrein de Jung a Freud*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1997). *Dictionnaire de psychanalyse*. Paris: Fayard.
- Sauvagnat, F. (2005, jul.-dez.). Pulsão de morte e psicanálise. *Plural*, (22), 22-49. Belo Horizonte: FUMEC.

**CITACÃO/CITATION:** Santos, L. G. dos; Ferrari, I. F. (nov. 2013 a abr. 2014). A psicanálise aplicada à terapêutica: uma perspectiva histórica. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 9(17), 19-42. Disponível em [www.isepol.com/asephallus](http://www.isepol.com/asephallus). doi: 10.178552/1809-709x.2019v9n17p19-42.

**Editor do artigo:** Tania Coelho dos Santos.

**Recebido/Received:** 25/11/2013 / 11/15/2013.

**Aceito/Accepted:** 13/02/2014 / 02/13/2014.

**Copyright:** © 2013 Associação Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the author and source are credited.