

estudar o tema, como foi o caso dos três relatores, tendem a reservar o termo impasse à situações mais restritas, onde existe um estancamento insidioso e prolongado do processo, sem que se verifiquem alterações manifestas na produção de material e no *setting*. Ou seja, "impasse" é bem delimitado e caracterizado, o que permite seu diagnóstico diferencial com relação à outras situações difíceis do processo (resistência incoercível, reação terapêutica negativa e reversão da perspectiva, para citar algumas).

Destacamos os aspectos anteriormente referidos apenas para estimular a leitura atenta que os três relatórios merecem. Penso que em muito os autores contribuíram, através de seu estudo e textos, para um melhor entendimento do tema.

Impasse em Psicoterapia de Orientação Analítica

Patrícia Fabrício Lago*

A autora revisa a literatura e utiliza um caso clínico para discutir a utilidade do conceito de impasse em psicoterapia de orientação analítica, discriminando-o de outras vicissitudes do processo psicoterápico.

Constata a existência de dois grupos de autores: uns que utilizam um conceito amplo de impasse e outros, um conceito estrito. Alia-se a estes últimos, sugerindo que um dos méritos do conceito (estrito) de impasse é chamar a atenção e dar lugar a um processo que, por seu caráter silencioso, não se impõe à percepção do terapeuta. Por fim, examina algumas diferenças entre psicoterapia e psicanálise e as possíveis relações dessas com a ocorrência de impasses.

Unitermos: impasse; psicoterapia psicanalítica.

Em primeiro lugar, desejamos agradecer à Comissão Organizadora pelo convite para participar deste simpósio, que muito nos honrou. É realmente uma satisfação, particularmente porque o Dr. Flávio Pechansky e o Dr. Matias Strassburger integram a atual Diretoria do CELG. Além de dois grandes amigos, partilhamos nosso primeiro consultório.

Ao recebimento do convite, houve conflito entre a vontade de aceitá-lo e a inquieta sensação de que nunca havíamos, realmente, nos detido neste conceito. É claro que estamos sempre lidando, no consultório, com situações difíceis, algumas que parecem estagnadas ou sem solução. Nunca nos ocorreu considerá-las sob este prisma: trata-se ou não de um impasse? Percorrendo a literatura, e conversando com colegas a respeito, fomos percebendo que este é mesmo um conceito pouco utilizado e não muito claro, tanto na literatura quanto para grande parte dos colegas. Constatamos, assim, a atualidade do que Mostardeiro e cols.⁽¹⁾ detecta-

Trabalho apresentado no XII Simpósio Interno de Psicoterapia do Centro de Estudos Luís Guedes, em Torres, 20 de novembro de 1999.

*Psiquiatra pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Candidata do Instituto de Psicanálise

ram, em um trabalho de 1974: "A expressão *Impasse Psicanalítico* é esporádica e descuidadamente utilizada (p. 17)." Eles assinalaram, naquela ocasião, que os autores em geral não julgam necessário definir e delimitar, em suas publicações, o que precisamente entendem por impasse.

Assim, coloca-se algumas questões cujas respostas, provisórias e parciais, pretendemos partilhar com vocês, partindo de um caso clínico: haverá então uma situação definida a ser discriminada de outras com este nome? O que a caracteriza e permite distingui-la de outras vicissitudes psicoterápicas? Qual a utilidade deste conceito? Utilizaremos, aqui, os termos analista/terapeuta, psicanálise/psicoterapia de forma indiscriminada, exceto no final, quando pretendemos abordar algumas diferenças entre psicoterapia e psicanálise e suas possíveis relações com o impasse.

Quanto ao conceito

O conceito de impasse, pela primeira vez formulado, aliás, por colegas do nosso meio, no trabalho de 1974 recém citado, não é muito preciso. Mais do que isso, parece ser muitas vezes ignorado, desconsiderado ou livremente interpretado.

Pires (2) refere que, durante muito tempo, o termo "impasse" foi usado para designar *diferentes situações de difícil resolução* em análise, tais como RTN, *Acting-out* excessivo, Reversão da Perspectiva e Resistência Incoercível. Concluímos que a imprecisão do conceito de impasse, aliada ao uso do termo no sentido popular, incrementaram a confusão entre situações clínicas distintas. Assim, dificuldades transitórias que ocorrem em todos os tratamentos, paralizações ou estagnações, dependendo de sua intensidade e duração, podem levar a um impasse, mas não devem com ele ser identificadas.

Revisando a (escassa) literatura sobre o tema, foi-nos possível discriminar dois grupos de autores. Um que utiliza o que nós chamaremos de um conceito mais estrito de impasse; entre esses, Meltzer (3), Mostardeiro e cols. (1), Chediak (4), Maldonado (5,6,7) e Etchegoyen (8). Os demais, incluindo Giovacchini & Bryce Boyer (9), Ferro (10), Kantrowitz (11) e Schwaber (12) adotam um conceito mais amplo, implícita ou explicitamente.

Tomemos, então, a definição de impasse elaborada por Pires (2), representante aqui do que os autores do grupo "estrito" utilizam:

"O impasse psicanalítico é um fenômeno que comporta uma detenção insidiosa e duradoura do processo, implicando um cessamento da elaboração, sem que o *setting* aparente alterações visíveis, que se manifesta sob distintas formas clínicas e cujas origens remontam ao binômio transferência/contratransferência (p.8)."

Veremos como este conceito tende a ser desconsiderado ou tomado em parte. Maldonado (6) é um dos principais estudiosos do tema e

parece reconhecer os dois "tipos" de impasse. Todos os casos que ele *relata* correspondem ao conceito estrito. Afirma que, nesses casos, a detenção da análise é dissimulada por um acordo tácito e inconsciente de ambos os protagonistas, acordo que pode ficar estabelecido pelo fato de o analista silenciar, sem advertir nem explicitar sua ocorrência. Nesse "tipo" de impasse, o analista partilha com o paciente a responsabilidade pelo estancamento do processo.

O outro tipo de impasse, ao qual Maldonado (7) apenas se refere, seriam "períodos transitórios de paralisação do processo" (p.206) que ocorrem nos estados de transferência negativa manifesta e prolongada. Nesses casos, a detenção do processo é evidente, muitas vezes inevitável, e surge como um acontecimento secundário no tratamento, onde o problema principal radica no estado patológico que o origina.

Já Kantrowitz (11) descreve como impasses períodos breves, que podem restringir-se a uma ou várias sessões, em que o paciente pára de associar, mostra-se afetivamente distante ou evidencia uma intensa transferência negativa. Essa autora desconsidera tanto o fator temporal (a duração), quanto o caráter silencioso e a origem na transferência-contratransferência. Afirma que um impasse pode resultar "*de nosso conhecimento insuficiente do paciente, limitações em nossa teoria ou técnica, ou de interferências contratransferenciais (p. 1022, grifo nosso).*" Como se vê, ela adota um critério mais amplo, que parece corresponder mais ao significado popular do termo.

Antonino Ferro (10) parte das idéias dos Baranger, Bion e Steiner para discutir o impasse na teoria do campo analítico. É possível observar que ele contempla alguns aspectos básicos do conceito estrito, quais sejam, a manutenção do *setting*, o tempo prolongado, a origem na transferência-contratransferência. Entretanto, seus exemplos clínicos descrevem "*fraturas*" na compreensão levando ao enfrentamento de dificuldades intensas para restabelecer o contato com o paciente, sobrevindo "*lentidão*" no processo ou períodos ruidosos de maior resistência ou de *acting-out* intenso, sem que se caracterize uma situação "muda" de estancamento prolongado da elaboração. Esta não cessa, como requer o conceito de impasse, apenas seguiria ocorrendo "*em um nível subterrâneo (p.55).*" Ferro refere-se mesmo a "*distintos graus de impasse, começando com situações observáveis somente no microprocesso da sessão, passando a outras menos e menos reconhecidas...*" (p.55)".

Ferro (10) esclarece seu entendimento de impasse citando os Baranger que "*supõem que um certo grau de impasse é fisiológico, inerente à função de 'baluarte', entendido este como uma área cega da dupla que surge periodicamente e da qual o analista toma distância mediante um 'segundo olhar' que identifica, descreve e resolve o fenômeno a cuja existência contribui (p.54).*" Um impasse resultaria do não reconhecimento de um "baluarte" durante um longo período de tempo. O que parece

interessante, nesse trabalho, é o entendimento de Ferro destes períodos (que ele chama de impasses) como uma "necessidade" da dupla paciente-analista, "como o tempo necessário para ter acesso às *ansiedades e terrores subjacentes e assim adquirir capacidade para transformar estas angústias excindidas fora do campo e poder pensá-las*. (p.54)" Essa visão atribui, assim, um caráter "fisiológico" ao impasse, distinto, portanto, daquele de "verdadeira anomalia" (8), que parece mais clássico.

Embora a verificação de que o conhecimento acerca do impasse ilumina outras dificuldades com que nos defrontamos em nossa prática, parece-nos desejável delimitar o termo, discriminando-o de outras incorrências. Nesse sentido, aliamos-nos aos autores que preconizam um conceito mais estrito, reservando o termo *impasse* a períodos realmente *prolongados de paralisação*, nos quais cessa a elaboração, fato esse que passa *despercebido* ao analista e para o qual este *contribui* por um envolvimento transferencial-contratransferencial. Um dos méritos deste conceito é dar lugar e chamar atenção para um processo que, por seu caráter silencioso, não se impõe à percepção do terapeuta. Está ali apenas para quem "quiser" ver, e o envolvimento contratransferencial age no sentido oposto a isso.

Caso clínico

"Ana aproximava-se dos 50 anos quando me procurou, através de um convênio, anos atrás. Marcadamente narcisista, enfatizava que jamais pensara buscar um psiquiatra, e só o fizera porque seu marido estava tornando sua vida um inferno. Não gostaria de desfazer sua família, principalmente por seu filho pequeno, que precisava de uma "figura paterna".

O que rompeu o equilíbrio de seu casamento, anteriormente estável, embora marcado por fria indiferença da parte dela, fora a suspeita do marido de que ela o estava traindo. Tal suspeita decorria de a paciente ter deixado evidências de um contato recente com um ex-namorado da adolescência. Desde então, o marido "enlouquecera", com ameaças de suicídio, críticas intermitentes e vigilância constante à esposa. O que houve, de fato, foi que o ex-namorado telefonou para Ana, deixando-lhe um recado. Ana retornou a ligação. Tinham sido namorados havia mais de 20 anos e planejavam casar-se, mas ele, subitamente, abandonou-a. Mandou-lhe apenas uma carta explicando que a família dele não aprovava o relacionamento. Ana decepcionou-se profundamente e "jurou" que jamais tornaria a gostar de alguém. Casou-se, assim, com um homem de quem não gostava, que silenciosamente desprezava e de quem absolutamente não sentia depender. Determinou-se a obter prazer na relação sexual por motivos práticos "teria que se submeter ao sexo no casamento, que tirasse prazer disso, então". Isso ela obtinha "por sua conta", não dependendo

muito da participação do marido no ato sexual. Consentiu tardiamente em ter um filho, surpreendendo-se com o amor que passou a sentir por ele. Nesse contexto frio e controlado, surge o telefonema que transtorna sua vida e a traz a mim, encaminhada pelo psiquiatra do marido.

Interpretei, desde o começo, tal ocorrência como um sinal de insatisfação com seu acordo de vida, e a busca do tratamento como um desejo de ser ajudada, por mim, a ter uma vida mais viva, sair da prisão narcísica em que se colocara. A paciente surpreendeu-se com meu entendimento. Nunca pensara ter um "acordo de vida", muito menos em questioná-lo. Mostrou-se cética quanto à possibilidade de ser ajudada, afirmando desejar apenas "recolocar tudo nos eixos". Paradoxalmente, pouco falava no marido e na relação com ele, trazendo para examinar comigo suas vivências atuais e passadas, particularmente a relação com o ex-namorado, o desfecho que teve e as consequências para sua vida. Durante um certo tempo, tornei tal atitude como uma aquiescência à minha proposta terapêutica. Tudo parecia andar bem, dentro dos limites que as defesas caracterológicas da paciente e minha habilidade técnica permitiam. Era uma paciente interessante e inteligente, com quem eu gostava de trabalhar e tinha vontade de ajudar, apesar do seu jeito tão rechaçante. Embora não faltasse jamais a uma sessão, atrasava sempre explicava que, se alguém tivesse que esperar, que fosse eu. Manifestava que, se tivesse que me pagar "um cruzeiro" que fosse, não viria. Evidenciava um prazer estético com as interpretações, deliciava-se em "embates inteligentes" comigo, surpreendendo-se com os ricos entendimentos que sua vida e seu relacionamento comigo, tão restrito e controlado, permitiam. Aos poucos fui me dando conta de que, apesar disso, nada mais acontecia. Comecei a me sentir incômoda, insatisfeita e com muitos questionamentos quanto às perspectivas daquele tratamento e ao meu papel nele. Percebi que se criara uma situação paradoxal, o tratamento parecia ir bem, mas nada resultava. O entendimento que vínhamos obtendo a seu respeito, a percepção que vinha adquirindo de suas limitações e distorções não parecia evoluir para, sequer, alguma egodistonia, que dirá, desejo de mudar. Sentindo-me impotente, percebia pensamentos de descrédito e de desesperança. Na medida em que passei a examinar com a paciente tal situação, para mim incômoda, foi ficando claro que ela realmente não pretendia fazer um uso pessoal dos entendimentos obtidos com a psicoterapia. Não buscava nem se dispunha a qualquer mudança. Pretendia, apenas, acalmar seu marido para que retornassem ao acordo prévio. Ela tratar-se era parte de seu "esforço conjugal" e penitência, ao que ela se submetia, parece que, pelo menos, tendo prazer "por sua conta". Trabalhamos com duas sessões semanais durante dois anos, quando fixei um prazo (2 meses) para interromper o tratamento, caso ela não resolvesse rever objetivos comigo. Procurei tratar as possíveis vivências de rechaço, enfatizando minha disposição de retomar o tratamento caso ela desejasse

buscar mudanças pessoais, mas manteve a interrupção do tratamento na data prevista. A paciente compareceu até o último dia, despediu-se de mim cordialmente, dizendo que, se algum dia mudasse de idéia, me procuraria. Mas que isso não iria ocorrer".

Discussão diagnóstico diferencial com outros quadros

Essa decisão, radical, de interromper o tratamento, não foi fácil e até hoje nos inspira questionamentos. Será que a interrupção foi um atuação? Teria havido outro desfecho se a terapeuta tivesse dado mais tempo? Ou teria escapado alguma compreensão crucial, cuja adequada elaboração teria dado outro curso ao tratamento?

Hoje, o que nos propomos a examinar é se terá sido esta uma situação de impasse, utilizando este caso para discutir alguns aspectos do nosso tema.

Havia um processo estagnado de forma duradoura e "silenciosa" que levou à interrupção do tratamento, o que é preconizado por alguns autores (1,3) em casos de impasse. Também é de se assinalar os marcados traços narcísicos da paciente, possivelmente o fator mais constante, na literatura, em se tratando de impasse: "*É bastante freqüente que as dificuldades caracterológicas do paciente, especialmente as narcísicas, mobilizem particularmente a contratransferência, exacerbando os traços narcísistas que, em diversos graus, fazem parte da personalidade dos analistas* (1,p.32)." Teria se estabelecido uma "aliança neurótica", contrapartida da aliança terapêutica, envolvendo a terapeuta e paciente num conluio inconsciente? Vejamos:

Se considerarmos, no conceito de impasse, as expressões *detenção* do processo, e *cessamento* da elaboração, infere-se que deve haver uma mudança de algo que evoluía para algo que se detém, que cessa. Teria ocorrido cessamento ou detenção, neste caso? Pode-se pensar que a paciente nunca buscou tratamento, de fato. Nada cessou, apenas nunca iniciou, realmente. O diagnóstico de impasse requer que "se *mantenha conservada a situação analítica 'standard'*", o que inclui que "os *objetivos tácitos... sejam terapêuticos*" (1,p.20)". Nesse caso, não eram. Cabe mencionar que, segundo esses autores, quando a moléstia é egotônica e, portanto, não existe verdadeiro sentimento de cura e de mudança, predomina o desejo de obter gratificações inconscientes no tratamento, e os resultados passam a ser duvidosos, podendo levar a um impasse.

Mesmo assim, nossos pacientes chegam como podem, não seria esse o primeiro caso a começar com tal motivação e evoluir para um tratamento proveitoso. O que teria ocorrido impedindo tal evolução? Poderíamos pensar num caso de *resistência incoercível*; entretanto, segundo Etchegoyen (8, p. 473), esta irrompe no processo *sempre brusca-*

mente, partindo do paciente, em geral no início do tratamento.

Outra ocorrência que deve ser discriminada do impasse é o *erro técnico*. Realmente parece-nos, hoje, que a motivação da paciente para tratar-se deveria ter sido melhor esclarecida na avaliação. Poderíamos ter proposto um "período de prova", em vez de dar início a um tratamento. A isso não nos furtávamos, pensando, como lembra Etchegoyen (8, p. 462), que "o desejo de curar-se pode variar em grau, mas sempre existirá a possibilidade de tomar contato com a parte do paciente que quer sair do inferno."

Cabe também examinar a possibilidade da Reversão da Perspectiva, conceito introduzido por Bion(13), em 1963. Nesse tipo de funcionamento mental, o desejo de conhecer (vínculo K) se transforma em desejo de desconhecer (vínculo -K), levando ao ódio da realidade interna e externa e, consequentemente, a de todos os instrumentos que podem colocar o indivíduo em contato com ela. Etchegoyen (8) deu a esse conceito uma aplicação técnica. Assim, esse quadro, que pode (ou não) conduzir a um impasse, mas deve ser deste distinguido, dele consiste em um acordo manifesto e um desacordo latente e radical entre paciente e terapeuta. O paciente faz uma espécie de contrato paralelo e oculto, pelo qual o tratamento não visa a compreender seus problemas, nem fazê-lo crescer, curar-se, mas objetiva demonstrar, a si mesmo e ao terapeuta, alguma coisa que até pode ser demonstrar que não necessita de tratamento. Existe um acordo manifesto e um desacordo latente e radical entre paciente e terapeuta. O objetivo de Ana, seria, por ex., reafirmar/confirmar sua ilusão narcísica de completude e auto-suficiência. Embora possa se dizer que Ana não veio para entender e resolver seus problemas, mas com outros objetivos, não se tratou propriamente de um contrato paralelo e oculto, muito menos inconsciente, como a Reversão da Perspectiva é.

Etchegoyen (8) aproxima a situação da Reversão da Perspectiva do quadro descrito por Maldonado (5) como impasse por "*má fé*", considerando a "*má fé*" uma Reversão da Perspectiva com uma intenção enganosamente, "mal intencionada", por assim dizer.

Pensamos que a Reversão da Perspectiva participa de outro tipo de impasse descrito por Maldonado (6), o qual é resultado e manifestação de um *pseudoproc*esso analítico. Nesse caso, o impasse não é um acontecimento casual, mas um fim buscado, cuja base de sustentação é uma fantasia inconsciente que *visa obter a paralisação do objeto e do vínculo com ele*. Por esta fantasia, o terapeuta não é admitido como fator de mudança, é tolerado enquanto pode prover algum alívio e é reconhecido somente como alguém que pode dar conforto. Cria-se uma situação em que o paciente apresenta melhores sintomáticas, mas o terapeuta sente que "algo não anda". Pensamos que Ana atuava tal fantasia nas suas relações, tanto com o marido como com a terapeuta, mas isso não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de impasse.

O caso de Ana, embora nossa sensação fosse realmente de que nada acontecia, diferente de uma situação de impasse em que o processo sofre uma paralisação; o que estava ocorrendo era a percepção da terapêutica de que o tratamento não estava estabelecido. Não havia um *pseudoprocesso* em andamento, o processo terapêutico não se instalara. Concluímos que ela repetiu com a terapeuta a situação do seu casamento, o que a terapeuta, ao perceber contratransferencialmente, interrompeu. Retirou-se o "aval", como diria Maldonado(7).

Por sua utilidade clínica, não só nos casos de impasse, aliás, vamos nos deter em algumas contribuições originais desse autor. Ele chama a atenção para uma determinada atitude do terapeuta que, *validando as comunicações vazias de significado do paciente*, participa no estabelecimento e manutenção do impasse. O terapeuta contribui, desta forma, para o estabelecimento de um "diálogo espúrio"(6). O interessante é que, enquanto o impasse perdura, tais comunicações do paciente têm como característica a *ausência ou marcação diminuição de representações que configuram imagens visuais*. Na medida em que o estancamento é advertido e denunciado pelo terapeuta, essas retornam, o que confirma o diagnóstico de impasse. Outro ponto importante é que o exame das *características* dessas imagens visuais têm valor *prognóstico*. Assim, a saída da situação de impasse é marcada pelo surgimento de imagens que dão notícia da estagnação do processo: máquinas estragadas, objetos em movimento circular ou rotatório, imagens estáticas, (imóveis como estátuas), ou de matéria inerte (como minerais). Maldonado (6) considera que três elementos essenciais para avaliar um impasse, em termos prognósticos, podem ou não estar presentes nas imagens visuais: *pedido de ajuda, resolução do problema ou um objeto que proporciona a solução exitosamente*. Outro elemento de valor prognóstico se estabelece quando, no material analítico, as imagens representativas do impasse são paulatinamente substituídas por imagens do processo, quando há uma *transmutação de imagens estáticas por cinéticas*. Assim, máquinas deterioradas são substituídas por máquinas úteis, funcionantes, e estas por elementos naturais: plantas e animais que incluem componentes cromáticos.

O interessante é que observamos algo assim no caso relatado. O único sonho relatado pela paciente durante a tentativa de tratamento deu-se no período em que a interrupção já estava marcada. Ana sonhou com "*uma imagem que vira em um filme infantil, na qual uma mulher louca estava parada, imóvel, em uma praça pública. Mostrava-se coberta pelos dejetos que as pombas que voavam sobre sua cabeça largavam. Esses eram os únicos seres com quem se relacionava. Ela, entretanto, não se importava, porque era nobre, uma rainha talvez, que decepcionada com as pessoas, afastara-se de tudo, mas sabia da própria nobreza.*" Não vamos nos deter no significado deste sonho. Apenas foi um tanto tranquilizador verificar que, segundo os critérios de Maldonado, na medida em que não

há, nessa imagem, pedido de ajuda, resolução do problema ou um objeto que intervenha exitosamente, o prognóstico seria considerado desfavorável quanto a uma possível evolução satisfatória do tratamento, não tivesse sido interrompido pela terapeuta.

Antes de terminar, gostaríamos de nos referir, de forma esquemática e genérica, a algumas diferenças entre psicoterapia e psicanálise e às possíveis relações destas com a ocorrência de impasses:

Em uma Psicoterapia, alguns fatores podem facilitar que áreas potencialmente geradoras de impasse se mantenham fora da relação terapêutica: a menor frequência de sessões, a motivação mais "focal" do paciente, o trabalho focalizado, a abordagem extra-transferencial e o menor impacto sobre o narcisismo do paciente/terapeuta. Por outro lado, a menor frequência de sessões também limita o contato com o paciente e a chance do terapeuta detectar, compreender e tratar um impasse.

Em uma Análise, a maior frequência de sessões, a motivação para um tratamento mais abrangente, o "foco" na transferência e no caráter, a maior regressão e o maior impacto sobre o narcisismo do paciente/terapeuta aumentam a chance de que áreas "impassegênicas" sejam ativadas. Por outro lado, a maior frequência de sessões, o uso do divã, o maior contato com o paciente e com a transferência/contratransferência, podem propiciar melhores condições para detectar, compreender e tratar um impasse.

Em relação ao terapeuta, há que considerarmos, entre outros fatores, a formação pessoal (análise pessoal, formação teórico-técnica, formação em infantil, observação de bebês), experiência, acesso à supervisão, orientação teórica e características pessoais por exemplo, uma maior ou menor "capacidade negativa" (Bion)).

Para terminar, cabe mencionar que, levando em conta o que nos diz Etchegoyen (8, p.480), dificilmente o caso que atendemos já há alguns anos seria de impasse, já que este "*não se apresenta em geral ao analista novo, mas ao que já tem uma experiência suficiente para transpor obstáculos mais visíveis.*" Será?

Summary

The author revises the literature and uses a clinical case to discuss the usefulness of the impasse concept in psychoanalytic psychotherapy, discriminating it from other vicissitudes of the psychotherapeutic process. The author verifies the existence of two groups of authors: the first uses a wide concept of impasse and the second, a strict concept. The author identifies herself with the second group, suggesting that one of the merits of the (strict) concept of impasse is to pay attention and to give place to a process that, for its silent

character, tends to remain unnoted. Finally, the author examines some differences between psychotherapy and psychoanalysis and its possible relationships with the occurrence of impasses.

Key-words: impasse; stalemate; psychoanalytic psychotherapy.

Referências Bibliográficas:

1. Mostardeiro A L, Pechansky I, Ribeiro R P, Ibanes S R. O Impasse Psicanalítico. Rev. Latinoamericana de Psicoanálisis 1974; 1: 13-52.
2. Pires A C. Sobre o impasse psicanalítico: uma contribuição ao seu estudo. Trabalho apresentado na Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, 1998.
3. Meltzer D. Una técnica de interrupción en la impasse analítica. In: Grinberg, L. Práticas psicanalíticas comparadas en las neurosis. B.Aires: Paidós; 1977; p. 165-176.
4. Chediak C. Technical modification during psychoanalytic impasse. Bulletin of the Menninger Clinic 1975; 39(1): 222-32.
5. Maldonado J L. "Impasse" y "mala fe" en el análisis de un paciente. Revista de Psicoanálisis 1975; 32(1): 115-41.
6. Maldonado J L. Impasse y pseudoproceso psicoanalítico. Psicoanálisis 1979; 1(2): 569-602.
7. Maldonado J L. Compromiso de analista en el impasse psicoanalítico. Revista de Psicoanálisis 1983; 40(1): 205-18.
8. Etchegoyen R H. Fundamentos da técnica psicanalítica. (1987) P. Alegre: Artes Médicas; 1989; 2ª ed., p. 452-81.
9. Giovacchini P L. & Bryce Boyer L. El "impasse" psicoanalítico como um hecho terapêutico inevitável. Revista de Psicoanálisis 1975; 32(1): 143-176.
10. Ferro A. El impasse en una teoría del campo analítico: vértices posibles de observación. Libro Anual de Psicoanálisis 1993; 9: 53-65.
11. Kantrowitz J L. Impasses in psychoanalysis: overcoming resistance in situations of stalemate. Jour. Americ. Psychoanalytic Assoc. 1993; 41(4): 1021-1050.
12. Schwaber E A. A particular perspective on impasses in the clinical situation: further reflections on psychoanalytical listening. International Journal of Psychoanalysis 1995; 76(4): 711-22.
13. Bion W. Elementos em psicanálise. (1963) R. Janeiro: Imago; 1991; p. 66-71.

Endereço para correspondência

Patricia Fabrício Lago
Av. Cel. Lucas de Oliveira, 1767/201
CEP 90460-001 - Porto Alegre - RS
E-mail: patlago@zaz.com.br