

Psicoterapia de orientação analítica hoje: refletindo a partir de nossa experiência

Psychoanalytic psychotherapy today: thinking from our experience

Eneida Iankilevich*
Jussara S. Dal Zot**

Resumo

A partir da experiência clínica de muitos anos, as autoras procuram refletir sobre o que mudou e o que não mudou em sua forma de trabalhar em psicoterapia de orientação analítica. Procuram descrever como concebem atualmente esse tratamento, levando em conta todos esses anos de trabalho clínico, de estudo, de trocas com colegas e de experiência de ensino. Concluem afirmando que não abririam mão do exercício dessa técnica.

Descritores: psicoterapia; teoria psicanalítica; processo psicoterapêutico; técnica psicoterápica.

Abstract

Based on their many years of clinical experience, the authors reflect on what has changed and what has not changed in their way of working with psychoanalytic psychotherapy. They seek to describe how to conceive this treatment currently, taking into consideration all these years of clinical work, study, exchange with colleagues and also their teaching experience. In their conclusion, the authors assert that they would never forgo making use of this technique.

Keywords: Psychotherapy; psychoanalytic theory; psychotherapeutic process; psychotherapeutic technique.

* Psiquiatra pela UFRGS; Membro Efetivo da SPPA; Psicanalista da infância e adolescência; Professora e supervisora do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED-UFRGS.

** Psiquiatra pela UFRGS; Membro Associado da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre; Professora e supervisora do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da FAMED-UFRGS.

"(...) um exemplo bem remoto da atividade psicoterápica. Vamos recuar ao século XI, quando Avicena, médico e filósofo árabe, foi chamado para atender um jovem. Esse jovem fora examinado por vários médicos anteriormente, porém nenhum conseguia diagnosticar sua enfermidade. Avicena percebeu que seu mal não parecia ser físico. O paciente agitava-se quando era mencionado o nome de certo povoado. A partir desta constatação, ocorreu a Avicena pedir que seus acompanhantes citassem os nomes das famílias lá residentes. Uma determinada família, quando nomeada, provocava a aceleração do pulso do tal jovem. Tal fenômeno era exacerbado quando o nome de uma das moças dessa família surgia. Avicena, sábio, concluiu então que havia uma paixão não expressa do rapaz pela tal moça – e concluiu isto já no século XI! – o que determinava o sintoma do paciente. As táticas de Freud para deslindar os significados da sintomatologia das suas primeiras pacientes históricas não são tão distantes da acurada percepção de Avicena. Se há distância, é no tempo e não tanto na busca da compreensão do possível significado da enfermidade, coisa com a qual até hoje trabalhamos."

(Romanowski¹)

Introdução

A psicoterapia de orientação analítica é hoje um método psicoterápico reconhecido dentre as "mais de 250 modalidades distintas de psicoterapias"² (p. 20) existentes. É consagrada a noção de ter essa psicoterapia se desenvolvido a partir da psicanálise, ainda que se encontrem divergências quanto às suas coincidências e convergências. Wallerstein³ (p. 44) afirma que "o desenvolvimento original de uma psicoterapia psicodinâmica foi um fenômeno tipicamente americano". Atribui seu desenvolvimento à chegada a esse país de vários psicanalistas europeus refugiados do nazismo, o que "capturou"³ (p. 45) a psiquiatria americana, "tornando-se, assim, a voz dominante dentro das faculdades de medicina, hospitais-escola e clínicas psiquiátricas do país"³ (p. 45). Com isso, a responsabilidade pelos cuidados dos pacientes mais doentes que acorriam a essas instituições levou à necessidade de adaptar os tratamentos psicanalíticos conhecidos às suas necessidades clínicas. Diz Wallerstein: "A psicoterapia psicodinâmica é, na verdade, a única contribuição caracteristicamente americana para a psiquiatria moderna, embora uma contribuição gloriosa"³ (p. 44). As modificações na técnica standard da psicanálise, em geral decorrentes das necessidades de atendimento dos pacientes, aconteceram em todo o mundo. Na Inglaterra, em torno da década de 1960, psicanalistas, como Malan, dentre outros, dedicaram-se ao estudo e aplicação do que chamaram "psicoterapias breves". No primeiro número da Revista Brasileira de Psicoterapia, Aguiar⁴ salienta como, frente às profundas transformações socioculturais, aos avanços tecnológicos que ocor-

rem numa velocidade nunca antes experimentada pelo ser humano e ao consumismo exacerbado, precisamos construir a condição de atender uma demanda crescente de pacientes, sem perder a capacidade de discriminar o que permanece válido, ético e com credibilidade científica, em relação às psicoterapias por nós oferecidas.

Pensamos que aconteceu uma mudança de concepção, e hoje se considera a psicanálise o extremo compreensivo no espectro das psicoterapias dinamicamente orientadas que vai da psicoterapia de apoio à psicanálise. Varia a técnica de utilização da compreensão, de interpretações predominantemente suportivas a interpretações predominantemente transferências. Concordamos com Eizirik e Hauck⁵ (p. 159) quando afirmam que “para indicar corretamente análise ou psicoterapia é imprescindível avaliar em que grau o conflito atual (por exemplo, com a esposa) está relacionado com o conflito primário. Que quer dizer isso? De certa forma, o conflito atual será resultado da interação do conflito primário com fatores advindos da realidade externa ou da interpretação que o sujeito dá a ela. O conflito atual (e o próprio indivíduo) pode ser mais ou menos independente do conflito primário, de acordo com o grau que a conflitiva primária dá forma à percepção da realidade e ao processo de pensamento”. Assim, se o conflito atual guarda algum grau de autonomia, é possível tratá-lo por meio da psicoterapia.

Acreditamos, portanto, que psicanálise e psicoterapia de orientação analítica são técnicas eficientes no tratamento do sofrimento psíquico dos pacientes e que, alimentando-se da mesma base teórica iniciada por Freud, constituem técnicas diversas e como tal devem ser estudadas.

Pretendemos, nesse artigo, refletir sobre a evolução dos conceitos na psicoterapia de orientação analítica, atendendo ao foco dessa edição da Revista Brasileira de Psicoterapia. Só o podemos fazer a partir de nossa experiência como psicoterapeutas oriundas da formação em Psiquiatria pela UFRGS, da educação continuada no CELG, acrescidas da formação analítica na SPPA e da experiência no ensino de psicoterapia analítica nos Cursos de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do CELG.

Nesse nosso meio, o trabalho em Psicoterapia de Orientação Analítica tem gerado importantes veículos de conhecimento. Dentre outros, o livro “Psicoterapia de Orientação Analítica”, publicado em 1989, ampliado e reeditado em 2005. Um livro sobre supervisão em psiquiatria e em psicoterapia analítica foi publicado em 1991, organizado por Luiz Carlos Mabilde. A criação da Revista Brasileira de Psicoterapia em 1999 foi um marco importante, permitindo a divulgação científica dos trabalhos realizados sobre o tema das psicoterapias, fato até então inexistente aqui e no restante do Brasil⁶. A leitura desses livros, assim como uma rápida revisão dos números dessa Revista demonstra o interesse, a riqueza e a seriedade com que viemos estudando essa modalidade de tratamento. Pensamos, então, que nossa contribuição poderia ser descrever e refletir sobre a evolução da noção de psicoterapia de

orientação analítica em nossa prática e em nossa concepção teórica nesse já longo percurso.

Contextualizando

A psicoterapia de orientação analítica pode ser considerada o extremo compreensivo do espectro das psicoterapias que vai desde aquelas em que predomina o apoio até aquelas em que predomina o insight que é uma capacidade de qualquer ser humano⁷ (p.19), uma função de sua subjetividade. Diz Malan⁷ que a psicoterapia de orientação analítica é o “método de provisão de insights e de sua respectiva utilização nas relações interpessoais – inclusive com o terapeuta, no contexto de um relacionamento bipessoal.” “Levar ao insight através da interpretação, a qual constitui um dos instrumentos essenciais à disposição do terapeuta”⁷ (p. 20) é a meta principal dessa psicoterapia. “O oferecimento desse insight tem por finalidade capacitar o paciente a encarar o que na realidade sente, para que se dê conta de que seus sentimentos não implicam tanto sofrimento ou perigo quanto ele teme, para que consiga elaborá-los através de um relacionamento transferencial e, finalmente, que seja capaz de utilizar seus sentimentos reais dentro das relações interpessoais de forma construtiva (...). Objetiva-se, também, fazer com que os efeitos dessa aprendizagem se tornem permanentes, isto é, o paciente deveria tornar-se capaz de lidar não apenas com a situação imediata, mas com situações similares no futuro⁷ (p. 20). Essa conceituação de Malan⁷ aponta para alguns aspectos essenciais nessa técnica: auxiliar o paciente a compreender com qual versão do que lhe acontece está funcionando e, a partir daí, poder questionar essa perspectiva. Em outras palavras, (re)conhecer o conflito que está vivendo inconscientemente e, assim, abrir novas possibilidades em seu viver.

Para Karasu⁸, psicoterapia de orientação analítica é um método de tratamento baseado em técnicas e formulações dinâmicas derivadas da psicanálise com a pretensão de ampliar seu alcance. Já Gabbard⁹ a conceitua como “abordagem de diagnóstico e tratamento caracterizada por um modo de pensar sobre paciente e clínico, que inclui o conflito inconsciente, déficits e distorções de estruturas intrapsíquicas e relações objetivas internas”.

Seja nutrindo-se da teoria psicanalítica, seja construindo saberes próprios, essa psicoterapia é um corpo de conhecimentos vivo em desenvolvimento. É inegável que mesmo Freud, ao longo de sua obra, desde os inícios do século XX, foi modificando sua técnica e sua teoria, de acordo com a maior compreensão do funcionamento da mente que foi obtendo a partir da clínica e da evolução da própria teoria psicanalítica com os seus seguidores. Assim, é claro que a psicoterapia analítica, derivada das teorias psicanalíticas passou por profundas modificações e teve uma evolução muito grande nas últimas décadas. E, para nós, um dos pontos de virada, foi a incorpora-

ção, na teoria e na técnica, dos conceitos originais do casal Wili e Madeleine Baranger¹⁰. Trabalhando na América Latina, esses autores publicaram seu revolucionário trabalho em 1961. A repercussão de suas concepções ficou circunscrita, predominantemente, a essa região, com a exceção importante de Ferro¹¹, que afirma construir sua teoria pela aproximação do trabalho de Bion e do casal Baranger. Só recentemente (2009) o trabalho seminal dos Baranger foi traduzido e publicado em língua inglesa¹². Acreditamos que esse fato poderá levar seu conceito de campo psicanalítico ao reconhecimento internacional.

Em "A situação analítica como campo dinâmico"¹⁰ é feita uma releitura da célebre metáfora proposta por Freud do jogo de xadrez, em que o analista, como o jogador, conhece as jogadas "clássicas" de abertura e de final de uma partida, porém desconhece a estrutura intermediária, o essencial da partida. Se pensarmos sobre esta metáfora, damos-nos conta de que o processo terapêutico se torna muito mais participativo, tanto no que diz respeito ao terapeuta como ao paciente. Passa a existir um "tabuleiro", uma estrutura em comum, em que cada um está agindo: um com suas comunicações e resistências e outro com suas interpretações e ações. A "jogada" de um interferindo e provocando a "jogada" do outro, numa situação aberta e imprevisível, mas dentro de um marco referencial, com suas regras próprias. Assim, concluem os Baranger, "este tabuleiro poderia muito bem simbolizar o que temos chamado de campo bi-pessoal, e a partida, a estrutura do tratamento como totalidade" (pag. 147). Neste campo, portanto, existem duas pessoas indefectivelmente ligadas e complementares, enquanto está durando a situação, e envolvidas no mesmo processo dinâmico. Nenhum membro desta dupla é inteligível, dentro da situação, sem o outro (pag. 129).

Em nosso entender, este conceito de campo dinâmico, de forças que se cruzam e que se constroem a partir da participação de ambos, modifica a compreensão e a utilização de vários instrumentos da técnica. Não se pode mais pensar em transferência isoladamente sem levar em conta a sua contrapartida que é a contratransferência; não se pode pensar em identificações projetivas ocorrendo apenas da parte do paciente, sem as identificações projetivas e introjetivas do terapeuta também em ação, formando a fantasia inconsciente do par. Muda, enfim, o referencial da psicologia de uma só pessoa, passando a incluir, inevitavelmente, a mente do terapeuta no processo de tratamento.

A necessidade de atender pacientes graves vem trazendo à tona a necessidade de uma teoria do enquadre psicodinâmico que possa dar conta da clínica crescente de estruturas não neuróticas. A prática psicoterápica psicodinâmica tem sofrido também modificações decorrentes destas questões. As controvérsias são muitas e permanecem atualmente sem uma resposta clara.

O conceito de neutralidade, tão essencial à possibilidade de escutar a demanda do paciente, é um exemplo disso. Muitos são os adjetivos usados: absoluta, relativa, possível, líquida¹². Pensamos, com Mondrzak¹⁴, que a neutralidade permanece um qualificativo essencial, um dos elementos que define a identidade terapêutica, mas só compreensível se entendermos sua função:

ser um mediador no processo de tornar possível ao paciente tomar contato com sua realidade psíquica, garantir que as várias vozes internas possam se manifestar com suas versões, medos e argumentos, levando a possibilidade de melhores acertos e negociações (pag. 311).

Desenvolver a capacidade de pensar do paciente, aprender com a experiência, ensinamentos de Bion, são cada vez mais presentes em nossa prática psicoterápica. Pensamos que isso se deva ao objetivo, já citado por Malan, de tornar permanentes – ou aproximar-se o mais possível disso – os efeitos da aprendizagem resultante da psicoterapia. Nesse sentido, a capacidade negativa, descrita por Bion¹⁵ a partir de uma ideia de Keats, como capacidade de suportar o não saber e as incertezas sem precisar livrar-se dessa vivência é cada vez mais exigida tanto do terapeuta quanto do paciente. Talvez seja um dos aprendizados mais importantes do processo psicoterápico de orientação dinâmica que possibilita a capacidade de pensar sobre si mesmo que, acreditamos, viabiliza a aproximação da desejada permanência e desdobramento dos efeitos terapêuticos.

Gabbard⁹, em sua conceituação já citada, caracteriza a psicoterapia de orientação analítica como um modo de pensar e – acrescentaríamos – um modo de pensar a subjetividade humana que considera a complexidade dos processos mentais e relacionais porque também reconhece a singularidade de cada indivíduo, fazendo dessas concepções o eixo organizador dessa abordagem. Procuramos escutar cada indivíduo que atendemos, buscando ajudá-lo a escutar-se para ser o mais livre possível na construção de uma vida própria, menos propenso a distorções da verdade que lhe é peculiar em função de conflitos inconscientes que o aprisionam e que o trouxeram até nós.

Compreendemos a psicoterapia de orientação analítica como um tratamento que se nutre da teoria psicanalítica, divergindo dessa em termos de técnica. Assim sendo, é inevitável a existência de áreas de superposição entre a psicanálise e a psicoterapia de orientação analítica e, como bem dizia Rangel¹⁶, "aceitar a existência do crepúsculo não elimina as diferenças entre o dia e a noite". Essas questões tornam ainda mais importante, a nosso ver, o estudo sério e continuado da técnica em que elegemos

trabalhar. Citando os editores¹⁷ do livro *Psicoterapia de Orientação Analítica*, “consideramos, junto com Freud, 1937, p. 282, que, assim como a psicanálise, também a psicoterapia de orientação analítica é, sobretudo, um empreendimento ético-científico e que ‘não devemos esquecer que este relacionamento se baseia no amor à verdade – isto é, no reconhecimento da realidade – e que isto deve excluir qualquer tipo de fraude ou falsidade’, deliberada ou presumida.” (p. 19)

Especificando

E nesses mais de trinta anos de trabalho como psicoterapeutas de orientação analítica, depois também como psicanalistas, o que mudou e o que não mudou em nossa concepção do que fazemos?

Formadas numa tradição de estudo e trabalho em psicoterapia de orientação analítica, mantemos nossa concepção de serem princípios básicos desse tratamento a convicção do inconsciente ser constantemente ativo e influenciando a vida mental consciente; de que as experiências infantis aliadas aos fatores genéticos formam o adulto que se deparará com os acontecimentos de sua vida; de que a transferência é fonte essencial de acesso ao inconsciente do paciente e modelo das dificuldades de relação que o trouxeram a tratamento; de que a contratransferência possibilita escutar o inconsciente do paciente; de que os sintomas e comportamentos cumprem múltiplas funções e são determinados por forças complexas, conscientes e inconscientes; de que a concepção da possibilidade de, através da palavra, via interpretação, produzir mudanças pela obtenção de *insight* sobre os conflitos inconscientes que geram o problema que trouxe o paciente até nós.

Continuamos acreditando que os pacientes nos procuram com um problema que não puderam resolver com seus recursos habituais e, impedidos de encontrar solução para isso, em grande dor. Daí que nos parece indispensável uma construção diagnóstica: saber com que tipo de problemas estamos lidando, identificar a existência ou não de um fator desencadeante porque isto nos dá uma indicação da natureza do problema. Continuamos acreditando que é essencial para isso obtermos uma história de vida do paciente, suas circunstâncias familiares, profissionais e sociais, buscando conhecer seus fatores de saúde e de doença para, com isso, podermos estabelecer hipóteses dinâmicas e fazer um planejamento terapêutico que atenda às necessidades e possibilidades do paciente, não a nossos desejos para ele. Ou seja, identificarmos a motivação do nosso paciente, o que ele está procurando, o que deseja melhorar, como acredita que poderá fazer isso são tarefas nossas não só na avaliação, mas a cada momento do processo, pois o paciente nos procura buscando aliviar seu sofrimento.

A partir dessas noções, seguimos pensando que nessa técnica de tratamento faz-se necessário, a partir de todo esse entendimento, estabele-

cer, juntamente com o paciente, um foco de trabalho que leve em conta o conflito atual, fonte maior de seu sofrimento e que sempre ecoará o conflito nuclear, eixo organizador de sua forma de viver. A meta é tornar audíveis conflitos, sentimentos, ressentimentos, versões inconscientes do que se lhe passa e do que lhe determina a impossibilidade de encontrar soluções próprias, permitindo-lhe, então, seguir seu desenvolvimento e buscando ser feliz. Nas palavras de Gabbard⁹, “o terapeuta psicodinâmico auxilia o paciente a adquirir um sentimento de autenticidade e singularidade”.

Questões de contrato fazem parte do estabelecimento do *setting*, dando uma medida dos limites e, portanto, do alcance do instrumento psicoterápico. O enquadre será frente a frente; a frequência será discutida com o paciente, devendo ser no mínimo semanal, tudo isto condicionando um *setting* onde a realidade estará mais presente, ainda que a ambiguidade essencial permaneça (o “como se” da transferência/contratransferência é inevitável e nos acompanhará sempre), possibilitando o trabalho com a subjetividade.

Eizirik¹⁸, (p.157) menciona a flexibilidade como um elemento indispensável para abordarmos os pacientes de nossos dias. Uma flexibilidade que nos ajude a aproximar nossos procedimentos técnicos às possibilidades, às limitações e à motivação de cada paciente para com eles construirmos um campo psicoterápico que permita o maior contato emocional possível. Refletindo sobre suas colocações a partir do aprendizado com nossa experiência, parece-nos que, nesse aspecto, realmente mudamos. Não só pela experiência de tantos anos de trabalho clínico, estudo, supervisões, amadurecimento pessoal, tratamento, mas porque mudou algo em nossa concepção. Já não nos sentimos “sozinhos” no trabalho, tendo que identificar o conflito, interpretar e escutar a resposta do paciente à interpretação para dar seguimento ao processo. Tendo sempre presente a noção de campo, podemos pensar, a cada passo, como se estabelece essa dupla, suas condições para trabalhar juntos ou não, atentando para os fatores que possam estar interferindo e entendendo-os como sinalizadores da maior ou menor aproximação do foco, da verdade do paciente, especialmente frente ao que o trouxe. Já não pensamos tanto se estamos fazendo uma interpretação transferencial ou extra-transferencial, se estamos ou não autorizadas a fazê-lo; sentimo-nos mais livres para testar hipóteses, desde que em busca de entender o que está impedindo o paciente de ter crescimento mental. E, para isso, contamos mais com o paciente como companheiro na construção do instrumento psicoterápico, o que nos permite maior alcance no estabelecimento e possibilidade de pensar junto o que o impede de encontrar soluções por si mesmo.

Pensamos que essa noção de campo, também derivada da teoria psicanalítica, pode alertar para o risco das tentações narcisistas que, en-

quanto terapeutas, vivemos na relação com nossos pacientes, os quais, pela regressão inevitável, nos tornam objetos grandiosos, atribuindo-nos os poderes dos objetos infantis. Nesse sentido, ficou questionada a neutralidade absoluta de uma relação asséptica, resultando no conceito de “neutralidade possível”¹⁹, neutralidade em relação ao conflito do paciente. Mas continuamos acreditando indispensável manter a abstinência, não satisfazer os anseios do paciente, mesmo levando em conta que, inevitavelmente, de alguma forma isso acontece (acolhemos o paciente, escutamo-lo, por exemplo) como forma de estimular seu desenvolvimento e crescimento mental. Mas essa abstinência também se impõe a nós: nossas necessidades narcisistas não devem ser atendidas no tratamento de nossos pacientes, guardadas as mesmas restrições – sempre há alguma satisfação narcisista em sermos procurados como terapeutas, escutados, valorizados.

Norteamo-nos pelo reconhecimento de que, o que de melhor podemos oferecer a nossos pacientes é a possibilidade de descobrirem a própria capacidade de responsabilizarem-se por si mesmos, entrarem em contato com seus recursos para escutar o próprio inconsciente e, dessa forma, não ficarem impedidos de encontrarem soluções para seus problemas. Algo na linha do que Green²⁰ afirma ser o essencial de um tratamento psicodinâmico “não tanto a tomada de consciência, como se costuma dizer, mas o reconhecimento do inconsciente. Reconhecimento porque surge sobre um fundo de desconhecimento” ou, como diz Malan⁷, “conselho tende a ser inócuo e a clarificação dos sentimentos pode tornar os conselhos desnecessários”.

“Do que não abriríamos mão” (parafraseando Ogden²¹)

Não abrimos mão de entendermos que a pessoa que nos procura o faz em intenso sofrimento, o que nos impõe, acima de tudo, respeitá-la. E respeitar nosso paciente significa, antes de mais nada, buscar escutar o que sabe e não sabe que sabe, o que diz sem saber que está dizendo, essência da escuta psicodinâmica.

Não abrimos mão de estarmos atentas aos riscos de ouvirmos o que desejaríamos para nossos pacientes, ao invés de ajudá-los a ouvirem o que lhes é genuíno.

Não abrimos mão de acreditarmos que a escuta psicodinâmica constrói uma “conversa terapêutica” que permite ao paciente encontrar-se consigo mesmo, através das múltiplas vozes internas que vamos tornando audíveis no processo. E, a partir desse aprendizado, tornar-se capaz de encontrar as soluções possíveis e próprias para sua vida.

Não abrimos mão de admitirmos os limites de nosso instrumento, sendo o maior deles a falta de motivação do paciente. Não abrimos mão de

acreditarmos em nossa experiência, de sermos capazes de ajudar psicoterapeuticamente pessoas que nos procuraram em grande sofrimento, sabendo que podem, ao fim do trabalho conosco, segui-lo por conta própria. Porque não abrimos mão de reconhecermos nesse o melhor resultado de uma psicoterapia de orientação analítica.

Não abrimos mão de seguirmos estudando, pensando, buscando aprimorar nossa capacidade técnica em busca de ajudar melhor nossos pacientes.

Não abrimos mão de acreditarmos na teoria psicanalítica como uma teoria viva, em desenvolvimento, e as técnicas a ela associadas beneficiando-se disso. Não abrimos mão de entendermos a clínica como a fonte dessa força vital.

Não abrimos mão de acreditarmos que as gerações futuras de colegas seguirão “botando a teoria a trabalhar”, pensando a clínica, juntando-se à corrente que cria a vida e amplia o alcance de nossa teoria e de nossos instrumentos, desde Freud.

Referências

1. Romanowski R. Psicoterapia de orientação analítica: origens. Revista Brasileira de Psicoterapia, v.6, n.2, p. 163, 2004.
2. Cordioli AV. (2008) As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In: CORDIOLI e col, Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre, Artmed, 2008.
3. Wallerstein RS. (2005) Psicanálise e Psicoterapia de Orientação Analítica. In Eizirik CL.; Aguiar RW.; Schestatsky SS. Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre, Artmed, 2005.
4. Aguiar R. Psicoterapias: desafios atuais e perspectivas futuras. Rev Brasil Psicoter vol.1,n.1,1999, p. 93-105.
5. Eizirik CL.; Hauck S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In Cordioli e col, Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre, Artmed, 2008.
6. Gomes F. Palavra do presidente. Rev Brasil Psicoter, vol 1, n.1. 1999, p. 9.
7. Malan D. Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1963.
8. Karasu, TB. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy, in Comprehensive Textbook of Psychiatry, ninth edition. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 2746-2775.

9. Gabbard GO. Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo. Porto Alegre, Artmed, 2005.
10. Baranger W; Baranger M. (1961). La situación analítica como campo dinámico. In: Problemas do Campo psicanalítico. Buenos Aires: Kargiemann, 1969, p. 129-164.
11. Ferro A. A técnica na Psicanálise Infantil. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1995, p. 32.
12. Baranger M.; Baranger W. The analytic situation as a dynamic field. Int. J. Psychoanal 2008, vol. 89. nº 4, p. 795-826.
13. Dal Zot JS. Neutralidade líquida? Jornal do Centro de Estudos Luis Guedes, n.65, ano 20, 2009, p. 10-11.
14. Mondrzak, V. Considerações sobre neutralidade. Rev. Brasil. Psicoter. Vol.9, n.3, 2007, p. 308-315.
15. Bion W. (1970) Atenção e Interpretação *Rio de Janeiro*, Ed Imago, 2007.
16. Rangell L. Psychoanalysis and dynamic psychotherapy: similarities and differences twenty five years late. *Psychoanalytic Quarterly*, v. 50, p. 665-693, 1981.
17. Eizirik CL; Aguiar RW; Schestatsky, SS. Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre, Artmed, 2005.
18. Eizirik C. Distintos cenários, a mesma psicoterapia? Rev. Brasil. Psicoter., vol.10,n.2,2008, p. 153-158.
19. Eizirik C. Entre a escuta e a interpretação: um estudo evolutivo da neutralidade analítica. Rev. Psicanal. SPPA, vol.1, n.1, 1993, p. 19-23.
20. Green A. Orientações para uma psicanálise contemporânea. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 2008, p. 64.
21. Ogden T. Do que eu não abriria mão. *Revista de Psicanálise da SPPA*, v.3, dezembro 2005a, p. 403-415.

Recebido em: 20/07/2010

Aceito em: 28/07/2010

Endereço para correspondência:

Jussara S. Dal Zot
Fone: 51 3331.9011
E-mail: jussaradalzot@via-rs.net