

Repensando a ação terapêutica

Glen O. Gabbard*
Drew Westen**

INTRODUÇÃO

A psicanálise contemporânea está marcada por um pluralismo desconhecido em qualquer época anterior, e isto se estende às teorias da ação terapêutica. Não trabalhamos mais numa época em que a interpretação é vista como a exclusiva flecha terapêutica na aljava do analista. Ainda permanece pouco claro qual a função exata do *insight*, derrubado de seu antigo pedestal¹, que se mantém entre o espectro dos mecanismos interpretativos e não interpretativos da ação terapêutica.

Neste artigo fornecemos um breve panorama dos recentes progressos nas teorias psicanalíticas da ação terapêutica. Então, tentamos prover um esboço de uma visão mais ampla do que é, ou poderia ser, terapêutico.

EVOLUINDO CONCEITOS DA AÇÃO TERAPÊUTICA

Loewald foi de particular importância na transição a uma visão mais ampla da ação terapêutica. No seu seminal artigo de 1960, observou que o processo para a mudança está “*asentado na mobilidade e não simplesmente nas habilidades técnicas do analista, mas pelo fato de que o analista se torna disponível para o desenvolvimento de um novo relacionamento objetal entre paciente e analista...*” (p.224-5). Strachey², de forma similar, prenunciou novas visões em seu clássico trabalho sobre a interpretação mutativa, na qual argumenta que o analista, como um novo objeto, é introjetado no superego do paciente e assim modifica sua crueldade (do superego).

Na tentativa de caracterizar recentes tendências e controvérsias, chamamos a atenção para três temas que percorrem o discurso psicanalítico contemporâneo:

- 1) o enfraquecimento do debate “interpretação versus relacionamento” e o reconhecimento de múltiplos modos da ação terapêutica;
- 2) a mudança de ênfase da reconstrução para as interações aqui-e-agora entre analista e paciente;
- 3) a importância de ajustar o clima terapêutico.

A preparação deste manuscrito foi apoiada em parte pelas bolsas MH 598685 e NH 60892 dos institutos nacionais de saúde mental dados segundo o autor.

* Brown Foundation Chair of Psychoanalysis and Professor, Department of Psychiatry, Baylor College of Medicine, Houston, Texas; Joint Editor-in-Chief, International Journal of Psychoanalysis.

** Professor, Department of Psychiatry, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia.

O RECONHECIMENTO DOS MÚLTIPLOS MODOS DA AÇÃO TERAPÊUTICA E O ENFRAQUECIMENTO DO DEBATE “INTERPRETAÇÃO VERSUS RELACIONAMENTO”

Os resultados do Projeto de Pesquisa de Psicoterapia da Menninger têm sido influentes em apontar para múltiplos caminhos mutativos na psicoterapia psicanalítica e na psicanálise. Em seu relatório final sobre o Projeto, Wallerstein³ examinou os tratamentos de 42 pacientes e descobriu que estratégias de apoio resultaram em mudanças estruturais tão duráveis quanto aquelas produzidas por enfoques interpretativos. Chamando a atenção para nossa própria idealização do *insight*, Wallerstein observou que elementos de interpretação e de apoio estão sempre entrelaçados e aspectos de apoio ou de relacionamento do tratamento não deveriam ser denegridos. A subsequente re-análise dos dados da Menninger por Blat⁴ sugeriu que os pacientes fossem classificados primariamente como *introjetivos* (preocupados com estabelecer e manter autonomia e autodefinição) ou como *anaclíticos* (preocupado com questões de vínculos) e previa-se o alcance a qual resultado positivo foi associado com elementos de tratamento interpretativo versus elementos de apoio, respectivamente. (Em muitos casos, senão em sua maioria, domínio e autonomia, por um lado, e uma crescente capacidade para um relacionamento maduro e íntimo, por outro, são de substancial importância para o paciente e para o tratamento).

Em anos recentes, a polarização do *insight* através da interpretação versus mudança através da experiência de um novo tipo de relacionamento deu lugar ao reconhecimento de que esses dois mecanismos de mudança operam de forma sinérgica na maioria dos casos, com maior ênfase de um componente para alguns pacientes e de outro componente para outros pacientes^{5,6,7,8,9}. Não existe mais uma demarcação bem definida entre os aspectos interpretativos e relacionais da ação terapêutica. O *insight* sobre os aspectos do relacionamento em si que sejam corretivos pode fomentar futuras mudanças, e o conteúdo dos comentários interpretativos pode, às vezes, ser menos importante que os frequentes significados inconscientes, incluindo significados relacionais, transmitidos no decorrer da interpretação (ver ^{7,10,11}). Joseph e Anne-Marie Sandler sugeriram, em uma elaboração mais contemporânea das idéias de Strachey acerca dos elementos não interpretativos da mudança, desta forma:

O analista tem que fornecer, através das suas interpretações e do modo como as fornece, uma atmosfera de tolerância ao infantil, ao perverso e ao ridículo, uma atmosfera onde o paciente possa formar parte das suas próprias atitudes com respeito a si próprio, onde possa internalizar junto com o entendimento que tem alcançado no seu trabalho conjunto com o analista (p.423)¹²

Pine⁸ sugere que não é mais útil procurar uma única maneira de ação terapêutica dentro da psicanálise. Os mecanismos de mudança na análise deverão sempre ser individualizados, de acordo com as características do paciente e do analista. A seguir sugerimos como podemos tanto aceitar uma visão mais pluralista dos mecanismos da ação terapêutica, enquanto nos tornamos mais, ao invés de menos, sistemáticos em nosso pensamento acerca de como as mudanças ocorrem em pacientes diferentes em momentos diferentes.

A MUDANÇA DE ÊNFASE DA RECONSTRUÇÃO PARA AS INTERAÇÕES AQUI-E-AGORA ENTRE ANALISTA E PACIENTE

Embora ainda útil, a reconstrução é agora desenfaturada, e gastamos menos do nosso tempo escavando relíquias enterradas no passado do paciente. Agora muito do nosso foco está no caminho da interação do tipo aqui-e-agora entre analista e paciente, que provê um *insight* da influência do passado do paciente sobre padrões de conflito e relações de objeto no presente^{13,14}. A este respeito, uma das obras mestras de Freud na sua publicação de 1914 foi sobre recordações, repetições e elaboração. Freud observou que aquilo que não pode ser lembrado será repetido na ação e no comportamento aqui-e-agora do paciente com o analista. Este conceito foi o significado original, é claro, do *acting-out*: os padrões do passado do paciente de relação de objeto interno e conflitos que envolvem esses relacionamentos serão descortinados na frente dos olhos do analista, sem a necessidade de escavações arqueológicas para desenterrá-los.

Uma adição significativa para o entendimento de Freud é nossa ênfase atual no *enactment*, jogo de papéis (role-responsiveness) e os vários fenômenos enquadrados na rubrica de identificação projetiva¹⁵. Vemos agora o analista como inevitavelmente puxado para dentro da “dança” que o paciente recria dentro do consultório – por este motivo o foco está nas intera-

ções entre analista e paciente no aqui-e-agora. Neste panorama, dimensões de transferência-contratransferência correspondem ao primeiro estágio do tratamento sobre o qual o drama da ação terapêutica se desenvolve, e estes *enactments* são *tanto* experimentados como interpretados.

De um ponto de vista contemporâneo, um aspecto importante do papel do analista é ajudar o paciente a se tornar ciente de padrões inconscientes expressados na sua conduta não verbal, para que, ao final, possa ganhar um senso de domínio e entendimento do que está sendo repetido num relacionamento após outro (ver também ¹⁶). Fonagy e Target¹⁷ caracterizam este processo como uma expansão da realidade psíquica através da mentalização ou desenvolvimento da função reflexiva.

Um modo principal da ação terapêutica envolve a habilidade crescente do paciente para perceber a si mesmo na mente do analista, enquanto desenvolve simultaneamente um maior senso da subjetividade separada do analista. Este modelo liga o interpessoal com o intrapsíquico e está intimamente relacionado com a idéia de Benjamin¹⁸ em que a intersubjetividade é uma aquisição do desenvolvimento no qual os objetos são finalmente substituídos por sujeitos considerados como tendo um mundo interno separado de si mesmo¹⁹.

Embora muitas das vias descritas por teóricos contemporâneos para mudar envolvam intervenções explícitas, domínio consciente do implícito e modos repetitivos de vinculação, são freqüentemente acompanhadas por mudanças nas conexões não conscientes afetivas e nas interativas descritas por Lyons-Ruth et al.²⁰ como conhecimento relacional implícito. De acordo com Lyons-Ruth et al., mudanças no conhecimento relacional implícito podem acontecer em “momentos de encontro” entre analista e paciente que não estão simbolicamente/verbalmente/conscientemente representados nem dinamicamente inconscientes no sentido comum. Ainda, esses momentos de encontro podem ser importantes em reorganizar a experiência afetiva e de procedimento num contexto relacional^{11,21}.

Baseado tanto na observação clínica quanto na análise empírica sistemática de transcritos de horas analíticas, Jones^{22,23} desenvolveu recentemente um modelo integrativo que leva em consideração tanto a interpretação quanto a interação que ocorrem no relacionamento, ao que chama de *estrutura de interação repetitiva*. Neste modelo, a ação terapêutica ocorre no reconhecimento, na experiência e na

compreensão, por ambos os membros da dupla analítica, de um padrão de interações repetitivas.

NEGOCIANDO O CLIMA TERAPÊUTICO

Com o fim de qualquer idéia consensualmente defendida da “técnica padrão”, veio uma crescente flexibilidade na prática psicanalítica e um reconhecimento da inevitabilidade – e valor – do processo de negociação que acontece em cada díade analítica. Greenber²⁴ refere-se a isto como a *matriz interativa* e argumenta que a estrutura em si e as “regras” são variadas, dependendo da natureza específica das subjetividades do analista e do paciente. No seu artigo sobre limites profissionais, Gabbard²⁵ argumentou que, para evitar os perigos da rigidez defensiva, devemos conceituar os limites analíticos como fluidos e relacionados aos tópicos contextuais numa díade analítica específica. Esta mudança não significa que *qualquer coisa serve* na hora analítica. Significa, porém, que a aderência rígida a uma postura técnica que falha no encontro do paciente num *espaço* interpessoal confortável o suficiente para ambos participantes (que engaja o paciente numa espécie de negociação criativa interpessoal que se espera desenvolver também em outros relacionamentos) pode freqüentemente ser tão anti-terapêutico como a *análise selvagem*.

De acordo com Mitchell, negociação e adaptação mútua são centrais para a ação terapêutica. Ele observa que:

Não há solução geral ou técnica, porque cada resolução, por sua natureza, deve ser elaborada de acordo com o cliente. Se o paciente sentir que o analista está aplicando uma técnica ou mostrando uma atitude ou postura genérica, a análise não funciona (p.58)²⁶.

Deste processo de entrar nas experiências subjetivas de cada um, o que finalmente emerge é o que Mitchell chama de “algo novo do algo velho” (p.59), que considera como o mecanismo central da ação terapêutica. Num veio similar, Hoffman²⁷ enfatizou que a ação terapêutica é inerente à tensão dialética entre jogar fora o livro ou reavê-lo.

RESUMO

Para resumir, não temos mais um consenso na psicanálise acerca do que funciona e por que funciona. De modo geral, o cenário psica-

nalítico atual está testemunhando um movimento em direção a uma maior humildade. Esta humildade se reflete na tolerância pela incerteza – na nossa literatura profissional assim como em horas de tratamento. De fato, para alguns pacientes talvez haja um efeito profundamente mutativo no reconhecimento do paciente – e às vezes a honesta revelação do analista – de que o analista não conhece tudo e é dependente de um esforço colaborativo com ele para descobrir o que está acontecendo.¹

As virtudes de uma atitude não defensiva em relação à incerteza são claras, mas também o são os perigos inerentes a uma agnosia teórica e terapêutica. É útil reconhecer que frequentemente navegamos sem uma bússola confiável, mas não é útil ficar sem timão. Neste artigo, começamos a delinear um modelo de trabalho da ação terapêutica que integra teoria e dados de dentro bem como de fora da psicanálise – integrando uma atitude analítica dirigida a um significado com uma atitude sistemática rumo a mecanismos e dados experimentais de disciplinas aliadas. Fazendo isto, esperamos igualmente descrever e colocar debaixo de um guarda-chuva mais amplo o que a maioria de nós realiza quando praticamos a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica, assim como também considerar o que poderíamos fazer se tivéssemos que tomar uma atitude mais sistemática em direção a várias metas da atividade terapêutica que poderiam produzir mudanças sintomáticas e caracterológicas.

A teoria da ação terapêutica deve tanto descrever *quais mudanças* (os objetivos do tratamento) quanto *quais estratégias* são mais úteis para facilitá-las (técnicas). Tratamos cada um destes mecanismos por etapas, e então concluímos com algumas implicações gerais desta maneira de pensar sobre a ação terapêutica. Durante o artigo, pedimos a indulgência do leitor se a apresentação às vezes parece mais como um esboço ou esqueleto de uma teoria, sem alguns dos tecidos conectivos ou “carne” clínica e empírica que normalmente dão corpo a tal argumento. Nossa meta aqui é estabelecer os parâmetros da maneira de pensar acerca das ação(es) terapêuticas, quais limitações de espaço (e, alguns concluirão, de intelecto) nos impedem de aprofundar mais.

Antes de começar é preciso fazer uma observação. Os leitores provavelmente em vários

momentos perguntarão até que ponto algumas das sugestões técnicas que defendemos são analíticas. Sugeriríamos adiar a questão de se esses princípios ou técnicas são analíticas focando, em seu lugar, se são *terapêuticos*. Se a resposta a esta pergunta é afirmativa, a próxima pergunta é como integrá-las à prática psicanalítica ou psicoterapêutica de forma a ser mais útil para o paciente? A questão de se alguma coisa é analítica pode às vezes ser útil, mas pode, acreditamos, tornar-se uma armadilha da contra-transferência que desvia nossa atenção de entender a ação terapêutica – isto é, de entender o que ajuda as pessoas a mudar aspectos do seu caráter e da formação de compromisso problemáticas de maneira que possam viver vidas mais satisfatórias.

O QUE MUDA NA PSICANÁLISE?

Distinções em neurociência cognitiva entre o sistema implícito e explícito, que são igualmente funcionais e neuroanatomicamente distintos em muitos aspectos, convergem com a ênfase inicial de Freud sobre as distinções entre consciente e inconsciente, para sugerir duas metas centrais das formas psicanalíticas de tratamento. A primeira e central meta é alterar as redes de associações inconscientes, especificamente:

- (a) aquelas que disparam reações emocionais problemáticas;
- (b) aquelas que disparam estratégias defensivas problemáticas;
- (c) aquelas que causam padrões disfuncionais interpessoais.

Uma segunda meta, na qual a distinção entre processos implícitos e explícitos na neurociência cognitiva produziu um alívio claro e distinto, envolve a alteração de padrões conscientes de raciocínio, sentimento, motivação e regulação de afeto. As duas metas, e as sub-metas que as constituem, com frequência, requerem diferentes tipos de intervenção.

MUDANDO SISTEMAS DE ASSOCIAÇÃO INCONSCIENTES

Progressos na neurociência cognitiva têm, recentemente, colocado sobre uma base sólida a importância de alterar as redes de associações^{28,29} graças ao rápido crescimento da literatura sobre *memória implícita* – memória que é observável no comportamento, mas não é conscientemente trazida à mente^{30,31,32,33}. De particular importância, de um ponto de vista psicanalítico

¹ Numa forma paradoxal essa atitude em relação à incerteza no consultório é provavelmente associada com uma atitude mais científica do que menos científica dentro da psicanálise. A ciência trata-se em primeiríssimo lugar de estruturar e testar hipóteses, não sobre estabelecer certezas – ou o seu perigoso representante, o sentido subjetivo da certeza.

tico, é a *memória associativa*, um subtipo de memória implícita que se refere a ligações inconscientes entre os processos cognitivos, afetivos e outros processos psicológicos que se tornaram associados através da experiência. Estas redes são inconscientes e não temos acesso a elas independentemente de elas serem conflitivas ou por defesas e não estamos conscientes do seu estado de ativação ou desativação relativa em qualquer momento e o que determina seus efeitos sobre a atividade mental em andamento e sobre o comportamento (como as reações de transferência). Na medida em que os sistemas inconscientes guiam a maioria de nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos, em muitos casos, deverão ser o foco primário da ação terapêutica.

Um alvo central da mudança associativa, familiar a todos os analistas, baseia-se nos vínculos entre afetos e representações. Um paciente pode ter sentimentos de auto-repugnância associados com uma representação de *self* como má pessoa, gananciosa ou sexual. Um outro poderia associar raiva com representações da figura paterna, ou com seqüências de interação relacional que lembram interações com seu pai na infância, que podem disparar defesas, formações de compromisso ou maneiras de comportamento que levam à angústia ou trazem à tona exatamente o que o paciente teme.

Um segundo tipo de mudança envolve a alteração de redes que representam desejos inconscientes³⁴. Isto tem sido, durante longo tempo, o alvo principal do tratamento analítico, tal como ajudar pacientes que recorrentemente se colocam a si mesmos em relacionamentos inapropriados, a entender o que é que eles estão representando e a desenvolver desejos que os conduzam a relacionamentos mais satisfatórios. Porém, não temos de fato todas as respostas técnicas e teóricas de como ajudar as pessoas a mudar os motivos que são altamente gratificantes, e em última instância problemáticos – é o que acontece exatamente a esses antigos motivos, uma vez que a pessoa começa a procurar metas e objetos mais adaptáveis.

Um terceiro tipo de mudança envolve a alteração das redes que constituem as crenças patogênicas inconscientes, como os temores dos pacientes acerca do que acontecerá se eles se permitem a si mesmos felicidade ou sucesso, expressar raiva, e assim por diante³⁵. Em alguns casos, a crença pode ser mais uma associação implícita, automática do que uma fantasia completamente formada. Por exemplo,

um paciente pode evitar uma realização porque abriga uma crença inconsciente de que outras pessoas serão magoadas pelo seu sucesso. De fato, o afeto ou a estratégia regulatória do afeto pode ou não estar conectada com uma fantasia clara. Aproximando o objeto ou ato temido, pode-se, inconscientemente, disparar ansiedade, ações de auto-sabotagem e defesas relacionadas sem qualquer ativação implícita ou explícita de uma crença, temor ou representação de um incidente. De um ponto de vista, informado pela neurociência cognitiva, a relativa independência funcional e neuro-anatômica de muitas expectativas implícitas e explícitas é a principal razão do porquê a compreensão profunda (*insight*) por si só pode falhar para produzir a mudança.

Um quarto alvo de mudança associativa envolve defesas e formação de compromisso. Estamos aqui distinguindo, até certo grau artificialmente, esta categoria da meta anterior de crenças patogênicas inconscientes. De fato, muitas crenças inconscientes possuem funções defensivas e resultam de, ou constituem, formações de compromisso. Alterar defesas tem sido visto, por muito tempo, como um dos aspectos mais essenciais do tratamento psicanalítico e tem sido enfatizada em recentes teorias da ação terapêutica enunciada por Gray³⁶ e Busch³⁷. Uma meta relacionada da ação terapêutica, também enfatizado pela psicanálise clássica, envolve formações de compromisso, que, uma vez formadas, podem ser então disparadas automaticamente em situações similares ou formar um protótipo ou exemplo para tais compromissos futuros.

Dois pontos aqui são importantes. Primeiro, embora freqüentemente pensemos nas metas das diferentes escolas do pensamento psicanalítico como incompatíveis e incomensuráveis (ex.: mudando formações de compromisso problemáticas versus alteração dos padrões de relação de objeto do paciente), muitas destas metas podem ser entendidas em termos de alteração das redes inconscientes de associação. Por exemplo, mudar relações de objeto internas problemáticas significa mudar as redes que representam outras relações significativas, situações interpessoais significativas (o paradigma do *self-com-outro*), reações afetivas a outras relações ou situações significativas, maneiras de regular afetos específicos em relacionamentos mais próximos, e assim por diante. Como veremos, ajudar pacientes a mudar as relações de objeto internas duráveis também significa prestar atenção às relações *externas* do indivíduo na vida fora da análise,

que, em última instância, são as metas finais de mudança envolvendo as relações de objeto.

Um segundo ponto é o que significa alterar o funcionamento dos sistemas de associação, e como isto se relaciona com o conceito de mudança estrutural. Quer o nosso objetivo seja alterar motivos, idéias ou crenças patogênicas, defesas, formações de compromisso ou ligações entre afetos e representações, a mudança tipicamente envolve três processos. O primeiro é um enfraquecimento das ligações entre nodos de um sistema que foram ativados juntos durante anos ou décadas, e uma redução geral do nível da ativação crônica (isto é, a tendência para assimilar novas experiências e conseqüentemente afetar a atividade mental em andamento). De acordo com modelos conexionistas na neurociência cognitiva, que compartilham muitas características com o modelo de rede associativa implícita e explícita defendido por Freud as representações não são *coisas* armazenadas na memória, senão conexões entre unidades mentais (idéias, recordações, sensações, emoções, etc.), que *se disparam juntas*.³⁹ As representações, nesta visão, são *potenciais para reativação* – isto é, padrões de munção neural que ocorrem sob certas condições baseadas em seus níveis anteriores de ativação. A representação que joga um poderoso e recorrente papel na vida psíquica do paciente (ex.: uma representação do *self* interagindo com uma autoridade crítica, que leva o paciente a interpretar comentários relativamente benignos como críticos ou a *bater primeiro* e se rebelar) é um potencial que foi ativado anteriormente muitas vezes (e talvez recentemente, o que aumenta seu nível de ativação) e conseqüentemente existe em um estado de potencial elevado.

Assim, a mudança associativa significa enfraquecer ligações entre processos mentais que se tornaram associativamente ligados. Segundo, mudanças estruturais em redes associativas envolvem a criação de *novos* vínculos associativos, ou o fortalecimento de ligações que previamente eram fracas.

Um tratamento que resulta numa mudança estrutural não oblitera ou substitui completamente antigas redes, o que é neurologicamente impossível sob a maioria das circunstâncias. Ao invés disso, mudanças duradouras requerem uma desativação *relativa* de ligações problemáticas em redes ativadas e uma ativação aumentada de novas e mais adaptadas conexões. Deste modo, o paciente tenderá a encontrar novas e mais adaptadas soluções de compromisso. Se as circunstâncias são suficientemente poderosas, isto é, se elas espalham ati-

vação suficiente a redes em *mau funcionamento*, elas podem ativar uma dinâmica *regressiva* até em pacientes bem analisados. Podemos esperar, porém, na maioria das vezes, que um paciente que tenha alcançado o que entendemos como mudança estrutural, poderia ter aprendido a reconhecer essas dinâmicas conscientemente, entender o significado do seu reaparecimento e usar este conhecimento consciente e a capacidade para se auto-analisar para trazê-lo de volta sob controle ou procurar mais ajuda.

Deste modo, de uma visão que integra conceitos psicanalíticos de afeto, motivação e conflito com um modelo conexionista de representação, *a mudança estrutural* é uma questão de etapas e depende de vários fatores. O primeiro é a durabilidade das mudanças nas redes associativas frente a circunstâncias poderosas de vida que podem exercer uma atração em direção a antigas soluções que, por sua vez, dependem da extensão na qual essas circunstâncias aparecem e que podem ou não estar sob o controle do paciente. O segundo é a extensão na qual as mudanças nas redes associativas são penetrantes e clinicamente significativas nos seus impactos sobre padrões previamente disfuncionais. O terceiro é a capacidade do paciente para a auto-reflexão consciente, que lhe permite ignorar dinâmicas inconscientes uma vez reconhecidas.

Neste sentido, os pacientes não fazem e nem falham ao fazer a mudança estrutural, porque não existe nenhuma estrutura. O que chamamos de mudança estrutural é sempre relativa a uma dinâmica ou padrão persistente que está interferindo com a habilidade de amar e trabalhar. A abrangência do que consideramos mudança estrutural depende da abrangência na qual ela é durável, importante para a vida da pessoa e capaz de ficar sob controle consciente quando as circunstâncias ativam uma atração regressiva nas antigas redes.

ALTERANDO PADRÕES CONSCIENTES DE PENSAMENTO, SENTIMENTO, MOTIVAÇÃO E REGULAGEM DE AFETO

Um reconhecimento crucial que está começando a surgir da literatura experimental sobre pensamento implícito, sentimento e motivação é que nem o processo inconsciente nem o consciente podem ser tomados por garantidos de um ponto de vista terapêutico (Westen, 1999, 2000). Muitas defesas, por exemplo, parecem se tornar rotinizadas, tal como o *conhecimento de procedimento* [*procedural knowledge*] (sa-

ber *como*, ou habilidades, neste caso, procedimentos para regular emoções inconscientemente), ao nível do gânglio basal (estruturas subcorticais grandemente implicadas no conhecimento de procedimento), bem como em circuitos inibidores no córtex prefrontal ventromedial. Em contraste, estratégias conscientes de regulação de afeto (freqüentemente denominadas estratégias de enfrentamento – *coping strategies*), como a autodistração, envolvem funções executivas associadas à memória de trabalho (*working memory* – memória momentânea disponível para manipulação consciente), que está sob controle de circuitos no córtex pré-frontal dorso-lateral. As estratégias técnicas que são mais prováveis de produzir mudanças nas estratégias consciente e inconsciente de regulação de afeto podem, deste modo, às vezes, ser diferentes, porque elas estão direcionadas à mudança de estruturas que não somente são distintas funcionalmente, mas neuro-anatomicamente diferentes. O mesmo pode ser dito para a mudança dos processos de pensamento consciente, que pode ser qualitativamente diferente dos pensamentos e fantasias inconscientes. Além de alterar as redes associativas inconscientes, outra meta da ação terapêutica sustenta-se em padrões *conscientes* de pensamento, afeto, regulação de afeto e motivação.

Por anos, supomos que as intervenções mais importantes atingem os processos *mais profundos*, quer dizer, os mais profundamente inconscientes¹⁶. Em parte, esta suposição é de bom senso clínico. Experiências clínicas sugerem que focar primariamente em pensamentos ou sentimentos conscientes (como na terapia cognitiva para a depressão) tende a produzir somente mudanças de curto prazo, e estudos cuidadosos desta base de pesquisa para tais tratamentos sustentam este ponto de vista⁴⁰. Pesquisas recentes em neurociência cognitiva sugerem porque este deveria ser o caso: processos implícitos são psicológica e neurologicamente distintos dos processos explícitos, de maneira que, objetivando somente aqueles processos que alcançam uma atenção consciente, é provável deixar importantes redes de associação intocadas.

Em alguns aspectos, porém, a relativa falta de atenção para os processos conscientes na literatura psicanalítica, tanto na ação terapêutica como na técnica, é paradoxal, dada à ênfase *implícita* de Freud sobre a importância da consciência na sua máxima acerca de *tornar consciente o inconsciente*. A consciência, sem dúvida, evoluiu porque serviu como função ou

funções. A função primordial da consciência é prover o organismo com a capacidade de superar os *procedimentos de operações padrão codificados num sistema de associação implícito* e recompor alguns dos parâmetros dessas redes (a força das conexões entre suas unidades ligadas) através da reflexão consciente e de ações que alteram experiências subsequentes⁴¹. De fato, pesquisas experimentais documentam que, quando as pessoas não estão conscientemente pensando acerca de seus motivos, elas são guiadas por motivos implícitos, mas quando desviam sua atenção consciente para seus motivos, suas metas conscientes – que têm origens e correlatos de desenvolvimento muito diferentes – tendem a regular suas ações⁴². Já que pensamentos, sentimentos, motivos e estratégias de regulação de afeto conscientes e inconscientes podem diferir, é evidente que uma aproximação terapêutica abrangente – e uma teoria da ação terapêutica abrangente – deve direcionar-se a processos tanto conscientes como inconscientes. Um foco maior nos processos conscientes é uma das maneiras como freqüentemente diferenciamos psicanálise de psicoterapia psicanalítica. Porém, até que ponto podemos, e devemos, direcionar processos conscientes, até mesmo em psicanálise, é um tópico merecedor de cuidadosa consideração.

Muitos tipos de processos conscientes são dignos de atenção terapêutica. Primeiro, o tratamento pode objetivar processos de pensamento consciente. Uma paciente, por exemplo, se consumia com pensamentos acerca de um homem que ela esperava que a pedisse em matrimônio, mas, em vez disso, ele a rejeitou. Ela passou a maior parte dos momentos em que estava acordada (consciente) do ano seguinte tendo pensamentos ruminativos acerca do que poderia ter dito, o que ele quis dizer quando falara determinado tipo de coisas, e assim por diante. Gradualmente, a paciente compreendeu a sua tendência à ruminação como sendo uma estratégia de defesa que anteriormente lhe permitiu lidar com a incerteza de ter um pai intermitentemente abusivo. Este trabalho orientado ao *insight* visou ao exame da função inconsciente da ruminação que estava ligada a sua etiologia. Ao mesmo tempo, porém, o terapeuta a ajudou a distinguir modos de auto-reflexão consciente: *introspecção*, objetivando examinar experiências no passado ou presente com uma atitude de curiosidade, auto-exploração e a possibilidade de mudança no futuro; e *ruminação*, que habita no passado com uma atitude de ressentimento. O primeiro

é, em última instância, possível de levar a um senso de liberdades, a partir das limitações emocionais anteriores, ao passo que o segundo é provável que leve a paciente a uma armadilha, a mais limitações e que perpetue a sua ansiedade e depressão. De fato, esta distinção provou ser de muita ajuda para a paciente regular espirais negativas de afeto, por exemplo, quando começou a se pegar ruminando e mudando de estado por meio de perguntas feitas a si mesma acerca das funções para as quais a reflexão cuidadosa estava, nesses momentos, servindo (por ex.: 'Do que estou fugindo neste momento?', 'Como me sentiria se não estivesse refletindo?', e 'Isto é preferível a quê?'). Realmente, a exploração desta dinâmica consciente leva a um melhor entendimento da maneira como ela inicialmente estava usando o processo de tratamento a serviço da ruminação (e, portanto, autoflagelação) em lugar de mudança.

Como este exemplo sugere, e como a pesquisa empírica amplamente documenta⁴³, pensamentos conscientes podem ampliar sentimentos que podem, por sua parte, levar as pessoas tanto a se responsabilizar como a evitar ações que afetam profundamente suas vidas. Isto é freqüentemente aparente em pacientes com dinâmicas de autoderrota, cujas atitudes conscientes para com eles mesmos, assim como suas atitudes inconscientes, contribuem para o fracasso de obter ou manter empregos, relacionamentos, e assim por diante. Apesar da falta de uma base teórica explícita, suspeitamos que a maioria dos analistas e terapeutas analíticos chama rotineiramente a atenção de pacientes deprimidos para a maneira como eles conscientemente se repreendem, esperam o pior, desprezam suas habilidades, e assim por diante. Embora fazendo isto, é improvável por si só mudar redes inconscientes, no entanto, pode-se auxiliar positivamente a parar as espirais de autoderrota e permitir aos pacientes tomar melhores decisões de vida, que podem, por sua vez, causar impacto na sua felicidade futura.

Um segundo alvo da ação terapêutica são os estados conscientes de afeto. Focar nos estados de afeto consciente pode envolver esforços para alterar a freqüência ou intensidade de sentimentos específicos, ajudando o paciente a reconhecer e tolerar estados de sentimento contraditórios (ex.: amor e ódio por uma mesma pessoa⁴⁴), ou ajudar o paciente a tolerar sentimentos que são desconfortáveis⁴⁵. Muitas vezes, de fato, os pacientes chegam com o objetivo explícito de reduzir estados emocionais

aversivos como ansiedade e depressão. Outras vezes, porém, uma meta terapêutica pode aumentar, em lugar de reduzir, a consciência de emoções específicas, como ajudar uma pessoa que é passiva e pouco afirmativa a se tornar consciente da raiva.

A este respeito, uma meta importante em muitos tratamentos é ajudar os pacientes a aprender a tolerar afetos, como ansiedade, o suficiente para que, deste modo, possam usá-los como sinais⁴⁶. Desde uma perspectiva evolutiva, a função do afeto é guiar pensamentos e condutas por caminhos que encorajem a adaptação e uma tendência crônica a evitar afetos específicos, ou afetos em geral (como em muitos pacientes obsessivos), deixando o indivíduo sem a bússola essencial para navegar na vida, e especificamente na vida social^{47,48}. Bechara et al.⁴⁹ descreveu as dificuldades que os pacientes com dano na amígdala ou no córtex ventero-medial pré-frontal freqüentemente têm ao tentar fazer opções de vida. Embora suas capacidades de pensar possam estar intactas, suas inabilidades para imaginar ou fazer uso das *conseqüências afetivas* de suas ações os tornam, como muitos psicopatas, incapazes de tomar decisões que protejam seus interesses e/ou os dos outros.

Uma terceira meta da ação terapêutica são as estratégias conscientes que as pessoas usam para regular seus afetos, tipicamente descritas na literatura psicológica como estratégias de enfrentamento (*coping strategies*). Embora nem sempre possamos alcançar explicitamente tais processos, mudanças nas estratégias de enfrentamento conscientes, com freqüência, provêem um índice de mudança, como quando um paciente começa a mostrar uma capacidade maior de usar o humor para lidar com realidades desagradáveis, especificamente a respeito de si próprio. Outras vezes, especificamente em pacientes com distúrbios graves de personalidade com falta de habilidades básicas de regulação do afeto, estratégias de enfrentamento conscientes podem ser uma meta essencial e explícita na ação terapêutica^{50,51}. De fato, isto foi um reconhecimento central da psicologia do ego na metade do século vinte⁵².

O objetivo da ação terapêutica são as motivações conscientes que guiam a conduta das pessoas quando suas consciências estão engajadas numa atividade direcionada. Quando estes motivos estão mal-adaptados ou refletem formações inconscientes de compromisso, e podem levar à pessoa a se comportar de maneira que é definitivamente prejudicial para o seu bem-estar, deveriam se tornar o alvo do

tratamento, assim como o são as motivações inconscientes. A maioria das vezes, é claro, nosso objetivo é trazer para a consciência motivos que são inconscientes para que o paciente possa realizar melhores escolhas para informar acerca do que quer fazer, quais mensagens quer transmitir, etc.

TÉCNICA: ESTRATÉGIAS PARA FOMENTAR A MUDANÇA TERAPÊUTICA

Tendo providenciado uma primeira aproximação de um esboço dos objetivos primários da mudança terapêutica, agora nos voltamos para a análise das estratégias técnicas que podem ser úteis para efetuar-la. Como esperamos demonstrar, detalhando claramente a multiplicidade de objetivos da ação terapêutica, pode ser útil enfatizar as múltiplas formas em que podemos proceder terapêuticamente a qualquer momento. Focamos aqui três tipos de intervenções: aquelas direcionadas a fomentar o *insight*, aquelas que resultam de aspectos do relacionamento terapêutico e *estratégias secundárias* como a exposição e o auto-descobrimto. As primeiras duas são de central importância para a própria psicanálise, enquanto as estratégias secundárias estão mais intimamente vinculadas à psicoterapia, mas nenhuma deve ser considerada excludente na esfera de uma ou de outra forma de tratamento.

FOMENTANDO A COMPREENSÃO PROFUNDA (*INSIGHT*)

As duas técnicas mais importantes para fomentar o *insight* são, claro, a livre associação e a interpretação. A livre associação é útil por duas razões fundamentais.² A primeira, como Freud enfatizava, é que oferece uma maneira de ver as defesas em ação, ocasionalmente conseguindo ter uma visão rápida por detrás delas (quando o paciente está associando de

forma relativamente livre) e observando as circunstâncias sob as quais a resistência emerge (quando o paciente não é capaz de associar livremente). Segundo, e relacionado à livre associação, permite ao paciente e ao analista explorar e mapear as redes de associação implícitas do paciente – trabalhar juntos como cartógrafos da mente para criar um modelo de redes que leve o paciente a pensar, sentir e agir nas formas em que ele o faz nas diferentes circunstâncias. Uma conversa consciente, direcionada, pode interferir com este processo porque a cognição consciente opera sobre diferentes princípios em relação ao pensamento da associação inconsciente. Um dos efeitos salutares do recente desenvolvimento na neurociência é o apoio empírico que eles “implicitamente” fornecem a esta técnica psicanalítica fundamental.

Interpretação, a segunda técnica, pode ser direcionada a qualquer dos numerosos eventos mentais. Estes incluem desejos, medos, fantasias e expectativas, defesas e formação de compromissos, conflitos, padrões de transferência, padrões relacionais observados das descrições narrativas de eventos interpessoais dos pacientes que não têm analogia direta na relação terapêutica, sentimentos induzidos no analista pela pressão interpessoal do paciente e vínculos entre pensamentos e sentimentos ou entre elementos de redes de associação que o paciente não reconheceu ou não quis reconhecer através da inexorável interpretação do fenômeno da transferência. A exploração e identificação dos procedimentos implícitos, como os processos de defesa, podem, às vezes, levar ao descobrimento de memórias inconscientes (reprimidas) que Freud uma vez viu como o maior propósito de exploração do passado. Isto, porém, provavelmente, não é um modo central da ação terapêutica na maioria dos tratamentos.

“O RELACIONAMENTO” COMO VEÍCULO DA AÇÃO TERAPÊUTICA

Em nossa breve descrição das tendências atuais na compreensão da ação terapêutica, notamos a ampla aceitação da função do relacionamento terapêutico em si. É importante especificar, porém, *quais* aspectos do relacionamento influenciam *quais* alvos da mudança terapêutica.

Primeiro, central para as opiniões relacionais contemporâneas, é a noção que retorna ao conceito de experiência emocional corretiva, que experimentar um tipo diferente de relacio-

² A interpretação que foca especificamente e sistematicamente na transferência é, naturalmente, uma das marcas registradas da psicanálise que se distingue tipicamente da psicoterapia psicanalítica. Enquanto as abordagens psicoterapêuticas podem envolver interpretação do fenômeno da transferência, estes esforços são frequentemente mais atenuados, menos minuciosos e menos sistemáticos. A psicanálise confia bem mais numa abordagem que leva ao entendimento da transferência até seus limites^{9,56}. Através da interpretação da transferência, os analistas ajudam seus pacientes a reintegrar aspectos de si mesmos que foram defensivamente negados através da identificação projetiva⁵⁷. A este respeito, parte da ação terapêutica do trabalho analítico é ajudar os pacientes a viver na sua própria pele⁵⁸. A livre associação é uma técnica sem fundamento teórico em algumas escolas de psicanálise. De uma perspectiva relacional, por exemplo, não é claro por que a livre associação seria útil, já que ela pode ser um projeto um tanto quanto solipsístico, e certamente uma forma de interação socialmente peculiar com a pessoa com quem a gente espera desenvolver um relacionamento significativo.

namento pode ser um caminho importante para a mudança terapêutica. Da perspectiva presente, muito do que isto implica é a alteração de redes de associação, incluindo os desejos, medos, motivos e estratégias de defesa que podem estar associativamente vinculados à representação de objetos, estados ou ações.

Uma segunda maneira pela qual o relacionamento pode contribuir para a mudança é através da interiorização da função, em que o paciente desenvolve a capacidade de desempenhar uma função até agora externa, como quando o paciente aprende a se auto-acalmar através de repetidas experiências tranquilizadoras do terapeuta⁵³. Às vezes, isso pode começar através da formação de uma representação do terapeuta que o paciente usa conscientemente quando se sente irritado e então gradualmente começa a usar automática e inconscientemente. Porém, a interiorização da função frequentemente não requer o uso de uma representação consciente e declarativa deste tipo. Precisamente, de que maneira os pacientes internalizam as ações terapêuticas e criam memórias *de procedimentos (procedural memories)* que podem ser ativadas conscientemente e finalmente inconscientemente, é merecedor de maior atenção e cuidadosa pesquisa.

Uma terceira forma pela qual o relacionamento pode ser terapêutico é quando o paciente internaliza atitudes afetivas do terapeuta. Para muitos pacientes, isto envolve moderar um superego hiper-crítico, como quando o paciente começa a internalizar a postura interessada e exploratória do terapeuta para com material previamente experimentado como vergonhoso ou, por outro lado, 'mau', ou quando o paciente internaliza uma atitude mais explicitamente moderada em direção a seus impulsos ou ações. Isto pode ocorrer através de comentários explícitos, pelo terapeuta, como também através de gestos, entonação e outras formas de comunicações que podem ser registradas implícita ou explicitamente. Até que ponto os caminhos implícitos e explícitos para a mudança terapêutica contribuem para a alteração de uma rede associativa durável e padrões conscientes de atividade mental, é pouco claro e novamente merecedor de pesquisa.³

Uma quarta maneira na qual o relacionamento pode ser um instrumento ativo de mudança é através de interiorização de estratégias conscientes de auto-reflexão – isto é,

quando o paciente gradualmente se torna seu próprio analista. Em parte, isto pode ocorrer através dos processos de aprendizado observacional, embora, como Fonagy⁵⁴ observou, uma via crucial para a mudança terapêutica pode apoiar-se na crescente capacidade do paciente de se *encontrar a si mesmo na mente do terapeuta* (p.51). Todos estes aspectos da interiorização estão baseados no desenvolvimento de um relacionamento terapêutico em que o paciente sente-se seguro o bastante para explorar sua mente na presença de outro.

Finalmente, um uso central do relacionamento nas formas de tratamento psicanalíticos repousa na identificação de proeminentes paradigmas de transferência-contratransferência. Como muitos padrões relacionais refletem procedimentos e associações implícitas, as pessoas frequentemente não estão cientes delas. Em outras instâncias, as pessoas não estão conscientes destes padrões por causa de seus conflitos e defesas contra o saber. Este é um exemplo em que é útil distinguir explicações cognitivas, neste caso cuidando a falta de acesso consciente aos procedimentos implícitos, daquelas provenientes de interpretações dinâmicas que envolvem motivação. Neste momento, estas aparecem para serem explicações complementares em vez de rivais.

Deveria ficar claro, a partir desta discussão, que não estamos afirmando que simplesmente por ser *diferente* o analista muda o mundo interno do paciente. A noção de que sendo diferente pode ser transformativo tem uma história controversa e extensa na literatura psicanalítica, voltando pelo menos a Strachey² no seu clássico artigo sobre ação terapêutica. Strachey acentuou que o analista deveria evitar quaisquer condutas similares do *mau* introjeto arcaico porque o analista seria, então, menos distinguível do objeto, e a interpretação menos mutativa.

De um ponto de vista mais contemporâneo, o que é crucial é que o analista (ou situação analítica) não é só diferente de um objeto do passado, mas, em alguns aspectos, *similar* a ele. De uma perspectiva conexionista, características do analista ou da situação analítica devem elas mesmas ser similares o suficiente a protótipos do passado para ativar redes medulares para serem re-trabalhadas. Às vezes, as redes ativadas do paciente puxarão por sua vez o analista para dentro de *enactments* (post-em-cena), que podem ser cruciais para o paciente e para o analista a entender e a transformar. Por exemplo, em um caso, o analista se encontrou inconscientemente assumindo um

³ Um grande corpo de pesquisa sócio-psicológica sobre rotas centrais (direta, racional) e periféricas (implícito, afetivo) para mudança de atitude pode ser de alguma relevância para esta questão⁵⁵.

padrão onde se sentiu provocado pela atitude desdenhosa da paciente a respeito de gastar, a qual estava ameaçando a sua habilidade de se manter financeiramente solvente, e começou a criticá-la por sua irresponsabilidade de uma forma que lembrava a censura dominadora da sua mãe. Ao interromper este *script* complexo, onde o analista foi arrastado para dentro do papel da mãe da paciente, este a ajudou a reconhecer o problema, a formar novas associações para falar abertamente de forma íntima com outra pessoa (sendo entendida em vez de criticada ou atacada) e a desenvolver novos compromissos para regular os afetos relevantes.

ESTRATÉGIAS SECUNDÁRIAS

Os principais veículos de mudança na psicanálise envolvem o relacionamento terapêutico e a aquisição do *insight* ou entendimento. Na psicoterapia psicanalítica, é comum uma variedade de outras vias de ação terapêutica. Várias estratégias secundárias podem, se usadas atentamente, contribuir substancialmente para mudanças significativas, incluindo o que normalmente pensamos como sendo mudança estrutural, e conseqüentemente deveriam ser incluídas em qualquer discussão da ação terapêutica. Algumas destas estratégias podem (ou deveriam) também operar na psicanálise, pelo menos em alguns momentos com certos pacientes, e poderiam às vezes ser inapropriadamente rejeitadas como tangenciais ao trabalho “verdadeiro” da análise.

A primeira de tal classe de intervenções envolve várias formas de confronto que acarretam sugestões implícitas ou explícitas para a mudança. Freud lutou desde o início com a preocupação de que a psicanálise envolve elementos de sugestão, tanto porque queria distinguir psicanálise de hipnose quanto porque estava ciente das limitações das curas hipnóticas. Ainda, a sugestão é uma parte inerente da técnica analítica e um subproduto inescapável da autoridade do analista⁵⁹. Por exemplo, muitos comentários interpretativos que incluem elementos de confronto chamam a atenção do paciente para padrões de conduta, e particularmente padrões relacionais mal-adaptados, com uma sugestão implícita ou explícita de que os padrões são problemáticos e podem requerer mudanças⁶⁰. De fato, o simples ato de explorar um determinado conjunto de associações ou assuntos e não outros fornece informação ao paciente a respeito de aspectos da sua vida mental ou conduta que consideramos merecedores de atenção e, como conseqüência, os

aspectos que suspeitamos estão lhe causando problemas e que ele talvez queira trabalhá-los⁶¹. Até um comentário neutro como “Eu me pergunto o que significa que...” implica que há algo a ser entendido que é merecedor da atenção terapêutica e que pode requerer mudança.

Sob que condições deveríamos ser explícitos ou implícitos a respeito dos padrões que acreditamos estar causando problemas aos nossos pacientes (e, portanto, esperamos que irão mudar gradualmente) é pouco claro. Porém, os clínicos podem se enganar pensando que estão simplesmente explorando livremente associações e deixando o paciente fazer escolhas independentes quando eles estão, de fato, estruturando a situação de tal forma a torná-la problemática se o paciente não muda seu curso. O perigo de fazer explícitos nossos pontos de vista para o paciente é que o paciente pode começar a externalizar um lado do conflito para o analista e perceber o analista (algumas vezes com razão) como controlador e crítico. O perigo oposto, que pode acontecer quando nossas crenças são claras, porém inconscientes e defensivas porque elas conflitam com o nosso cânone teórico, é que alguma coisa está de fato acontecendo na sala que envolve sugestões e persuasões, mas que não pode ser discutido por causa da preocupação do analista (e das defesas) acerca de ser diretivo – levando ao domínio da experiência não reconhecida na díade analítica.

Uma segunda forma de intervenção, não enfatizada pela maioria das teorias da ação terapêutica na psicanálise, é o confronto das crenças disfuncionais, que podem às vezes ser tão importantes como o confronto das condutas problemáticas, defesas ou formação de compromisso³⁵. Embora esta seja uma parte explícita da terapia cognitiva, analistas a usam regularmente de forma implícita ou explícita. Simplesmente explorando uma crença ou maneira de ver o *self*, que o analista considere merecedora de atenção, é uma pista para o paciente de que o analista pode não estar de acordo com o ponto de vista dele de como as coisas estão. O exame e confronto de crenças disfuncionais ou irracionais são um componente inevitável de toda boa psicoterapia para a depressão e ansiedade, sem considerar a base teórica para o tratamento, porque depressão e estados de ansiedade reforçam maneiras de pensar que perpetuam a disforia e conseqüentemente necessitam ser direcionadas diretamente.

Uma terceira classe de estratégia secundária envolve esforços para dirigir o processo

consciente de processo de busca de solução de problemas do paciente ou o processo de tomada de decisão. Tipicamente associamos as intervenções *diretivas* deste tipo com o tratamento de transtornos severos de personalidade em pacientes que têm dificuldade com a capacidade para mentalizar. Porém, até pacientes que funcionam muito bem podem se beneficiar de forma mútua e explícita do processo de solução de problemas. Intervenções deste tipo, ainda que não classicamente *analíticas*, podem ter dois efeitos salutares. Primeiro, podem ajudar uma pessoa a fazer escolhas de vida mais adaptadas, que por sua vez influenciam suas escolhas subseqüentes. Por exemplo, uma paciente que trabalhava em um meio acadêmico estava enfurecida com o chefe do departamento por razões tanto reais como transferenciais e estava dirigindo-se ao seu escritório, logo após uma sessão, para confrontá-lo de forma que teria sido desastrosa para sua carreira. O clínico interrompeu o plano dela, tanto através da exploração dos significados da sua raiva, como da resposta auto-destrutiva propositada (que foi em parte uma compensação pela sua raiva) e, através de maneiras de processo de solução de problema, ela poderia tratar suas preocupações com seu chefe que realizaria suas metas conscientes sem realizar algumas das metas inconscientes menos adaptadas. A paciente continuou a interagir com o seu chefe de uma forma em que não só teve suas necessidades tratadas e evitou o fim da carreira, mas também, igualmente, desconfirmou uma expectativa profundamente arraigada acerca dos desastres que acompanham a auto-afirmação e deu-lhe a experiência de competência num tipo de confronto que teria achado inimaginável sem uma “orientação” explícita. Como este exemplo sugere, ajudando pacientes a resolver seus problemas pode-se ajudá-los a aprender a resolver problemas futuros de uma maneira melhor, particularmente quando seus afetos são fortes e seus raciocínios explícitos podem ser comprometidos. De singular importância é ressaltar que esta paciente não tinha uma desordem severa de personalidade, mas que uma intervenção “orientadora” deste tipo foi, mesmo assim, extremamente útil para ela.

Uma quarta estratégia, *exposição*, é o mais robusto mecanismo de mudança em tratamentos comportamentais, especificamente para tratar estados de ansiedade. Exposição significa apresentar ao paciente um estímulo ou situação que é provocadora de medo e induzi-lo a confrontá-la e continuar a confrontá-la até que não fique mais ansioso – desta forma, quebran-

do, diminuindo a força ou por outro lado alterando os vínculos associativos. No tratamento do pânico, por exemplo, pesquisadores cognitivo-comportamentais têm tido considerável sucesso em lidar com o *medo do medo* que os pacientes com pânico desenvolvem, no qual eles se tornam hiper-vigilantes por sinais de que estão ficando nervosos. Esta hiper-vigilância leva, por sua vez, à amplificação da sua ansiedade e freqüentemente a mais ataques de pânico⁶². Evidências experimentais sugerem que a associação entre estados internos (como a falta de ar) e a ansiedade por pânico potencial podem, com o tempo, conectar-se a níveis sub-corticais (envolvendo o tálamo e a amígdala), e ali estes vínculos associativos podem não ser facilmente amenos a um tratamento unicamente verbal, *cerebral* como a psicanálise, exceto ao ponto em que o *insight* do paciente o leva a confrontar seus temores. Analistas desde de Freud têm notado que, para pacientes fóbicos, pouco progresso será realizado a menos que o paciente enfrente a situação temida⁶³.

A evidência da eficácia das pesquisas comportamentais usando a exposição para o pânico, simples fobias e desordem obsessivo-compulsiva^{64,40} apresenta desafios que a psicanálise terá de enfrentar nos anos que estão por vir. Pacientes em tratamentos psicanalíticos manifestam evitação em muitas áreas de suas vidas (incluindo as redes que evitam enquanto estão associando no divã), e a evitação é auto-reforçante (i.e. manter a ansiedade à distância que por sua vez reforça a evitação de pensamentos, memórias ou situações associadas com ansiedade ou outras formas de efeito negativo). Um modelo de exposição pode ser útil para pensar em termos de relações de objeto acerca dos efeitos associados a representações rejeitadas, como quando um paciente depressivo repele ativamente auto-representações positivas. Muitos pacientes com dinâmicas depressivas temem sentimentos de orgulho e realização, e ativamente rejeitam, igualmente, o reconhecimento dos outros e o auto-reconhecimento. Até que ponto isto é mais bem resolvido ao explorar o significado da defesa, induzindo o paciente a examinar e deparar-se com auto-representações positivas rejeitadas, ou alguma combinação de ambas, é uma questão aberta. Para alguns pacientes, poderia ser que nenhum trabalho de análise da defesa – ou somente um longo período de análise da defesa, durante o qual o paciente pode persistir com sintomas ou ações que têm conseqüências irremediáveis (como um professor de faculdade vivendo a pressão do término do período da sua contrata-

ção que se apresenta para pedir ajuda por causa de um bloqueio de idéias que ameaçam sua carreira) – irá ajudá-lo a superar a tendência natural de evitar o que o está ameaçando, sem intervenções mais ativas do terapeuta.

Muitas intervenções psicanalíticas de fato se baseiam fortemente na exposição¹⁶. Realmente, a psicanálise começou em grande parte como uma forma de terapia de exposição, fundamentada na visão de que a exposição a memórias reprimidas (e, mais adiante no pensamento de Freud, às fantasias proibidas) foi essencial para libertar os pacientes dos grilhões da infância. A diminuição das ansiedades de transferência, com o tempo, é em parte relacionada à exposição, à medida que a analisanda reconhece que seus medos de ser criticada ou humilhada são irreais. Como Fonagy e Target⁶⁵ enfatizam, ajudar pacientes a diferenciar crença de fato, e fato de fantasia, é uma forma de exposição na qual o analista reconhece a realidade psíquica do medo do paciente, enquanto, simultaneamente, provê uma perspectiva alternativa que sugere segurança.

Um quinto tipo de intervenções “secundárias” envolve formas de auto-descobrimto. Isto pode ser de particular importância para pacientes cujas relações de apego (*attachment relationship*) promoveram modelos incoerentes de relacionamentos – isto é, cujas figuras de apego foram tão imprevisíveis que a criança não poderia entender ou prever suas condutas. Em tais casos, auto-descobrimtos limitados podem ser essenciais para ajudá-los a aprender a entender melhor as pessoas, mantendo sua confiança e mostrando-lhes um modelo diferente de expressão emocional e de intimidade. Uma auto-revelação prudente pode promover também a mentalização⁶⁶, levando o paciente a uma função reflexiva melhorada. Por exemplo, pelo compartilhamento de um sentimento com o paciente, o analista pode ajudá-lo a ver que a sua percepção de como o analista sente é somente uma *representação* que pode ser representada e entendida.

Discussões do auto-descobrimto levam a um sexto tipo de ação terapêutica, denominada *afirmação*. Como Killingmo⁶⁷ enfatizou, pacientes que sofreram traumas severos na infância podem experimentar as observações do terapeuta como invalidando a experiência subjetiva do paciente da mesma forma em que os pais do paciente o faziam⁵¹. Noções de aceitação e validação têm sido, por longo tempo, centrais para as teorias da ação terapêutica fora da psicanálise e começaram a ganhar *aceitação* na literatura psicanalítica pela sua intro-

dução por Kohut⁶⁸. A validação empática da perspectiva do paciente, porém, deve, em última instância, ser complementada por uma perspectiva *de fora* vinda do analista, que dá uma *visão diferente*^{19,69}.

Um último tipo de estratégias secundárias envolve o que poderíamos chamar de estratégias *facilitadoras* – intervenções que ajudam o paciente a tornar-se mais confortável, colaborando com o analista, ou terapeuta, para vir a entender seu mundo interior. Estas podem variar desde a interjeição de detalhes sociais comuns que fazem sentir a qualquer um confortável numa conversa, até o uso do humor, de comentários educacionais (ex.: explicando ao paciente por que pode ser útil focar o que está acontecendo no consultório), e várias formas de suavizar comentários que podem ser de ajuda quando as pessoas estão enfrentando dor, ansiedade, ou material vergonhoso que pode ter ficado fora da consciência – e que pode, por outro lado, permanecer longe do terapeuta ou analista – por muitos anos.

ALGUMAS IDÉIAS PARA TERMINAR

Esta discussão, ainda que telegráfica, aponta para várias conclusões. Algumas destas sugerem mudanças na maneira como praticamos, ou na maneira como conceituamos ou falhamos ao conceituar o que nós realmente fazemos com nossos pacientes.

Primeiro, não existe um único caminho para o objetivo da mudança terapêutica. Faríamos bem em parar de escrever sobre a ação terapêutica da psicanálise, como se um princípio básico explicasse toda mudança e, em vez disso, reconhecer que a mudança terapêutica provavelmente ocorre através de múltiplos mecanismos, cada um dos quais pode ser fomentado pelas diferentes técnicas em formas que ainda não começamos nem a entender.

Segundo, alguns princípios de mudança e técnicas para trazer a mudança à tona são provavelmente úteis para todos os pacientes, enquanto outras são úteis somente para alguns pacientes. A qualquer momento estamos tentados a propor uma única fórmula para a mudança. Deveríamos tomar isto como um indício de que estamos tentando reduzir nossa ansiedade a respeito da incerteza pela redução de algo muito complexo a algo muito simples. Se estivermos avançando nossa teoria da ação terapêutica e nossas técnicas para a mudança efetiva, precisaremos desenvolver mais sistematicamente, clínica e empiricamente, modelos sólidos dos domínios do funcionamento que

constituem a personalidade (ex.: motivação, cognição, afeto, regulação de afeto, relações de objeto) e as formas como os processos, em cada um destes domínios, pode se distorcer (Westen, 1998).

Terceiro, a variedade de metas de tratamento e estratégias de intervenção delineadas brevemente aqui interagem de formas complexas que são prováveis de se tornar mais claras se as distingüimos mais cuidadosamente e evitarmos teorias de causa única da ação terapêutica. Por exemplo, quando o *insight* leva um paciente a se tornar emocionalmente menos limitado em relacionamentos pessoais e a se tornar mais aberto e vulnerável, outras pessoas podem responder de forma diferente. Isto, por sua vez, mudará a experiência do paciente nos relacionamentos pessoais e levará a outras mudanças comportamentais¹⁶. Mudanças comportamentais levam também a mudanças na disponibilidade de associações, que podem ser úteis para outros trabalhos analíticos.

Quarto, nada garante que as várias metas e técnicas de tratamento úteis para facilitar a mudança terapêutica aqui mencionada estarão livres de elementos que estão em conflito ou com propósitos cruzados, não mais do que esperaríamos das motivações das pessoas em serem livres de conflito. Menos ativas, as técnicas exploratórias podem, às vezes, impedir alterações em sistemas associativos que poderiam acontecer se o paciente fosse encorajado a enfrentar uma situação de temor mais diretamente, que poderia, por sua vez, fornecer acesso analítico a importantes associações. Por outra parte, técnicas mais ativas que fomentam mudanças em redes associativas podem às vezes interferir com a investigação, impedir o senso de autonomia do paciente, ativar dinâmicas opostas, levar a uma atuação de contratransferência e assim por diante.

Uma questão final é a de métodos e epistemologia. Em psicanálise, escrevemos acerca da ação terapêutica como se, de alguma maneira, a pergunta do que é terapêutico e como ajudar melhor nossos pacientes fosse uma pergunta que pudesse ser resolvida através de argumentos lógicos e de debate. De fato, é uma pergunta empírica, a qual não pode mais ser respondida pela lógica e pelo debate, como a questão de se um ou outro tratamento para as doenças do coração é mais efetivo. Não sabemos se uma postura técnica funciona melhor do que qualquer outra, porque tudo o que temos são afirmações que competem apoiadas pelos dados mascarados pela privacidade do consultório. Com novas tecnologias para medir o que

realmente acontece nas horas de tratamento^{71,72} e para avaliar a estrutura da personalidade^{73,74}, estamos agora na posição de descobrir e medir o que os clínicos estão fazendo, que mudanças, e que formas de trabalho estão associadas com melhores resultados. Fazendo uso dessas tecnologias para refinar nossas teorias do que funciona e para quem – juntando uma grande rede de clínicos desejosos de compartilhar não só suas idéias como também os dados das suas práticas – será um dos maiores desafios a encarar pela psicanálise no seu segundo século, desde que intentemos nos mover da *discussão* da ação terapêutica da psicanálise para a sua demonstração e aperfeiçoamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandler J, Dreher AU. (1996). What do psychoanalysts want? The problem of aims in psychoanalytic therapy. London: Routledge.
2. Strachey J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 15: 127-59.
3. Wallerstein R. (1986). Forty-two lives in treatment. New York: Guilford.
4. Blatt SJ. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *JAm Psychoanal Assoc* 40: 691-724.
5. Cooper AM. (1989). Concepts of therapeutic effectiveness in psychoanalysis: A historical review. *Psychoanal Inq* 9: 4-25.
6. Jacobs TJ. (1990). The corrective emotional experience: its place in current technique. *Psychoanal Inq* 10: 433-54.
7. Pulver SE. (1992). Psychic change: Insight or relationship? *Int J Psychoanal* 73: 199-208.
8. Pine F. (1998). Diversity and direction in psychoanalytic technique. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
9. Gabbard GO. (2001 a). Overview and commentary. *Psychoanal Q* 70: 287-96.
10. Stern DB. (1994). Conceptions of structure in interpersonal psychoanalysis: A reading of the literature. *Contemp Psychoanal* 30:255-300.
11. Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth, K, Tronick EZ et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *Int J Psychoanal* 79: 903-21.
12. Sandler J, Sandler A-M. (1983). The 'second censorship', the 'three box model', and some technical implications. *Int J Psychoanal* 64: 413-25.
13. Arlow JA. (1987). The dynamics of interpretation. *Psychoanal Q* 56: 68-87.
14. Gabbard GO. (1997a). Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. *Can J Psychoanal* 5:1-25.
15. Gabbard GO. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76: 475-85. Gabbard GO. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd edn. Washington, DC: American Psychiatric Press.
16. Wachtel P. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
17. Fonagy P, Target M. (1996). Playing with reality, I: Theory of mind and the normal development of psychic reali-

- ty. *Int J Psychoanal* 77: 217-33.
18. Benjamin J. (1995). *Like subjects, love objects: Essays on recognition and sexual difference*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
 19. Gabbard GO. (1997b). A reconsideration of objectivity in the analyst. *Int J Psychoanal* 78: 15-26.
 20. Lyons-Ruth K, Members of the Change Process Study Group. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health J* 19: 282-9.
 21. Bruschiweiler-Stern N, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Sander LW et al. (2003). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *Int J Psychoanal* 83: 1051-62.
 22. Jones EE. (1997). Modes of therapeutic interaction. *Int J Psychoanal* 78: 1135-50.
 23. Jones EE. (2000). *Therapeutic action*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
 24. Greenberg JR. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanal Q* 64: 1-22.
 25. Gabbard GO, Lester EP. (1995). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
 26. Mitchell SA. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
 27. Hoffman IZ. (1994). Dialectic thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanal Q* 63: 187-218.
 28. Westen D, Gabbard GO. (2002a). Developments in cognitive neuroscience, 1: Conflict, compromise, and connectionism. *J Am Psychoanal Assoc* 50: 54-98.
 29. Westen D, Gabbard GO. (2002b). Developments in cognitive neuroscience, 2: Implications for the concept of transference. *J Am Psychoanal Assoc* 50: 99-113.
 30. Roediger HL. (1990). Implicit memory: Retention without remembering. *Am Psychol* 45(9): 1043-56.
 31. Schacter DL. (1992). Understanding implicit memory: A cognitive neuroscience approach. *Am Psychol* 47(4): 559-69.
 32. Schacter DL. (1995). Implicit memory: A new frontier for cognitive neuroscience. In *The cognitive neurosciences*, ed. MS Gazzaniga, Cambridge, MA: MIT Press.
 33. Schacter DL. (1998). Memory and awareness. *Science* 280: 59-60.
 34. Brenner C. (1982). *The mind in conflict*. New York: Int. Univ. Press.
 35. Weiss J. (1990). The nature of the patient's problems and how in psychoanalysis the individual works to solve them. *Psychoanal Psychol* 7: 105-13.
 36. Gray P. (1990). The nature of therapeutic action in psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 8: 1083-98.
 37. Busch F. (1995). *The ego at the center of clinical technique*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
 38. Westen D. (1999). The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? *J Am Psychoanal Assoc* 47:1061-106.
 39. Westen D. (2000). Integrative psychotherapy: Integrating psychodynamic and cognitive-behavioral theory and technique. In *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21 st century*, ed. CR Snyder, R Ingram. New York: Wiley, pp. 217-42.
 40. Westen D, Morrison K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult and Clin Psychol* 69(6): 875-99.
 41. Horowitz M. (1999). Modes of conscious representation and their exploration through psychotherapy. In *At play in the fields of consciousness: Essays in honor of Jerome L. Singer*, ed. JA Singer, P Salovey, Mahwah, NJ: Erlbaum.
 42. McClelland DC, Koestner R, Weinberger J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychol Rev* 96:690-702.
 43. Power M, Dalgleish T. (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. East Sussex: Psychology Press.
 44. Kernberg O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
 45. Krystal H. (1977). Aspects of affect theory. *Bulln Menninger Clin* 41: 1-26.
 46. Siegel RS, Rosen IC. (1962). Character style and anxiety tolerance: A study of intrapsychic change. In *Research in psychotherapy* Vol. II, ed. H Strupp, L Luborsky. Baltimore, MD: French-Bray Printing Co., pp. 206-17.
 47. Westen D. (1985). *Self and society: Narcissism, collectivism, and the development of morals*. New York: Cambridge Univ. Press.
 48. Westen D. (1997). Toward an empirically and clinically sound theory of motivation. *Int J Psychoanal* 78: 521-48.
 49. Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 50: 7-15.
 50. Westen D. (1991). Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. *Clin Psychol Rev* 11: 211-30.
 51. Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York:
 52. Redl F, Wineman D (1951). *Children who hate*. New York: Collier.
 53. Adler G, Buie D. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child developmental issues. *Int J Psychoanal* 60: 83-94.
 54. Fonagy P. (1999b). The process of change and the change of processes: What can change in a 'good' analysis? Keynote address to the spring meeting of the Division 39 of the American Psychological Association, New York, 16 April
 55. Eagly A, Chaiken S. (1998). Attitude structure and function. In *The handbook of social psychology*, Vol. 2, 4th edn, ed. D Gilbert, S Fiske, G Lindzey. Boston: McGraw-Hill, pp. 269-322.
 56. Greenberg J. (2001). Thinking, talking, playing: The peculiar goals of psychoanalysis. *Psychoanal Q* 70: 131-47.
 57. Steiner J. (1989). The aim of psychoanalysis. *Psychoanal Psychother* 4:109-20.
 58. Gabbard GO. (1996). *Love and hate in the analytic setting*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
 59. Levy S, Inderbitzin L. (1997). Safety, danger and the analyst's authority. *J Am Psychoanal Assoc* 45: 377-94.
 60. Raphling DL. (1995). Interpretation and expectations: The anxiety of influence. *J Am Psychoanal Assoc* 43: 95-111.
 61. Wachtel P. (1993). *Therapeutic communication*. New York: Guilford.
 62. Barlow DH. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd edn. New York: Guilford Press.
 63. Gabbard GO, Bartlett AB. (1998). Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis. *Psychoanal Inq* 18:657-72.
 64. Dutra L, Eddy K, Westen D. (2001). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. Unpublished manuscript, Boston Univ.
 65. Fonagy P, Target M. (2000). Playing with reality, III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int J Psychoanal* 81: 853-73.
 66. Gabbard GO. (2001 b). Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: A contemporary approach. *Bulln Menninger Clin* 65: 41-57.

67. Killingmo B. (1989). Conflict and deficits: Implications for technique. *Int J Psychoanal* 70: 65-79.
68. Kohut H. (1971) *The analysis of the self*. New York: Int. Univ. Press.
69. Goldberg A. (1999). Between empathy and judgment. *J Am Psychoanal Assoc* 47: 351-65.
70. Westen D. (1998). Case formulation and personality diagnosis: Two processes or one? In *Making diagnosis meaningful*, ed. J Barron. Washington, DC: American Psychological Association Press, pp. 111-38.
71. Jones EE, Pulos S. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol* 61: 306-16.
72. Ablon JS, Jones EE. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Research* 8: 71-83.
73. Westen D, Shedler J. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiat* 156: 258-72.
74. Westen D, Shedler J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiat* 156: 273-85.

RESUMO

Da mesma forma que outros aspectos medulares da psicanálise, a teoria da ação terapêutica está atualmente em processo de mudança, com os teóricos de diferentes correntes propondo diferentes mecanismos. Neste artigo, os autores tentam integrar os desenvolvimentos dentro e fora da psicanálise, para dar um modelo de trabalho aos processos multifacéticos envolvidos em produzir a mudança na psicanálise e na psicoterapia psicanalítica. Uma teoria da ação terapêutica deve descrever tanto o que muda (as metas do tratamento) como quais estratégias têm boa probabilidade de serem úteis para facilitar essas mudanças (técnica). Os autores acreditam que as teorias do mecanismo único da ação terapêutica, sem importar quão complexa sejam, têm pouca probabilidade de resultar úteis neste momento pela variedade de metas de mudança e dos métodos úteis para realizá-la (como as técnicas dirigidas a alterar diferentes tipos de processos conscientes e inconscientes). As intervenções que facilitam a mudança podem ser classificadas em uma destas três categorias: as que se dirigem ao insight, as que aproveitam diversos aspectos mutativos da relação terapêutica e uma variedade de estratégias secundárias que podem ser de grande importância. Propõem que, em todas as formas de tratamento psicanalítico, seria mais exato falar de ações terapêuticas do que numa única ação.

Descritores: Ação terapêutica, neurociência, insight, transferência.

ABSTRACT

Like other core psychoanalytic constructs, the theory of therapeutic action is currently in flux, as theorists of differing persuasions propose different mechanisms. In this article, the authors attempt to integrate developments within and without psychoanalysis to provide a working model of the multifaceted processes involved in producing change in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. A theory of therapeutic action must describe both what changes (the aims of treatment) and what strategies are likely to be useful in facilitating those changes (technique). The authors believe that single-mechanism theories of therapeutic action, no matter how complex, are unlikely to prove useful at this point because of the variety of targets of change and the variety of methods useful in effecting change in those targets (such as techniques aimed at altering different kinds of conscious and unconscious processes). Interventions that facilitate change may be classified into one of three categories: those that foster insight, those that make use of various mutative aspects of the treatment relationship and a variety of secondary strategies that can be of tremendous importance. They propose that, in all forms of psychoanalytic treatment, we would be more accurate to speak of the therapeutic actions, rather than action.

Keywords: Therapeutic action, neuroscience, insight, transference.

Title: Rethinking therapeutic action

RESUMEN

Lo mismo que otros conceptos medulares del psicoanálisis, la teoría de la acción terapêutica está actualmente en proceso de cambio, con los teóricos de diferentes corrientes proponiendo diferentes mecanismos. En este artículo, los autores intentan integrar los desarrollos dentro y fuera del psicoanálisis, para dar un modelo de trabajo para los procesos multifacéticos involucrados en producir el cambio en el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. Una teoría de la acción terapêutica debe describir tanto lo que cambia (las metas del tratamiento) como cuales estrategias tienen buena probabilidad de ser útiles en facilitar estos cambios (técnica). Los autores creen que las teorías de mecanismo único de la acción terapêutica, sin que importe lo complejas que sean, tienen poca probabilidad de resultar útiles en este momento, por la variedad de las metas del cambio y la variedad en los métodos útiles para efectuar el cambio en tales metas (como las técnicas dirigidas a alterar diferentes tipos de procesos conscientes e

inconscientes). Las intervenciones que facilitan el cambio pueden clasificarse en una de tres categorías: las que estimulan la comprensión profunda [insight], las que aprovechan diversos aspectos mudables de la relación de tratamiento, y una variedad de estrategias secundarias. Proponen que, en todas las formas de tratamiento psicoanalítico, sería más exacto hablar de acciones terapéuticas más que de una acción.

Palabras-clave: Acción terapéutica, neurociencia, insight, transferencia.

Título: Repensando la acción terapéutica

Endereço para correspondência:
Glen O. Gabbard and Drew Westen
Department of Psychiatry, Baylor College of
Medicine, One Baylor Plaza
Houston, Texas 77030
E-mail: ggabbard@bcm.tmc.edu
“Departments of Psychology and Psychiatry, Emory
University, 532 N. Kilgo Circle, Atlanta, GA 30032 –
E-mail: dwesten@emory.edu

Tradução: Nelly Marcela Miranda Pagalday
Revisão Técnica: César Luís de Souza Brito e
Julio J. Chachamovich

Copyright © International Journal of Psychoanalysis
Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande
do Sul (tradução em português)