

Andrea Manuela Melo Silva (setting_t@hotmail.com)

António Pazo Pires (Antonio.Pires@ispa.pt)

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



Investigação em Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise: Processos e Mudança

Nome do autor

Andrea Manuela Melo Silva

Nº aluna

12518

2009

Este artigo foi feito a partir da Dissertação de Mestrado do primeiro autor realizada sob a orientação do segundo autor, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, sito na Rua Jardim do Tabaco, 34 1149-041 Lisboa.

REVISÃO DE LITERATURA

Investigação em Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise:
Objectivos Terapêuticos e Fases de Mudança

Resumo

A Revisão de Literatura apresentada focaliza estudos concernente a Objectivos Terapêuticos e Fases de Mudança no âmbito da Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise, concomitantemente, procura examinar o trajecto da Investigação neste âmbito. A Capacidade Adaptativa e Mudança Estrutural evidenciam-se, ambas conferem o estatudo de objecto intrínseco às distintas Psicoterapias. À semelhança da Mudança Estrutural, a aquisição de *Insight* e a Resolução de Conflitos Básicos, definiram-se como a finalidade de estudo na presente investigação, tendo sido dissecadas as fases de Mudança em Psicoterapia. Apesar de se ter constatado que a Psicoterapia Psicanalítica e a Psicanálise fomentam mudanças significativas e sólidas no indivíduo, foram contempladas insuficiências na literatura. A investigação foi primordial ao abordar os Processos e Produtos, o que conduziu ao procedimento da corroboração empírica do construto Mudança Estrutural, bem como, de estudos empíricos que confrontam Processos e Produtos.

Palavras-chave: Psicoterapia Psicanalítica, Psicanálise, Objectivos Terapêuticos, Mudança Estrutural, Fases de Mudança.

Abstract

The presented literature survey focuses on studies that pertain to Therapeutic objectives and Phases of Change in the ambit of Psychoanalytic Psychotherapy and Psychoanalysis. Concomitantly, it intends to assay the Research course in this ambit. Adaptive Ability and Structural Change stand out as intrinsic objectives to the diverse existing Psychotherapies. In turn, Structural Change, Insight acquisition as well as Basic Conflicts Resolution are determined as objects of study in the current research, having been scrutinized as phases of Change in Psychotherapy. Although we verified that Psychoanalytic Psychotherapy and Psychoanalysis promote significant and solid changes in the individual, we verified a lack in the pertinent literature. It was elemental to approach the research on a level of Processes and Products, as such; we proceeded with the empirical corroboration of the construct Structural Change, as well as with empirical studies that oppose Processes and Products.

Keywords: Psychoanalytic Psychotherapy, Psychoanalysis, Therapeutic Objectives, Structural Change, Phases of Change.

Introdução

Segundo a perspectiva de (Wallerstein, 1966), o desenvolvimento histórico das Psicoterapias de Orientação Psicanalítica emergiu a partir da Psicanálise. Para Freud a Psicanálise foi edificada a partir da hipnose e da sugestão abarcando benefícios terapêuticos. No âmbito destas intervenções terapêuticas, verifica-se a escassez de investigação empírica alusivas a mudanças fomentadas pelas mesmas.

Na esfera da mudança Ferenczi (1928,1929,1933), emerge as Técnicas da Terapia Activa e do Relacionamento Terapêutico, sendo a finalidade centrar o dispositivo terapêutico na interacção entre analisado e analista. Apesar da “Técnica Activa” ser terapêutica, Ferenczi apontou uma lacuna, por ostentar ser rotineira. À semelhança da Terapia Activa, a Livre Associação visa atingir o inconsciente. Com base na permanência do paciente sob a influência da situação analítica, emerge a Livre Associação em substituição à hipnose. Este método baseia-se em estirar o paciente no divã e estimula-lo a dizer o que converge à sua mente, inclusive relatar os seus sonhos, através dos quais Freud analisava todo o material que ocorresse. O autor procurava descobrir os desejos, conflitos, pensamentos e lembranças, alusivo ao inconsciente. A Psicanálise distingue-se dos demais métodos terapêuticos (Klockars, 2004), na medida em que, a Livre Associação surge do produto da actividade da memória com a actividade criativa, resultando na combinação entre ambas (Klockars, 2004). Para além do trabalho Psicanalítico visar ilustrar a dinâmica psicológica inconsciente do sujeito, transporta ao consciente o que o indivíduo recalcou, consolida o Ego do sujeito na relação que estabelece com o terapeuta. (Dicionário de Psicologia: Roland. Doron & Françoise. Parot 2001 p. 612). Segundo (Matos, 2006) a Psicanálise aprofunda o auto-conhecimento e o conhecimento dos outros, das relações interpessoais e intersubjectivas.

No âmbito da Psicanálise o *setting* Psicoterapêutico pode ser encarado como “um local mágico” onde as mentes se encontram, as coisas revelam não ser iguais para todos os que as vêem, os significados são fluidos, a construção de um indivíduo poderá preencher a de outro. (Newman, Griffin e Cole, 1989, apud Robbins, 2003). Segundo a visão de Erikson (1954), a utilização do sofá abona a profundidade para a superfície, constatando-se que o trabalho psicoterapêutico preserva o *setting*, onde se incorpora a frequência das sessões e a disposição do divã. O posicionamento do analista face ao divã sem conseguir visualizar a expressão afectivo-facial, conduz a um acréscimo dos elementos afectivo-auditivos, o que contribuirá ao

processo de Transferência e recordação de objectos referentes ao passado (Rizzuto, 2002, in Klockars, 2004). Sendo a transferência o “motor de cura” da Psicanálise, em que o sujeito transfere para o outro sentimentos que não estão dirigidos a esta pessoa, mas a outra pessoa do passado. De acordo com Leal (2005), a Transferência surge como o instrumento indispensável ao tratamento. Na clínica psicanalítica o analisando transfere para o analista sentimentos e emoções que na verdade são de uma relação vivida com uma pessoa próxima que fez parte de sua infância primitiva. Segundo Freud são sentimentos de relações que não foram bem resolvidas. O analisando em vez de recordar uma experiência passada revive e recria, envolvendo uma outra pessoa que não a originária, caracterizando-se como uma defesa.

A Psicoterapia tem o propósito de proporcionar à pessoa uma melhoria na sua qualidade de vida, promovendo mudanças de comportamento e diminuição ou eliminação do sofrimento psíquico. É considerada um espaço favorável ao crescimento pessoal, um lugar privilegiado de criar intimidade consigo mesmo. Oferece uma oportunidade de compreender e mudar os padrões de vínculo e relação interpessoal. Em alguns casos, a Psicoterapia cumpre uma função de educação para a vida. A Psicoterapia tem por base métodos psicológicos, cingindo-se ao tratamento que determina a cura ou o melhoramento de um mal-estar (Leal, 2005). Qualquer Psicoterapia conta com a cooperação da Psicanálise, mesmo ao rejeitar as suas extrapolações psicopatológicas e antropológicas (Thines e Lempereur, 1983). No que respeita à investigação e factores comuns em Psicoterapia, Garfield (1957), considerava aspectos em comum às diferentes Psicoterapias, designadamente, o facto do terapeuta compreender o sujeito e lhe dar apoio, a possibilidade do sujeito usufruir do efeito catarse, a capacidade de adquirir um conhecimento superior de si próprio. Por seu turno, Karasu (1986), defende que as psicoterapias comportam uma experiência afectiva que conduz à mudança, a um novo domínio cognitivo, traduzindo-se numa regulação do comportamento. Dissecamos as semelhanças e diferenças entre a Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, as quais têm sido exaustivamente estudadas e discutidas. Inicialmente, Freud não fazia distinção entre a Psicoterapia e a Psicanálise, empregava a expressão “terapia analítica”, como que estabelecendo uma conexão entre ambas. A delimitação entre Psicanálise e a Psicoterapia Psicanalítica compreende a intensidade, frequência e duração da terapia. O período superior a três vezes por semana circunscreve a Psicanálise, contrastando três vezes ou menos vezes por semana, incluindo-se as restantes Psicoterapias. (Bateman e Holmes, 1997). No que concerne às origens, a Psicanálise e as Psicoterapias Psicanalíticas comungam das mesmas referências

teóricas, os distintos modelos e escolas abrangem idênticos obstáculos, congruências e incongruências. As Psicoterapias de Inspiração Psicanalítica, comparativamente à Psicanálise predominam pelos seus métodos mais básicos que os usados na cura-tipo. Destacam-se por limitar e controlar a transferência, sendo as regressões restringidas em pacientes portadoras de Egos rígidos ou frágeis. Quanto à triagem da terapia indicada em cada caso particular, espera-se que sejam os psicanalistas a determinarem se a pessoa tem indicação para Psicanálise ou para Psicoterapia de Inspiração Psicanalítica (Leal, 2005).

A revisão de literatura que se segue compreende investigações na área da Psicoterapia Psicanalítica e da Psicanálise, faz referência aos Produtos e Processos, focaliza os objectivos inerentes à própria terapêutica e consequentes fases de mudança.

Será apresentado o trajecto da investigação na área da terapia tendo como foco a mudança no *Insight*, Conflitos Básicos, Capacidade Adaptativa, Sintomas e Factores extra-terapêuticos e Mudança Estrutural. Concomitantemente, serão anunciados estudos alusivos às fases de mudança em terapia. A supracitada revisão de literatura surge no sentido de suprimir a indigência alusiva a estudos empíricos na área da Psicoterapia Psicanalítica e da Psicanálise. Sendo primordial lançar questões às quais futuros estudos encarregar-se-ão de confiar uma resposta.

A pesquisa consumada para a revisão de literatura apresentada efectuou-se a partir: Docweb do ISPA esgotando-se as bases de dados da “EBSCO”, grande parte dos artigos obtidos derivaram da “PSYCINFO”, “PSYARTICLES” e “PEP ARCHIVE”. Inseriu-se as subsequentes palavras-chave “psychoanalytic psychotherapy”, “psychoanalysis”, “research”, “symptoms”, “adaptive capacity”, “adjustment”, “adaptation”, “insight”, “conflicts”, “basic conflicts”, “change”, “structural change”, “change’s phases”. Verificou-se uma delimitação nos resultados obtidos publicados durante 2000 a 2009.

Investigação em Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise

No âmbito da investigação, quer a Psicanálise como as Terapias expressivas e Psicanalíticas procuram dar resposta às mudanças que se fizeram sentir e à forma como estas surgiram, (Wallerstein, 2001).

O desígnio da Psicoterapia assenta num processo de autoconhecimento que promove um maior desenvolvimento da percepção que o indivíduo tem de si mesmo. Os indivíduos que recorrem à psicoterapia experimentam sofrimento psicológico (Baudry 1995). Surgindo a psicoterapia com o propósito de reduzir o sofrimento sintomático, o testemunhado com vários métodos terapêuticos eficazes (Bergin e Garfield 1994). A Terapia Psicanalítica caracteriza-se por efectuar um tratamento a longo prazo, assenta na mudança (Greenson 1978; Mertens 1995). Quanto a benefícios trazidos quer pela Psicanálise como pela Psicoterapia Psicanalítica, Werman (1989) considera que ambas são passíveis de alcançar o mesmo tipo de mudanças, desde que, esta última seja devidamente consumada. A Psicanálise e a Psicoterapia Psicanalítica têm como objectivos terapêuticos a Mudança nos Sintomas, onde se insere o *Insight*, Conflitos Básicos, Capacidade Adaptativa, Sintomas e Factores-extra-terapêuticos.

Com o intuito de averiguar a consistência da Psicoterapia (Power, 2000), dissecou o conceito de Mudança em *Mudança nos Produtos e Mudança nos Processos*. O autor destaca que esta última está relacionada com a qualidade da própria análise, por sua vez, a Mudança nos Produtos prende-se com resultados obtidos na Psicoterapia, os quais são passíveis de serem observados (Power, 2000). Comunga do mesmo (Garfield, 1990; Sirigatti, 2004), ao defender que os Processos compreendem as interações existentes nas sessões terapêuticas, estando os Produtos circunscritos à avaliação dos resultados. (Lambert & Ogles, 2004), adopta o mesmo advogando que a investigação nos Produtos leva-nos a inferir que o processo terapêutico, se distingue por ser eficaz e os resultados são duradouros. No âmbito do Processos conforme (Greenberg & Pinsof 1986), a investigação manifesta-se pelo estudo das interações entre terapeuta e paciente, avultando-se o conceito de Aliança Terapêutica, imprescindível ao bom desenvolvimento de um processo Psicoterapêutico (Lambert e Barley 2001). O conceito Aliança Terapêutica, tem ganho notoriedade, segundo Sousa (2006), a relação terapêutica enfatizou-se por ser eficaz no resultado da psicoterapia. Perfilha do mesmo (Horvarth e Bedi 2002, cit. por Lepper & Riding, 2005) ao certificar que a Aliança e o terapeuta fundamentam a os resultados obtidos. Leonard Horwitz (1974) impulsionou para que a Aliança Terapêutica se tornasse um instrumento necessário à mudança terapêutica, defendendo que a Aliança Terapêutica faculta a estrutura onde se dá o trabalho de tratamento.

A perspectiva de Boesky dista da ostentada por Wallerstein (1988) no projecto Menninger de Pesquisa em Psicoterapia, atesta que as mudanças alcançadas em psicoterapia psicanalítica seriam tão semelhantes quanto à Estrutura, comparativamente aos casos

analíticos. Por sua vez, Kerneberg (1988) interpreta a estrutura como uma perspectiva combinada ego-psicológica e de relações objectais. Sandler (1988) em concordância com Wesslerstein e discordância com Boesky, advogava que quer a Psicanálise como a Psicoterapia Psicanalítica seriam capazes de fomentar a Mudança Estrutural. Porém, Werman (1989) afastou-se da concepção, ao defender que o conceito Mudança Estrutural teria carácter insidioso. Dewald (1989) referencia as disparidades existentes na Psicanálise e na Psicoterapia Psicanalítica, enuncia que na Psicanálise de sucesso, são esperáveis mudanças estruturais profundas e na Psicoterapia Psicanalítica as mudanças propenderiam a ser fragmentadas. Predomina o século XX, com a procura de resultados por parte da Psicanálise e das restantes terapias (Wallerstein, 2001). Apurou-se que os tratamentos mais longos estariam no alcance de benefícios mais duráveis (Luborsky, 2001; Sandell, 2001). Do ponto de vista psicanalítico, a Mudança circunscreve um conjunto de factores, a diminuição de sintomas e de inibições, uma maior flexibilidade, melhoria da capacidade de perceber e expressar os afectos (Moreno, Schalayeff, Acosta, Vernengo, Roussos & Lerner, 2005). Quanto aos resultados provenientes da Psicoterapia Psicanalítica e da Psicanálise, a maioria dos analistas possui uma atitude céptica no que respeita à Psicoterapia Psicanalítica ser inferior à Psicanálise. Revelando ser uma forma diferente de terapia, ambas capazes de produzir o mesmo tipo de mudanças.

Em 1950 a literatura analítica inaugurou o conceito de Mudança Estrutural, adjudicando-o à Psicanálise como primordial objectivo (Werman, 1989). O autor atesta que a Psicanálise pretende alcançar a Mudança Estrutural, com base na observação clínica do comportamento do paciente. Gitelson (1951) declara que a Psicanálise é a única forma capaz de produzir resultados duradouros e estáveis. Dewald opondo-se a Gitelson, advoga a existência outras formas de terapia, responsáveis por mudanças duráveis. O autor afirma que em tratamento Psicoterapêutico poderão se fazer sentir mudanças significativas no psíquico. Gill (1951), defendia que a Psicanálise procurava trazer à “superfície a profundidade”, a resolução de sintomas, desenvolvimento e análise da Neurose de transferência, análise e motivo das defesas. Rangell (1954) adopta o mesmo, ao defender que o objectivo da análise é efectuar Mudanças Estruturais no aparelho mental do paciente. Como diria Freud (1940), os processos mentais do Ego emergem ao nível. Não se distanciando Horowitz (1974), atesta que as mudanças surgem ao nível dos sintomas, personalidade e estilos de vida. Revertendo a mudança como o propósito do trabalho psicanalítico Werman (1989). Contudo, alguns conceitos de Mudança Estrutural têm sido questionados pelo autor. A Mudança consequente

da Psicanálise ligada ao factor tempo é essencial ao realizar as mudanças psíquicas Wilczek (2004). O que se comprova com a prática clínica, que se caracteriza por efectuar um tratamento a longo prazo (Crits-Christoph e Barbeiro 2000; Monsen et al. 1995). Em concordância com (Rangell, 1989) que defende a Mudança ser lenta, tácita e inconsciente

Weinshel (1984) põe em causa o conceito de Mudança Estrutural, afirmando que em Psicanálise a Mudança Estrutural seria difícil de se exhibir de modo perceptível. Contrapondo a visão de Wallstein (1986), ao assegurar existirem técnicas auxiliares que visam originar mudanças profundas, designadamente melhor comportamento adaptativo. Gedo (1964) salienta as técnicas psicoterapeutas, não analíticas, capazes de produzir mudanças estruturais no aparelho mental. O autor defendia que numa Psicoterapia não directiva, as transferências seriam resolutas por meio da interpretação. Comunga do mesmo Kernberg ao afiançar que o uso de técnicas de apoio, em detrimento da neutralidade, poderiam contribuir para a dificuldade em estabelecer um *setting* psicanalítico aceitável. O autor alerta que quanto mais elevado o grau de neutralidade pelo psicoterapeuta, mais acessível se tornará a Mudança. O autor propaga o conceito de Mudança ao sublinhar o acto de conversão, advoga que num período em que a Psicoterapia atinge uma duração significativa, esta poderá vir a ser suspensa dando lugar à Psicanálise com outro analista, o que possibilitará a consolidação dos resultados. Por seu turno, Gill adoptou uma postura oposta à de Kernberg, ao defender que converter Psicoterapia em Psicanálise deveria ocorrer esporadicamente, defende que o psicoterapeuta deveria se ocupar da Psicanálise. Em concordância surge Robert Stolorow (1990), respeitante à conversão assumiu a mesma posição de Gill, o autor socorre que há que fazer análise, deixando a conversão de ser peculiar. Arthur Malin (1990), com uma visão antagónica à de Gill, atesta que a conversão de Psicoterapia em Psicanálise é válida. Afiança que a conversão adquire contornos de vulgaridade, não se inclinando para o insucesso. O autor declara que a Mudança assenta em ponderações económicas e na disponibilidade de casos, em que Orwmland (1991), ajustou tal posição.

A Psicanálise não é mais que uma Psicoterapia, ambas se figuram confusas no mesmo discurso. A questão compõe-se em distinguir "Psicanálise Pura" de "Psicanálise Aplicada". De acordo com Miller define-se a Psicanálise pura (tal como ela deveria ser) e Psicanálise aplicada (tal como ela efectivamente é). O final da análise assenta nos efeitos terapêuticos, pela cura dos sintomas, ainda que o termo cura seja muito discutível em Psicanálise. Os termos Psicoterapia e Psicanálise ganham alguma proximidade, sendo ínfimo o que as

distingue. Essa adjacência, entre Psicoterapia e Psicanálise, intimida a Psicanálise, na medida em que, coopera para a sua dissolvência face às psicoterapias. O diagnóstico de Miller refere a Psicanálise como primitiva das Psicoterapias de Inspiração Psicanalítica, encontrando-se na eminência de perder a sua identidade. As Psicoterapias têm ganho terreno relativamente à Psicanálise. Predizem vantagens que as pode tornar mais atractivas em detrimento da Psicanálise, afiançam ser mais curtas, rápidas, económicas, humanas, agradáveis, e eficazes. A Psicoterapia dispõe efeitos terapêuticos idênticos, de custo reduzido e menos penoso. Define-se por um método de tratamento das perturbações mentais que evoca exclusivamente meios psicológicos. Segundo Miller, a Psicoterapia é substituta da Psicanálise, que ameaça desvirtuá-la e devorá-la. Apesar de ambas sustentarem analogias, analisemos o *setting*, subsistem afinidades entre as Psicoterapias e a Psicanálise, em ambas as situações, o psicanalista e o psicoterapeuta adoptam a postura de escuta. No domínio dos resultados obteníveis nas intervenções (Blatt & Auerbach, 2003), atestam que é esperável que seja ponderado algo mais para além da ausência de sintomas, caracterizando-se por serem procedentes das mudanças elementares da personalidade. (Greenfield, 1989, in Waldron, 1997), também afirma que a inexistência de sintomas não é sinónimo de sanidade mental.

Ao longo das investigações efectivadas, apurou-se que as avaliações dos resultados obtidos na investigação em Psicoterapia assentavam no comportamento manifesto e na Mudança nos sintomas, o que se distanciava da Mudança Estrutural, sendo este o fim da Psicoterapia Psicanalítica (Wallerstein, 2006). Deste modo, pondera-se o apelo a futuras investigações, aptas a alcançar material capaz de avaliar algo que ultrapasse a própria Mudança.

Objectivos Terapêuticos

Mudança nos Sintomas

As Investigações têm incidido na redução sintomática sendo este o propósito do progresso terapêutico. Segundo a perspectiva de Sandell (1997), os sintomas têm a particularidade de se expressarem, são passíveis de ser observáveis, fomentam o sofrimento ao sujeito. Consideremos como sintomas, a ansiedade os sentimentos depressivos, fobias, pensamentos obsessivos, actos de compulsividade e diversos padrões de ordem somática. A teoria psicanalítica advoga que a emergência dos sintomas se efectua perante uma pressão do

meio externo ou interno, afigurando-se demasiado forte para ser gerido pelo próprio indivíduo (Baudry 1995, Wilczek et al., 2004). Na perspectiva de Lambert (1991), as Psicoterapias das distintas orientações teóricas são passíveis de produzir mudança. Defende o mesmo Rogers, que procurou saber quais os processos psicológicos que fomentam a mudança (Rogers, 1951/1974). Para além dos processos responsáveis pela mudança, importa compreender, o objectivo da produção em Psicoterapia, o qual visa identificar factores envolvidos capazes de confiar a mudança (Goldfried & Wolfe, 1996).

Apesar da redução sintomática ter sido alvo de crítica, determinadas pesquisas no âmbito da mudança em Psicoterapia, apontam a redução de sintomas como medida elementar de progresso terapêutico. Porém, as estruturas mentais inconscientes revelam ser difíceis de ser medidas. Não obstante, cumprem-se diversos métodos com o intuito de avaliar a mudança. A mudança Psicanalítica de sucesso, pauta-se na necessidade do analisando adquirir distintos padrões de pensar, sentir-se bem com o relacionamento com o analista. Uma vez, consumada a mudança, estabelece-se a solidificação de benefícios terapêuticos, que definem uma boa prática. Segundo Blatt et al., (1991.) em consequência de psicoterapias bem sucedidas, emergem as mudanças positivas em representações do indivíduo designadamente de si próprio e dos outros. Emerge a necessidade de analisar os procedimentos terapêuticos com o propósito de suprimir as contrariedades (Beutler & Clarkin, 1990). A mudança deverá ser significativa para que possa advir a mudança genuína. A mudança em estruturas mentais e estados inconscientes, foi assinalada pelas Terapias Psicodinâmicas, e pelas Terapias Psicanalíticas. Pesquisas actuais, no âmbito da mudança psicoterapêutica, comprovam a redução de sintomas assinalando-se o fim do processo terapêutico. Quanto às limitações intrínsecas à redução sintomática, surge a visão de Blatt et al., 2000; Zuroff et al., 2001, os autores atestam que as restrições referentes à redução de sintomas se definem como o elemento chave de mudança terapêutica. A redução de sintomas não poderá ser percebida de forma singular através da psicoterapia, apela-se ao meio envolvente: o seio familiar e ciclo de amigos. Para os autores, a limitação de redução de sintoma é essencial à mudança terapêutica.

Com o suporte da redução sintomática, focam-se resultados em que segundo (Elkin, 1994), ao decompor uma análise de dados consumada após quatro meses de tratamento, não se aferiu dissemelhanças. Porém, Blatt et al., 2000; Zuroff et al., 2001) declararam diferenças significativas no tratamento de pacientes quanto aos sintomas. Na óptica de Bandura (1977) a

percepção de auto-eficácia poderá ser originária de mudança terapêutica. Por seu turno, com Uhlenhuth e Duncan (1968) emergiu o modelo de duas fases de alívio sintomático. Os autores averiguaram um declínio na quantidade de sintomas. Sobressai Whitehorn (1959) ao indicar um modelo cingido a três metas. O modelo de três-fases compromete uma sucessiva melhoria que finda com a redução sintomática. Franco (1973), advogou que o alívio sintomático está inerente a todas as psicoterapias, em que o paciente clarifica os seus sintomas, e dificuldades, o que irá confiar a sua esperança. Com base nas disparidades encontradas ao longo da terapia, (Howard et al., 1986) ostentam um trabalho que comporta o tratamento de pacientes fronteiros portadores de ansiedade ou depressão verificando-se a terapia ser mais morosa. Distintos investigadores advertiram resultados semelhantes, particularmente Pilkonis e Franco (1988) concluíram que um indivíduo unipolar depressivo detentor de desordens de personalidade respondeu com maior lentidão ao tratamento, comparativamente a um indivíduo unipolar depressivo sem desordens de personalidade. Por seu turno Elkins et al. (1989) informaram índices de resposta de tratamento de diferencial para grupos deprimidos diferentes com tratamentos distintos. O Kordy, von Rad, e Senf (1988) notaram que os sintomas, auto-imagem, queixas, e satisfação teriam melhorado registando-se o cumprimento de tratamento. Do mesmo modo, para Horowitz et al. (1988), os sintomas de angústia baixaram significativamente após as primeiras 10 sessões de psicoterapia breve, todavia, os problemas interpessoais mudaram vagarosamente. Com uma visão semelhante Kris 1982, advoga que a mudança prende-se com a forma como o paciente se relaciona com o terapeuta.

Ao evocar Kris, a forma como o paciente se relaciona com o terapeuta, segundo (Busch 1992, 1993, 1994; Cinzentos 1994), advém a capacidade para elaborar a transferência, fomentando a redução de sintomas. Comunga do mesmo (Blatt & Auerbach, 2003) ao defender que o progresso terapêutico visa minorar os sintomas. De acordo com Sandell (1997), os sintomas são indicadores de patologia, o que promove sofrimento no indivíduo. Os sintomas rompem de uma tensão à qual o sujeito está incapacitado de sustentar Dando lugar à Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, as quais declaram benefícios, particularmente, uma melhoria sintomática no termo da terapia. De acordo com (Wilczek et al., 2004), ambas pautam-se em solucionar conflitos, surgindo como um entrave ao não alcance de um nível de maturação. Os resultados foram comprovados, ilustra-se o caso de indivíduos que foram submetidos a uma Psicoterapia Psicanalítica, num estudo preconizado por Heinzl, Breyer e Klein (1998, in Leichsenring et al., 2005), em que se registaram melhorias. Verificou-se um

melhoramento num estudo *follow-up* de Leichsenring, em indivíduos portadores de sintoma psicóticos, ansiedade e depressão e comportamento obsessivo compulsivo. Outros estudos orientados por Sandell Blomberg e Lazar (1999, in Leichsenring et al., 2005) e Blomberg, Lazar e Sandell (2001, Leichsenring et al., 2005), assinalaram a redução sintomática em detrimento da terapia psicodinâmica. Com base num estudo de Gerber, Fonagy, Bateman, e Higgitt (2004), pautou-se a interpretação das medidas de mudança estrutural, sintomática e processo terapêutico. O tratamento psicanalítico revelou ser bastante convincente, sendo que, a maioria de indivíduos que apresentaram melhorias pertenciam a este grupo de tratamento. Resultados da psicanálise foram confrontados com a psicoterapia dinâmica, sobressaindo os resultados da psicanálise.

Um factor que coopera no sucesso em psicoterapia, está relacionado com a capacidade do paciente reconhecer o carácter psicológico das suas dificuldades, e a sua motivação para a mudança (Messer & Warren, 1995).

Capacidade Adaptativa

Com base numa visão teórica, a Psicoterapia integra o *modelo relacional*, com realce nas relações interpessoais. A prática clínica alude que maioritariamente as demandas por psicoterapia têm que ver com dificuldades, atingindo relacionamentos interpessoais específicos, onde cooperam expectativas irrealistas do sujeito em relação a si mesmo (Strupp & Binder, 1984). Com base nesses propósitos, alude-se para a qualidade adaptativa das respostas emergentes a essas condições, não desprezando a intensidade de prazer obténível à medida que colhe ou não a reparação das suas necessidades e a natureza intra ou intersíquica do conflito vivido (Simon, 1983; 1996). Segundo (Simon 1983), o nível de consciência está relacionado com os recursos adaptativos, que condizem a capacidade de enfrentar as circunstâncias. Tão relevante quanto saber se um paciente dispõe de recursos adaptativos para fazer frente à terapia, é compreender o nível de consciência que possui do problema e o interesse atestado para o enfrentar. De acordo com Sandell (1997), a Capacidade Adaptativa reporta-se à competência que o indivíduo possui em lidar com determinadas situações, às quais evidencia dificuldade em se ajustar, ou seja, a Capacidade Adaptativa tem por base a resolução de conflitos. Sandell destaca como instrumentos essenciais da Capacidade Adaptativa a autonomia, liberdade de escolha e decisão. Rangell (1971, in Power, 2000) clarificou que quer a escolha activa, como a decisão são indispensáveis à transição do

insight à mudança Adaptativa. Do mesmo modo que surge a mudança nos sintomas, dá-se a aquisição de capacidades de adaptação e ajustamento, sendo este um objectivo trivial a todas as terapias. Todavia, a investigação remata que os resultados de um tratamento de orientação psicanalítica são mais passíveis de serem vistos nas medidas que avaliam a Capacidade Adaptativa, em detrimento das medidas de redução sintomática (Blatt & Auerbach, 2003). Blatt e Shahar (2004) concluíram que a Psicanálise contribui claramente para o desenvolvimento das capacidades de adaptação interpessoal e para a restrição do comportamento desadaptado. De igual forma, Luborsky e colaboradores (2001, in Leichsenring et al., 2005), atestam que a Psicoterapia Psicanalítica fomenta a capacidade de adaptação do indivíduo. Determinadas investigações incumbem-se de provar que a Psicanálise coopera na expansão da capacidades de adaptação interpessoal, efectiva-se o contributo para a redução do comportamento interpessoal desajustado, particularmente em pacientes portadores de maior *insight*, (Blatt & Shahar, 2004, in Leichsenring et al., 2005).

Insight

A Elaboração, Acção, *Insight* e Interpretação caracterizam-se por conceitos que definem a essência das abordagens terapêuticas. Com outra visão face a estes conceitos, em 1951 Loewenstein, Kris e Hartman, considerados os primordiais construtores da psicologia do ego, redigiram o conceito Interpretação, coube a Loewenstein focar a técnica face à psicologia do ego. Apesar de reconhecer a existência de distintos métodos de intervenção nomeadamente, a abstinência verificada por parte do analista, Loewenstein, destacou a função basilar da interpretação, a qual seria conceber *Insight*.

O termo *Insight* incentiva o processo analítico, adopta a função de estimular, verificando-se uma interacção entre o desenvolvimento do *Insight* e o trabalho analítico produtivo, o que conduzirá à solução de conflitos inconscientes e respectiva mudança estrutural e adaptativa (Blum, 1979). Destacando-se o *Insight* na Psicanálise, em que conduzirá a um aumento do conhecimento sobre a própria pessoa, sendo este o objecto da Psicanálise. Facto que comprova a teoria de que o processo de tomada de consciência do conteúdo latente é seguido de melhorias progressivas nos sintomas e maior liberdade de viver os sentimentos e se relacionar com pessoas empregando um modo distinto de viver (Waldron, Scharf, Hurst, Firestein & Burton, 2004). Uma perspectiva antagónica, emerge com Alexander, ao desvalorizar a interpretação de *Insight* que segundo Loewenstein seria

intrínseco à experiência emocional correctiva. O autor defendia que determinadas mudanças poderiam ocorrer além do *Insight*, o qual se revelaria estar circunscrito. Em concordância com o autor encontrava-se Gregori Zilboorg, (1952), ao afirmar que o termo *Insight* seria gerador de desordem, pois a sua origem seria o nada. A incidente de Hartman sobre o *Insight*, focaliza a sua conexão com a mudança, achou pertinente demonstrar a acção como um componente necessário entre o *Insight* e a mudança. Sendo a Mudança o objecto da Psicanálise, Horácio Etchegoyen (1991) elucidou aos demais que o termo *Insight* não tocaria a Freud. Segundo o autor a finalidade da análise, destinava-se a proporcionar ao analisando um melhor conhecimento de si mesmo. Em que o significado de *Insight*, indicava tomar consciência, facultando alterações. Ao explicar o significado e uso psicanalítico do termo *Insight*, irrompe Jerome Richfield (1954), o autor elucidou a imprecisão do termo *Insight* “emocional”, defendia que uma emoção valiosa prendia-se a uma conexão compreendida pelo paciente, sendo o *Insight* responsável por evocar uma resposta. Emergindo a terminologia de *Insights* descritivos e ostensivos, em que Richfield considerava ambos substanciais a um processo terapêutico

Quanto às disparidades inerentes ao *Insight*, Kris (1956) focaliza-as nos papéis que os *Insights* poderão cumprir no processo analítico, salientando a ausência de relação, e a estabilidade ao longo do tempo. Quanto à função do *Insight* na terapia analítica Richfield, refere que subsistem divergências. Por seu turno, Kris afirmava que o *Insight* seria primário ao tratamento, como tal, comprovava a cura. Neste sentido, o autor advogava que sem *Insight* a terapia estaria circunscrita, pois não seria sustentada pelo carácter psicanalítico. O contributo do *Insight* revela ser imprescindível nos resultados terapêuticos. Ainda na esfera da contribuição do *Insight*, Rangell (1981) introduzir o conceito “a responsabilidade do *Insight*”, o autor defende que após a exposição e melhoria da ansiedade etiológica, o paciente estará apto a efectuar uma escolha superior. Ao enfatizar o conceito *Insight*, Blum (1979) revela ser o único elemento que nunca se apresenta em demasia, jamais se declara estar completo. Revela que o *Insight* se traduz num catalisador que impulsiona o processo psicanalítico. Atesta que a consequência do processo psicanalítico reside numa interacção entre o desenvolvimento do *Insight* e o trabalho analítico produtivo, o qual conduzirá à Mudança Estrutural. Salientou que o processo psicanalítico pode se distinguir das psicoterapias por ter a particularidade de ser explicável, requerer à Livre Associação e Interpretação, e ter a capacidade de conduzir ao *Insight*. Face à necessidade de efectuar a conexão entre *Insight* e

Mudança, numa visão disparada da de Blum, Neubauer (1979) atesta que a obtenção do *Insight* não abona a melhoria terapêutica. Apesar de Blum (1979) ter focado o peso do conceito *Insight* no processo psicanalítico. Na esfera do *Insight* e Mudança, surgiram distinções entre explicações científicas e interpretações clínicas. Enquanto Donald Spence (1986) menciona que o propósito seria provocar *Insight* e Mudança no paciente. Warren Poland (1988) elabora a determinação de *Insight* anunciando que ao valorizarem o *Insight*, engrandecia o saber da própria pessoa. O autor afirma que o *Insight* compromete sucessivos estádios em constante propagação, o que fará com não se complete. Salienta o facto do *Insight* não ser tangível a partir do analista nem por parte do analisando, resultando da díade analítica. Com uma visão adjacente, Weiss, Sampson, e Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986 in Luborsky, 2001), admitem uma Terapia Psicanalítica, conferir um aumento de aquisição de *Insight*, sendo este responsável pelo nível de Mudança. Enquanto (Blum, 1979), considera que a amplitude e a profundidade do *Insight* oscilam consoante a fase da terapia, a resolução da transferência e o desenvolvimento de recursos do ego do paciente. Aproxima-se do autor, Allen Wheelis (1956), ao preannunciar a vontade sozinha ser ineficaz, alerta para o facto do *Insight* desacompanhado ser inoperante. Com o intuito de averiguar o contributo dos intervenientes da mudança Rockland (1989), detecta que a interacção e o *Insight* são decisivos na Mudança Terapêutica e Estrutural, socorrendo o autor, que estes não poderão se apartar. Sendo a partir de ambos que a terapia de apoio poderá conduzir à Mudança Estrutural wallerstein (1986). Para contrapor a perspectiva de Warren Poland, rompe Judith Chused (1992), o autor defende que na natureza interactiva transnacional do processo interpretativo, o acto de interpretar, devolve mais ao paciente do que o próprio *Insight*. Contudo, Joseph Weiss (1992) distancia-se de Judith Chused ao declarar ser possível um paciente poder desenvolver *Insights* sem socorrer à interpretação. Um estudo levado a cabo por Kivlighan, Multon e Patton (2000), usando a *Insight Rating Scales* (IRS; Morgan, Luborsky, Crits-Cristoph, Curtis & Solomon, 1982), avaliou a totalidade das sessões de uma Psicoterapia de base dinâmica de curta duração, suportando a importância do *Insight* para a redução sintomática. A investigação dispôs pouca informação no que concerne à medição do aperfeiçoamento do *Insight* e relação entre *Insight* e Mudança nos sintomas. O que revela uma escassez no que concerne a instrumentos capazes de mensurar esta dimensão.

Mudança nos Conflitos Básicos e Mudança Estrutural

O termo Conflito emergiu da Psicanálise, com Freud entre 1895 e 1898, pauta-se na noção central para a compreensão dos sonhos e das neuroses. Determinados conflitos intrapsíquicos definem-se por conscientes, particularmente, os conflitos entre um dever e um desejo, e o conflito entre dois desejos antagônicos. O Conflito caracteriza-se pela manifestação de insatisfação ou de divergências de ideias, percepções e opiniões, opõe-se a um desejo que se torna então inconsciente. Com base na origem do conflito, Werman (1989) atesta que existem conflitos provenientes de outros conflitos já resolvidos, os quais se encontram modificados, por sua vez, serão inferidos através de sonhos, fantasias, experiências ou até mesmo por relatos dos pacientes. Os conflitos poderão ser considerados segundo o *Id*, *Ego*, *Superego* ou tendo como estrutura de referência as relações de objecto, em termos de introjectos conflituosos, perdas, traumas, separação. Com base em conflitos básicos não resolvidos, o sujeito age como se não pudesse evitar voltar ao conflito, construindo um espaço conflitual como se reparasse uma falha. Sendo adaptado um esquema rígido actuando como um depurador através do qual o indivíduo reage a pessoas e situações (Sandell, 1997).

Quanto ao conflito e a correlação existente com a Mudança, (Sandell, 1997) afixa que as mudanças no conflito básico do paciente devem ser consideradas como a essência da Mudança Estrutural. Brenner encetou com o trabalho de Freud, “Recordar, Repetir, e Elaborar” (1914), o autor advoga que a elaboração é o trabalho interpretativo que, conforme Freud, conduz ao *Insight* e à Mudança terapêutica a qual se define por ser duradoura. Abend (1990) aproxima-se de Werman afirmando que a noção de processo implica Mudança ao longo de um período de tempo. Com uma visão mais parcimoniosa, Rangell (1992) afirma que o processo psicanalítico não se sobrepõe ao processo Mudança. Segundo Hurber, Henrich & Klug (2005), a Mudança Estrutural caracteriza-se por ser complexa. Esta pode ser facilitada, de acordo com Sandell (1997), quando o sujeito evidencia defesas flexíveis. O que por conseguinte, segundo Wallerstein (2003), poderá conduzir à Mudança Estrutural ostentando um carácter mais sólido. O Autor atesta que as terapias psicanalíticas executam a Mudança Estrutural de um modo particular. Comunga do mesmo Werman (1989), ao advogar que a Mudança Estrutural está inerente à Psicanálise. Boesky (1988) considerou que a verdadeira mudança Psicanalítica seria estrutural, sendo a Mudança Estrutural um testemunho de que o paciente esteve em Psicanálise. Todavia Sandler (1988), afirmou que tanto a Psicanálise como a Terapia Psicanalítica têm competência para promover Mudança Estrutural.

Em concordância com Wallerstein e afastando-se da teoria de Boesky, o autor salientou que toda a mudança reverte de interpretações. Boesky (1988) definiu a Mudança Estrutural como a alteração na organização das formações de compromisso patológicas de uma maneira que permite mais gratificações realistas. Em que se verifica uma melhoria na capacidade de trabalhar de amar, e maior capacidade de utilizar recursos pessoais. Weinshel (1984) contestou o conceito de Mudança Estrutural, ao afirmar que deveria ser mais realista e mais útil. Por seu turno, Warren Poland (1988), destacou-se ao assomar com um novo ponto de vista, denomina o *Insight* como um conhecimento adquirido. Estando a cargo das intervenções terapêuticas ampliar a capacidade de *Insight* no indivíduo, culminando num benefício (Huber e tal, 2005). No que toca ao benefício trazido pelo *Insight*, Rockland (1989), afirma que quer a interação como o *Insight* são essenciais para Mudança terapêutica. Na perspectiva de Wallerstein, estes dois conceitos fornecem um *background* teórico, que para além, de compreender a psicoterapia de apoio poderá conduzir à Mudança Estrutural.

Num estudo levado a cabo por Gaston e colaboradores (1994, in Luborsky, 2001), que visa o tratamento de longa duração, registou-se a redução dos sintomas e de problemas interpessoais. Por seu turno, os tratamentos a curto prazo exibiram melhorias exclusivamente nos sintomas. Concludentemente (Dewald, 1972, in Meissner), defesa que a mudança se caracteriza por ser lenta. A Mudança Estrutural tem sido alvo de mensuração (Lilberg, Allersstein, DeWitt, Hartley & Rosenberg, 1991, in Sandell, 1997). Emergindo instrumentos aptos a avaliar diferentes aspectos, desde a personalidade aos aspectos relacionados com o carácter (Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) (Weinryb & Rossel, 1991), e Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) Task Force, 2008). De acordo com Wallerstein, (2003) estes instrumentos não irromperam unicamente para medir a Mudança Estrutural proveniente das terapias Psicanalíticas, como tal, surgiu a necessidade de compor instrumentos capazes de medir, exclusivamente, a Mudança Estrutural. Evidenciaram-se Blatt e Auerbach (2003) ao figurar um conjunto complexo de medidas responsáveis pela avaliação da Mudança Estrutural.

Foi incorporado um conjunto de escalas complementares – Object Relations Inventory (ORI; Blatt & Auerbach, 2003), evidenciando-se um progresso. Todavia, Huber e colaboradores (2005) ponderam a *Scales of Psychological Capacities (SPC*; Wallerstein, 1988) o rudimentar ensaio de medir a Mudança Estrutural. Em concordância com Kantrowitz, Katz, Paolitto, Sashin & Solomon, 1987, in Arnold, Farber & Geller, 2000) por meio da sub-

escala Conflitos Básicos, da escala *Change After Psychotherapy Scales (CHAP;* Sandell, 1987), verificando-se a Mudança Estrutural passível de ser examinada.

Fases de Mudança

De acordo com Groesbeck (1985, in Howard, Lueger, Mailing & Martinovich, 1993), Jung foi pioneiro a descrever o progresso da Psicoterapia por etapas, marcada por quatro fases nomeadamente, a confissão, o esclarecimento, a educação e a "análise adequada." O autor socorria que os elementos das etapas seriam passíveis de coabitar ao longo de todo o processo terapêutico, todavia, a teoria de Jung não suportou ser exequível. Com o propósito de averiguar a quantidade de terapia indispensável à recuperação do paciente, destacaram-se investigações resultando na ascensão de dois modelos: *o Modelo de Dosagem e o Modelo Trifásico*, responsáveis pela medição dos resultados. O Modelo de Dosagem tem que ver com a quantidade de sessões, compromete a probabilidade da melhoria (Leon & Kopta, 1999). Com base nesta óptica (Kopta, Howard, Lowry & Beutler, 1994), defendem que em qualquer psicoterapia está consumado, que quanto mais extenso for, maior será a probabilidade do paciente obter melhoras, e conseqüentemente minorar os problemas. O surgimento do Modelo Trifásico teve na origem de considerações sobre o Modelo de Dosagem. O Modelo Trifásico certifica que o paciente poderá dar início ao tratamento desmoralizado, verificando-se após o início da terapia o paciente atingir algum bem-estar, dando-se por resolvida a desmoralização. A fase que evidencia melhoria nos sintomas denomina-se de remediação. Patenteando-se a reabilitação como uma psicoterapia, onde se verificam melhorias no âmbito das relações familiares e no trabalho (Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996). Com o fundamento da exequibilidade deste modelo, estudos conforme o de Howard e colaboradores (1993) e Stulz e Lutz (2007) atestam que o restabelecimento em psicoterapia sobrevém sequencialmente atendendo ao Modelo Trifásico. Em resposta ao Modelo de Dosagem determinados estudos referenciam a dose essencial para a obtenção de melhorias desejadas. Onde Lambert e Ogles (2004) mencionam que 50% dos pacientes apresentam uma mudança clinicamente significativa ao fim de 21 sessões, todavia, serão obrigatórias mais de 50 sessões para que 75% dos pacientes modifiquem. Contrariamente Howard e colaboradores (1986, in Lueger et al., 2001), advogam que aproximadamente 50% dos pacientes comportam um melhoramento ao fim de 8 sessões de psicoterapia, por sua vez, 75% melhora após 26 sessões.

Sendo praticável cerca de 85% atingir uma melhoria próximo das 60 sessões. Kopta e colaboradores (1994) atestam que a ansiedade como a depressão e os sintomas obsessivo-compulsivos, funcionam como bloqueadores ao tratamento, surgindo de forma morosa. Os autores apontam que seria necessário, no mínimo, doze meses para adquirir 75% de possibilidade de recuperação no que concerne aos sintomas. Ainda na esfera da durabilidade da psicoterapia, Leichsenring e colaboradores (2005) socorrem que o melhoramento na qualidade de vida e nos problemas interpessoais, solicita uma terapia de maior duração, os autores defendem que nem tudo poderá ser abordado em terapia meramente em 50 sessões.

Conclusão

Apesar da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica acarretarem benefícios ao longo do tempo, aludindo as Mudanças profundas, concluímos que no âmbito da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica se efectiva uma carência no que concerne a estudos empíricos.

A necessidade de averiguar a Psicanálise e a Psicoterapia Psicanalítica teve enfoque no facto dos processos estarem referidos aos produtos. Emergindo a necessidade de conceber como se processa a Psicoterapia. Sendo fundamental primeiramente compreender o funcionamento do sujeito, com o intuito de descobrir o que regula a Mudança. A investigação dos processos tem por base a análise da interacção entre terapeuta e analisando. Apesar de autores defenderem que a mudança terapêutica diz respeito a factores exclusivos a cada terapia, verificou-se que diferentes variáveis influenciam o processo terapêutico, designadamente os factores extra-terapêuticos.

A investigação em psicoterapia recai sobre o estudo de Processos e Produtos. Na esfera dos processos, assomam-se as interacções dinâmicas que surgem ao longo das sessões terapêuticas. A investigação no campo dos produtos cinge-se à avaliação dos resultados (Garfield, 1990; Sirigatti, 2004). Segundo (Lambert & Ogles, 2004) quanto aos produtos, o processo terapêutico é válido consumando-se resultados sólidos. A relação terapêutica de acordo com Sousa (2006), revela-se como um factor crucial no resultado satisfatório em psicoterapia. Uma vez que, o âmago de qualquer terapia está confinado à Mudança, a Aliança Terapêutica tornou-se um instrumento necessário e indispensável à mudança terapêutica, sendo que a Aliança Terapêutica faculta a estrutura onde se dá o trabalho de tratamento (Leonard Horwitz 1974).

Na Clínica Psicanalítica, entendemos por defesa tudo o que é usado pelo analisando na tentativa de fugir do sofrimento, das lembranças que contêm o foco de seus traumas. Freud, em seus trabalhos, usou os termos “defesa” e “resistência” como sinónimos. São muitos os exemplos de Resistências na clínica psicanalítica, desde o silêncio do analisando, à postura no divã, à inquietação; o falar somente de assuntos triviais e relacionados ao meio externo, bem como o evitar certos assuntos. Deste modo, a clínica psicanalítica, serve de anfiteatro onde as resistências actuam, em que importa ao analista descobrir como o paciente resiste e a sua razão de ser. Podemos concluir que a Resistência ganha outros contornos ao adoptar a posição de se contrapor na cura analítica à Livre Associação e ao progresso de cura.

Para uma melhor compreensão da Psicanálise, importa reter a concepção do processo Psicoterapêutico o qual tem a particularidade de ser conduzido por especialistas nos quais o indivíduo amplia a consciência que tem de si mesmo, aprendendo com as suas dificuldades e sentimentos. A Psicoterapia tem como objectivo proporcionar uma melhoria na qualidade de vida, promovendo mudanças de comportamento e diminuição do sofrimento psíquico. A dimensão Capacidade Adaptativa, insere-se num dos objectivos terapêuticos inerente à terapia, com o propósito de fomentar a mudança, ou seja, a capacidade adaptativa refere-se à forma como o paciente lida ou domina situações externas mais ou menos específicas que anteriormente considerava particularmente problemáticas ou críticas. Ainda com o intuito de fomentar a mudança, emerge o aumento do *Insight* que promove a capacidade de compreender melhor do que antes. O paciente pode mostrar ou falar de sentimentos a que antes não tinha acesso e fala deles com maior tolerância e compreensão. Ao enfatizar o conceito *Insight*, Blum (1979) revela ser o único elemento que nunca se apresenta em demasia, jamais se declara estar completo. Considera-se a dimensão *Insight* um incentivador que impulsiona o processo psicanalítico. A consequência do processo psicanalítico reside numa interacção entre o desenvolvimento do *Insight* e o trabalho analítico produtivo, o qual conduzirá à Mudança Estrutural. Considera-se que a verdadeira mudança Psicanalítica seria estrutural, sendo a Mudança Estrutural um testemunho de que o paciente esteve em Psicanálise (Boesky, 1988). Todavia quer a Psicanálise como a Terapia Psicanalítica têm competência para promover Mudança Estrutural. Em concordância com Wallerstein e afastando-se da teoria de Boesky, o autor salientou que toda a mudança reverte de interpretações.

A revisão de literatura que se expõe depara-se circunscrita face à insuficiência vigente no âmbito da investigação em Psicoterapia Psicanalítica e Psicanálise. Genericamente, os estudos focalizam a eficiência dos resultados, em detrimento dos processos, produtos e do próprio processo terapêutico. Destaca-se a dimensão *Insight*, conotada como um dos conceitos primários na teoria e prática Psicanalítica, ao afigurar uma lacuna no que concerne à investigação. Apesar da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica anunciarem serem fomentadoras de benefícios para um funcionamento gratificante na vida e bem-estar do indivíduo, e sabendo que, a Mudança completa a eficiência e benefício consequente das psicoterapias, a literatura ostenta que a homogeneidade nos resultados das divergentes terapias é questionada.

Referências Bibliográficas

- Bibring, E. (1937). Symposium on the theory of the therapeutic results of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-analysis*, 18(2/3), 170-189
- Blatt, S. & Auerbach, J.(2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307
- Blatt, S. & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis—with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 52 (2).
- Blum, P. (1979). The curative and creative aspects of insight. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27
- Crits-Christoph, & P., Gibbons, M. B. (2003). Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(2), 332-349. Consultado em Fevereiro, 12, 2007, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freedman, D. K. (1995). *History of Psychotherapy. A century of change*. Washington: American Psychological Association.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280. Consultado em Dezembro, 29, 2006, através da fonte EBSCOhost Academic Search Elite database.
- Gerber, A. J., Fonagy, P., Bateman, A. & Higgitt, A. (2004). Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52 (4).
- Grenyer, B. & Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Mailing, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 678-685.

- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy – efficacy, effectiveness, and patient progress. *American psychological association*, 51 (10), 1059-1064. of psychological capacities: Measuring change in psychic structure. *Psychotherapy Research*, 15(4), 445-456.
- Huber, D., Henrich, G. & Klug, G. (2005). *The scales insulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 411-416.
- Kivlighan, D., Muton, K. & Patton, M. (2000). Insight and symptom reduction on time limited psychoanalytic counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 50-58.
- Klockars, L. (2004). Linking mind, body and language: Free association revisited. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 27 (2).
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), 1009-1016.
- Lepper, G., & Riding, N. (2005). *Researching the psychotherapy process. A practical guide to transcript-based methods*. Basingstoke: Palgrave Mcmillan.
- Matos, A. C. (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed), (139-193). New York: John Willey & Sons.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leon, S. C. & Kopta, S. M. (1999). Predicting patients' responses to psychotherapy: Are some more predictable than others? *Journal of consulting and clinical Psychology*, 67 (5), 698-704.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. & Staats, H. (2005). The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86 (2).
- Luborsky, L. (2001). The meaning of empirically supported treatment research for psychoanalytic and other long-term therapies. *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (4).
- Moreno, C. M., Schalayeff, C., Acosta, C., Vernengo, P., Roussos, A. & Lerner, B. (2005). Evaluation of psychic change through the application of empirical and clinical techniques for a 2-year treatment: a single case study. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 199-209.

- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and changes. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed.). John Wiley & Sons.
- Power, D. G. (2000). On Trying Something New: Effort and Practice in Psychoanalytic Change. *Psychoanalytic Quarterly*, 69 (3).
- Sandell, R. (1997). *Rating the Outcomes of Psychotherapy or Psychoanalysis Using the Change After Psychotherapy Scales (CHAP): Manual and commentary*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Waldron, S., Scharf, R. D., Hurst, D., Firestein, S. K. & Burton, A. (2004). What happens in a psychoanalysis: A view through the lens of the analytic process scales (APS). *International Journal of Psycho-Analysis*, 85 (2).
- Wallerstein, R. (1998). *A cura pela fala. As Psicanálises e as Psicoterapias*. Porto Alegre. Livro.
- Wallerstein, R. S. (2001). The generations of psychotherapy research. *Psychoanalytic Psychology*, 18 (2), 243-267.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: Its coming of Age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (2).
- Wallerstein, R. S. (2006). The relevance of Freud's psychoanalysis in the 21st century: Its science and it's research. *Psychoanalytic Psychology*, 23 (2), 302-326.
- Werman, D. (1989). The idealization of structural change. *Psychoanalytic Inquiry*, 9 (1).
- Wilczek, A., Barber, J. P., Gustavsson, J. P., Åsberg, M. & Weinryb, R. M. (2004). Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52 (4).
- Yoshida, E. & Campinas, P. (2001). Psicoterapia Breve psicodinâmica: critérios de indicação.
- Yoshida, E. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos.

**Dada a natureza confidencial dos dados,
apenas a informação não sensível é fornecida.**