

Título: Setting e Criatividade

Title: Setting and criativity

Autor: António Pazo Pires

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Resumo

A preferência pelo divã é defendida por analistas que privilegiam a neutralidade e a interpretação. O uso do face a face é defendido por analistas que privilegiam a relação. Os primeiros têm maior orientação para as estruturas intrapsíquicas e o conflito inconsciente, os segundos para a relação interpessoal. Nesta apresentação defende-se que os dois setting e as duas abordagens teóricas podem ser vistos e usados como um contínuo. Com este propósito o autor aborda vários temas como: a origem do divã na terapia, a distinção e especificidade de cada um dos settings; as indicações e limitações de um e outro setting; e as transições do face a face para o divã e do divã para o face a face. É usada uma vinheta clínica para ilustrar dificuldades dos pacientes e do psicoterapeuta ou analista.

Palavras Chave: setting; divã; face a face; psicanálise; psicoterapia

Abstract

The preference of the couch has been generally defended by analysts who privileged neutrality and interpretation. The armchair is used by analysts who attribute more importance to the real relationship. The first are more oriented to intrapsychic structure and unconscious conflicts, the former to interpersonal conflict. In this presentation we defend that both settings and theoretical approaches may be viewed and used as a continuum. With this purpose several topics are discussed: the origin of the couch in therapy; the distinctions and specificities of both settings; indications and limitations; transitions from face-to-face to couch and from couch to face-to-face. The difficulties of the patient or the analyst are illustrated by vignettes from analysis or psychotherapy of a few patients.

Key words: couch, lying-down, sitting-up, setting, psychoanalysis, psychotherapy

- 1) Introdução. O ambiente específico que o divã e o face a face proporcionam.

Durante a formação em Psicanálise não me recordo de a instrução a dar aos pacientes para eles se deitarem ter sido alguma vez alvo de discussão. Era encarado que os pacientes se deitavam e pronto. Rapidamente nos vamos apercebendo que colocar os pacientes no divã não é assim tão simples, porque ou não é o momento ou os pacientes não têm as características ideais. Também sempre senti que as diferenças, semelhanças e coincidências entre o setting deitado e face a face eram pouco examinadas. *Quando, como e quem deitar no divã? E já agora, porquê?*

Começamos então por perceber a origem do divã na terapia e as especificidades dos dois contextos: divã e face a face. Nas situações de psicoterapia face a face dou por mim a expressar facialmente afectos e depois a ficar a pensar sobre o impacto que podem ter sobre o paciente e a tentar ser mais neutro na minha expressão, revelando menos os meus estados interiores.

Em “Sobre o princípio do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)” Freud (1913) diz: “...faço com que o paciente se deite num divã, enquanto me sento atrás dele, fora da sua vista. Esta disposição possui uma base histórica: é o remanescente do método hipnótico, a partir do qual a psicanálise se desenvolveu. Mas ele merece ser mantido por muitas razões. A primeira é um motivo pessoal...Não posso suportar ser encarado fixamente por

outras pessoas durante oito horas (ou mais) por dia. Visto que, enquanto estou escutando o paciente, também me entrego à corrente de meus pensamentos inconscientes; não desejo que as minhas expressões faciais dêem ao paciente material para interpretação ou o influenciem no que me conta. Em geral o paciente encara esta obrigação de adoptar essa posição como um incómodo e rebela-se contra ela, especialmente se o instinto de olhar (*escopofilia*) desempenhar um papel importante em sua neurose. Insisto pois o seu propósito e resultado são impedir que a transferência se misture imperceptivelmente com as associações do paciente, [pretendo] isolar a transferência e permitir-lhe que apareça, no devido tempo, nitidamente definida como resistência (149). “

O que Freud conseguia, ao colocar-se atrás do paciente, era que a interacção real (incluindo os gestos e expressões do terapeuta) diminuísse o seu peso relativo aumentando a área do que é projectado, da transferência e portanto do inconsciente. Ele podia manter uma cara neutra durante 8 horas por dia. Como um “chinês”. Alguns analistas poderão conseguir fazê-lo. Em vez disso encontrou uma nova solução para um velho problema (uma nova resposta para uma situação conhecida) que veio a dar frutos. Ou seja, foi criativo.

Freud reconheceu o aspecto interactivo (interacção real) da relação analítica. Já em 1913 tinha referido que a primeiro objectivo do tratamento era, estabelecer um rapport apropriado, ligar o paciente ao médico. Para assegurar isso nada precisava ser feito, excepto conceder-lhe tempo. Se demonstrasse um interesse sério no paciente, se se dissipassem cuidadosamente as resistências e se evitassem cometer certos equívocos o paciente faria essa ligação por si (154).

Apesar de Freud falar na necessidade de um interesse sério pelo paciente e a necessidade de estabelecer uma relação muitos analistas ignoraram por muito tempo a componente interactiva. A manutenção do rapport com o paciente requer no entanto, o uso apropriado da interacção. O próprio Freud em “observações sobre o amor transferencial” (1915) ao acentuar a necessidade da abstinência e de que os sentimentos da paciente são induzidos pela situação analítica, desviava a atenção da interacção real para a “relação transferencial” (178).

Os proponentes do que veio a ser chamado de “técnica clássica” durante as décadas de 50 e 60 tomaram como seu ponto de partida a técnica de Freud de interpretar as associações livres dos seus pacientes como a chave para resolver os seus conflitos neuróticos e desenredar os significados inconscientes de seus sintomas. Mas quase desde o início houve uma ênfase concomitante, que recebeu um enorme ímpeto de Ferenczi, no importante papel curativo também desempenhado pelo relacionamento afectivo entre analista e analisando (Wallerstein, 1998, 1999).

Greenson em 1965 defendia que a aliança de trabalho (o rapport relativamente não-neurótico, racional que o paciente tem pelo analista) é tão essencial para a terapia psicanalítica quanto a neurose de transferência. Para facilitar o florescimento completo e resolução final das reacções transferenciais é essencial, em todos os casos, reconhecer, aceitar, clarificar, diferenciar e inclusive nutrir as reacções não-transferenciais ou relativamente livres de transferência. A técnica de somente interpretar os fenómenos transferenciais pode abafar o desenvolvimento e a clarificação da neurose de transferência e agir

como um obstáculo à maturação das reacções do paciente livres de transferência ou reais (27-28).

Michels (1986) descreveu que a mudança normalmente é atribuída a um de três elementos: o insight, a intensidade da experiência emocional ou um novo relacionamento. Aqueles que enfatizam o insight salientariam a centralidade da interpretação... **a situação analítica proporciona um ambiente de segurança e regressão em que as interpretações podem ser feitas e toleradas.** Aqueles que enfatizam a intensidade da experiência emocional acreditam que a mudança psicológica é um evento de crise que ocorre quando estruturas psíquicas rigidamente estabelecidas são sacudidas por afectos poderosos, particularmente os despertados no aqui-e-agora da transferência... **Dessa perspectiva, os pontos cruciais da terapia serão aquelas penosas experiências aditivas, frequentemente referidas como a neurose de transferência, que promovem regressão e subsequente novo crescimento.** Os analistas que acreditam na natureza crucial do relacionamento enfatizam a nova experiência que o paciente tem no relacionamento analítico...e Michels concluía: todas essas ênfases são compatíveis entre si (20).

O Rapport é mais do que uma parte intuitiva, também envolve proporcionar gratificações de forma controlada que, para alguns pacientes, constitui o aspecto principal por longos períodos de tempo (Aruffo, 1995). Ao colocar o paciente de modo a não ver o analista Freud minimizou o modo interactivo onde duas pessoas interagem, sobrevalorizando o modo de orientação interna levando o paciente, e analista, a focarem o mundo interno do paciente. No

modo interactivo existem duas pessoas a interagir. No modo interno o tratamento é visto como uma interacção entre duas partes da personalidade do paciente.

Alguns autores (Aruffo, 1995) acreditam que a eficácia e o tipo de pacientes tratados podiam aumentar se os aspectos interactivos da psicanálise fossem estudados, aprendidos e ensinados. Existe espaço para o analista responder no modo interactivo, com a propósito, sem prejudicar o processo analítico. No entanto o modo interactivo é reconhecido mais habitualmente quando ele ocorre de forma espontânea. Algumas interacções espontâneas tendem a aumentar a eficácia da intervenção, por vezes a fazer com que um período de estagnação seja ultrapassado. Mas apesar de reconhecerem o seu valor os analistas tendem a considerar estas interacções (enactments) como um descarrilamento. Uma saída fortuita da neutralidade.

É habitualmente admitido que o divã proporciona ou facilita um estado ideal para o processo analítico. Estar sentado facilita um modo controlado, organizado, linear e abstracto, ao passo que estar deitado facilita a mudança para um estado da mente dominado por emoções e fantasias, a mudança do real para o imaginativo, o fantasmático (Grotstein, 1995).

Concordamos com Gilliéron (1997/2004) quando diz que o face a face aumenta de tal modo a implicação mútua do terapeuta e do paciente que se torna mais difícil para ambos distinguir transferência e realidade. Se por um lado o face a face conduz a uma confusão entre os fantasmas inconscientes do paciente e a realidade intrapsíquica do terapeuta, por outro, não obstante a sua própria análise didáctica, este último fica também ele, menos apto para distinguir os seus

próprios sentimentos daqueles que são activados pelos desejos inconscientes do paciente.

Por outro lado, a divã cria uma zona protectora. Ao colocar o paciente no divã o analista fica protegido por um escudo protector que lhe permite ter um espaço privado que não pode ser facilmente invadido pelo paciente (Moraitis, 1995). A intensidade da transferência, quando dirigida directamente ao analista, constitui uma ameaça em relação à qual o analista precisa de alguma protecção para regular o seu afecto e o do paciente. Quanto mais arcaica a transferência mais intrusivo é o paciente. A situação analítica constitui uma barreira protectora para o analista que lhe facilita lidar em privado com a sua ansiedade, frustração, zanga, desilusão e outros afectos gerados pelo processo analítico ao mesmo tempo que lida com as necessidades do paciente. É importante apreciar a necessidade legítima do analista de uma situação protegida que facilita o seu trabalho. Deste modo, a relutância dos pacientes para usarem o divã pode ser visto como uma tentativa para remover esse escudo protector e exporem as vulnerabilidades do analista.

Ao mesmo tempo o divã propicia a regressão. Esta regressão facilitada pelo divã precipita um processo de desintegração que afecta a coesão do self. Se esta falta de coesão é pequena a menor rigidez das estruturas do self são bem vindas e permitem um rearranjo destes constituintes sob a orientação do analista. Mas estas condições por vezes vão para além dos limites do que é terapêuticamente útil. Mesmo em situações cuidadosamente controladas por vezes, embora raramente, ocorrem regressões que não param facilmente e

progridem para uma falta de estrutura e limites característicos da desintegração psicótica (Wolf, 1995).

2) As “crises” desencadeadas pelo setting

Desde cedo os psicanalistas debruçaram-se sobre as indicações e contra-indicações em psicanálise. Por ex., em 1905 Freud excluía as psicoses, os estados confusionais, e a depressão profunda (250); Em 1925 acrescentava que quando não existe nenhuma inclinação para uma transferência de emoção ..., ou quando ela se tornou inteiramente negativa, como acontece na demência precoce ou na paranóia, não existe também nenhuma possibilidade de influenciar o paciente por meios psicológicos. Em 1934 Sterba acrescentava que em certos casos de narcisismo excessivo era impossível a aliança com um ego observador.

Ao enumerar as situações de contra-indicação do divã Wolf (1995) inclui os pacientes que já estão regredidos; pacientes que não são psicóticos mas com uma estrutura frágil e vulneráveis a forte regressão, incluindo muitos mas não todos os borderline; pacientes com fobia ou para quem o uso do divã é uma vergonha e por isso não devem ser coagidos a deitar-se; e também acha que a terapia face a face é um sinal de respeito pelo paciente naqueles casos em que os pacientes expressam abertamente uma preferência pelo face a face ou existe uma forte suspeita dessa preferência. Jacobson (1995) chama a atenção para os pacientes que aceitam alegremente o uso do divã como uma gratificação

narcísica, e para aqueles para quem o divã serve como meio excelente de isolar o tratamento da vida do dia a dia.

Os casos mais conhecidos de contra-indicação e relatados na literatura são os de pacientes com características esquisoides que ao serem postos no divã se sentem perdidos abandonados, dissociativos, fragmentados, sozinhos. Se voltados a sentar organizam-se e eventualmente ao fim de um tempo espontaneamente mostram o desejo de voltar ao divã. No entanto existem muitos outros casos menos estudados. Um destes é o caso de pacientes com características narcísicas e/ou persecutórias. Wolf (1995) descreve uma paciente com uma história recorrente de depressão moderada para quem estar em análise era prestigante e a psicoterapia era vista com desdém. Inicialmente o analista estava relutante em usar o divã mas após alguma hesitação concordou em usar o divã para a poupar da humilhação. Mais tarde a paciente faz uma regressão marcada por sintomas de fragmentação, caracterizada por um estado confusional e alguma desorientação. O analista insiste que ela se volte a sentar. A paciente interrompe o tratamento.

Vou procurar ilustrar uma situação relacionada com a minha própria clínica. Este caso, em psicanálise, ilustra as dificuldades do analista e do paciente desencadeadas pelo divã quando os pacientes têm características narcísicas e persecutórias. É um homem de trinta e cinco anos divorciou-se há cerca de 5 anos e vive agora com uma antiga amiga na casa dela para quem também trabalha. É filho único. A relação com o pai sempre foi distante e tensa, “com o meu pai presente não se podia falar”. Achava que o pai lhe impunha as coisas. A

relação com a mãe era próxima mas também não podia estar muito tempo com ela que ficava tenso.

Desde o início diz que não está mal, o que precisa é de vez em quando ir ao psiquiatra. Quando lhe explico o setting diz-me: “deitar-me não, isso é uma atitude de submissão”. Prefere frente a frente. Vou conversando com ele sobre isto e ele aceita, para minha surpresa, deitar-se, quando eu já imaginava que só viesse a fazê-lo dali a algum tempo.

As suas queixas iniciais giram à volta da sogra que acha uma pessoa antipática, e com quem entra em conflito, acha-a parecida com o pai dele. “é o meu pai, sinto o mesmo que sentia com ele, aquela opressão”. Em relação à actual mulher há uma certa desilusão. Por exemplo, conta que gosta de ficar a almoçar e a conversar com ela por duas horas. Por vezes ela levanta-se e vai sentar-se no sofá e ele tem pena. Gostava que ela continuasse à mesa com ele. Discute muito com ela. Se critica a sogra perante a mulher esta acaba por retaliar sobre os filhos dele. Queixa-se da mulher andar a girar à volta da mãe dela, “passam horas as duas nas compras”.

Eu vou-lhe dizendo que sente a sogra como um empecilho. Como se o impedisse de ter a mulher só para si como o pai o impedia de ter a mãe só para ele. Ele nega para depois dizer “a minha mãe queixava-se de que o meu pai não a deixava ir consolar-me quando eu chorava no berço”.

Tem necessidade de começar as sessões dizendo que não precisava disto (a psicanálise), que já se percebia a si próprio, que isto só o ajudou um

bocadinho, que não vai mudar, ou que os seus problemas já estão resolvidos. De uma maneira geral nega e desvaloriza as minhas interpretações, tende a dizer que o que ficou a saber na análise já sabia. Cria várias situações para me levar a agir, ou provocar-me como pedir-me para passar receitas, estar constantemente a fazer-me perguntas pessoais, querer que eu lhe arranje alguém para o hipnotizar, querer trazer a mulher à consulta, ou dizer-me que se não lhe der o diagnóstico não vem na próxima semana. De vez em quando rebela-se contra o facto de estar deitado, uma vez senta-se, outra vez mantém o pé no chão. Depois de se levantar e antes de sair desaparecem os protestos, pergunta-me em tom mais afável, se isto vai resultar, faz-me mais perguntas pessoais, etc.

Eu vou-lhe dizendo que confunde proximidade com dependência. Que quer negar para si próprio que possa precisar de mim, ou que eu o ajudo, que até a forma como se comporta no fim das sessões revela querer anular o que fizemos na sessão, e que desejava ter em mim um amigo com quem ir beber uns copos.

Um dia aparece transtornado a dizer que a mulher se queria separar dele. Quis falar sentado e assim fizemos. Nas semanas seguintes continua a vir ao de cima a sua desconfiança, achando que eu sou desleal, que o controlo. Diz “eu estou numa posição imposta, se quiser dá-me uma facada na cabeça” Tem dificuldade em ver-me como alguém que o ajuda e em vez disso vê-me como alguém de quem se tem de defender, que tem de estar prevenido, “eu estou é a tentar percebê-lo a si”. Depois lá vai dizendo que isto resulta de em pequeno estarem sempre a controlá-lo. Eu ia à casa de banho e o meu pai ia logo ver se estava tudo limpo. Em pequeno o meu pai metia-se debaixo da cama e abanava-a

e eu não sabia o que era. Ou, íamos às compras e eles desapareciam só para o meu pai ver como eu reagia.

Neste paciente a enorme dificuldade em confiar, o receio permanente de ser submetido, a confusão entre proximidade e dependência aliada à sua tendência a provocar e mobilizar o outro para a acção fizeram do setting um campo de batalha permanente em que eu sou colocado transferencialmente no lugar do pai.

Para Lichtemberg (1995) alguns pacientes exigem, necessitam, de um confronto que só conseguem ter face a face. Quando o modo principal de interacção é através do antagonismo, provocado por um ou por ambos os elementos do par, uma confrontação fora do divã proporciona uma forma directa que contribui para a autenticidade.

É sempre difícil dizer à posteriori o que teria sido melhor. Insistir para que se mantivesse no divã, apesar dos protestos do paciente, como Freud (1913) fazia? Ou teria sido sensato encorajá-lo a sentar-se já que mostrava um incómodo continuado em estar deitado? Ou como Freud recomendava, fazer um período experimental? A partir de certa altura Freud (1913) tomou como hábito só aceitar os pacientes provisoriamente, por um período de uma a duas semanas que servia de sondagem, a fim de conhecer o caso e decidir se era apropriado para psicanálise ou se pelo contrário devia interromper o tratamento. Apropriado para psicanálise significava “uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo” (140).

3) Reflexões e questões finais. Entre o divã e o face a face.

Cada setting tem as suas próprias especificidades, vantagens e desvantagens. Em conjugação com as peculiaridades do paciente e do terapeuta desencadeia por vezes crises que devem ser aproveitadas para perceber o paciente e ajudá-lo a “crescer”. Nesta zona transitiva reside a criatividade do terapeuta. Sobretudo quando numa situação conhecida e perante as dificuldades em ultrapassar um problema o terapeuta opta por uma forma nova, não prevista inicialmente. Esta mudança requer flexibilidade para modificar ou ajustar no setting o que for preciso em função dos interesses do paciente.

O terapeuta criativo aprende com a experiência, ajusta o setting. O terapeuta menos criativo persiste em função de um ponto de vista teórico aprendido e diz depois que o paciente resiste, não quer crescer ou não reúne as indicações.

Alguns casos em que a análise é interrompida fazem pensar se o paciente não deveria ter passado temporariamente (ou permanentemente?) para o face a face. Isto leva-nos a perceber que não estão suficientemente estudadas as situações de *drop-out*. *Até que ponto algumas situações de dropout são potenciadas por dificuldades em gerir o setting?*

Grotstein (1995) propõe que em vez de se ritualizar o uso do divã se pondere sobre se o paciente deve ser restringido ao uso do divã ou se deve poder,

ou até ser encorajado, a levantar-se em determinadas ocasiões. *E quais são essas ocasiões?* Eu colocaria a questão de outra forma. *Em que situações deve o analista tomar a iniciativa de sentar o paciente?* Admitimos que elas são mais frequentes que as ocasiões de descompensação psicótica. Alguns pacientes passam períodos em que seria sensato sentá-los e ajudá-los a passar essa fase. Uma vez ultrapassada eventualmente voltam por sua própria iniciativa ao divã. Uma destas situações é a excessiva depressão ou prolongado mutismo por parte do paciente. Um silêncio excessivo abandona o paciente (Green, 2005). O silêncio do analista é o factor que mais precipita os estados de regressão severa (Thoma & Kachele, 2009). O analista pode introduzir o tópico do setting e indagar o desejo do paciente sobre esta questão.

Sabemos que uma das razões que levaram Freud a sentar-se atrás dos pacientes foi o incómodo que lhe causavam. *Será que Freud se sentia igualmente incomodado por todos os pacientes?* Provavelmente não. Os pacientes que mais incomodam no face a face são os que requerem um maior esforço por parte do clínico para perceber o que se passa em vez de serem deitados como uma defesa para o analista. O face a face coloca o analista numa posição vulnerável sujeitando-o a fortes reacções contra-transferenciais forçando-o a examinar as suas defesas (Jackson, 1961).

A análise é definida pela natureza dos seus objectivos e processos e não pela postura do paciente. O critério para decidir se um procedimento é ou não análise é a forma como é lidada a resistência e a transferência e não os aspectos externos (Fenichel, 1941). A maioria dos analistas, mesmo sem chegar à opinião

extrema de Fairbairn (1958), aceita que a profundidade da análise não depende da posição do paciente. No entanto a resistência ainda é grande. Nos casos em que se observa um processo analítico em pacientes sentados os analistas tendem a achar que são casos raros e que se devem ao talento do paciente.

A análise pessoal e a prática analítica proporcionam ao analista uma forma de trabalhar analiticamente com pacientes em face a face que os não analistas não adquirem? Esta questão está por responder empiricamente. E que competências são essas? Como podem ser desenvolvidas? e essas competências são vantajosas?

Alguns pacientes mesmo depois de muito tempo no divã não atingem um estado ideal e alguns analistas comentam a necessidade de preparar os pacientes durante uma fase de face a face antes de lhes proporem deitarem-se. *Quando acham eles que os pacientes estão preparados? E o que significa esta preparação?* São questões que não foram ainda suficientemente investigadas.

Há alguma forma de facilitar o “modo generativo” enquanto se está no face a face? Concordamos com Gilliéron (1997/2004) quando diz que o face a face dificulta a distinção entre os fantasmas inconscientes do paciente e a realidade intrapsíquica do terapeuta. Ainda assim, a verdade é que mesmo os pacientes mais faladores que estão face a face acabam ao fim de algum tempo por fazer mais silêncios reflexivos, a ter mais lembranças espontâneas e fazerem associações entre essas lembranças e o que vínhamos falando. Ao mesmo tempo aumenta a nossa capacidade de atenção flutuante, de fantasiar e de encontrar

pontos comuns entre os vários temas e relacioná-los. Não é fácil dizer como isto é feito mas com certeza contribui uma atitude de reflexão, de tolerância de silêncios, dando a entender que esperamos do paciente uma atitude de associação livre e que o paciente deve esperar da nossa parte períodos em que existe maior intervenção e períodos de maior reflexão.

Actualmente a preferência pelo divã é defendida por analistas que privilegiam a neutralidade e a interpretação. O uso do face a face é defendido por analistas que privilegiam a relação. Os primeiros têm maior orientação para as estruturas intrapsíquicas e o conflito inconsciente, os segundos para a relação interpessoal. No entanto parece-nos que o ideal seria não preferir nenhuma das coisas e sentir-se tão confortável num setting como no outro que seriam usados em função das necessidades e características dos pacientes. Os dois setting e as duas abordagens teóricas podem ser vistos e usados como um contínuo.

Se bem que Cooper (1987) comparasse duas visões da psicanálise quando contrasta o modelo histórico e o modelo modernista a comparação podia muito bem aplicar-se ao contraste entre divã e face a face. A visão histórica tende a ver o analista como uma tela mais ou menos neutra sobre a qual as necessidades derivadas das pulsões irão encenar-se. Ele é observador e intérprete, não co-participante no processo de mudança. A pessoa do analista é de menor importância. Aqueles que adoptam a visão modernista afirmam que o analista é um participante activo, um regulador do processo analítico, cujas características pessoais influenciam profundamente o conteúdo e forma dos comportamentos transferenciais e que será também modificado no curso do tratamento. A visão

histórica enfatiza o conteúdo e a precisão da interpretação da transferência, especialmente conforme ela reconstrói o passado. A visão modernista, pelo menos em certas mãos, provavelmente vai desenfatar o conteúdo reconstutivo e ver a interpretação da transferência como um aspecto do relacionamento interpessoal no presente, agindo como um novo regulador emocional e comportamental, quando os relacionamentos passados foram inadequados ou ausentes. (81-82)

Queremos terminar [esta conferência] com a “instrução”, criativa, que Grotstein (1995) apresentava aos seus pacientes. “Agora que concordámos que é aconselhável fazer uma análise quero informá-lo sobre a forma como é feita. Um dos aspectos é o uso do divã. Tem alguma ideia ou sentimento sobre isso? A razão do uso do divã começou com Freud que se sentia desconfortável a ser observado enquanto pensava acerca do que os pacientes contavam. Também achava que os pacientes se sentiriam mais confortáveis. Inicialmente não reconheceu que com isso o hemisfério direito é ligado, digamos assim, e o esquerdo desligado quando nos deitamos. Esta forma de processamento é sensível às emoções, fantasias, ilusões e menos preocupado com a lógica. Você terá oportunidade de ver isso por si próprio. Deve ter em conta que não é necessário deitar-se se você o achar incómodo ou que o desassossega. Contudo é importante percebermos as razões do seu desagrado.”

Referências

Aruffo, R. (1995). The couch: reflections from an interactional view of analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 15(3), 17p... ebsco

Fairbairn, W. R. D. (1958). On the nature and aims of Psycho-analytical treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*. 35...ebsco

Fenichel, O. (1941). Problems of psychosnslytic technique. New York: The Psychoanalytic Quarterly.

Freud, S. (1905). Sobre a psicoterapia Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, VII, 241-254.

Freud, S. (1913). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XII, 139-158.

Freud, S. (1915). Observações sobre o amor de transferência Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XII, 139-158.

Freud, S. (1925). Um estudo auto-biográfico. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, XX, 11-78.

Green, A. (2005). Key ideas for a contemporary psychoanalysis. Misrecognition and recognition of the unconscious.

Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.

Grotstein, J. (1995). A reassessment of the Couch in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 15(3), 10p... ebsco

Jackson, M. (1961). Chair, couch, and counter-transference. *Journal of Analytical Psychology*, 6(1) 9p...ebsco

Lichtemberg, J. (1995). Forty-five years of psychoanalytic experience on, behind, and without the couch, *Psychoanalytic Inquiry*, 15(3), 10p... ebsco

Michels, R. (1986). Oedipus and insights. *Psychoanalytic Quarterly*, 50, 599-617.

Moraitis, G. (1995). The couch as a protective shield for the analyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 15(3), 7p... ebsco

Sterba, R. (1932). The fate of the ego and the in analytic therapy. *International Journal of psycho-Analysis*. 15, 117-126.

Thoma, H., Kachele, H. (2009 pdf) Psycho-analytic practice.

Wallerstein, R. (1995/1998). *A cura pela fala*. São Paulo: Artmed

Wolf, E. (1995). Brief notes on using the couch. *Psychoanalytic Inquiry*, 15(3), 10p... ebsco