



ARTIGO ORIGINAL

## O término de tratamento em psicoterapia psicanalítica

### The termination of treatment in psychoanalytic psychotherapy

*Cleonice Zatti<sup>a</sup>*

*Juliana Neves<sup>b</sup>*

*Kelen Patrícia Bürke Bridi<sup>c</sup>*

*Vitor Crestani Calegari<sup>d</sup>*

*Lucia Helena Machado Freitas<sup>e</sup>*

*Márcia Semensato<sup>f</sup>*

<sup>a</sup> Doutoranda em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – (Psicóloga; Pedagoga; fez residência em Psicologia Hospitalar (HPS/POA); Cursando Formação em Psicoterapia Psicanalítica – modalidade: Adulto e Infantil (GAEPSI-RS); Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (UFRGS)) – Canoas – RS – Brasil.

<sup>b</sup> Mestranda em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – (Psicóloga; Especialista em formação em Psicoterapia Psicanalítica pela Instituição Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP); Especialista em Tradução e Interpretação de LIBRAS pelo SEG).

<sup>c</sup> Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria e ciências do comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – (Psicóloga; Especialista em Psicologia Hospitalar pelo CFP; Residência em Saúde Mental (HCPA/RS); Cursando Formação em Psicoterapia Psicanalítica (GAEPSI-RS).).

<sup>d</sup> Doutorando em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (UFRGS) – (Médico Psiquiatra; Professor assistente do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Santa Maria – RS.).

<sup>e</sup> Doutora em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); – (Médica Psiquiatra; Mestre

em Saúde Pública (Harvard School of Public Health – Boston USA); Professora Associada do Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina e Serviço de Psiquiatria do HCPA).

<sup>f</sup> Pós-doutoranda no PPG de Psicologia Clínica da UNISINOS – (Psicóloga; Especialista em Psicologia Clínica; Mestre em Psicologia do Desenvolvimento, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora e Supervisora no GAEPSI).

DOI: 10.5935/2318-0404.20180007

**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

## Resumo

O presente artigo descreve algumas considerações a respeito do processo de término em psicoterapia psicanalítica, encontradas na literatura. O objetivo é discorrer sobre aspectos e recomendações que caracterizam a fase final do tratamento, considerando que a mesma é percebida de forma singular pela dupla: terapeuta-paciente. Alguns autores destacam a capacidade do ego do paciente, o alcance de objetivos determinados na terapia, a superação de ansiedades e inibições, entre outros, como indicadores para a conclusão do tratamento. Tais critérios e demais questionamentos serão descritos ao longo deste estudo, contemplando principalmente o fechamento integral do processo, observando brevemente alguns aspectos relacionados às interrupções. O fim da terapêutica desperta, tanto em quem se trata quanto nos profissionais, angústias primitivas que devem ser elaboradas por ambos, portanto, reconhecidas e trabalhadas ao máximo durante o tratamento.

**Palavras-chave:** Psicoterapia; Psicanálise; Contratos.

## Abstract

This article compiles some considerations about the end of the process in psychoanalytic psychotherapy, found in the literature. The objective is to discuss aspects and recommendations that characterize the final phase of the treatment considering that it is perceived in a unique way by each of the dual therapist / patient. Some authors emphasize the capacity of the ego, the achievement of determined goals, the overcoming of anxieties and inhibitions, among others, as indicators for the conclusion of this modality of psychological care. These criteria and other questions will be better described throughout this study, contemplating the complete closure, that is, without stopping the interruptions. The end of the therapy awakens, both in those who are treated and in the professionals, primitive anxieties that must be elaborated by both, therefore, recognized and worked to the maximum during the treatment.

**Keywords:** Psychotherapy; Psychoanalysis; Contracts.

## Introdução

Ainda que reconhecido como uma etapa importante do processo psicoterápico, bem como um conteúdo significativo para o estudo de psicoterapeutas em formação, o término de tratamento aparece, muitas vezes, de forma discreta na bibliografia psicanalítica. Freud, Melanie, assim como autores contemporâneos<sup>1,2</sup> se ocuparam do assunto, oferecendo valiosas contribuições. Quais são os critérios para se pensar o fim da terapêutica? Quem decide pelo término? Quais sentimentos costumam despertar durante a etapa final? Quando ocorrerá a última sessão? Compreende-se o encerramento como uma experiência subjetiva, considerando que cada dupla vai formar uma relação terapêutica diferente em suas nuances e muitos outros questionamentos poderiam ser elaborados. Alguns autores atuais trazem a questão das interrupções, este término precoce que ocorre por uma combinação de fatores e despertam, ainda hoje, muitos questionamentos e angústias, tanto no paciente quanto no terapeuta. No entanto, a forma do presente trabalho terá como foco as características que se apresentam comumente na fase de término de uma psicoterapia psicanalítica.

## Primeiros aspectos sobre o término do tratamento

É difícil dizer o que acontece depois do encerramento de uma psicoterapia psicanalítica. Os pacientes se vão e nem sempre é possível confirmar se tudo segue bem. Por vezes, alguns terapeutas utilizam algum tipo de acompanhamento – *Follow Up* como a proposta de Etchegoyen (1989), que chama esse acompanhamento de *encontros de entrevistas pós-analíticas*, onde o terapeuta orienta que após o término de tratamento, os pacientes venham ocasionalmente.<sup>3</sup> Nestas entrevistas, pode-se utilizar da interpretação de conteúdos trazidos pelos pacientes, pertinentes à fase de encerramento e que podem contribuir para uma vivência terapêutica bem-sucedida. Por mais que seja inerente à condição humana experimentar problemas e frustrações durante toda a vida, geralmente a expectativa do terapeuta é de que o paciente seja capaz de defrontar-se com os desafios do cotidiano de forma mais integrada. Pode-se dizer que, quando não há a possibilidade desse *feedback*, o terapeuta precisa confiar no que alguns autores, como Tyson (1996), salientam.<sup>4</sup> Tyson entende que o terapeuta deve utilizar-se de sua intuição como um elemento chave para a decisão de não dar seguimento a um tratamento. Independentemente de uma série de critérios e recomendações, o terapeuta, apoiado na sua experiência e no conhecimento sobre o paciente, deve levar em consideração este elemento chave.

Eizirik (2014), no entanto, ressalta que não se pode falar em término sem levar em conta o grau de gravidade do transtorno de cada paciente com o qual trabalhamos<sup>1</sup>.

Apontamentos de Ferro (1998), nos revelam que existe uma não-correspondência linear entre a evolução dos modelos e a ampliação dos critérios, ou seja, os analistas que mais expandiram o conhecimento no que diz respeito à análise de patologias mais graves, trataram somente de maneira marginal os critérios de analisabilidade. Para o autor, o critério mais útil seria a *capacidade de pôr-se à prova*. Com isto, quer dizer que o terapeuta/analista deve ter consciência de até que ponto pode ir ao analisar, baseando-se em sua

própria análise, no seu próprio funcionamento mental, assim como em sua capacidade para tolerar o risco e a frustração<sup>2</sup>.

Ferro (1998) ainda ressalta um aspecto importante, no que diz respeito à analisabilidade, no qual compreende que já no primeiro encontro deve ser considerada as possibilidades de operações transformadoras na sessão, com isso quer dizer a capacidade de formar imagens, histórias, *rêveries* que se ativam na dupla, acrescidos da fertilidade da própria dupla. Acrescenta ainda que quando isso não acontece, esse deveria ser o problema a ser tratado<sup>2</sup>.

O término de uma psicoterapia significa que o paciente deverá desempenhar as funções desenvolvidas no processo, ter atingido seus objetivos e que possa usufruir dos ganhos alcançados em seu mundo interno. Efetivar uma conclusão satisfatória quer dizer encerrar um processo complexo com início, meio e fim, sustentado pelo *vínculo terapêutico*, significa ter que romper a díade de forma satisfatória. Portanto, não é algo simples, requerendo bastante atenção por parte do terapeuta e paciente. Principalmente porque o momento é vivenciado de forma diferente por cada um dos envolvidos.

Não raro, as expectativas do terapeuta são maiores do que as possibilidades do paciente. Hollender e Ford (1990) lembram que a meta do terapeuta deve ser realista, passando longe de um ideal de mudança e cura<sup>5</sup>. É muito importante avaliar, desde o começo, as condições egóicas de quem busca ajuda e, desta forma, vislumbrar um desfecho. Portanto, os objetivos pensados *a priori* também são indicadores para um encerramento. Machado (1989) salienta que um processo construído nessa perspectiva, tem como critério geral para finalização, o cumprimento dos objetivos fixados que se assentam na linha do autodesenvolvimento e do funcionamento psicológico mais independente<sup>6</sup>.

Para Zimerman (2008), o trabalho não deve ser finalizado enquanto estiver sendo um terreno fértil e que a finalização de tratamento deve, em todos os casos, ser trabalhada de forma gradativa. Este autor sugere ainda que um “canal aberto” deve estar interligado entre terapeuta e paciente, e que mesmo após a vivência de finalização de uma etapa, não significa que o paciente está “curado”. Em caso de haver novas situações conflitivas, o paciente necessita/precisa de abertura para retomar o tratamento.<sup>7</sup>

Outras duas questões que merecem atenção quanto ao início de um tratamento, são a presença do fantasma de término, e as súbitas sensações de melhora do paciente, esta última pode acarretar em interrupções. Sobre o primeiro item, é muito comum que o sujeito que busca a psicoterapia pergunte quanto tempo vai durar o processo. E, mesmo que se justifique a impossibilidade de determinar de antemão uma data final exata, o vínculo que se estabelece em tratamento é fomentado, mesmo que de forma impensada, pela promessa ou uma fantasia inevitável de separação. Zygouris (1999) aborda esse paradoxo da relação terapêutica, dizendo que se trata de “um modelo de amor totalmente inédito”, sustentado de modo latente pelo juramento de que um dia irá terminar<sup>8</sup>. Quinodoz (1993) ressalta que a angústia do fim pode ser tão forte para o paciente que ameaça a continuidade do mesmo no tratamento. Por outro lado, o autor pontua que alguns sujeitos podem engajar-se nas sessões, justamente com a intenção de conseguir elaborar o afastamento<sup>9</sup>.

Nesse sentido, Winnicott (1962) propôs que o término seja considerado como um dos objetivos do tratamento. Destarte, é preciso que o profissional esteja atento às fantasias despertadas ao longo dos encontros e as trabalhe garantido um *holding*\* tão importante quanto a interpretação<sup>10</sup>.

Do mesmo modo, cabe ao psicoterapeuta avaliar cuidadosamente o contexto da psicoterapia e associações relativas a notícias de repentina melhora daquele que ele escuta. Sabe-se que só de desabafar (descarregar suas angústias) com outro, as pessoas tendem a sentir um alívio imediato, entretanto, isto está muito aquém de uma genuína mudança psíquica, que é o objetivo primordial da psicoterapia psicanalítica. Ocorre que com o passar das sessões e com os possíveis ganhos do paciente, o mesmo pode facilmente entender a sensação de bem-estar como indicação para o término de tratamento. Compete ao terapeuta, além de compreensão técnica/teórica, ter habilidade para confrontar tais ideias de afastamento sem desvalorizar os benefícios relatados. Assim, através da experiência técnica ocorrem garantias que o processo não seja interrompido.

Observar os primeiros aspectos do encerramento terapêutico abre caminho para a tentativa de responder às perguntas apresentadas anteriormente. O objetivo é desbravar essa trilha mapeada na literatura que, apesar de guiar a um ponto sabido e esperado, a alta, suscita diferentes sentimentos e percepções ao longo do percurso.

### **A vivência de término**

Considerando o papel do terapeuta como objeto de transferência – figura central, segundo Tyson (1996) – para as experiências infantis do paciente, não é difícil concluir que o rompimento desse vínculo irá implicar numa perda não apenas real, mas, sobretudo, transferencial para o sujeito<sup>4</sup>. Por conta disso, Klein (1950/1991), destaca que o término, inevitavelmente, desperta sentimentos dolorosos e retoma angústias arcaicas que se assemelham ao estado de luto. Logo, desassossegos pueris, pela (re)vivência de separação e sentimentos de desamparo, podem emergir com grande força. A proximidade do término tende a desencadear diversas sensações, fantasias, resistências, conflitos não resolvidos e respostas afetivas vinculadas a todas as fases do desenvolvimento do paciente. De acordo com Klein (1950/1991) tais resultados devem ser devidamente analisados pela dupla, pois, assim que finalizado o processo, o paciente terá sozinho que se encarregar da sua elaboração. Por outro lado, Tyson (1996) pontua que, para alguns, o encerramento pode gerar uma sensação de prazer, através de um alívio e surgimento de expectativas para novas experiências. Esses afetos tendem a neutralizar aspectos ansiogênicos despertados pela proximidade do fim<sup>11</sup>.

Não menos importante, é a atenção do terapeuta para seus próprios sentimentos. Hollender e Ford (1990) assinalam que não se deve ficar apenas atento à relutância do paciente em deixar a colaboração, mas também, olhar para a resistência do profissional<sup>5</sup>. Como sugere Tyson (1996), o psicoterapeuta deve abdicar a todo o tipo de ternura que possa ter estabelecido durante o acompanhamento, fazer o luto pelo fim da relação, bem como superar ambições<sup>4</sup>. O autor reforça essa ideia, dizendo que o psicoterapeuta deve superar

---

\* Holding: sustentação.

ambições e culpas produzidas por equívocos contratransferenciais. Portanto, uma das funções mais importantes do clínico, nesse momento, é reconhecer e interpretar, de forma empática, tais dinâmicas tendo em mente as limitações da técnica psicanalítica e o alcance de suas intervenções.

Ademais, cada parte tende a desenvolver verdadeiros sentimentos de carinho com relação à outra, e estes tentem a sentir-se devidamente enlutados com a eminência de separação. Por mais que os pesares do paciente fiquem mais evidentes, ambos necessitam lidar com o sentimento de perda. O tema de término deve ser trabalhado e explorado para que tanto terapeuta como paciente vivenciem essa fase no seu tempo e da melhor forma possível. Com uma aliança sólida e estável, ansiedades e fantasias poderão ser superadas.

### **Quais são os critérios para se pensar o fim da terapêutica?**

Grinberg (1979) salienta que com o passar dos anos, os critérios de fim de tratamento se modificaram, devendo ser considerados ganhos obtidos em diferentes áreas. O autor destaca como indicadores:

“a superação dos estruturas patológicas manifestas e latentes com a superação dos sintomas, desaparecimento de resistências, resolução da neurose de transferência, estabelecimento de relações objetivas maduras, ... capacidade para amar e trabalhar, capacidade para remover amnésia infantil com a elaboração do Complexo de Édipo, capacidade para tolerar frustrações, capacidade para manejar as contradições surgidas do adoecimento dialético entre as pulsões agressivas, substituição do acting out pela simbolização e do sintoma pela simbolização, substituição da negação pela aceitação da realidade psíquica, uso predominante do pensamento e da comunicação verbal, capacidade para elaborar o luto pela experiência de separação do analista e perda da análise.” (p.109)<sup>12</sup>

Contudo, lembra que é utópica a ideia de uma personalidade totalmente integrada. Não se deve, portanto, esperar pela terminação ideal, pois de modo algum todos os sintomas desaparecerão. Quinodoz (1993) inclusive salienta que a diminuição de sintomas não é tão representativa quanto a capacidade de suportar a solidão ou enfrentar frustrações.

Ferenczi (1992a/1928) diz que é possível observar alguns traços comuns entre as pessoas que completaram o percurso analítico. Entre eles está a capacidade de diferenciar, com maior clareza, a fantasia da realidade, bem como possuir maior controle sobre atos e decisões. Além disso, aprender contar com as próprias fraquezas torna-se um bom sinal de amadurecimento<sup>13</sup>.

Tyson (1996), afirma que o fim do tratamento começa quando a dupla reconhece que os principais objetivos foram alcançados<sup>4</sup>. Hollender e Ford (1990), acrescentam que se as metas originais não foram atingidas,

pode-se considerar uma conclusão malsucedida.<sup>5</sup> Segundo os autores, o paciente deve estar sentindo-se bem ou melhor do que quando começou a se tratar, configurando mudanças importantes na personalidade.

### Quem decide pelo encerramento?

Alguns autores acreditam que nem o paciente nem terapeuta vão decidir pelo término, mas sim uma percepção, em ambos, de esgotamento da psicoterapia, quando um paciente desliga-se da análise de forma lenta, mas com segurança<sup>6,13</sup>. Contudo, há evidências no que tange ao término, que o terapeuta deve estar mais atento aos possíveis atravessamentos como por exemplo, quando o paciente deseja inconscientemente salvar alguma coisa de sua neurose.

De fato, há controvérsias de como se decide o término do tratamento. Para Ferro (1998a/1996) o encerramento se constitui como um acontecimento em cada tratamento específico e “no fundo, é o analista que assume a responsabilidade das decisões de separar-se e fixar a data” (p. 38), mesmo que seja uma decisão pensada pelas duas partes<sup>2</sup>. nesse sentido, Hollender e Ford (1990) sugerem que a pauta do fim, deve ser primeiramente mencionada pelo paciente e ao terapeuta cabe sugerir o aprofundamento da questão e avaliar as motivações ao ato<sup>5</sup>. Já Etchegoyen (1989) afirma que o término do tratamento não é proposto pelo analista:

“de nenhuma maneira, deve ser o analista quem proponha o término. A única coisa válida que pode fazer o analista é interpretar que o paciente pensa em terminar, que o deseja ou o teme, quando nota que desejos existem e o paciente os reprime, mas não deveria em princípio dar opiniões.” (p. 382)<sup>3</sup>

Os indicadores de término também podem ser notados pela natureza subjetiva do processo analítico, onde a maioria dos pacientes e analistas, fundamentalmente através da intuição, percebem que a conclusão do tratamento é uma realidade definitiva e iminente<sup>4</sup>.

Para Ferro (1998), o término da análise é tido como um acontecimento específico de cada tratamento e que prevalece, durante este, uma repentina e inesperada sinalização no campo, através do texto linguístico-emocional das sessões, deste acontecimento<sup>2</sup>. O autor acrescenta que uma destas sinalizações seria a maturação do aparelho de pensar pensamentos, conforme Bion (1962) propõem. O autor acrescenta que a introjeção deste aparelho é um forte indicativo desta sinalização, e essa introjeção não se dá pela descoberta ou por melhor conhecimento sobre si, mas sim por uma progressiva introjeção das qualidades mentais do analista e dos métodos que este utiliza para tratar as manifestações emocionais, paixões e sentimentos do paciente.

Os critérios de término, ocorrem quando o paciente tem a possibilidade de reorganizar as experiências passadas com base nas novas experiências relacionais, construindo assim novos significados, quando a eficácia da terapêutica do sintoma é alcançada, transformando o sintoma em relato e fala. Para Quinodoz (1991),

quando isso ocorre, observa-se: um sentimento de auto-sustentação como expressão da aquisição, por parte do paciente, da autonomia e da capacidade de permanecer sozinho<sup>9</sup>.

### **Quais sentimentos costumam despertar durante a fase de término?**

Como descrito anteriormente, finalizar um tratamento pode desencadear as mais diversas reações, assim como provocar a (re)vivência de sentimentos primitivos, sobretudo, de luto. Klein (1950/1991) diz que com a aproximação do final da terapêutica, emoções como as experimentadas pelo bebê na época do desmame são intensamente revividas<sup>11</sup>. Segundo Tyson (1996), por conta disso, muitos pacientes tendem a lançar mão da negação como defesa contra essas angústias<sup>4</sup>. Alguns evitam definir a data do fim, bem como outros negam a intensidade de afetos latentes despertados. Optam por um término prematuro, impedindo a dupla de melhor explorar os temas que emergem com a iminência separação.

Algumas reações à separação podem denotar que o indivíduo está em busca da sua individualização, o que vai depender da vivência de sentimentos primitivos relacionados à díade mãe-criança. As características destas fases primitivas podem estar acompanhadas, por exemplo, de marcantes ansiedades de castração e mutilação<sup>1</sup>.

Então, as ansiedades primitivas, tanto de um componente da dupla como de outro, reativam-se, somam-se e passam a agir dentro de um binômio transferência-contratransferência. Ambos trabalham com seus objetos internos, suas vivências anteriores, lutos e principalmente as fantasias ligadas à ansiedade de separação<sup>1,4</sup>.

Algumas tarefas psíquicas devem ser enfrentadas no processo de término. Entre elas, *insights* já obtidos ou sintomas já abandonados, que voltam a aparecer temporariamente, devem ser retrabalhados. O reaparecimento desses conflitos, mesmo que por pouco tempo, pode desestimular a dupla, merecendo maior atenção.

### **Quando ocorrerá a última sessão?**

Entre os critérios para o término de tratamento, observamos que há um consenso entre os autores estudados, considerando entre eles, a modificação dos sintomas pelos quais o paciente procurou tratamento, a elaboração de conflitos relacionados à vida sexual, modificações nas relações familiares e sociais, predomínio de defesas sadias, melhor condições egóicas, capacidade de pensar em seus próprios conflitos e a resolução da neurose de transferência estão entre os indicativos relevantes para nortear sobre o momento de trabalhar o término.

Conforme Tyson (1996), o paciente alcança a maturidade emocional quando adquire capacidades de reconhecer a perda, experienciar e expressar afetos apropriados. Sendo capaz de fazer luto pelo objeto pedido, e estar finalmente disponível para novas e significativas relações<sup>4</sup>.



Para Freud (1937/1996), em análise terminável e interminável, a análise chega ao fim quando o paciente não vem mais<sup>14</sup>. Neste texto o autor aborda as resistências que surgem no decorrer do tratamento e que devem ser trabalhadas para uma finalização de tratamento que permita que o paciente siga sendo seu próprio analista.

Entretanto, como ressalta Grinberg (1981) não existe um término ideal, pois em nenhuma pessoa que se trate desaparecerá todos os conflitos psíquicos, sintomas, ou se chegará em uma personalidade totalmente integrada<sup>12</sup>.

Tyson (1996) ressalta que muitos terapeutas defendem a escolha da data como uma função do paciente; no entanto, afirma que o profissional deve envolver-se de forma profunda nessa decisão<sup>4</sup>. É fundamental que o terapeuta disponibilize-se como um aparato capaz de acolher qualquer os sentimentos negativos do paciente, e percebendo uma regressão intensa, considere repensar a data estabelecida.

A data do término, segundo Hollender e Ford (1990), deve ser feita com pelo menos dois meses de antecedência, dando tempo discutir e lidar com os sentimentos envolvidos<sup>5</sup>. Os autores pontuam que alguns profissionais optam por marcar encontros cada vez mais distanciados, no intuito de ir desacostumando aqueles que eles acompanham, mas o imprescindível é aproveitar, ao máximo, o tempo restante para fazer um efetivo fechamento.

Quando a decisão de término de análise for tomada, preferencialmente é importante que o paciente saiba a data do término com certa antecedência de vários meses. Isso ajuda a elaborar e diminuir a dor inevitável de separação enquanto ele ainda está em análise e prepara o caminho para que ele termine com êxito, sozinho, o trabalho de luto<sup>11</sup>.

Alguns autores como Etchegoyen propõem que, após a última sessão, os pacientes possam fazer uma manutenção de tratamento, frequentando o consultório aos três e aos seis meses, e depois uma ou duas vezes por ano, por um tempo variável. Etchegoyen chama estes encontros de entrevistas pós-analíticas, que devem ser combinadas previamente. Estas entrevistas promovem um encontro frente-a-frente, mas só ocasionalmente é interpretado material explanado pelo paciente. O processo de finalização da análise envolve tudo o que foi adquirido durante a análise, o crescimento que significa enterrar algumas coisas e se responsabilizar pelo que é seu para ter melhores condições de estabelecer vínculos<sup>3</sup>.

Alguns autores ressaltam que por mais que um tratamento tenha sido bem sucedido, que de forma positiva consiga reforçar de forma consistente as forças defensivas sadias do ego, não há como ficar imune futuramente de passar por conflitos, com suas respectivas angústias<sup>7,15</sup>.

### **Limitações do estudo**

As limitações do estudo se deram pela dificuldade em encontrar certos manuscritos na íntegra, requerendo contato com os autores principais, o que muitos não foram obtidos retornos.

## Conclusão

O término da análise, ou melhor, a despedida, é um tema que nos desafia tanto tecnicamente como pessoalmente. As reações a este processo devem ser devidamente reconhecidas, acolhidas e trabalhadas. Compreendemos que o término está relacionado com a aquisição do *insight*, ou seja, no processo terapêutico com o paciente ocorreram mudanças psíquicas importantes. A internalização das vivências do *setting* facilitarão no enfrentamento de situações ansiogênicas futuras.

## Referências

1. Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. (Org.). Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 856p.
2. Ferro A. Na sala de análise. Rio de Janeiro: Imago, 1998. 252 p.
3. Etchegoyen H. A técnica do término da análise. In: \_\_\_\_\_. Fundamentos da técnica psicanalítica. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. Cap. 48.
4. Tyson P. et al. Término da Psicanálise e da Psicoterapia. In: Necessian. Textbook of Psychoanalysis, 1996.
5. Hollender MH, Ford CV. Dynamic Psychotherapy: An Introductory Approach, 1990.
6. Machado SP. Terminação de psicoterapia que atingiu seus objetivos: aspectos técnicos básicos. In: Eizirik CL, Aguiar R & Shestatsky S. Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed, 1989, cap. 44.
7. Zimerman DE. O Término de um tratamento analítico. In: Manual de técnica psicanalítica: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2008.
8. Zygouris R. Amor paradoxal ou a promessa de separação. In: Pulsões de Vida. Escuta. 1999
9. Quinodoz JM. Término da análise e angústia de separação. In: Quinodoz JM. A solidão domesticada: a angústia de separação em psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 157-183.
10. Winnicott DW. (1962). The aims of psycho-analytical treatment. In: \_\_\_\_\_. The maturational processes and facilitating environment: studies in the theory of emotional development. London: Karmac Books, 1990.
11. Klein M. Sobre os critérios para o término de uma psicanálise. In M. Klein, Inveja e gratidão e outros trabalhos: 1946-1963 (As obras completas de Melanie Klein, Vol. 3, pp. 64-69). Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Trabalho original publicado em 1950)
12. Grinberg L. Fase final del análisis: criterios clásicos y nuevas perspectivas. Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. 1979; 1(1):p. 109-133.
13. Ferenczi S. (1992a). O problema do fim da análise. In S. Ferenczi, Psicanálise IV (A. Cabral, trad., pp. 15-24). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original escrito em 1928).

14. Freud S. (1937): Análise terminável e interminável. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: 1996. (Edição Standard Brasileira, XXIII).
15. Grinberg L. Psicoanálisis: aspectos teóricos y clínicos. Buenos Aires: Paidós, 1981.

Colaborações: Artigo elaborado, supervisionado e revisado por Cleonice Zatti.

### **Correspondência**

*Cleonice Zatti*

Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Bairro Santana  
90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil  
cleonice.zatti@outlook.com

Submetido em: 13/12/2017

Aceito em: 04/04/2018