



# A prática analítica atual e as posições do analista. Metapsicologia da prática

Norberto Carlos Marucco\*, Buenos Aires

*O trabalho é centrado na consideração das convergências e divergências entre a prática analítica atual e a cura clássica. A proposta busca abrir um debate sobre, primeiro, o polimorfismo das manifestações atuais da clínica; segundo, a integração das diferentes teorias; e terceiro, sobre as posições do analista e a necessidade da criação de um enquadramento capaz de sustentar os diferentes tipos de intervenção do analista, tais como a implementação das interpretações, do silêncio, das construções, das representações, e da mente do analista.*

*Descritores: Zonas psíquicas. O inconscientizado. Novas aportes técnicos. Livre associação. Atenção flutuante. Ato. Mente do analista. Transferência. Contratransferência.*

---

\* Psicanalista Didata da Associação Psicanalítica da Argentina.



## Introdução

Como introdução de minha apresentação neste painel, e no âmbito do 46º Congresso da IPA dedicado à prática psicanalítica, gostaria de começar fazendo referência aos problemas que este tema envolve quanto ao lugar que outorgamos ao pluralismo teórico no atual momento da psicanálise. Pluralismo teórico que enriqueceu nossas perspectivas, que nos permitiu convergir em algumas delas e divergir em outras, mas que tem, no meu entendimento, um ponto comum que é seu fundamento nos pilares da obra freudiana. Dentro desta idéia de que o pluralismo de teorias – que está incluído na prática atual- deve ter para mim algum ponto de conexão com a obra freudiana, minha apresentação aponta para um retorno a Freud, justamente com base na leitura que posso fazer da clínica psicanalítica atual e da prática e com base numa maneira de entender a obra freudiana que soma as diferentes tópicas com suas metapsicologias, até incluir uma terceira tópica que surge a partir das temáticas da desmentida e da cisão do ego com a *introdução* do fetichismo.

Acredito, por outro lado, que esta vigência da obra freudiana surge de releituras que, com a incorporação do conhecimento de diferentes escolas teóricas, possibilitam novas formulações teóricas sobre a prática e a clínica atual. Outro ponto que gostaria de destacar é a necessidade de recuperar, nestas *releituras freudianas*, o conceito do Ego, em virtude de sua importância enquanto Ego de funções, como no julgamento de realidade, e particularmente as elaborações necessárias da parte inconsciente do Ego, revestida por camadas narcisistas e identificatórias. Além disso, uma releitura que privilegie a dialética entre a pulsão e o objeto na estruturação do psiquismo, da psicopatologia e no exercício da prática.

Para entrar agora no tema de nosso painel – *A prática analítica atual e as posições do analista* – abordarei, em primeiro lugar: 1) O paciente contemporâneo e a problemática psicopatológica atual; 2) O inconscientizado e as posições do psicanalista de hoje e 3) Algumas palavras sobre um tipo particular de angústia nos pacientes atuais.

### 1) O paciente contemporâneo e a problemática psicopatológica atual

Durante muitos anos a psicanálise esteve circunscrita quase exclusivamente ao tratamento do que poderíamos denominar genericamente de *neuroses clássicas*, apoiando-se, para isso, na teoria da representação e no conceito de neurose



transferencial. Análise até certo ponto *cientificista*, no estilo da elaboração de Signorelli em Freud; uma análise que, assentada no terreno da representação, mantinha-se, de certa forma, afastada de outros destinos da pulsão. A clínica foi se encarregando de indicar as limitações desta posição, a tal ponto que, atualmente, as fronteiras da psicanálise são definidas e, ao mesmo tempo, diluídas justamente por aquilo que cai fora, ou que está *além* do conceito de neuroses clássicas; em outras palavras, por aquelas expressões psicopatológicas que transcendem o mero retorno do reprimido e a operatória de um inconsciente que, formado pela repressão, se expressa na sua qualidade significativa.

Existem, no mínimo, duas posições bem diferenciadas em relação à problemática psicopatológica na psicanálise contemporânea. Uma delas considera possível sustentar a continuidade da definição do campo psicopatológico em termos de estruturas: a neurótica, a perversa e a psicótica. (Partindo dessa posição poderíamos talvez incluir também uma *estrutura psicossomática*). A outra posição (com a qual concordo) tem a propensão a compreender a psicopatologia mais em termos de *modos de funcionamento psíquico*. Pessoalmente defino-os como *zonas psíquicas* (conceito que desenvolvo mais adiante neste trabalho), determinadas, cada uma delas, por *diferentes modos de inconscientização*, com suas formas particulares de retorno e as diferentes maneiras em que se expressa a angústia.

O paciente contemporâneo situa-nos muitas vezes no campo de um *além do representável*, terreno das expressões vinculadas ao corpo, ao narcisismo e a um tipo de compulsão à repetição que é manifestação da pulsão de morte. Expressões da psicopatologia que me levaram a pensar na coexistência de *zonas* ou *áreas* de funcionamento psíquico que se definem a partir de uma singular estruturação do aparelho psíquico (Marucco, 2001) e que determinam diferentes configurações do inconsciente. Estas zonas inconscientizadas confluem no paciente contemporâneo (com predomínio de algumas delas nas diferentes patologias e com franco desequilíbrio nos pacientes severamente perturbados) definindo as posições do analista e as condições do campo analítico.

Considero que o paciente de hoje é, em certo sentido, um paciente *novo*, cuja patologia manifestaria um produto original de sua peculiar relação com a cultura (tema controvertido que não cabe desenvolver aqui). Mas, ao mesmo tempo, com os leques metapsicológicos atuais, podemos nos perguntar: não há já *prelúdios*, alguns ecos do *novo*, por exemplo, no *inconsciente da cisão do ego*, no homem dos ratos ou no homem dos lobos? Além disso, poderia desconhecê-se na paixão homossexual de Dora uma paixão narcisista vinculada ao inconsciente de uma *estrutura idealizadora* que, ao não ser escutada, levou à ruptura analítica? Poderíamos enumerar muitos casos como estes. Não somente entre os pacientes



de Freud, mas também entre os nossos. Em outras palavras: será necessária uma melhor *afinação* de nossos instrumentos conceituais para abordarmos estas zonas do psiquismo inconscientizado que antes pareciam inacessíveis e talvez também chegarmos a descobrir outras *áreas de funcionamento psíquico* que ainda permanecem ignoradas. É por essa razão que a problemática das patologias novas se torna complexa para mim, devido às mudanças culturais, por um lado, e aos avanços metapsicológicos na compreensão da psicopatologia, pelo outro.

## 2) O inconscientizado e as posições do analista de hoje

Neste item retomo desenvolvimentos anteriores sobre minha concepção de *zonas ou áreas de funcionamento psíquico inconscientes*, mas situando-me agora no *campo da prática e das diferentes posições que o analista deve assumir* diante das maneiras particulares de expressão psicopatológica.

Trata-se, antes de qualquer coisa, de aguçar os *sentidos analíticos* visando a detectar no paciente as diferentes formas de expressão do inconsciente em cada uma destas *zonas de funcionamento psíquico*. E, a partir dali, encontrar caminhos de acesso terapêutico mais adequados, novas características do enquadramento e as reformulações de seus instrumentos técnicos. Logicamente, baseados na *intemporalidade* do inconsciente, escutaremos na maioria das vezes simultaneidade e/ou justaposição nas expressões das diferentes zonas. Por isso há uma maior complexificação do trabalho analítico. Mas isto leva-nos somente a enfatizar a necessidade de poder distinguir, em cada momento, qual é a estrutura psíquica inconsciente que está *tomando a palavra* (ou seja, o momento em que retorna ao organizado, de onde partiu em algum momento, para se inconscientizar) e poder, a partir dali, incluí-la numa nova temporalidade (a do processo analítico). Recordo as diferentes zonas desenvolvidas: 1) a dos sonhos; 2) a do narcisismo; 3) a do pulsão de morte; 4) a das identificações; 5) a do fetichismo. Talvez seja irrelevante esclarecer, então, que, se sigo uma ordem (que talvez poderia ser definida como *cronológica* em relação à evolução da teoria freudiana) na descrição das diferentes zonas psíquicas, é somente para os fins da apresentação. Torna-se fácil comprovar que a progressão das descobertas de Freud e aquelas que foram alcançadas mais tarde (Klein, Hartmann, Lacan, Green, Laplanche, etc.) revelam, nesta ordem, um grau crescente de complexificação, tanto no que se refere à constituição e organização do psiquismo, como a suas modalidades de inconscientização e a suas expressões psicopatológicas e, conseqüentemente, na necessidade de reformulações da técnica.



Por isso, a *zona do sonho*, talvez justamente por ter sido a *primeira*, tenha sido também a mais intensamente questionada pela teoria psicanalítica, tendo-se alcançado nela (sempre em termos relativos) os melhores resultados, as respostas mais perfeitas. A tarefa do analista direciona-se aqui, fundamentalmente, ao desvendamento do desejo na sua expressão através dos representantes verbais, e o enquadramento analítico define-se pelo paciente recostado num divã..., sua possibilidade motora inibida..., o pólo perceptivo quase anulado... Poderíamos dizer que estão dadas as condições para que a cadeia associativa vá se desenvolvendo à maneira de um sonho (Green, 1990). *A atenção flutuante e a interpretação definem nesta zona a posição do analista*, a escuta analítica, para descobrir no golpe do significante o núcleo do inconsciente reprimido, condensado ou deslocado, e seus modos de retorno: os sintomas, que se tornam sintomas transferenciais. Nesta zona a angústia é a angústia sexual diante do retorno do reprimido, a abstinência é chave para o desenvolvimento do processo e a contratransferência até poderia ser pensada quase como um obstáculo.

A livre associação é fundamental; um instrumento privilegiado para detectar o inconsciente sexual e significativo. Mas, quando encontramos, além disso, outras zonas psíquicas onde o psicopatológico se expressa, por exemplo, através do ato, bastará somente a livre associação? Não precisaremos de um “instrumento” que permita detectar, por exemplo, as expressões do ato? *Interessa-me reiterar o fato de que, no conceito do inconsciente, está contido o reprimido, e algo mais do que o reprimido...*

Entretanto, quando a libido objetual é malgasta por assim dizer, naquilo que Green (1990) chamou de *loucura erótica* (ou *psicose erótica*) e Freud (1921) definiu como enamoramento, estamos em outra zona: o inconsciente narcisista, que destaca a importância do objeto na constituição do psiquismo e, por conseguinte, nas características da patologia e no devir do processo analítico. Então, *zona do narcisismo*, da criação do ideal e da formação da *estrutura idealizadora*. Mas, quando esta *estrutura idealizadora* é projetada no analista, entra em jogo uma transferência idealizada na qual será reeditado um tipo de *amor aditivo*. O analista será, assim, incluído numa trama relacional complexa e particular, *ocupando* o lugar desse objeto idealizado capaz de marcar o destino de uma vida. Quantas mudanças podem ocorrer no circuito da repetição narcisista quando o conteúdo inconsciente desta zona é percebido, analisado e desmontado? E, por outro lado, quantos destinos cegos podem ser criados numa análise na qual isto não é revelado? A abstinência nesta zona é mais comedida, e a angústia é a de perda ou intrusão.



*Situado nesse lugar, o analista deverá desmontar o poderio da idealização, recuperando como representação histórica o que se transformou em estrutura psíquica. O instrumento técnico para fazê-lo serão as interpretações e as construções, com as quais se tentará dar conta da história de uma desilusão que aconteceu e foi negada, permitindo assim sua transformação em representação. Em outras palavras: trata-se de transformar a criança narcisista inconscientizada numa agônica lembrança. A contratransferência iluminará os traços dos mitos narcisistas.*

Em outros momentos da terapia analítica, a posição do analista será requerida de uma maneira muito especial. Refiro-me a quando o batalhão de Eros, perdendo a luta pela vida, deixar aflorar no paciente contemporâneo *a ação de uma pulsão de morte que se expressa em termos de um inconsciente configurado por um tipo particular de repetição e pela ação do desligamento*. Assim, quando o campo analítico se aventurar pelo território do inconsciente da pulsão de morte, será necessário afinar a *escuta* da repetição e, ainda mais, do silêncio.

Nestas histórias de traumas já não basta ao analista transitar a *via de levar* (ou seja, interpretar). Deverá transitar também uma *via de porre* particular, ou seja, outorgar significação a esses traumas que se repetem uma e outra vez com insistência demoníaca. Campo da interpretação e da construção de uma história: histórias de aproximações, de afastamentos, de distâncias...

Vale lembrar que, quando Freud descreveu em *Além do princípio do prazer* (1920) a repetição do sofrimento, a repetição do trauma, o que o assombrou na realidade *é* essa tentativa (nem sempre alcançada) da repetição do trauma para se ligar, para poder entrar, assim, na série prazer-desprazer. Pareceria, neste sentido, que o primeiro princípio para Freud teria sido a ligação. Sem ligação prévia não haveria repetição, haveria desorganização e fragmentação (Green, 2001). Então, hoje situaríamos esta compulsão de repetição num passo anterior ao prazer, mas contendo em seu núcleo *uma busca incessante de ligação*. As expressões clínicas desta área ou zona de inconscientização poderiam ser a tendência ao ato, ou às manifestações psicossomáticas. Na clínica, estas buscas (de ligação e objetualização) envolverão, com toda certeza, o analista com seu paciente num trabalho desdobrado na *singularidade do campo analítico* (Marucco et.al., 1995). Quando um indivíduo preso à compulsão para a repetição não tem acesso à possibilidade de ligação, seu tempo *é assassinado*, nas palavras de Green (2001). Acredito que a psicanálise de hoje está comprometida neste *assassinato do tempo* e *é* aqui onde *a aposta libidinal inconsciente do analista é fundamental* para dar ligação a esse trauma que ficou amarrado a uma compulsão para a repetição. Então, a abstinência e a neutralidade



são, neste ponto, seriamente questionáveis e a angústia será a do vazio ou da nadaificação.

A *contratransferência*, mais especificamente o que a mente do analista produz, seria o lugar privilegiado de onde se poderia operar tanto sobre o desligamento (desejo do analista) como sobre esses traços mnêmicos precoces *soterrados* que não tiveram representação de palavra. E, segundo Bion, conseguirá fazê-lo se colocar em jogo sua capacidade de ligação dentro de sua capacidade de *rêverie*. Campo do perigo sugestivo da psicanálise só detido pela própria análise da contratransferência.

Um desafio da análise atual nesta zona psíquica é transformar o suposto destino, ou pelo menos parte dele, em *uma neurose* que possa ser acessível e operável por nossa prática analítica. Isto é, pelo menos no meu entendimento, o que a psicanálise deve procurar no inconsciente desta zona psíquica.

Nas reações terapêuticas negativas (RTN), zona das identificações – esse adoecer estranho e paradoxal que ocorre quando um indivíduo melhora – reverberam os ecos que provêm desse inconsciente onde se trava a dura batalha para se desprender do poderio do objeto da identificação primária passiva (Marucco, 1978, p.221). O paciente avança no seu tratamento..., e, no entanto, em vez de melhorar, sente-se doente. O que ocorre? A psicanálise encontra seu limite? Alguns concordam com Freud que, ao chegar nesse ponto, o analista precisa reconhecer os limites de seu instrumento. De minha parte, considero que é justamente quando se produz este “adoecer ao melhorar” que o analista deverá ajustar a lente para ter acesso a essa luta entre o ego e o superego – nesse “outro inconsciente”, nessa outra “zona psíquica”, poderíamos dizer – e trabalhar intensamente (Marucco, 1979, p.611-31). Este é um inimigo que surpreende, especialmente porque parece ser gerado nas próprias entranhas do processo analítico e direcionar seus ataques diretamente a ele e a seu representante, o analista. Neste campo, na complexidade deste “inconsciente das identificações” com esse outro que constitui e “transtorna”, e no próprio seio dos “momentos transferenciais-contratransferenciais” (Marucco, 1978b, p.79), o psicanalista terá que descobrir os caminhos que conduzem a uma desidentificação capaz de recuperar para o sujeito o impulso vivificante de sua própria pulsão. Enquanto, na psicanálise contemporânea, certas teorias chegaram a propor a identificação com o próprio analista como maneira de “corrigir” identificações patológicas, considero cauteloso manter consideráveis prevenções neste sentido. Diria assim: precaver-se tanto de cair numa abstinência tal que possa representar para o paciente uma exigência de desinvestidura perigosa para sua economia psíquica, quanto de uma identificação



com o analista que sele um novo destino, tão alheio ao sujeito como era o “projeto de vida” gerado na sua patologia.

Quando aos processos de inconscientização produto da desmentida, estrutural diante da castração e a realidade externa, gostaria de fazer agora, a partir da perspectiva da clínica e da posição do analista, a seguinte reflexão: A lacuna da cisão do ego que se produz devido ao mecanismo da desmentida da realidade traumática que gera uma angústia de aniquilamento poderia fechar-se? deveria fechar-se? Toda tentativa de fechá-la levaria somente a empurrá-la, a *corrigi-la* em um ou outro sentido (ambos potencialmente perigosos). Se esta lacuna da cisão do ego *escorregasse* para a aceitação da castração ou da realidade (desalojando a área da desmentida), levaria a um progressivo desaparecimento da pulsão sexual gerando a idealização do objeto. Se, por outro lado, a lacuna *escorregasse* para a área da desmentida, a perversão, ou o trauma externo, dominaria as relações de objeto podendo chegar até o desconhecimento da própria realidade (o delírio em vez da criação). O resultado desejado seria, nas palavras de Octave Mannoni [1973 (1969)], o equilíbrio criativo entre o *já sei* (reconhecimento da castração) e o *mas mesmo assim...* (ação do inconscientizado pela desmentida que preserva a pulsão e seu correlato: a fantasia). Se a teoria da cura priorizasse excessivamente o desenvolvimento simbólico (aceitação da castração), isto estreitaria o espaço criativo da fantasia inconsciente.

Em síntese, toda análise que embarcar num reconhecimento a qualquer custo da realidade tenderia a provocar um cerceamento da potência da pulsão. A falta de pulsão não somente é produto da história psicopatológica de um indivíduo, pode também ser parte da história de um processo analítico no qual o reconhecimento a qualquer custo da realidade foi aplacando a potencialidade do mundo pulsional em suas duas vertentes: a criação e a satisfação nas condições do amor.

Para concluir este item: tentei sair do *enceguecimento do inconsciente reprimido* para pensar em diferentes zonas de inconscientização, em seus modos de funcionamento e em suas expressões psicopatológicas no paciente contemporâneo. Também abordei as *diferentes posições do analista diante destas expressões do inconsciente no paciente contemporâneo*. Mas mesmo assim estou insatisfeito. Com o fechamento do item, ficam expostos, em minha opinião, os enigmas de nossa prática psicanalítica contemporânea com seus pontos de convergência e divergência.





### 3) Algumas palavras sobre a angústia nos pacientes de hoje

Neste ponto gostaria de fazer referência a um tipo particular de angústia que costuma se manifestar no paciente atual, que é a *angústia diante da compulsão de repetição e as pulsões de vida e morte*, sem deixar de reconhecer, mesmo que não as desenvolva, as angústias edípicas, narcisistas, identificatórias e aquelas que surgem diante da realidade externa.

Trago uma citação de Freud. Em *O Estranho* (1919) diz: “No inconsciente anímico, na verdade, discerne-se o império de uma *compulsão de repetição* que (...) governa a psicanálise dos neuróticos numa parte de seu decurso” (A.E., XVII, p. 238). Então, em algum momento de toda análise, a compulsão de repetição *toma o poder*. É especialmente no final da análise (momento de desligamento da relação com o analista) que este escuro temor da compulsão de repetir torna a aparecer. Assim, a compulsão de repetição seria, na minha perspectiva, um dos grandes acontecimentos do descobrimento freudiano. Descobrimto essencial da psicanálise. Porque, quando é levantada a repressão, surge uma compulsão de repetição (o *agieren* freudiano já descoberto no 14) que revela uma cena onde está contido o trauma reprimido, que não pode recordar-se e que não aparece em representação de palavras, mas em atos. Porém estes atos tendem, como toda repetição motorizada pela pulsão de vida, a uma nova petição de significação, de ligação, de investidura. E é só quando ocorre a ligação convocada por essa compulsão de repetição, que se pode ter acesso a uma nova temporalidade e à dissolução da angústia como sintoma, deixando aberto o caminho para a variedade dos afetos (dor, sofrimento, prazer, etc.)

Existe também outro funcionamento psíquico no qual a compulsão de repetição e a pulsão de morte impõem, no meu entender, *três tempos à angústia*: um *primeiro tempo* no qual a angústia é ofuscada pela repetição. Trata-se de um tempo morto na análise, um impasse analítico onde nada ocorre. Na expressão clínica deste funcionamento psíquico, o dia de hoje é igual ao de ontem e torna o amanhã previsível. Pesadamente instala-se um *segundo tempo* de progressivo e paulatino desligamento que poderíamos denominar de tempo da desinvestidura. Chegaríamos assim próximos do que chamaria de *momento crítico*, quando o que foi angústia sinal adquire um matiz de *nadificação* próximo das angústias de vazio. Na verdade é o reencontro com aquela angústia traumática do desamparo logo após a devastação do representado. Por isso considero *vital* (valha o adjetivo em seu pleno sentido pulsional) que o processo de análise possa ser conduzido para um terceiro tempo que proporcione outra via a essa compulsão de repetição e seu afeto concomitante de *nadificação* no desligamento. Este novo tempo está *marcado*



em grande parte pela posição do analista e *sua própria aposta pulsional* (Marucco, 2003). Trata-se de um tempo no qual a angústia diante da *própria pulsão de vida do analista* tem a oportunidade de transformar-se em investitura e ligação, ativando no paciente o surgimento de sua pulsão de vida. Surge, então, uma nova angústia *pulsional* para o paciente, que poderá devir nas expressões já conhecidas deste tipo de angústia, mas que finalmente restaura o caminho do sonhar e sua realização de desejos.

Será parte da tarefa analítica, neste momento, a construção psíquica deste processo, concordando em que não se trata tanto do conteúdo, como diz Anna Potamianou. Para mim, o trabalho do analista está próximo do conceito de *quimera* de M. de M'Uzan (1995) e do de campo dos Baranger (W. y M. Baranger, 1969), que, reitero, instaura aquela angústia que atua como motor do desejo. Assim, a angústia se tornaria também sintoma da pulsão de vida que interrompe o inexorável tempo morto presente, não somente nas patologias chamadas não neuróticas, mas também nas *patologias neuróticas de hoje*.

## Algumas reflexões para concluir

Procurei mostrar através desta apresentação minha maneira de ver a prática terapêutica de hoje, mesmo sem a apresentação de material clínico. Espero que meu desenvolvimento metapsicológico tenha possibilitado a vocês a visualização do paciente clínico que está sempre presente para mim quando penso a partir da metapsicologia psicanalítica.

Espero também ter conseguido transmitir a vocês a possibilidade de fundamentar a prática analítica atual na releitura freudiana, com aportes de outras teorias mais ou menos implícitas ou explícitas.

Gostaria, então, de encerrar agora esta apresentação com a formulação de alguns comentários. Parece-me imprescindível para a psicanálise contemporânea não perder de vista o objetivo terapêutico, mesmo com a prevenção de não cair no *furor curandis*.

Entendo que, quando há um borramento do papel terapêutico da psicanálise, estamos fazendo surgir cada vez mais o exercício da psicoterapia analítica. Sendo assim, em que nos enriquece e em que nos empobrece esta discriminação?

Mais um passo: *se concordarmos que a análise clínica é definida como terapêutica, que lugar ocupariam, então, as teorias da cura e, dentro delas, a problemática do ego na prática analítica atual?*

Como uma tentativa de síntese, recupero uma frase de Freud que foi



questionada: *Onde aparecia Id, deve aparecer Ego*. Este Id que deve ocupar o lugar de Ego conteria, então, o inconsciente pulsional, o inconsciente reprimido, o inconsciente narcisista, o inconsciente identificatório, o inconsciente da repetição mortífera e o inconsciente produto da desmentida. O trabalho da cura analítica estaria para mim no aparecimento do Ego como produto do desvendamento destes inconscientes. □

## Abstract

### **Current analytical practice and the positions of the analyst. Metapsychology of the analytical practice**

This paper focus on pondering over convergences and divergences between the current analytical practice and the *classic* cure. The proposal is to open a debate over, first, the polymorphism of the current clinical manifestations; second, the integration of different theories; and third, over the *analyst opinions* and the necessity of creating a framework capable of supporting the many types of intervention by the analyst, such as the implementation of interpretations, of silence, of construction, of representation, and of the “mind of the analyst”.

Keywords: Psychic zones. The ‘unconscientized’. New theoretical inputs. Free association. Floating attention. Act. Mind of the analyst. Transference. Counter transference.

## Resumen

### **La práctica analítica actual y las posiciones del analista. Metapsicología de la práctica**

El trabajo se centra en la consideración de las convergencias y divergencias entre la práctica analítica actual y la cura *clásica*. La propuesta implica abrir un debate sobre, primero, el polimorfismo de las manifestaciones actuales de la clínica; segundo, la integración de las diferentes teorías; y tercero, sobre las *posiciones del analista* y la necesidad de la creación de un encuadre capaz de sostener los diferentes tipos de intervención por parte del analista, tales como la implementación de las interpretaciones, del silencio, de las construcciones, de las representaciones, y de *la mente del analista*.



Palabras llave: Zonas psíquicas. Llo inconcientizado. Nuevos aportes técnicos. Asociación libre. Atención flotante. Acto. Mente del analista. Transferencia. Contratransferencia.

## Referências

- BARANGER W. Y M. (1969). *Problemas del campo psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargemann.
- BARANGER, M. (1992). La mente del analista: de la escucha a la interpretación. *Revista de psicoanálisis* XLIX, N° 2.
- FREUD, S. (1900 [1899]). La interpretación de los sueños. *A.E.* IV. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1914a). Introducción del narcisismo. *A.E.* XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1914b). Recordar, repetir y reelaborar. *A.E.* XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1919). Lo ominoso. *A.E.* XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1920). Más allá del principio de placer. *A.E.* XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. *A.E.* XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1923). El yo y el ello. *A.E.* XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. *A.E.* XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. *A.E.* XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1927). Fetichismo. *A.E.* XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1937). Análise terminable e interminable. *A.E.* XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- GREEN, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (2001). *El tiempo fragmentado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LAPLANCHE, J. (1989). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1996). *La prioridad del otro en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MANNONI, O. (1973 [1969]). *La otra escena. Claves de lo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MARUCCO, N.C. (1978a). Narcisismo, escisión del yo y Edipo. Una introducción a manera de epílogo. *Revista de Psicoanálisis* XXXV, N° 2, p.221-238.
- \_\_\_\_\_. (1978b). ¿Momentos o neurosis transferencial? Reflexiones sobre la transferencia en la obra de Freud. *Revista de Psicoanálisis* XXXV N° 1, p.79-211.
- \_\_\_\_\_. (1979). Para la teoría de una resistencia final (¿RTN o “necesidad de enfermar?”), *Revista de psicanálise* XXXVI N° 4, p.611-631.
- \_\_\_\_\_. (1997). Edipo, castración y fetiche. *Revista de Psicoanálisis* LIII, N° 3, 1996; *International Journal of Psycho-analysis*, Volume 78 Part 2, April 1997.
- \_\_\_\_\_. (1998). *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida* (Posfacio: Las neurosis hoy: en las vías de acceso a las “zonas psíquicas”), Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina.
- \_\_\_\_\_. (2001). Algunas puntuaciones psicoanalíticas. Desde mi práctica clínica. *Revista Francesa de Psicoanálisis*, Tomo LXV, *Hors Série*, “Courants de la psychanalyse contemporaine”, dirigida por André Green, Paris: Presses Universitaires de France
- \_\_\_\_\_. (2003). El analizando de hoy y lo inconciente, *Revista da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, edição homenagem a seu 10º Aniversário.
- \_\_\_\_\_. et al. (1995). La función analítica y [la presencia de] el analista. El papel de la singularidad real en la transferencia. *Revista de Psicoanálisis* XLII, N° 3.



A prática analítica atual e as posições do analista. Metapsicologia da prática

---

M'UZAN, M. DE (1995). *La boca del inconciente. Ensayos sobre la interpretación*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Recebido em /2009

Aceito em 28/07/2009

Tradução de **Beatriz Affonso Neves**

Revisão técnica de **Luisa Olga Luderitz Hoefel e Neusa Knijnik Lucion**

**Norberto Carlos Marucco**

San Luis 3364,

C1186ACN, Buenos Aires – Argentina

e-mail: maruccoale@ciudad.com.ar

© Norberto Carlos Marucco

Versão em português Revista de Psicanálise – SPPA