



Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise, cem anos depois*

Luiz Carlos Mabilde**, Porto Alegre

Introdução

“Freud (1895) começou a discutir a técnica psicoterapêutica muito cedo, nos casos clínicos dos *Estudos sobre histeria*. Bem mais tarde, já idoso, Freud (1937a; 1937b) ainda escreveu sobre o tema” (Gay, 1988, p. 274).

Ele passou por três distintas fases ao se defrontar com a questão da técnica psicanalítica. Na primeira, ele era dotado de um estilo autoritário (vide o caso Dora) e de uma confiança quase arrogante em seus poderes curativos (por exemplo, teria curado Katharina em uma única sessão). “Mas, em especial, no trabalho *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, Freud (1910) deu expressão a uma tendência mais moderada, que viria a se tornar duradoura” (Gay, 1988, p. 274). Além de inaugurar a segunda fase, esta atitude trouxe uma advertência profética ao afirmar que “quase tudo no campo da técnica ainda aguardava determinação definitiva e muita coisa estava apenas começando a ficar clara. Isso incluía a contratransferência e a gama de modificações impostas aos analistas pelos novos e diferentes tipos de pacientes”¹.

No mesmo ano, Freud (1910) publicou um artigo com fortes críticas contra a psicanálise silvestre – abusos e descuidos dos preceitos psicanalíticos devido ao modismo nos anos vinte. E anos se passaram sem que Freud alterasse tais atitudes, parecendo, inclusive, que os preceitos técnicos estavam definidos e eram confiáveis.

* Trabalho a Revista de Psicanálise da SPPA, relativo às comemorações dos cem anos dos artigos sobre a Dinâmica da Transferência.

** Membro efetivo e analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

¹ Ibid., p. 274.



Freud (1937a; 1937b), no entanto, ingressou numa terceira e derradeira etapa. Nesta, ele se mostrou decisivamente cético quanto aos resultados terapêuticos da técnica analítica. Aqui, desapareceu sua convicção sobre o poder curativo da análise, isto é, da sua capacidade de promover modificações de tamanha magnitude na estrutura da mente e que elas teriam, inclusive, capacidades abrangentes e preventivas sobre outros ou novos conflitos. Pelo contrário, o que recomendou Freud – dado à recaída do paciente – foi um retorno à análise a cada período de cinco anos.

Em outras palavras, ao invés de o paciente recair e retornar ao tratamento obrigatoriamente, Freud² indicou a opção de reforçar-lhe o ego, de tempos em tempos, como forma de contrabalançar a maior força do id e da compulsão à repetição. No caso do próprio analista, a recomendação foi bem mais condescendente: reanálise para combater pontos cegos, ainda que a cada cinco anos.

Metodologia geral da psicanálise, um manual para técnicos e os artigos de 1912

A ideia de escrever uma *Metodologia geral da psicanálise* (ou, simplesmente, um *Manual para técnicos*) acompanhou, praticamente, todo o trabalho clínico de Freud. A razão para tal desejo era bastante lógica. A cada paciente atendido, Freud aprendia algo mais sobre técnica e, com os casos apresentados, mais seus seguidores assim o solicitavam.

No final de 1909, Freud disse a Ferenczi que já escrevera vinte e quatro páginas da *Metodologia* prometida e, duas semanas depois, mais dez páginas foram acrescentadas as anteriores. Mas, a seguir, ele pôs o projeto de lado. Passaram-se dois anos até o aparecimento do trabalho *O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise*, de 1911, e de outros seis artigos de técnica publicados esporadicamente entre 1912 e 1915 (Gay, 1988, p. 275-276).

A conclusão que se chega é que a inexistência de um manual completo sobre técnica, de Freud, representou uma espécie de frustração histórica para os psicanalistas, porém a importância adquirida pelo conjunto dos seis artigos

² Ibid.



funcionou como uma espécie de compensação para o fato. Assim, pode-se também concluir que os clássicos artigos de 1912 (como ficaram conhecidos) são frutos das seguintes necessidades:

1. contraditar os praticantes da análise silvestre;
2. atender reivindicações de seu grupo;
3. dar por encerrado seu ambicioso projeto de publicar um livro sobre técnica.

Os artigos de 1912 são brilhantes. Freud empresta a eles um tom conciliador, mas sua autoridade para escrevê-los é total. Afinal, ninguém mais poderia escrevê-los e seus leitores os admiraram e os admiram profundamente, dadas suas qualidades, utilidades e por emprestarem aos psicanalistas um padrão técnico de identidade, não importando o quanto a técnica tenha evoluído.

Freud (1912) afirma que estava expondo a sua maneira de trabalhar. Outros poderiam proceder de modo distinto, adaptando-os a sua própria maneira. Mas, apesar dessas ressalvas, ele não deixou dúvidas de que esperava que essas recomendações fossem seguidas à risca por seus discípulos.

Recomendações aos médicos que exercem psicanálise (1912)

Eitingon, em 1912, agradeceu calorosamente a Freud pelas *Recomendações*, artigo com o qual *se poderia aprender muito*. E Eitingon não estava errado e tampouco na companhia de poucos. Não que as *Recomendações* fossem as últimas palavras de como conduzir uma análise, não eram sequer a última palavra de Freud.

Mas, se tomadas em seu conjunto, constituem uma base sólida de como encaminhar o encontro clínico, servir de guia para o aspirante a analista e de apoio para o praticante. Como Freud as aprendeu através de muitos percalços, as *Recomendações* referem várias oportunidades de acertos e armadilhas para erros, próprias do processo analítico (Gay, 1988, p. 285).

Relendo o texto de Freud (1912), percebe-se o seu conteúdo eminentemente prático. Ele foi capaz de explicar cada item técnico de modo tão rico em detalhes, que se tem a impressão de estarmos – com ele – em seu consultório psicanalítico, em uma espécie de aula prática. Ademais, como ele denominou os três seguintes artigos de técnica de *Novas recomendações*, isso parece indicar que Freud tinha,



de fato, a ideia de formar um conjunto complementar de artigos que servissem de base técnica de como conduzir uma análise.

O artigo discute onze itens, que têm a propriedade de estabelecer um roteiro de uma análise, tal como ocorre em um filme: o diretor (*Freud*) dirige uma história (*análise* como a história do paciente), a qual será contada de acordo com regras escritas (*técnica* como o roteiro) a serem seguidas pelos atores. Freud (1912), no artigo, discorre sobre os itens que seguem:

1) *Memória* – Aqui ele destaca a (aparente) dificuldade do analista de lembrar-se dos inumeráveis dados fornecidos pelo paciente. São nomes, datas, lembranças, etc. Além de ter que guardá-los, o analista não pode confundi-los com os de outro paciente. O que fazer? A resposta está toda ela contida na principal regra técnica discutida no artigo: a *atenção flutuante*. Esta “consiste simplesmente em não colocar atenção em algo específico, mas sim mantê-la suspensa em face de tudo o que se escuta” (Freud, 1912, p. 149-150). Em outras palavras, Freud está aconselhando a não se memorizar nada para lembrar-se de tudo; isto é, ouvir tudo para lembrar-se do material exposto através das associações livres estabelecidas durante a *escuta*. Como se vê, a atenção flutuante vem a ser a contrapartida da associação livre.

2) *Registro escrito dos dados do paciente* – Decorrente do item I, Freud não aconselha tomar notas integrais ou durante as sessões do material do paciente. As únicas exceções feitas são para aqueles dados *dignos de nota*, tais como datas, trechos de sonhos, eventos importantes, os quais, no entanto, devem ser registrados à noite, após o trabalho.

3) *Tomar notas para trabalho científico* – Consequência dos dois itens anteriores, este também é um expediente não recomendável. Ademais, relatórios exatos de histórias clínicas não demonstram vantagens sobre outros não tão exatos. Pelo contrário, vem da experiência a constatação de que a ostentação do primeiro fadiga o leitor, enquanto a descrição inexata do segundo envolve o leitor.

4) *Pesquisar e tratar ao mesmo tempo* – Ainda que a execução do processo analítico faça coincidir pesquisa e tratamento, Freud também não é a favor de se trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está em curso. A razão é simples: a técnica exigida por uma opõe-se à requerida pelo outro.

5) *Atitude do cirurgião como modelo*: Embora Freud acentue não poder aconselhar demasiadamente essa postura, devido, por exemplo, ao risco da ambição terapêutica, ele considerava uma dupla vantagem certa frieza do analista. O analista seria poupado de certo desgaste emocional e o paciente teria a maior ajuda do profissional.

6) *Atenção Flutuante* – Preconizadas e estabelecidas suas bases nos itens



anteriores, aqui Freud sublinha, explicitamente, o papel ímpar da atenção flutuante na técnica psicanalítica. Em síntese, trata-se da contrapartida, para o analista, da associação livre do paciente.

7) *Abstinência* – Freud defende uma posição contrária às técnicas sugestivas. Não prescreve uma atitude íntima, afetiva, que, inclusive, inclua confissões sobre a vida do analista em um verdadeiro vislumbre de seus defeitos e conflitos. E é nesse único sentido que Freud recomenda: “O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada exceto o que lhe é mostrado” (Freud, 1912, p. 157).

8) *Atividade educativa* – Segundo Freud, outra tentação que acomete o analista – tão logo ocorra algum progresso na análise – é a de indicar novos objetivos educativos, sublimativos ao paciente. Quer dizer, essa postura é tão negativa quanto a ambição terapêutica ao imprimir altos propósitos aos desejos do paciente. Novamente, aqui, o analista deve controlar-se e guiar-se pelas capacidades do paciente e não pelos seus próprios desejos.

9) *Intelectualização* – Embora seja difícil determinar “até que ponto se deve buscar a cooperação intelectual do paciente no tratamento” (Freud, 1912, p. 158), Freud recomenda cautela e considera errado o analista dar tarefas intelectuais ao paciente, tais como este último fazer uma síntese de um período específico de sua vida. De um modo particular, Freud ainda considera crucial para a análise dos pacientes portadores da intelectualização defensiva que esta regra seja especialmente observada. Num exemplo mais extremado, Freud cita a impropriedade de se utilizarem escritos psicanalíticos para assessorar seus pacientes ou dar livros aos pais ou parentes do paciente com o objetivo de conquistar sua confiança.

10) *Tratamento de parentes do paciente* – Aqui Freud se diz perplexo ante essa possibilidade, bem como confessa sua inteira incredulidade no resultado de tais tratamentos.

11) *Análise didática* – Esta derradeira recomendação (1912) deve ser encontrada no último parágrafo do item *a*, à página 151, e nos dois últimos parágrafos da letra *f*, às páginas 154 e 155. Na primeira parte, Freud disserta sobre a memória (excepcional) do analista e, ao mencionar falhas nesse processo, é taxativo em afirmar que elas somente ocorrem por perturbação pessoal do analista. Na segunda parte, informa que foi Steckel quem as denominou de “pontos cegos”, os quais devem ser objeto da análise pessoal do analista, a partir da qual poderá ficar ciente dos (seus) complexos que interferem na compreensão do que o paciente lhe diz. Freud arremata essa recomendação ao elogiar a escola de Zurique por ter corporificado a mesma sob a forma da exigência de que todos que



desejem efetuar análises em outras pessoas devem primeiramente ser analisados com alguém com conhecimento técnico prévio.

Freud e as técnicas clássica, definitiva e moderna

Em trabalhos anteriores (Mabilde, 2006a, 2006b, 2009), examinei questões relativas às diferenças entre método e técnica, assim como entre distintas técnicas, começando pelas de Freud. De um modo geral, são conceitos tomados como equivalentes, gerando confusão teórica e prática. No presente trabalho, interessa destacar o que segue.

Freud (1909) analisou Paul Lorenz (o nosso conhecido *Homem dos ratos*) por um ano devido à grave neurose obsessivo-compulsiva deste. Este caso, por apresentar o maior número de sessões dialogadas, dentre todos os de Freud, foi tido como o exemplo mais conspícuo da análise freudiana clássica. Embora o próprio Freud não o considerasse um trabalho sobre técnica, por quarenta anos ele foi julgado assim, inclusive como a técnica definitiva de Freud.

De repente, surgiram contestações sobre essa técnica. Lipton (1977) revisou tais críticas de vários autores, entre eles Kris (1951), que criticou a doutrinação intelectual; Kanzer (1952) concluiu que a transferência não foi bem entendida; Jones (1955) julgou negativas as explicações teóricas e a permissividade para atitudes familiares; Grunberger (1966) avaliou prematura e brutal a forma pela qual Lorenz deparou-se com certa fantasia inconsciente; Zetzel (1966) censurou as respostas espontâneas não limitadas à interpretação; Weiner (1973) desaprovou as autorrevelações e um tipo de conversa geral; Rangell (1974) reputou como obsoletas as análises dos homens dos ratos e dos lobos; Beigler (1977) afirmou que Freud mudou sua técnica depois desse caso.

Eu gostaria de destacar quatro pontos das observações de Lipton (1977) com as quais estou inteiramente de acordo:

1) As críticas acima redefiniram a técnica de Freud, expandiram-na, ao darem maior ênfase ao comportamento do analista como distinto de seu propósito (contratransferência) e incorporaram à técnica questões que Freud não considerava técnicas, mas sim artefatos, oriundos de seu relacionamento pessoal, não técnico, com o paciente (por exemplo, alimentar o paciente, revelar seus próprios pensamentos, levantar, corrigir o paciente, dar risadas).

2) Entretanto, a repercussão dos intercâmbios com o paciente, Freud a considerava dentro da técnica, como tal era analisada (por exemplo, o fato de que



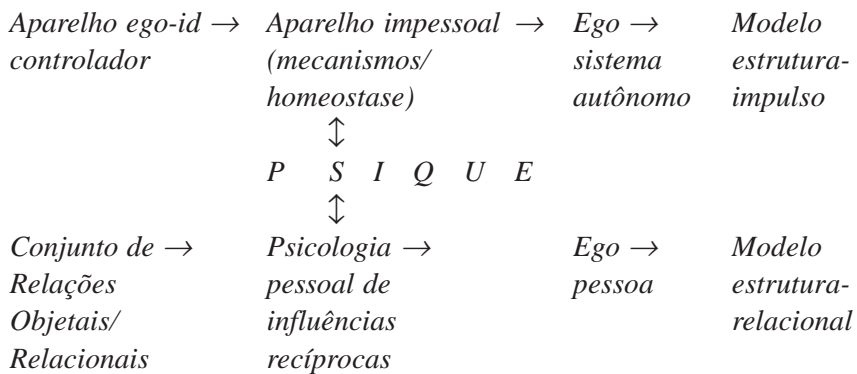
Lorenz não gostava de arengue e que não comeu o que lhe foi servido).

3) *Essa nova técnica (redefinida pelas críticas) deve ser chamada de “moderna” e não deve ser confundida com a técnica de Freud utilizada com Lorenz, esta, sim, a técnica “clássica”, que Freud nunca mudou, conforme atestam outros casos (vide a análise com a Sra. Strachey) e a total ausência de declarações dele nesse sentido (o grifo é meu).*

4) A técnica de Alexander/French (1946) – Experiência Emocional Corretiva – provocou forte reação negativa entre os psicanalistas, que a consideraram não analítica. Como tal, eles alegavam que a proposição de Alexander se opunha à técnica *clássica*, o que fez aumentar ainda mais a confusão entre qual era a análise clássica e qual não era, uma vez que eles usavam o termo no sentido de acentuar tão somente o paradigma freudiano.

Freud: o paradigma unificador

A abordagem freudiana inclui (Mabilde, 1989, 1993)



O diagrama acima permite entender a origem das assim denominadas *escolas psicanalíticas*. Atualmente elas seriam quatorze:

- 1) *Kleiniana* (Klein, Heimann, Racker, Money-Kyrle, Segal, Rosenfeld);
- 2) *Bioniana*; 3) *Winnicottiana*; 4) *Grupo Independente dos Analistas Britânicos* (Ferenczi, Balint); 5) *Freudianos Contemporâneos de Londres* (Sandler, Fonagy); 6) *Psicologia do Ego* (Hartmann, Kris, Loewenstein, Jacobson, Mahler); 7) *Interpessoal ou Culturalista* (Sullivan, From-Reichmann, Horney); 8) *Pós Psicologia do Ego* (Kernberg; Searles); 9) *Psicologia do Self* (Kohut); 10)



Interativista (Greenberg, Mitchel, Benjamin, Model); 11) *Intersubjetivista* (M. e W. Baranger, Ogden, Renik, C. e S. Botelha); 12) *Lacanianana*; 13) *Matiz francesa não lacanianana dos freudianos contemporâneos* (Laplanche, Green); 14) *Matiz francesa da escola psicossomática*.

Da mesma forma que Freud foi modificando suas teorias com base nas mudanças técnicas, essas escolas são o resultado da introdução de novas técnicas frente a desafiadoras condições clínicas que não respondiam tão bem ou simplesmente não respondiam à abordagem clássica. Quer dizer, seus criadores repetiram Freud, ao testarem novas técnicas em antigas ou novas entidades patológicas na busca de melhores resultados. Obtido isso, formularam novas teorias que fundamentaram essas técnicas (Mabilde, 2003). Em conjunto, teoria, técnica e seguidores constituíram escolas unilaterais, já que apregoavam suas próprias técnicas. Tal evolução da técnica plasmou a quebra e a eleição de novos paradigmas, constituintes das escolas, as quais foram impulsionadas por eles: pulsional-objetiva, relacional-subjetiva e intersubjetiva (Mabilde, 2009).

Considerando, portanto, os esclarecimentos acima sobre o próprio Freud e os relativos às escolas psicanalíticas, é que vou examinar os aspectos evolutivos dos itens contidos nas *Recomendações*, no sentido de verificar possíveis alterações e inovações. Não será desprezado, também, comparar a técnica definitiva de Freud com as das escolas.

O que cem anos fizeram com as *Recomendações*?

Por um lado, a técnica moderna *não* modificou o apregoado nas *Recomendações*. Pelo contrário, as consequências sobre elas foram as de *ênfatizar* ainda mais as regras ali contidas, já que Freud foi o primeiro a não cumpri-las. Tudo isso porque – como vimos – Freud *não* considerava *dentro* da sua técnica aquelas manifestações ou reações decorrentes de seu relacionamento social com seus pacientes. Mas, por outro lado, ao incorporar todos os elementos criticados em Freud, a técnica moderna alterou, e em muito, as *Recomendações*, sobretudo por questões ligadas à contratransferência (CT).

Assim – nesses primeiros cinquenta anos – o conceito de contratransferência foi ampliado para além dos aspectos neuróticos do analista (Winnicott, 1949; Heimann, 1950; Little, 1951; Reich, 1951; Gitelson, 1952; Milner, 1952; Racker, 1957), passando a referir-se às respostas afetivas globais do



analista (Heimann, 1950). Esta postura reconhece a natureza interativa da transferência e da contratransferência. A visão do papel do analista como tela em branco sofreu críticas cada vez mais intensas de todas as escolas (Hinshelwood, 2001, p. 161-162).

Com base no artigo de Hinshelwood (2001), vejamos algumas delas. O artigo principal coube a Heimann (1950), que determina mudança radical: a CT abarca a totalidade dos sentimentos do analista em relação ao paciente, bem como passa de empecilho para importante instrumento técnico. Racker (1957) – influenciado por Heimann e Klein – afirma ser a transferência a expressão das relações do paciente com a CT. Embora Klein (Spillius, 1992) tenha permanecido cética quanto aos *insights* que a CT poderia trazer, seus principais seguidores (Money-Kyrle (1956), Bion (1959), Segal (1975) Rosenfeld (1987)) tiveram papel importante na construção do novo paradigma técnico, a CT Totalística. Money-Kyrle amplia a noção de CT normal, presente em Heimann, ao acentuar que dita *empatia* é produto de rápida interação entre os mecanismos de identificação introjetiva (escuta analítica) e de identificação projetiva (compreensão, reprojeção e interpretação). Bion (1962) descreve a natureza da perturbação do analista através de um modelo bastante familiar à psicanálise. Elaborou essa visão como *continente* e *contido*, segundo o qual o *setting* analítico consiste em um continente semelhante à mãe, que introjeta a ansiedade do paciente (bebê), digere-a, converte-a e a comunica em linguagem verbal sob a forma de uma interpretação. Rosenfeld (1987) via como um pré-requisito do tratamento analítico ter suficiente contato com os sentimentos e pensamentos do paciente para sentir em si o que estava acontecendo nele.

Essas novas abordagens da CT já seriam suficientes para modificar três dos mais decisivos preceitos contidos nas *Recomendações*. Afinal como seria possível manter a *atenção flutuante* incólume se o analista também deveria valorizar seus próprios sentimentos? O mesmo se diria em relação ao modelo do cirurgião e à regra da abstinência do analista, pois considerar a CT um instrumento não incluiria, pelo menos em parte, a presença de um instrumentista atento e participativo? Mas tais modificações ficam mais claras em outro grupo inglês. Na tradição psicanalítica britânica, a segunda fonte de ideias sobre CT recai sobre as experimentações clínicas de Ferenczi (1988), continua-se com Balint (1936-9, 1950), Little (1951), Winnicott (1969), Kohon (1986), Rayner (1991) e Stewart (1993).

Este Grupo Britânico Independente defende uma identidade analítica flexível, negociada com o paciente para criar e praticar novas relações. Winnicott



(1971) teorizou essa tendência com suas descrições do espaço transicional, onde a pessoa pode “brincar” para gratificar sua onipotência infantil na vida adulta. Dentro disso, a CT vira simplesmente um estilo pessoal que colabora com o paciente e oferece ao mesmo uma parte igualitária, a qual, no processo, restaura a mutualidade normal da resposta afetiva de um ao outro. São intensas, portanto, as divergências técnicas entre as duas escolas. Para Bion (1962), seguindo Klein, a regra de abstinência serve para priorizar e maximizar o vínculo K (conhecimento) em detrimento dos vínculos L e H (vínculos emocionais mais familiares), o que leva o analista a uma identidade epistemofílica (de vínculo K.). Assim sendo, os kleinianos usam os sentimentos do analista como fonte de material a ser analisado como indicação das “encenações” em que ficam enredados. Para os independentes, seus sentimentos são o fator mais importante na criação do ambiente terapêutico, logo, não só não devem deles se abster, como servem a um propósito distinto de analisá-los.

Os Psicólogos do Ego preservam a regra de abstinência e, em boa parte, a tela em branco da técnica freudiana, o suposto desligamento da experiência pessoal. Isto provém da sua concepção de áreas livres de conflito do ego, as quais devem ser ampliadas pela análise através de interpretações oriundas das áreas livres de conflito do analista. Logo, a CT é um obstáculo ao funcionamento livre de conflito. Esta breve descrição da regra de abstinência preserva, em grande parte, a ideia de “tela em branco” da técnica analítica.

Os Freudianos Contemporâneos de Londres (Sandler, 1976, 1993; Fonagy, 1991), que estudaram com A. Freud, foram identificados durante muito tempo com os psicólogos do ego norte-americanos. Mais recentemente, fizeram mudanças teóricas para diminuir a distância entre eles e as teorias das relações de objeto britânicas, principalmente com as ideias kleinianas. Primeiro foi com o conceito de identificação como elemento significativo da CT. Depois foi com a questão da escuta empática para considerar a “encenação” (*enactment*) uma contratransferência, ou seja, o papel que o paciente espera encontrar no analista. Sandler preferiu manter o termo CT para a condição neurótica, reservando a expressão “correspondência ao papel” (*enactment*) para a expansão mais recente. Alguns kleinianos (O’Shaughnessy, 1992; Feldman, 1993) admitiram a equivalência dos termos de Sandler com os deles, do que resultou uma maior convergência e certa influência sobre alguns psicólogos do ego norte-americanos, em especial os de posição intersubjetivista (Renik, 1993; Ogden, 1994). Por sua vez, os intersubjetivistas influenciaram o grupo de Londres, especialmente Fonagy (1991). No entanto, o foco terapêutico dos intersubjetivistas está no contexto psicanalítico, o contexto do paciente sendo o analista interativo – e isso contrasta



com a abordagem dos interpersonalistas, que enfatizaram os contextos sociais fora da análise. Seu foco de interpretação no aqui e agora também traz esses analistas para perto de todas as formas de escolas britânicas.

Autores como Searles (1959) e Kernberg (1965) exprimiram um tom divergente do modelo de redução pulsional. A partir daí, houve uma fuga da psicologia do ego devido à pressão de novas concepções sobre a CT. A partir da década de 1970, duas novas tendências emergem com a intenção de dar mais ênfase aos aspectos relacionais do *setting* analítico: a Psicologia do Self e os Intersubjetivistas.

A Psicologia do Self obedeceu a um afastamento deliberado da psicologia do ego feito por Kohut (1971), que inseriu um *self* sofredor em relação com os *self*-objetos e continuou encarando a CT como interferência neurótica, a qual perturba a escuta empática e a experiência do espelho para o narcisismo do paciente. Este espelho contratransferencial pode fazer duas coisas: a) construir o *self*; b) fusão grandiosa com um objeto ideal. Enquanto o paciente pode estar dividido entre a transferência e a aliança terapêutica (área livre de conflito), os aspectos contrastantes do analista são a CT (neurótica) e a empatia. Essa confrontação leva a um trabalho interativo mais aberto, menos devotado ao *insight* e mais às experiências corretivas baseadas na empatia do analista – em que se relativizam a regra da abstinência e atenção flutuante.

Os Intersubjetivistas deram outra solução para o mesmo problema da “mecanização” da psicologia do ego. Além da valorização da subjetividade do paciente e do analista, há uma preocupação com a mutualidade como a forma capaz de conseguir investigar como a observadora afeta o observado em psicanálise (Atwood/Stolorow, 1984; Stolorow, 1987). Às vezes eles (os autores) parecem derivar do grupo independente de Londres, outras vezes se voltam para os mecanismos primitivos dos kleinianos. De qualquer forma, a CT contribui para um corpo de fatos clínicos *intersubjetivos*, em conjunto aos relativos à transferência (*terceiro objeto intersubjetivo*, Ogden, 1994). Tal tensão no contexto intersubjetivo trouxe de volta um reexame de Sullivan e da psicanálise interpessoal (Levenson, 1984; Cushman, 1994). No entanto, não são abordagens superponíveis, pois o foco dos intersubjetivistas está no contexto psicanalítico (do paciente, sendo o analista interativo), o que contrasta com o dos interpersonalistas, que é voltado para o contexto social fora da análise. É claro que tal interatividade altera as principais regras das *Recomendações* tais como a abstinência do analista, o modelo do cirurgião e mesmo a de desestimular a intelectualização.

Lacan (1966) dispensou o termo CT com o argumento que este dava a entender uma reciprocidade entre paciente e analista, mas essa relação está longe



de ser igual (1977). Para ele, na análise, repete-se uma luta pelo poder e o analista (progenitor) sempre vence. Lacan estava preocupado com o desejo do analista tanto quanto com os desejos do paciente. O primeiro, do analista, pode ser sintetizado pelo que lhe é requerido: aquele que se supõe saber, portanto, o paciente fica alienado de si, em detrimento do desejo do analista. Assim sendo, para ele, a CT é interferência, algo que interfere diretamente no paciente (Lacan, 1951). Mesmo com a análise pessoal, o analista apenas troca o seu desejo anterior daquele por um novo: o desejo do analista. Como se vê, Lacan rejeitou o princípio clássico freudiano da neutralidade técnica.

Conclusões

1) “Todas as visões sobre CT, que se desenvolveram nos últimos cinquenta anos, adotam a percepção de que a identidade do analista inclui uma pessoa com sentimentos” (Hinshelwood, 2001, p. 178).

2) “O analista tem uma identidade pessoal e uma identidade profissional, as quais estão implicadas no trabalho analítico. Essa mutualidade cada vez maior é a resposta psicanalítica à retórica da democratização profissional, o que atinge a ideia da CT, o mais pessoal dos instrumentos profissionais” (Hinshelwood, 2001, p. 178).

3) Cada vez mais a psicanálise tem aceitado que o pessoal é profissional.

4) As conclusões acima, por si só, alteram a atitude técnica do analista, no que se refere ao trabalho de Freud, de 1912, *Recomendações...* Altera a regra da atenção flutuante, da neutralidade técnica, do modelo do cirurgião, da abstinência do analista e até mesmo questões tais como “tomar notas”, “intelectualização” são passíveis de discussão. □

Referências

- ALEXANDER, F.; FRENCH, T. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald.
- ATWOOD, G. E.; STOLOROW, R. D. (1984). *Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale: Analytic.
- BALINT, M. (1936). The final goal of psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoanal.* v. 17, p. 206-216.
- _____. (1950). Changing therapeutical aims and techniques in psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* v. 31, p. 117-124.
- BALINT, M.; BALINT, A. (1939). On transference and countertransference. *Int. J. Psychoanal.* v. 20, p. 223-230.

- BION, W. R. (1959). Attacks on linking. *Int. J. Psychoanal.* v. 40, p. 308-315.
- _____. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- CUSHMAM, P. (1994). Confronting Sullivan's spider-hermeneutics and politics of therapy. *Contemp. Psychoanal.* v. 30, p. 800-844.
- FELDMAN, M. (1993). The dynamics of reassurance. *Int. J. Psychoanal.* v. 74, p. 275-285.
- FERENCZI, S. (1988). *The clinical diary of Sándor Ferenczi*. Cambridge, MA: Harvard Univ.
- FONAGY, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int. J. Psychoanal.* v. 72, p. 639-656.
- FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. (1909). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 10. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. (1910). Psicanálise silvestre. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. (1937a). Análise terminável e interminável. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. (1937b). Construções em análise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- GAY, P. (1988). *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Schwarcz, 1989.
- HEIMANN, P. (1950). On countertransference. *Int. J. Psychoanal.* v. 31, p. 81-84.
- HINSELWOOD, R. Dona. (2001). Contratransferência. *Livro Anual de Psicanálise*, v. 15, p. 161-182.
- KERNBERG, O. (1965). Notes on countertransference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* v. 13, p. 38-56.
- KOHON, G. (1986). *The british school of psychoanalysis: the independent tradition*. London; New York: Free Association Books.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: Int. Univ. Press.
- LACAN, J. (1951). Intervention sur le transfert. In: *Écrits*. Paris: Seuil, 1966, p. 215-226.
- _____. (1966). *Écrits*. Paris: Seuil.
- _____. (1977). *Écrits. A selection*. London: Routledge.
- LEVENSON, E. A. (1984). Harry Stack Sullivan: the web and the spider. *Contemp. Psychoanal.* v. 20, p. 174-188.
- LIPTON, S. D. (1977). The advantages of Freud's technique as show in his analysis of the rat man. *Int. J. Psychoanal.* v. 58, p. 255-273.
- LITTLE, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *Int. J. Psychoanal.* v. 32, p. 32-40.
- MABILDE, L. C. (1989). *Conceito de relação de objeto em psicanálise: estudo teórico-evolutivo*. Trabalho apresentado em evento na SPPA, agosto de 1989.
- _____. (1993). Conceito de relação de objeto em psicanálise: as perspectivas de Freud e M. Klein. *Rev. Psic. SPPA*. v. 1, n. 1, p. 53-71.
- _____. (2003). A psicanálise pode não ser intersubjetiva? *Rev. Bras. Psic.* v. 37, n. 2/3, p. 299-310.
- _____. (2006a). Método analítico: Freud na atualidade. *Rev. Psic. da SPPA*, v. 14, p. 465-474, 2008.
- _____. (2006b). O método analítico como fator unificador entre teorias múltiplas e técnicas distintas. *Psicanálise*. v. 10, n. 2, 2008, p. 403-475.



Luiz Carlos Mabilde

- _____. (2009). Evolução da técnica psicanalítica. *Rev. Bras. Psicoterapia*. v. 11, n. 2, p. 161-181.
- MONEY-KYRLE, R. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *Int. J. Psychoanal.* v. 37, p. 360-366.
- O'SHAUGHNESSY, R. (1992). Enclaves and excursions. *Int. J. Psychoanal.* v. 73, p. 603-611.
- OGDEN, T. (1994). The analytic third: working with inter-subjective clinical facts. *Int. J. Psychoanal.* v. 75, p. 3-19.
- RACKER, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanal. Q.* v. 26, p. 303-356.
- RAYNER, E. (1991). *The independent mind in british psychoanalysis*. London: Free Association Books.
- RENIK, O. (1993). Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal. A.* v. 62, p. 553-571.
- ROSENFELD, H. (1987). *Impasse and interpretation*. London: Routledge.
- SANDLER, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int. Rev. Psychoanal.* v. 3, p. 43-47.
- _____. (1993). On communication from patient to analyst: not everything is projective identification. *Int. J. Psychoanal.* v. 74, p. 1097-1107.
- SEARLES, H. (1959). The effort to drive the other person crazy. In: *Collected Papers on Psychoanalysis and Related Subjects*. New York: Int. Univ.
- SEGAL, H. (1975). A psychoanalytic approach to the treatment of schizophrenia. In *Studies of Schizophrenia*. Ed. Malcolm Lader. Ashford: Headley, p. 94-97.
- SPELLIUS, E. (1992). Clinical experiences of projective identification. In: *Clinical Lectures on Klein and Bion*. Ed. R. Anderson, London: Routledge, p. 59-73.
- STEWART, H. (1996). *Michael Balint*. London: Routledge.
- STOLOROW, R. et al (1987). *Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic.
- _____. (1969). The use of an object. *Int. J. Psychoanal.* v. 50, p. 711-716.
- _____. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.

Recebido em 06/05/2012

Aceito em 25/05/2012

Revisão técnica de **Neusa Knijnik Lucion**

Luiz Carlos Mabilde

Rua Tobias da Silva, 99/303

90570-020 – Porto Alegre – RS – Brasil

e-mail: mabilde@terra.com

© Revista de Psicanálise – SPPA