

Sobre a ação terapêutica da psicanálise no século XXI¹

Marilia Aisenstein², Paris

Resumo: A fim de apoiar a ideia de que a psicanálise atualmente faz parte do processo de civilização, a autora examina a noção de ação terapêutica da psicanálise à luz de importantes obras freudianas. Também discute a contribuição de alguns pensadores seguidores de Freud, como Klein, Bion, Green, Lacan e a influência deles. Ela considera que a psicanálise é um método único com condições de resistir aos ataques contra o pensamento que precisamos enfrentar atualmente.

Palavras-chave: pulsão; pulsão de morte; libido; processo analítico; *Kulturarbeiten*; civilização; processo de pensamento; trabalho interpretativo; transferência; perlaboração

O desenvolvimento da neurociência, a aparição de novas modalidades terapêuticas, a evolução da tecnologia, e finalmente a mudança social e cultural nos obrigam a inquirir a respeito das especificidades da ação terapêutica de um método longo e custoso como a psicanálise. Porém, eu argumentaria que atualmente, e acima de tudo atualmente, ela permanece incomparável em relação a todas as outras formas de tratamento já que busca não só curar ou melhorar, mas oferecer seus préstimos como *Kulturarbeiten*, como “trabalho da cultura” e à abertura dos processos de pensamento. A própria noção de ação terapêutica necessita revisão.

A noção de ação terapêutica não pertence aos conceitos que constituem a metapsicologia freudiana. Por isso, Freud raramente a discute, ainda que ela inspire toda a sua obra.

Freud estava convicto da eficácia terapêutica da psicanálise. É verdade que seu contato com pacientes que sofriam de histeria levou-o a examinar a questão da eficácia. Mas ele nunca perdeu a convicção. Na verdade, ele sempre procurou afinar, e até alterar, a teoria quando se defrontava com decepções clínicas.

A descoberta da reação terapêutica negativa, da neurose traumática, da compulsão à repetição levaram-no a introduzir, em 1914, o conceito de narcisismo na teoria das pulsões e, a seguir, em 1920, a abandonar o primeiro dualismo pulsional – pulsões de autoconservação e sexuais – e a substituí-lo pela oposição de libido e pulsão de morte. Similarmente, a segunda teoria pulsional levou-o a rever sua concepção da primeira topografia do aparelho psíquico sugerida no capítulo sete de *A interpretação dos sonhos*, em que os três sistemas – o inconsciente, o pré-consciente, e o consciente são diferenciados. Cada sistema tem sua função, processo e energia próprios, e cada um se distingue por seu conteúdo representativo. Entre eles Freud coloca censuras que inibem ou controlam a passagem de um para o outro. A tese central da distinção entre os sistemas se relaciona à concepção dinâmica, essencial a todo pensamento psicanalítico em que os três sistemas estão em conflito entre si.

De 1920 em diante, a oposição entre pulsão de morte e libido, que combina sexualidade e autoconservação, em minha opinião elaborada para levar em conta a destrutividade humana, cujos limites e defesas inconscientes não tinham sido inicialmente avaliados,

1 Publicado no *Psychoanalytic Quarterly*, 76S: 1443-1461, 2007.

2 Analista didata da Sociedade Psicanalítica de Paris SPP.

forçaram-no a repensar sua compreensão da topografia. Na realidade, dois fracassos em sua prática clínica fizeram-no ver que nem sempre era possível fazer coincidirem os polos do conflito defensivo com os sistemas, o reprimido com o inconsciente e o ego com o pré-consciente–consciente.

Mais complexa do que a primeira topografia, a segunda põe em funcionamento três instâncias: o id, ou polo pulsional da personalidade; o ego, ou instância representante dos interesses da integridade da pessoa e que, por definição, é investido pela libido narcísica; e, finalmente, o superego, formado a partir das exigências internalizadas e das proibições parentais. Essa concepção não só permite que as fronteiras de um sistema entrem em ação, mas também as relações dentro do sistema e entre os sistemas.

Como se pode ver, a primeira concepção topográfica é verdadeiramente “topográfica” por ser espacial, enquanto a segunda parece-me mais marcada pela noção de uma “cena”, como na cena do sonho ou da fantasia, sendo o campo intrassubjetivo modelado sobre a concepção intersubjetiva. Freud nunca desistiu de conciliar as duas topografias; assim, no capítulo seis do “Esboço...” (1938) ele tentou mais uma vez dar uma representação espacialmente figurada do aparelho psíquico total em que as divisões entre consciente, inconsciente e pré-consciente coexistem, assim como as divisões e relações entre ego, id e superego.

Permaneço uma leitora apaixonada da obra de Freud, que me surpreende como um todo com milhares de aberturas. Retorno constantemente a ela, tal qual faço com um dicionário em que um verbete inevitavelmente me leva a examinar muitos outros. Descrevo as obras dele como um quebra-cabeça gigante em que a descoberta de que falta uma pequena peça leva à reconstrução do todo, mas de acordo com regras que me obrigam a preservar o todo enquanto mesmo assim eu o altero. Às vezes, associo esta metáfora com o caleidoscópio que me fascinava na infância. Ao sacudi-lo a imagem mudava, e outra se formava a partir das mesmas peças.

E, no entanto, há uma dimensão histórica profunda nas obras de Freud além de variáveis, ou princípios, que ele nunca abandona. Esses princípios me guiam em uma investigação inexorável que se apoia em seu rigor teórico. Eis uma lista não exaustiva de cinco, todos obviamente correlatos:

1. A existência do inconsciente.
2. A pulsão, cuja fonte é somática e cujas representações estão na psique e que está sempre em oposição a outras pulsões.
3. A dualidade das pulsões.
4. O conflito psíquico consciente ou inconsciente, constitutivo dos seres humanos, entre desejo e defesa, entre as instâncias cujo principal conflito é o edípico.
5. E o último desses eixos parece acertadamente ser a convicção da ação terapêutica da psicanálise.

Ele reafirma sua convicção nas últimas linhas da trigésima quarta conferência “Explicações, aplicações e orientações”. Ali, Freud insiste no valor “verdadeiro” da psicanálise. Para ele, essa verdade possibilita a melhora. Depois disso, afirma:

Como método de tratamento é um entre muitos, ainda que, com certeza, *primus inter pares*. Se não tivesse valor terapêutico não teria sido descoberta, como foi, vinculada a pessoas doentes e não prosseguiria se desenvolvendo por mais de trinta anos. (1933, p. 157)

Setenta anos mais tarde, essa frase ainda tem atualidade candente. Permanece a questão de como definir melhor o que queremos dizer atualmente acerca dos efeitos da ação terapêutica. Do meu ponto de vista, esse princípio evoluiu ao longo da obra de Freud e, às vezes, permanece como fonte de ambiguidade já que está muito correlacionado à nossa compreensão do aparelho psíquico e do seu funcionamento, assim como a concepções culturais e pessoais, às vezes implícitas, dos seres humanos e do mundo. Voltarei à difícil questão das diferenças em nossas teorias implícitas ou explícitas para tentar entender como podem ser comparadas no campo psicanalítico e como se revelam na formulação de nossas interpretações.

Antes de fazê-lo, gostaria de discutir primeiro a evolução da noção de ação terapêutica em Freud, em que vejo diversos estágios. De acordo com o modelo médico clássico, o efeito de uma ação terapêutica, qualquer que seja, pode ser resumido como se recuperar do sintoma e como “retorno *ad integrum*.” Em psicanálise esse modelo logo se mostra dificilmente defensável. A sedação de um sintoma neurótico não implica um retorno a um estado anterior, mas a uma modificação psíquica ligada a uma realização. Mudança substitui a ideia de catarse.

Se, para Freud, o modelo de psicanálise como terapia nasce da abolição do sintoma conversivo, a seguir esse modelo se tornará cada vez mais complexo. No tratamento, a ideia de “perlaboração psíquica” (*Durcharbeiten*)³ substitui a de superação⁴ das resistências. A perlaboração psíquica deveria ser, primeiro, entendida em referência ao conceito freudiano de aparelho psíquico, que transforma e transmite a energia pulsional, ela própria definida a partir desse ponto de vista como “medida da demanda de trabalho feita sobre a mente” (*S.E.* VII, p. 168). Depois, *Durcharbeiten* é definida como a transformação da quantidade de energia que permite que ela seja controlada por meio de desvio ou ligação. Assim, distinguem-se dois níveis:

- A transformação de energia somática em qualidade psíquica.
- O estabelecimento de percursos associativos que exigem que essa transformação tenha ocorrido antes.

Depois de 1914, e da introdução do conceito de narcisismo, a noção de perlaboração fornece uma intersecção do registro econômico e do simbólico. Depois de 1920, e da segunda teoria das pulsões, torna-se possível ver uma analogia entre o que Freud entendia por *Durcharbeiten* no trabalho do tratamento e o modo de funcionamento espontâneo do aparelho psíquico, sendo este último o elemento terapêutico de acordo com o significado muito clássico já descrito por Baruch Spinoza (1677), que fala disso em termos de “crescimento do ser”⁵.

A meu ver, a ação terapêutica da psicanálise pode ficar fundida ao processo analítico. Seus efeitos são o aumento e a melhora do funcionamento psíquico, que vai lado a lado com a capacidade de aceitar e de viver melhor os conflitos inerentes à vida. Para mim, este último conceito freudiano permanece ainda hoje atual e válido. Estou entre os que pensam que nenhuma teoria da ação terapêutica pode ser provada, motivo pelo qual permaneço bastante cética acerca de a pesquisa no campo da psicanálise se passar por empírica. Acredito que o modo como entendemos a ação terapêutica se correlaciona à nossa compreensão

3 NT No inglês: working-through.

4 NT No inglês: work-out.

5 NT No inglês: growth of being.

tanto do aparelho psíquico quanto ao processo clínico do tratamento. Assim, elas diferem de escola para escola e de um arcabouço teórico a outro. A principal dificuldade não parece se dever às divergências entre nós, que podem ser suficientemente descritas, mas ao fato de que, qualquer que seja o arcabouço teórico, cada psicanalista trabalha com certo número de teorias em que algumas são conscientes e outras permanecem implícitas.

Acho esta questão importante por dois motivos. Primeiro, por estar relacionada ao problema da ampliação da noção de contratransferência e do seu uso entre alguns pós-freudianos; e segundo, é por meio do que está implícito e inconsciente na teoria da contratransferência que eu vejo a única resposta satisfatória para a pergunta “impossível”, o que permite a um psicanalista admitir que outro tenha feito de fato um trabalho clínico, apesar das nossas, às vezes, irreconciliáveis diferenças?

Mais de uma vez tive a experiência de ouvir discussões teóricas de colegas de escolas diferentes e de dizer a mim mesma que o que pensamos ser teoria analítica estava a anos-luz de distância. A seguir, ficava separada em um pequeno grupo com o mesmo colega e conseguia observar em sua narrativa de uma sessão que ele estava fazendo trabalho psicanalítico de fato, ainda que as modalidades interpretativas não fossem aquelas com as quais eu estava acostumada. Igualmente, senti-me muito próxima e cheia de admiração diante de material clínico discutido por colega cujas posições teóricas eu pessoalmente desaprovava.

A singularidade (ou originalidade) de se fazer referência a um *corpus* teórico no campo da psicanálise é que o que está explícito e implícito encontra seu caminho na porção inconsciente da contratransferência. Essa referência molda nosso modo de entender e de interpretar o material, mas é uma questão do que se poderia denominar “implicações técnicas da teoria”. Porém, existe também uma parte mais obscura de nossas teorias que tem toda a probabilidade de estar relacionada aos resíduos não analisados das nossas transferências com nossos analistas, na verdade, com nossas identificações e contraidentificações com certos mestres com cujo pensamento nos identificamos.

Chamo essa porção obscura de “magma teoricoclínico transferencial-contratransferencial”. Esse “magma”, se me for permitida a expressão, está fora do nosso controle e, como tal, pode ser bastante incômodo, mas é também um elemento de surpresa no tratamento. Minha tendência é pensar que dois psicanalistas falando “línguas psicanalíticas estrangeiras” partilham um “adiamento clínico da pena capital⁶” e que esse adiamento se relaciona a seus respectivos magmas e não a uma igualdade básica teórica fundamental.

Rejeito a resposta que consiste em evocar a relação. Não que eu pense que a relação não faz sentido, mas de modo algum considero que possa nos dar informação teórica séria e válida acerca de um processo psicanalítico ou sobre os efeitos terapêuticos desse processo. Tudo que tem a ver com ela parece cair dentro da porção consciente da contratransferência e por isso deve ser submetida à autoanálise.

Depois de Freud

Se, na obra de Freud, já existe uma evolução da noção de perlaboração psíquica e, conseqüentemente, da ação terapêutica da psicanálise, a seguir essa evolução torna-se mais aprofundada com os grandes pensadores que o sucederam. Na Europa, Melanie Klein, pri-

6 NT – No inglês: moment of reprieve: momento da suspensão da pena capital.

meiro, amplia os conceitos de projeção e de introjeção, e introduz a noção de identificação projetiva. Isso marca a base de um estudo mais sistemático e de um uso mais ampliado da contratransferência.

De modo bem diferente, mas seguindo Melanie Klein, Winnicott e Bion introduzem o uso dos conceitos de identificação projetiva e de contratransferência em sentido mais amplo, admitindo assim a ideia de que as fantasias inconscientes do paciente têm efeito na psique do psicanalista. Além do mais, se puderem ser perlaboradas, fornecerão informação frutífera a respeito da situação analítica e do paciente. Para André Green, o trabalho analítico com pacientes *borderline* e não neuróticos leva-nos a redefinir a transferência, o que enriquece a noção de perlaboração psíquica da contratransferência, que não mais se limita aos efeitos negativos ou afetivos do paciente sobre o psicanalista, mas se estende à plenitude de sua atividade psíquica durante e, às vezes, entre as sessões.

Eis aqui, então, um breve exemplo desse tipo de trabalho psicanalítico conduzido com um paciente atendido três vezes por semana, face a face.⁷

Um homem jovem, a quem chamarei Vanya, chega um dia para sua sessão. Eu o escuto subindo as escadas da frente, e a seguir, nada. Surpresa ao não ouvir a campainha, hesito em ir até a porta de entrada. Imagino ouvir passos, mas só muito de leve. Quatro minutos depois, o telefone toca e ouço a voz de Vanya em minha secretária eletrônica. “Você me esqueceu, portanto, estou indo embora. Telefone-me para dizer se...” Quando pego o receptor para lhe falar, ele já tinha desligado.

Corro para a porta da frente, e o vejo pelo painel de vidro – correndo como um relâmpago, telefone celular na mão. Fico perturbada, e meu mal-estar aumenta quando a faxineira chega poucos minutos depois, exclamando: “O que você fez para o homem que acaba de sair? Ele corria feito louco e parecia desesperado.”

Todo tipo de ideias malucas passou pela minha cabeça – entre outras, que eu deveria alcançar Vanya na rua, ou telefonar para o seu celular e insistir para ele voltar. Não entendo o que o impediu de tocar a campainha (antes certifiquei-me de que funcionava corretamente); ele fazia isso há anos. Concluí que algo devia ter acontecido e que eu precisava rastrear até a sessão anterior.

Nesse meio tempo decido telefonar para Vanya em sua casa, e falo com a secretária dele. Deixei um recado com ela, deixando claro que recebi o telefonema, que eu estava ligando no horário da sessão dele, que eu estava no consultório, e que o esperaria na segunda-feira próxima, como de hábito. A secretária assegura que lhe dará o recado e, um pouco ansiosa, acrescenta que ele não estava bem desde o dia anterior.

Começo a rever em minha mente a sessão anterior o mais detalhadamente possível. O que surge em minha reflexão dificilmente é digno de nota, a não ser por um breve intervalo emocional, pouco habitual com ele: ele me irritara (embora obviamente eu tenha mantido a irritação para mim) chorando muito enquanto descrevia como “estava infeliz e muito solitário”, “quão perdido e abandonado” se sentira quando voltara para casa recentemente em um voo. Sabendo que o voo tinha sido no Concorde (em que eu jamais voara) – que o paciente escolhera exatamente para não perder uma sessão – eu estava ao mesmo tempo curiosa a respeito dos detalhes do voo e irritada por seu tom lamurioso.

7 A seguinte vinheta clínica apareceu pela primeira vez traduzida em um número especial do *Psychoanalytic Quarterly* (vol. 72, parte 1, 2003), p. 262-274 com o título: “How theory affects practice” [Como a teoria afeta a prática].

Além do mais, Vanya fizera a viagem para comprar uma pintura, outro fator que despertara minha curiosidade. Ficou evidente que ele a comprara simplesmente porque alguém recomendara e, na verdade, lhe era indiferente, já que não prestava muita atenção ao lugar em que morava. Incapaz de reconhecer a ansiedade do paciente a respeito dessa experiência de temporalidade caótica devido a um voo que abole o tempo, em lugar disso, questionei o motivo pelo qual ele comprara a pintura. A resposta dele foi brusca: “Não é da sua conta.”

A única condição em que eu sabia da possibilidade de Vanya estar sensível – sensível como uma chapa fotográfica, ou supersensível – era decorrente das emoções do interlocutor. Por exemplo, certa vez saiu abruptamente de uma loja por não ter se sentido acolhido pelo vendedor. Agora, depois de ele não ter tocado a campainha do meu consultório, fiz a reconstrução de que Vanya deve ter registrado minha explosão emotiva sem ter tido condições de reconhecê-la, pois quando ele acha que percebeu meu estado de humor, sempre exprime essa percepção para mim. Então, penso em Winnicott (1952/1989, p. 74-75), que, em carta de 27 de novembro de 1952 para R. Money-Kyrle, fala de “falhas do enquadre”⁸ como falhas do analista (isto é, falhas do espaço interno do analista, que reatualizam e acarretam a revivência de um ambiente primitivo com falhas de *holding*). Digo a mim mesma que preciso fazer algo a respeito de tudo isso com meu paciente.

Na sessão seguinte, quando Vanya nada menciona sobre o acontecido, eu lhe pergunto o que houve. Ele começa insistindo que não se lembra de não ter vindo à sessão. Quando lhe conto minha lembrança do fato, inclusive com a descrição do recado dele em minha secretária eletrônica, tudo lhe volta à lembrança. Ele fica surpreso, e tenta minimizar o incidente. Quando eu persisto, ele me conta que quando voltou para casa (sentindo-se muito mal), recebeu meu recado; e ficou satisfeito de eu estar preocupada. Ele então passou a ter um fim de semana agradável.

A seguir Vanya me conta que não sabe realmente por que não tocou a campainha. Ele não estava se sentindo bem, prosseguiu, e esperava que eu mesma lhe abrisse a porta: “Sim, você estaria esperando atrás da porta.” Mas, de algum modo, ficou convencido que eu o esquecera, e, assim, viveu uma experiência catastrófica.

Perguntei: “Você pensou que eu o esquecera enquanto estava em minha sala, ou você pensou que eu tinha ido embora?”

“Eu sabia que você estava aqui”, Vanya replicou.

Penso em fantasias da cena primária, e sugiro ao paciente que ele imaginou que eu pudesse tê-lo esquecido por estar pensando em outra pessoa. “Não”, diz Vanya em tom calmo que parece não combinar com sua objeção ao meu comentário. Ele acrescenta: “Como posso dizer... eu tinha certeza que você estava aqui, e ao mesmo tempo” – ele busca as palavras adequadas – “você tinha *desaparecido*”.

Destaco que fora ele que desaparecera, talvez na tentativa de me fazer sentir algo que ele estava vivendo intensamente. Prossigo então sugerindo, como eu antes frequentemente fiz, que ele deve ter tido experiências semelhantes quando criança. Responde, do seu jeito habitual, que *quer* acreditar em mim, mas como não se lembra de nada parecido, minhas interpretações não têm utilidade para ele. Ele consegue ser bem mordaz.

Tento então interessar Vanya em uma discussão da sessão precedente à que ele “desaparecera”. Ele não se lembra dela, e quando eu o relembro do relato do voo de volta, lembra-

se que, no final da sessão, sentira-se bastante nauseado. “Pensei que ia vomitar.” Quando penso de novo no meu sentimento de irritação invejosa, na ocasião, penso que na verdade eu tinha sido bem “nauseante.”

Como Vanya tem o hábito de me comunicar todas as suas sensações corporais durante as sessões – a fim de que possamos traduzi-las para uma linguagem que ele possa lembrar e refletir – pergunto-lhe como avalia sua náusea, e por que nada me contou sobre ela na ocasião. “Tive medo que isso a irritasse.” Em seguida, ri. “Você é muito esperta, mas eu também sou. Não contei porque teria de contar que almoçara em um restaurante excelente – o que achei inadequado mencionar, pois suponho que você não tenha muito tempo para almoçar.” Assim, Vanya sentiu minha reação emocional ao seu relato do voo do Concorde, mas não conseguiu exprimi-la para si, vivendo em seu lugar o desconforto físico que ele suprimiu. Deslocou a inveja para outra parte do material, mas ao mesmo tempo em que a sentira sem ter conseguido colocá-la em palavras.

Agora, podemos supor que essa interação com Vanya envolveu a projeção de um afeto vivido em sensações físicas? Este é um exemplo de projeção emocional que se movimenta livremente, como energia livre, exercendo efeito em qualquer material que surja no contexto da sessão? De fato, essas projeções ou deslocamentos de afeto para o sistema sensorial de maneira concreta estão muito presentes no trabalho da clínica psicossomática. Para dar um segundo exemplo, isso ocorreu com outra paciente minha – uma mulher que me contou que, sempre, ao sentir dor de estômago ou desconforto, ela se perguntava se tinha algum motivo para estar triste ou com medo.

Mas Vanya não é um paciente que somatiza; ao contrário, ele é quase perturbadoramente robusto fisicamente e, por isso, a náusea era significativa. Antonino Ferro descreveu “microtransformações durante o aqui e agora da sessão”⁹ que, graças a uma série de efeitos posteriores, são sempre capazes de modificar como o material é compreendido. Penso que esses efeitos posteriores, o que em francês chamamos *après-coup*, estão frequentemente localizados no funcionamento mental do analista, e tornam possível romper uma área de conluio inconsciente entre os dois protagonistas.

Toda essa concepção de trabalho psicanalítico é bastante diferente da definição de Freud, de 1914 de perlaboração psíquica. Ela nos leva a reconsiderar o trabalho de interpretação – que, longe de afetar apenas a resistência, consiste em elementos que se ligam e se desligam a partir de um campo de pensamento cogurado com o paciente. Isso não é totalmente novo, mas ilustra bem que a evolução do pensamento psicanalítico não está restrita à ampliação do campo clínico para incluir casos cada vez mais difíceis e pouco convencionais; na verdade, envolve também uma mudança no objetivo da psicanálise. O objetivo do estudo e pesquisa clínica analíticos é a elucidação do resultado de dois discursos entremeados no espaço da sessão que limita o enquadre.

Não é a convergência dessas ideias e seu impacto em nossa prática cotidiana que faz surgir noções um pouco diferentes de *perlaboração* e de *interpretação*? A decisão do analista de se abster de interpretar se baseia na extensão do hiato entre o que o analista consegue comunicar e o que o paciente pode receber. Quando o analista não só revela um significado oculto por trás de um sintoma, mas também co-cria com o paciente um significado anteriormente ausente, precisamos reconsiderar nossa visão do mecanismo de ação terapêutica. Os possíveis benefícios da psicanálise não se reduzem facilmente a um tratamento

sintomático passível de ser explicado, tendo em mente, mais uma vez, que tal tratamento, segundo o modelo médico clássico, é definido como retorno ao estado anterior. A ação terapêutica deve ser compreendida, ao contrário, como um movimento para o crescimento do campo psíquico. O conceito final de Freud de Eros e de pulsão de morte, no “Esboço...” (1938), deve ser entendido, creio, como tentativa de dar *status* metapsicológico ao processo de pensar e ao pensamento. A última teoria pulsional foi concebida com o intuito de dar espaço para os conceitos de narcisismo e de pulsão de morte.

A influência de Lacan na psicanálise francesa

1. Sobre a ação terapêutica

Jacques Lacan influenciou bastante a psicanálise na França. Não abordarei a cisão e os anos de “guerra” entre a escola lacaniana e as sociedades francesas filiadas à IPA. Estou mais interessada nos efeitos que julgo serem dignos de nota a respeito do fenômeno Lacan na psicanálise francesa em geral.

Primeiro quero mencionar o “retorno a Freud”, advogado por Lacan, que ressaltava intensamente a releitura e referência constante ao *corpus* teórico freudiano. A célebre afirmação no trabalho psicanalítico francês: “A remoção dos sintomas da doença não é o objetivo específico, mas é alcançado, por assim dizer, como subproduto se a análise for adequadamente realizada” – é, portanto, de Freud (do seu artigo da enciclopédia sobre “Psicanálise” em *S.E.*, v. 18, p. 251), mas foi destacado por Lacan (1953, p. 323-362, “Variantes do tratamento padrão”). Em que se compreende como necessidade lacaniana – o psicanalista deve estar interessado no processo psicanalítico e não na terapia – a consequência disso, que do meu ponto de vista é benéfica, é de não diferenciar psicanalítico de psicoterapêutico. Concordo plenamente com esse ponto de vista. É, além do mais, o de Freud. Há um único processo psicanalítico que é terapêutico em si. A psicanálise é a melhor psicoterapia; e quanto aos detalhes (a escolha do enquadre), isso é feito em relação à organização psíquica dos pacientes.

2. Sobre transferência e contratransferência

Na obra de Lacan (1961) deparamo-nos com uma teoria diferente de transferência: “A transferência não é, por natureza, algo antes vivido”. Transferência é a resposta do paciente à situação analítica que surge no paciente “apaixonado” pelo conhecimento que ele atribui ao analista. Se pessoalmente acho essa ideia interessante, no entanto eu contestaria suas implicações para a técnica. Para Lacan, a transferência não deve ser interpretada, pois isso levaria o paciente a se identificar com o *self* do analista. Além disso, a contratransferência não passaria de um “álibi” e de uma “mistificação” (p. 332).¹⁰ A meu ver, a técnica que consiste na alteração da duração das sessões toma o lugar do estudo da contratransferência na sessão.

3. Sobre a interpretação

Para Lacan (1973), a posição “objetivante” do psicanalista é fonte de alienação. Ele critica muito o mínimo sinal de sugestão contido em uma interpretação. Ele contesta a

¹⁰ Ver também Gilbert Diatkine, *Les lacanismes, les analystes français et l'Association Psychanalytique*, p. 389-400.

noção de “tornar consciente,” que não parece necessária para a interpretação ser eficaz. A interpretação não é dada para ser entendida, mas para “fazer ondas.”

A influência de Lacan sobre os psicanalistas franceses, até entre os que mais o criticam, fica evidente na maneira de formularmos a interpretação. Em artigo recente, Gilbert Diatkine (2001) compara o estilo interpretativo de um analista francês, Michel de M’Uzan, ao de uma analista britânica, Betty Joseph. (ibid., p. 397 e segs.). Em circunstâncias mais ou menos análogas, Betty Joseph explica à sua paciente o que está acontecendo entre elas. Ela ressalta para a paciente que, apesar das aparências, ela resiste à análise e mostra contra o que a paciente está se defendendo. A interpretação de Michel de M’Uzan não explica nada. É associativa, mas por ter um duplo sentido, incide direto em um conteúdo sexual bastante distante do discurso consciente do paciente. De M’Uzan (1999) afirma que explicações tocam apenas os extratos mais secundários e correm o risco de não ter o “impacto transformador” associado ao elemento surpresa. O impacto da interpretação é sentido na fronteira entre o inconsciente e o pré-consciente com o analista trabalhando ali por meio da identificação primária.

Certamente é exagerado dizer que todos os psicanalistas franceses interpretam como advoga Michel de M’Uzan. Ainda assim, as noções de “realização” e de compreensão no nível do processo secundário parecem menos importantes para nós do que em todos os outros lugares. E esse parece ser um dos efeitos da presença de Lacan na história da psicanálise na França.

4. *Kulturarbeiten e ação terapêutica*

Escrevi acima que Lacan trouxe à luz a ideia de Freud de que a cura é um “subproduto” da análise. A meu ver, Lacan estava sublinhando a ideia de que o processo analítico, que é uma ampliação do campo do pensamento, em si o trabalho da cultura, é um fim em si mesmo. Freud usa o termo *Kulturarbeiten* em “Mal-estar na civilização” (1929). O que é terapêutico, como objetivo inicial do tratamento, muda para um trabalho que se apoia na verdadeira natureza dos processos psíquicos. Desse modo, a distinção entre uma psicoterapia psicanalítica e a psicanálise é uma questão a ser debatida entre os analistas, pois está no próprio cerne da análise.

Conforme mencionei, vejo a ação terapêutica como uma verdade inquestionável e, ainda assim, esse ponto de vista só pode ser subjetivo. Não é demonstrável porque está relacionada à verdadeira essência da identidade. Como foi descoberta enquanto “em relação com pessoas doentes”, como Freud escreveu em 1933, “afasta-se” do seu objetivo primário, ao qual ultrapassa, como se pode ler no texto profético “Mal-estar na civilização”.

Já em 1819, na seção três de *The Philosophy of Nature* [A filosofia da natureza], Hegel evocou a doença, sobre a qual escreveu: “A pedra não pode ser curada”. A explicação dele era que, como “organismo morto” cuja existência é singularmente objetiva, uma pedra não pode ficar doente, pois é invalidada por sua negação. Ela simplesmente é, ou se decompõe. Difere do ser que possui subjetividade, porque esse ser é afetado pela doença não só em relação a seu corpo, mas, além disso, em seu ser-no-mundo. Este se modifica pela doença e por meio da cura. A noção de ser-no-mundo faz fronteira com subjetividade e identidade.

A definição de Nathalie Zaltzman (1998) de cura psicanalítica enquanto revolução psíquica é bastante semelhante.¹¹ Se a psicanálise não quiser se transformar em mera som-

11 Zaltzman, N. é uma importante psicanalista francesa e membro do Quarto Grupo. É autora de *De la guérison psychanalytique*.

bra de si, então não pode mais se limitar ao modelo das neuroses, nem deve se ater à maneira pela qual James Strachey (1934) definiu a ação terapêutica da psicanálise. Talvez devamos admitir que ocorreu uma profunda revisão do objeto da psicanálise, mas que a natureza de seus objetivos terapêuticos também mudou.

A psicanálise francesa evoluiu muito desde o fim da Segunda Guerra Mundial. Os agentes da mudança foram diversos. Lacan foi um deles, como tentei mostrar, mas certos analistas anglo-saxônicos, especialmente Klein, Winnicott e Bion, também estão entre eles. Winnicott, acima de todos, chamou nossa atenção para o estudo detalhado da contratransferência bem como para os processos que podem ser mobilizados quando se trabalha com pacientes pouco convencionais. Bion salientou a importância dos processos de pensamento. Ao mesmo tempo, a Escola Psicossomática de Paris – com a introdução de conceitos hoje considerados clássicos, tais como pensamento operatório e depressão essencial (ou seja, uma depressão sem afeto e sem sofrimento) – trouxe à luz uma perspectiva econômica do funcionamento mental e ampliou muito o campo de ação da psicanálise. Com sua ênfase no narcisismo negativo, destrutividade e desobjetificação, André Green fundou uma concepção contemporânea da psicanálise como ciência fundamental da psique. Atualmente, os psicanalistas não atendem apenas pacientes na privacidade dos seus consultórios, mas são indispensáveis fora dele, no campo: em hospitais, prisões e escolas.

Para Freud, a psicanálise era um método e um processo investigativo. A cura avançava da transformação do que está mudo na psique para o fenômeno da linguagem. Isso implicava, além do mais, um aprofundamento do nosso conhecimento sobre representação e figurabilidade. Atualmente, a obra de Green, além da sua pesquisa atual,¹² atesta o embasamento imediato da psicanálise nas ciências biológicas, na neurobiologia e neurofisiologia, por um lado, e nas ciências sociais, na linguística, na semiótica e na antropologia, por outro. Essas novas concepções demonstram mais ainda que é inconcebível a psicanálise sem uma teoria do pensamento.

Isso é estar de acordo com a evolução histórica do mundo. Depois da última Guerra Mundial e do Holocausto, depois de genocídio e terrorismo, a prática clínica e a teoria precisam ter em conta esses fenômenos. Longe de deixar de tratar a psicopatologia comum, a prática clínica atual nos obriga a encarar com seriedade os ataques contra o pensamento, que se originam tanto do interior da psique quanto do ambiente cultural. Nesse caso, a ação terapêutica da psicanálise é indispensável. Mais ainda, é intransigente em relação a outras terapias porque seu objetivo, em lugar de trazer o alívio de um sintoma, é ajudar nossos pacientes a se tornar, ou se tornar novamente, sujeitos de sua história e do seu pensamento, que é a única liberdade inalienável que os seres humanos possuem.

A breve vinheta clínica discutida acima buscou mostrar como o método psicanalítico pode ser usado diante de perturbações profundas e não convencionais do funcionamento mental que danificam a capacidade de pensar. Para a filósofa Hannah Arendt (1978), viver e pensar são, antes de tudo, uma e mesma coisa.

12 Ver o número especial da *the Revue Française de Psychanalyse*, “Courants de la psychanalyse contemporaine”, op. cit.

Sobre la acción terapéutica del psicoanálisis en el siglo XXI

Resumen: Con el fin de apoyar la idea de que el psicoanálisis actualmente forma parte del proceso civilizatorio la autora examina la noción de la acción terapéutica del psicoanálisis a la luz de importantes obras freudianas. Ella también discute la contribución de algunos pensadores seguidores de Freud como Klein, Bion, Green, Lacan y la influencia de ellos. Ella considera que el psicoanálisis es un método único con condiciones de resistir a los ataques contra el pensamiento que precisamos enfrentar actualmente.

Palabras clave: pulsión; pulsión de muerte; libido; proceso analítico; *Kulturarbeiten*; civilización; proceso de pensamiento; trabajo interpretativo transferencia; perlaboración.

Regarding the therapeutic action of psychoanalysis in the 21st century

Abstract: In order to support the idea that psychoanalysis currently is part of the process of civilization, the author examines the notion of therapeutic action within psychoanalysis in light of important Freudian work. She also discusses the contributions of some thinkers, Freud followers such as Klein, Bion, Green, Lacan and their influence. she believes that psychoanalysis is a unique method with the means to resist the attacks against the thought that we must face currently.

Keywords: pulsion; death pulsion; libido; analytical process; *Kulturarbeiten*; civilization; thought process; interpretive work transference; perlaboration.

Referências

- Arendt, H. (1978). *Life of the Spirit*, vol. I. *Thinking*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Baranger, M. & W. (1983). Process or non process in analytic work. *Int. J. of Psychoanal.*, 64, 1983.
- Diatkine, G. (2001). Les lacanismes, les analystes français et l'Association Psychanalytique Internationale [Os lacanismos, os analistas franceses e a Associação Psicanalítica Internacional]. *Revue Française de Psychanalyse* (número especial sobre "Courants de la psychanalyse Contemporaine". André Green [ed.]. Paris: PUF.
- Eizirik, C. On the therapeutic action of psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 2007.
- Freud, S. Mal-estar na civilização. Vol. 21. In *Standard Edition*. London: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1929).
- _____. Explanations, Applications and Orientations. Vol. 22. In *Standard Edition*. London: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1933).
- _____. Esboço de psicanálise. Vol. 23. In *Standard Edition*. London: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1938).
- Lacan, J. *Seminário sobre transferência*, 1961.
- _____. Conférences et entretiens dans les universités nord américaines [Conferências e entrevistas nas universidades norte-americanas]. *Scilicet*, 4, 1973.
- _____. Variantes de la cure-type. In *Écrits*. Paris: Gallimard, 1966.
- M'Uzan, M. (1999). L'interprétation? Question de formulation. [A interpretação? Questão de formulação]. In *Interprétation I*, Monographie de psychanalyse. Paris: PUF.
- Spinoza, B. *Ethics*. 1677, 24.
- Strachey, J. The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis. [A natureza da ação terapêutica da psicanálise]. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 1934.
- Winnicott, D. (1989). *Lettres vives*. Paris: Gallimard. (Trabalho original publicado em 1952).
- Zaltzman, N. (1998). *De la guérison psychanalytique*. Paris: PUF.

Tradução: Tania Mara Zalberg

Recebido em 5.9.2009, aceito em 21.9.2009

Marília Aisenstein

[Sociedade Psicanalítica de Paris SPP]

72, Rue Assas

75006 Paris, France