

O que são Grupos de Trabalho¹ e o que podem fazer?

David Tuckett²

Resumo: Entendido como oportunidade para debater o fato de que temos ideias diferentes e sua sustentação, o pluralismo fornece o contexto para exame rigoroso e respeitoso das diferenças. Mas o debate para ser eficaz exige disciplina – envolvimento informado real entre pontos de vista discordantes e um quadro de referência institucional e cultural. A política científica da Federação Psicanalítica Europeia que introduzimos em 2001 e o papel dos Grupos de Trabalho (*Working Parties*) tinham por objetivo criar essas condições para nos ajudar a chegar a conclusões mais seguras. Queríamos facilitar, em longo prazo, uma cultura muito mais rigorosa, mais bem informada e comprometida, entre pares. Uma área importante da discussão é a de verificar a teoria psicanalítica usada na situação clínica, a psicanálise tal qual é realmente praticada no cotidiano atual. À medida que o pluralismo se amplia, observa-se uma confusão cada vez maior possibilitando que a psicanálise clínica se afaste de forma desastrosa de uma metodologia freudiana específica podendo desembocar em algo do tipo “vale tudo”. Este artigo começa pela descrição de como os Grupos de Trabalho “trabalham” (diferenciando a ideia de Grupo de Trabalho – *Working Parties* – da de oficinas-workshops), usando o Grupo de Trabalho sobre Métodos Clínicos Comparativos da Federação Psicanalítica Europeia como exemplo. A seguir discute o que pensamos acerca dos elementos essenciais que o analista se utiliza enquanto trabalha, em sua teoria clínica cotidiana – tenha ou não o analista consciência destes elementos. Apresentam-se então três exemplos clínicos mostrando como psicanalistas diferentes realmente trabalharam – usando o referencial teórico e comparativo que o Grupo de Trabalho desenvolveu e implementou nas oficinas. Os três apresentadores eram analistas didatas experientes. A seguir, faço a revisão de nove elementos essenciais que parecem dividir a maneira pela qual os psicanalistas contemporâneos realmente trabalham atualmente. Cada elemento levanta questões teóricas razoavelmente específicas – questões fundamentais para as quais as respostas são frequentemente muito confusas, que fazem assim a formação psicanalítica tornar-se confusa. Concluo que os elementos essenciais da psicanálise clínica exigem reflexão, especificação, compreensão e discussão muito mais clara e, conseqüentemente, muito mais trabalho de todos nós.

Palavras-chave: pluralismo; diferenças; comparação; Grupos de Trabalho; oficinas; teoria clínica; prática clínica; técnica; política científica; “vale tudo”.

Os Grupos de Trabalho (WP), no sentido aqui usado, foram criados por meus colegas e por mim na FEP de 2000-2004 como parte do que chamamos de *Nova Política Científica* (Ver, para os detalhes, Tuckett et al. 2008, pp. 262 e seguintes). Desde o início queríamos combinar “mobilização” e pesquisa. O sucesso ou fracasso de um Grupo de Trabalho (WP) deveria ser avaliado com respeito aos dois elementos. A ideia era envolver colegas mais rigorosamente, e com mais profundidade, em tarefas científicas essenciais para tentar aprofundar o campo da investigação psicanalítica e examinar se nosso estado atual de fragmentação teórica e clínica poderia ser mais criativo do que destrutivo, mais específico do que um “vale tudo”.

Pensou-se em duas invenções principais – oficinas³ (WS) de pequenos grupos que estariam abertas a todos nas conferências da FEP e se reuniriam anualmente em busca da

1 NT. No original: working parties. No decorrer do texto, o autor passa a usar apenas as iniciais WP.

2 Membro da Sociedade Britânica de Psicanálise. Presidente da Federação Psicanalítica Europeia (1999-2004).

3 NT. No original: Workshops. No decorrer do texto o autor usa as iniciais WS.

mesma finalidade, e o Grupo de Trabalho estruturado, cuja tarefa seria pensar a respeito do que acontecia a cada vez e tentar desenvolver ideias. Os dois elementos teriam de se relacionar de forma cíclica no contexto de um objetivo definido.

Marcar a diferença entre Grupo de Trabalho (WP) e oficina (WS) é importante porque essa, algumas vezes se perde.

Oficina (WS) não é qualquer reunião. Ainda que abertas a participantes novos e antigos, as oficinas têm como intuito uma discussão disciplinada e certo tipo de objetivo e metodologia determinados *a priori*. Exigem moderadores experientes. Oferecem a oportunidade de uma experiência cíclica, em que o trabalho se concentra em um problema que é então debatido em fases sucessivas, e ao qual se retorna diversas vezes. As questões que enfrentamos, tais como elucidar teoria e técnica psicanalíticas ou a maneira de formar e de avaliar candidatos, exigem esse tipo de disciplina.

O Grupo de Trabalho (WP) é um grupo de colegas oriundos de diversas tradições e de sociedades diferentes dispostos a se comprometer com o trabalho. A ideia é aproveitar as diferenças. Os Grupos de Trabalho (WP) desenvolvem objetivos e metodologias decididos de comum acordo – metodologias consideradas adequadas para o problema que o Grupo de Trabalho (WP) se propôs a debater. Como formato habitual os membros dos Grupos de Trabalho (WP) se encontram duas a três vezes por ano em sessões previamente preparadas, que acontecem durante finais de semana, com duração de cerca de 14 horas. Esses finais de semana são de “trabalho árduo”.⁴ Desde o início concordou-se que só as pessoas que estivessem dispostas a fazer a preparação por escrito, antes da reunião, e seu seguimento depois dela, receberiam restituição das despesas de viagem e de acomodação. Outras despesas diversas são pagas pelos participantes. Os membros do Grupo de Trabalho tinham a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento dos objetivos do seu Grupo de Trabalho específico bem como de participar como moderadores das oficinas (WS) compostas por um grupo mais amplo de membros europeus da IPA. Por vezes o Grupo de Trabalho (WP) também conta com a colaboração para tal pesquisa, de colegas que transcrevem as gravações das reuniões, fazem traduções ou contribuem para o trabalho minucioso.

A seguir ilustrarei o que um Grupo de Trabalho pode fazer tomando como exemplo o Grupo de Trabalho (WP) sobre Métodos Clínicos Comparativos.⁵

4 Essas são as reuniões de Paris explicadas em Tuckett (2008 et al., pp. 132 e seguintes) – o cerne da atividade do WP em que são feitas reflexões (reconsiderações) sobre a oficina (WS) e a tarefa de comparação é levada adiante. Desde 2007 o trabalho principal das reuniões de Paris, além de prosseguir com o desenvolvimento de moderadores, tem sido contínuo. Cada oficina (WS) é sempre gravada e, antes da discussão, são preparados alentados relatórios de 100 páginas ou mais. O trabalho de cada grupo é partilhado com os outros moderadores e fazem-se esforços para comparar os principais elementos da forma como o analista trabalhou. Essa atividade tem o duplo papel de dar base à nossa compreensão a respeito de como conduzir as oficinas e de como conceituar as diferenças. É a preparação da base que permitirá a entrada de novos moderadores, bem como de publicações futuras.

5 O grupo europeu de Métodos Clínicos Comparativos (CCM) atualmente congrega: Roberto Basile (Sociedade Italiana), Dana Birksted Breen (Sociedade Britânica), Olivier Bonard (Sociedade Suíça), Paul Denis (Sociedade de Paris), Michael Diercks (Sociedade Vienense), Antonino Ferro (Sociedade Italiana), Marc Hebbrecht (Sociedade Belga), Eike Hinze (Associação Alemã), Dimitris James Jackson (Sociedade Grega), Paola Mariotti (Sociedade Britânica), Angela Mauss Hanke (Associação Alemã) e David Tuckett (Sociedade Britânica). Tomas Böhm, Arne Jemstedt, Johan Schubert (Sociedade Sueca) e Helmut Hinz (Associação Alemã) também contribuíram de 2003-2007 e são coautores do livro que descreve este trabalho (Tuckett et al., 2008). Gostaria também de agradecer o auxílio de Liz Allison, Mary Heller, Maria Parisis e Alejandra Perez, que passaram longo tempo trabalhando na gravação das oficinas e finalizando as miniaturas. Elas também participaram de diversas reuniões de Paris. Jorge Canestri também foi consultor em diversas ocasiões. Mas, acima de tudo, gostaria de agradecer a todos que tomaram parte nas oficinas e especialmente aos apresentadores. Atualmente há grupos interessantes seguindo essas ideias na América do Norte (presididos por Abbot Bronstein) e na América Latina (presididos por Elizabeth Rocha Barros e José Carlos Calich).

Comparando como os psicanalistas trabalham: o desenvolvimento de um método

A psicanálise não é psicanálise apenas porque duas pessoas conversam com certa regularidade ou uma está deitada no divã e a outra atrás dela. Para ser psicanálise é preciso um *setting*, um enquadramento. Isso implica necessariamente uma estrutura teórica que a defina, que é externa. Em outras palavras, a situação bipessoal tem, como seu “terceiro objeto”, uma teoria. (Birksted-Breen et al., 2008). O intuito do Grupo de Trabalho (WP) foi o de mobilizar a comunidade psicanalítica a se interessar mais não só em esclarecer o que cada psicanalista faz, mas também em tentar entender e se comunicar melhor entre si a respeito disso. Seguem-se necessariamente muitas consequências negativas para o desenvolvimento criativo da psicanálise como disciplina crível e específica se as definições forem imprecisas e a comunicação estiver prejudicada; ficamos com dificuldades cada vez maiores se não conseguirmos definir o que é psicanálise, mesmo entre nós, num mundo cada vez mais vasto de abordagens psicoterapêuticas e a indefinição de limites entre psicanálise e psicoterapia.

A variabilidade pode ser enriquecedora, mas também confunde a discussão clínica. A comparação, base fértil para grande parte da inovação e do *insight* humano, torna-se então muito difícil. Um método para investigar e comparar as diferenças com o intuito de progredir em lugar de ficarmos confusos por partilhar ideias entre nós, seria um grande trunfo. Primeiro precisávamos um modo de discutir entre nós e, numa segunda etapa, gerar descrições claras e comparáveis da gama de respostas distintas que psicanalistas diferentes podem dar a questões fundamentais:

- Como sabemos quando o que acontece entre duas pessoas pode ser chamado de psicanálise?
- O que é (e o que não é) processo psicanalítico?
- O que é (e o que não é) interpretação psicanalítica?

Tínhamos a firme intenção de suspender nossas crenças acerca das respostas; algo que às vezes nos deixou, e aos que nos assistiam, muito nervosos (ver Hinz, 2008). Talvez não fôssemos absolutamente psicanalistas!

As questões só poderiam ser significativas se tentássemos respondê-las empiricamente. Como argumentou Paul Denis (2008), é difícil progredir na compreensão das diferenças sem que se recorra ao empirismo e ao fazê-lo tenha tentado desmistificar algumas preconcepções preconceituosas.

Ser empírico é buscar tirar conclusões a partir da experiência. Mas como?

Partimos da suposição inicial de que as pessoas de distintas tradições convidadas a fazer apresentações nas oficinas (ws) seriam consideradas modelos; o que dissessem que faziam seria “fazer psicanálise”. Quando 150 colegas entusiastas participaram da primeira oficina (ws) em Praga, em 2002, tivemos dois problemas principais (Bohm, 2008). O primeiro foi a questão do que se poderia chamar “visão superior”⁶ – tendência comum entre psicanalistas, quando discutem o material clínico de outra pessoa, de introduzir outras ideias acerca do que o analista que apresenta deveria ter entendido, feito ou deixado de fazer e a partir disso passar por cima ou até mesmo ridicularizar o que o apresentador estava

6 NT. No original: overvision.

fazendo, ainda que educadamente. Segundo, foi a ausência de significado compartilhado para muitos termos comuns – por exemplo, transferência, resistência, interpretação ou mesmo inconsciente – e a falta similar de um modelo confiável para poder comparar.

Qualquer estudante sério de psicanálise sabe que o material psicanalítico evoca muitos significados e sentimentos. Baseado nisso, Freud mesmo modificou suas teorias diversas vezes, principalmente depois de 1920. Algumas, por exemplo as que dizem respeito à transcrição da memória, determinação múltipla, função múltipla e significado múltiplo, deixam claro que o material psicanalítico tem inerentemente significado polivalente de tal modo que evoca respostas diferentes (Hinz, 2008). Mesmo deixando de lado as diferentes formas em que Freud é compreendido quando traduzido para outros idiomas e culturas (ainda que possamos lamentar o fato), uma rápida olhada para a cena atual mostra que não faz sentido falar de um único método psicanalítico. Paul Denis (2008) e também Roberto Basile e Antonino Ferro (2008) têm manifestado a opinião de que a discussão clínica muito frequentemente não tem conseguido respeitar as diferenças. Em vez disso, tende a se tornar uma competição entre modelos (não muito bem compreendidos). Para evitar isso na oficina (ws) explicitamos que a apresentação do apresentador deveria restringir-se exclusivamente aos “fatos” e que a tarefa do grupo seria investigar o modelo teórico subjacente do apresentador que gerara tais “fatos”.

Logo descobrimos que nosso pressuposto de que aquilo que o psicanalista apresentador faria seria indiscutivelmente psicanálise não era algo tão fácil de defender. Na verdade, foi muito desafiador. Com efeito, ainda que o método que acabamos desenvolvendo faça as coisas progredirem, com certeza não elimina o problema (Birksted Breen, Ferro & Mariotti, 2008). Fatores emocionais necessariamente interferem nos grupos de discussão psicanalítica e não é fácil aceitar algumas diferenças. Seja devido a emoções suscitadas pelos aspectos complexos das respostas de cada um dos membros do grupo à patologia do paciente, ou pelo surgimento (por meio da vivência de diferenças suprimidas) de ideias, até o momento, implícitas e inconscientes de como os analistas devem tratar seus paciente, há uma forte tendência a deixar o trabalho ser solapado por julgamentos morais

A tendência à “visão superior”, a falta de terminologia compartilhada e a falta de instrumentos conceituais para fazer comparações, bem como o clima emocional que poderia se gerar nos grupos, tudo ameaçava a capacidade de fazer um trabalho de comparação. Na primeira reunião em Praga foi basicamente impossível (Bohm, 2008). Na segunda reunião, em Sorrento, não foi muito melhor (Jemstedt, 2008). Só no terceiro conjunto de oficinas (durante o terceiro ano) desenvolvemos um método que ajudou sobremaneira os grupos a se manterem na tarefa (Schubert, 2008). Com três componentes:

- Trabalhar com o pressuposto de que o apresentador é um psicanalista;
- manter uma atenção cuidadosa à compreensão dos diferentes papéis de moderador, apresentador e membro do grupo;
- garantir uma sequência formal de etapas para a discussão.

Ainda assim, às vezes, até nessas circunstâncias, o grupo precisou se esforçar para fazer a suposição inicial. Me arrisco a pensar que a “alteridade” envolvida em escutar material clínico é fundamentalmente alergênica, até genocida daquilo que é estranho.⁷ Assim, é frequentemente tentador pensar “sim, mas ... eu com certeza não trabalharia assim”.

O segundo componente essencial do nosso método foi definir e salientar o papel específico do moderador enquanto especialista, juntamente com o que deveria se esperar

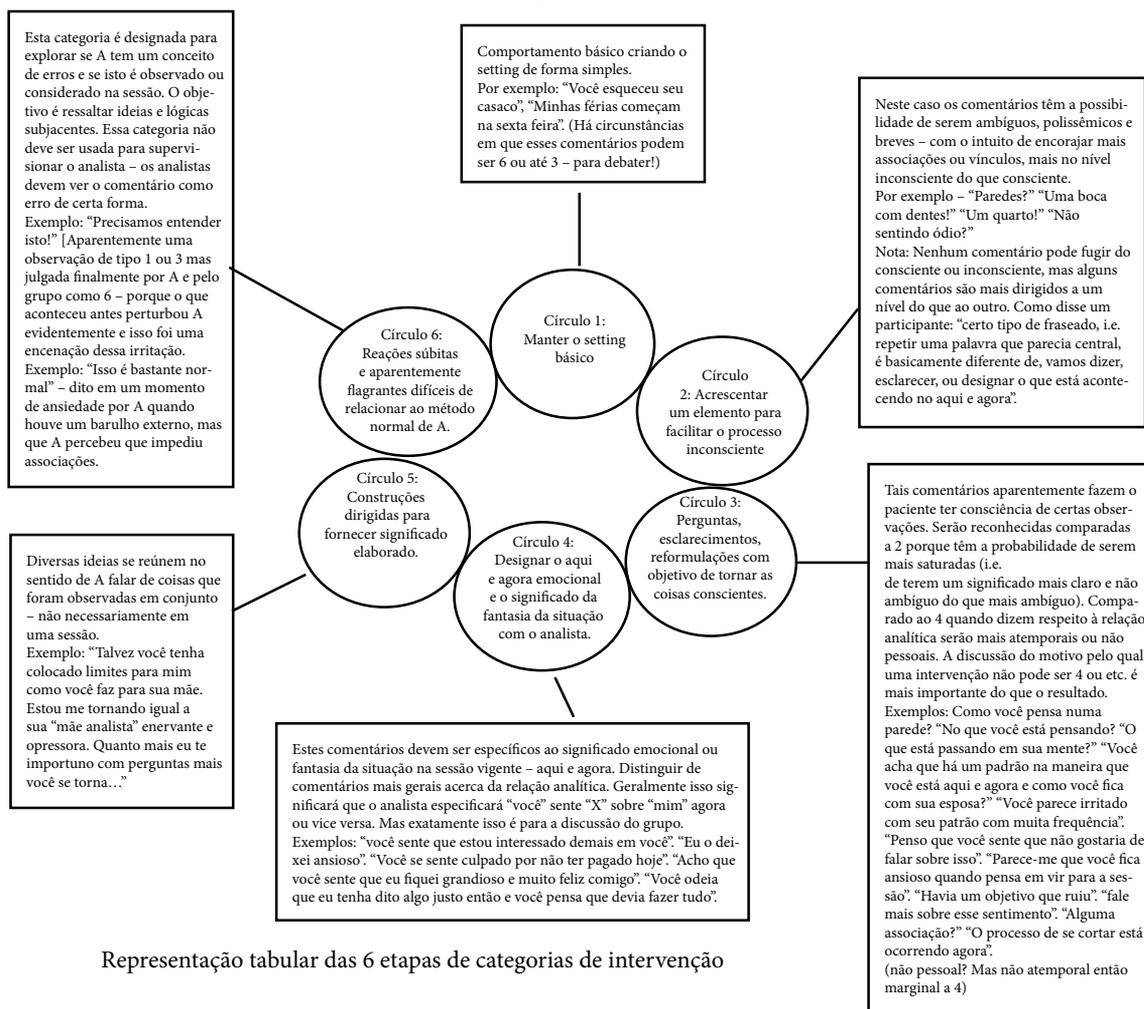
7 NT. No original: xenocidal. O assassinato do que é estranho ou estrangeiro.

do apresentador e do restante do grupo (Schubert, 2008). Nos Grupos de Trabalho (WP) entre as oficinas (ws), os moderadores trabalharam no desenvolvimento do método e eles próprios vieram a articular o trabalho, aprendendo aos poucos a ser muito cuidadosos na definição dos seus papéis e na do apresentador e dos membros do grupo.

Nossas oficinas (ws) ocorrem em dois dias e envolvem um apresentador, um moderador e por volta de 12 colegas de diversas sociedades com abordagens diferentes. Tem sido desenvolvida uma estrutura formal para permitir que o grupo realmente compreenda o que o apresentador está fazendo, a partir do ponto de vista psicanalítico do apresentador (Tuckett et al., 2008, pp. 133 e seguintes). Isso compreende um período inicial de apresentação e discussão livre de cerca de três horas e duas etapas – etapas que começaram como sequências impostas, mas que atualmente fazem parte integrante da estrutura mental da forma como gerimos grupos.

Etapa 1, focaliza as intervenções que o apresentador fez pedindo ao grupo que explore cada uma delas, em termos de sua função, de acordo com seis possibilidades. Concentra a atenção no detalhe da tarefa de trabalho: na forma como o analista trabalha, *não* no paciente ou no problema clínico. A etapa 1 envolve um processo de desconstrução (Ver Figura 1).

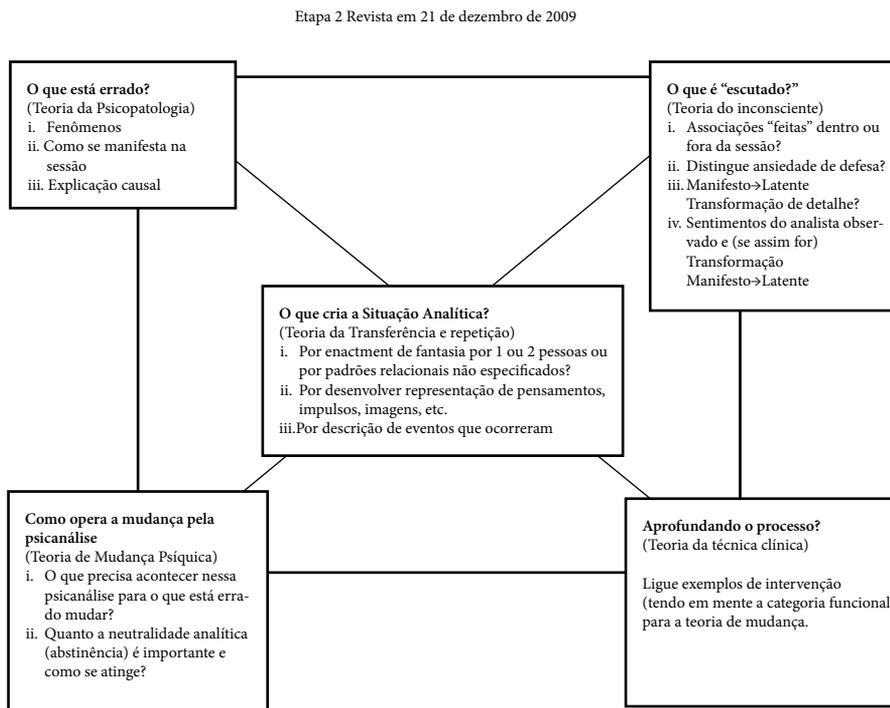
Figura 1. Etapa 1 Conceituação



Representação tabular das 6 etapas de categorias de intervenção

Etapa 2, por outro lado, envolve construção. Aprofundar usando o que emergiu até então para tentar trazer à tona o modelo interno do analista, compreendendo cinco dimensões interligadas, que gradativamente refinamos para capturar o que pensamos ser sua essência, ou seja, as teorias que estão na base de como o analista escuta, pensa a respeito do paciente e intervém. Estas teorias podem variar segundo cada profissional, mas, ainda assim, devem estar sempre presentes ao menos de forma implícita. (Ver Figura 2)

Figura 2: Etapa 2 Conceituação



A maioria dos leitores tem familiaridade com a luta que nós, enquanto psicanalistas, travamos para discutir o material uns dos outros sem pensarmos que sabemos o que o analista deveria ter feito – visão superior conforme a denominei e que discuti em detalhe em outro lugar (Tuckett, 1994; Tuckett et al., 2008, pp. 21 e seguintes). Uma estrutura formal pode parecer restritiva, mas, na verdade, a experiência leva a crer que tanto supera a visão superior quanto aprofunda mais, conforme atesta o seguinte comentário feito por um analista europeu muito experiente, de tradição francófila, recebido poucos dias depois de ter participado da sua primeira oficina, alguns dias antes de eu ter terminado este artigo.

Segunda feira, de volta ao trabalho, uma supervisionanda começa a narração de uma sessão. Primeira intervenção: Me pegou pensando: “Isso é óbvio 6⁸!” O método possibilita estar imerso na experiência analítica enquanto se evita o que penso ser geralmente uma “praga” em muitos grupos clínicos: o uso de instrumentos e método analítico em um setting e um enquadramento que não são analíticos, conseqüentemente um uso perverso. “Associação livre” usada como “método de

trabalho” é uma terrível resistência ao pensar e, na verdade, um tipo de ódio aos conceitos (em total confusão entre intelectual e intelectualização)... o trabalho impede que isso aconteça mantendo ao mesmo tempo o contato com a experiência analítica.

Comparação do trabalho de três psicanalistas

Tendo progredido um pouco na tarefa de encontrar um modo de discutir e estruturar diferenças, o que dizer sobre as comparações reais? Chamamos de Etapa 3.

Ao longo dos últimos dois anos o Grupo de Trabalho (WP) tem discutido em profundidade cada um dos casos apresentados na oficina (ws). A partir de cada discussão desenvolvemos uma breve “imagem em miniatura” de como o analista trabalha. As miniaturas têm por objetivo descrever o modo de trabalhar de cada analista em duas a quatro páginas de acordo com um formato comum, que pensamos poder ser útil para comparar o que os analistas realmente fazem e a lógica por trás disso.

- No primeiro parágrafo, é narrada a história resumida do paciente.
- O segundo parágrafo caracteriza a impressão inicial que o analista tem do paciente e/ou a vivência que ele tem do paciente na análise.
- A seguir há um resumo das sessões, o que permite uma rápida visão do modo de trabalho do analista, dos principais temas e algumas intervenções.
- “A teoria” de psicanálise que o apresentador está usando é então descrita (tal qual construída na oficina e a seguir no Grupo de Trabalho) sob os cinco títulos da “etapa 2” já mencionados (Figura 2).

Usando essas imagens em miniatura, estamos preparando um livro em que discutiremos setenta ou mais casos que debatemos nas oficinas (ws). Cada miniatura tem de três a quatro páginas e, ainda que bastante resumida para captar uma experiência tão complexa como um trecho de trabalho psicanalítico,⁹ é longa demais para ser aqui apresentada. Para dar uma ideia, vou ilustrá-las com elementos nucleares do trabalho de três analistas (Dennis, Michael e William).¹⁰ Eles enfrentam os mesmos problemas, mas em certos aspectos trabalham de modo similar e, em outros, de formas diferentes.

Dennis

Dennis (D) era o analista e tinha um paciente chamado Ralph (R) (de 27 anos). A descrição que ele fazia de R era de alguém que sofria de uma variedade perturbadora de dores corporais, sendo incapaz de trabalhar e de encontrar uma profissão adequada para si, precisando manter tudo que fosse emocional e significativo à distância. Ele não sonhava muito e sentia ser quase impossível reconhecer que tinha desejos. As sessões dele, segundo D, caracterizavam-se por distanciamento emocional (principalmente de sua depressão devido à sua situação) e essas questões se manifestavam em graves inibições da associação

⁹ Tendo em mente que deve condensar a história do paciente, diversas sessões e os resultados do grupo da oficina e do pensamento do Grupo de Trabalho a respeito de cada uma das cinco dimensões e fazer sentido para alguém sem familiaridade.

¹⁰ Eles são de três países europeus.

livre e constante “deriva”. Durante muito tempo, D sentiu as sessões totalmente bloqueadas; porém, não muito antes da oficina (ws) em que ele apresentou, achou que tinham começado a se movimentar outra vez.

D esclareceu para o grupo sua compreensão de que as dificuldades de R eram “causadas” por antecedentes traumáticos. A mãe foi uma pessoa maníaco-depressiva que cometeu suicídio quando ele estava na puberdade. Seu pai era descrito como dominador e crítico. R disse que não lhe “contaram” que a mãe estava doente até cerca de um ano antes de morrer e até aquele momento ele só sabia que ela sofria de “enxaquecas” e era preciso não fazer muito ruído ao seu redor. Ela conseguia ser muito atenciosa e ele tinha sido sua “criança de ouro”, mas D pensava que ambos os genitores não corresponderam às suas necessidades emocionais, o que criara uma imagem interna de mãe quase sempre distante demais ou excessivamente opressiva, e de pai distanciado e indisponível. Ao pensar que R tinha dentro de si esse tipo de imagem interna, D acredita que R fica sempre emocionalmente derrotado em qualquer situação emocional em que se encontre, e sem condições de desenvolver qualquer representação simbólica real dos pensamentos e sentimentos conflitantes que tem quando está com pessoas que evocam esses sentimentos. Ele fica em pânico e somatiza.

O quadro até então pode ser compatível com diversas formas de trabalhar psicanaliticamente. Como D pensa que a psicanálise pode ajudar R com esses problemas? O que se segue é a elaboração do Grupo de Trabalho (WP).

Julgando a partir das discussões do grupo, a abordagem de D foi tentar fazer R perceber mais conscientemente os sentimentos difíceis (conflitantes) que tem – tais como anseio por contato e depressão pela falta; mas fazer isso de tal modo que ele possa vivenciar esse conhecimento como algo tolerável e não como algo que crie ansiedades catastróficas. Além do mais, D quer ajudar R a desenvolver curiosidade a respeito de seus sentimentos, ajudá-lo a pensar sobre eles e, dessa forma, enriquecer seu mundo interno com significado emocional. Assim, a ideia parecia ser a de que a análise e a relação com o analista são oportunidades para que o paciente possa ter uma nova experiência em que o desenvolvimento paralisado possa ser colocado em andamento. D parece pensar em si como uma nova figura parental encorajadora que está disponível e é capaz de apoiar R na descoberta emocional, ajudando-o com a possibilidade cada vez maior de conhecer profundamente seus estados emocionais. Sentir e sonhar, ele pensa, não tem sido possível, mas se vier a ser reduziria as dores corporais de R. A esse respeito, D considera muito importante que R consiga lembrar e falar emocionalmente sobre seu passado traumático no ambiente da sessão que ele, D, precisa manter seguro.

No cerne da técnica, que põe esta teoria de mudança psíquica em prática, estavam os diversos comentários que D fazia para R acerca do que ele estava sentindo na sessão e os esforços que D fazia para nomear os sentimentos de R, assumindo aparentemente o lugar de uma figura parental capaz de encorajar e de acompanhar o paciente numa jornada difícil. D não quer se transformar nas figuras internas que, segundo crê, R tem em sua mente. Consequentemente, ele toma o cuidado de não ser investigativo demais e nem de fazer interpretações que possam provocar fortes emoções rápido demais e fazer R se sentir oprimido. Desse modo, ele espera evitar a repetição da experiência de pai dominador e de mãe que inunda. Assim, por exemplo, quando em um momento R expressa alto o desejo de ter mais contato com seus sentimentos, D diz: “Você ficaria assustado se eu lhe dissesse que você há muito tempo tem tocado terreno emocional?” E quando R nega isso, D diz: “E se eu e você fôssemos juntos mais uma vez?”

Ainda que o jeito particular de D fazer análise fosse muito original e pessoal (como é também o caso com a maioria de analistas competentes), descobri que o “diagnóstico” que ele faz do problema (parada do desenvolvimento) e sua abordagem para lidar com o mesmo (proporcionando um ambiente seguro com encorajamento ativo para enfrentar os diversos perigos temidos na relação com o analista), também está na base do trabalho de muitos outros analistas. A técnica está associada com diversas outras características:

1. A relativa falta de importância dada a quaisquer conflitos ou fantasias sexuais identificadas de cunho infantil, ainda ativas no presente, exceto talvez a respeito de tamanho e desamparo;
2. uma situação analítica entre as duas pessoas da sala considerada principalmente como se tivesse sido construída por forças em grande medida externas a ela (do passado) criando padrões fixos de experiência e de relações, que não são, de fato, dinâmicos intrapsiquicamente.
3. uma visão da resistência ao processo analítico como resposta a sentimentos incitados pelo fato de estar com o analista;
4. uma visão do que é inconsciente e desconhecido, como um padrão interno bastante fixo de se relacionar e vivenciar, mas que precisa ser descrito e nomeado. Quanto a isso D parece pensar que R não sabe o que sente; ele não tem os conceitos e então necessita que lhe contem.

Michael

A apresentação seguinte é de Michael (M), que tem Giovanni (G) (de 49 anos) em análise por cinco anos (três vezes por semana). Sua abordagem pode ser chamada “rabiscando para tornar o conteúdo mental mais seguro!”¹¹

Antes de chegar a M, G havia feito vinte anos de terapia bioenergética e gestalt com dois terapeutas que o exploravam (cobrando preços exorbitantes, obrigando-o a fazer biscates). Depois de finalmente largar o segundo terapeuta, sofreu grave ansiedade e ataques de pânico que o levaram à análise alguns meses depois. Aparentemente, os pais de G brigavam constantemente e a mãe era “inadequadamente” intrusiva com ele.

Foram apresentadas três sessões consecutivas ocorridas antes da interrupção do Natal. Na primeira, G chega 25 minutos atrasado, queixando-se de ter dormido mal e de ter tido dificuldade de levantar. Ele conjectura a respeito de como sua dificuldade de viajar se relaciona com sua experiência de análise, e a seguir relata dois sonhos. No primeiro, ele é o chefe de uma empresa e tem que montar um corpo humano fatiado em que falta a cabeça, como se estivesse resolvendo um quebra-cabeça. Grita com seus gerentes porque não consegue fazê-lo. A faxineira passa e ele diz aos gerentes que ela tem mais senso do que todos eles juntos. A seguir está numa cena de “intimidade terna” com a mulher. No segundo sonho, seu ex-chefe lhe pede que o ajude numa negociação, com o que ele concorda, mas se sente despreparado. M não comentou o atraso do paciente, mas disse: “No primeiro sonho, a mulher é que tem cabeça”, e G diz que esta é a causa das suas ansiedades, pois ele não consegue elaborar a ansiedade nas suas relações com mulheres, o que o impede de ter

11 NT. No original: squiggling to make mental content safer.

família. Ele conta, então, a M, que consertou o aquecedor de água. M lhe pergunta o que ele pensa da imagem de montar um corpo; G liga isso à ideia de que falta algo vital que o impede de concluir sua análise. M comenta que parece haver uma mulher que tem a solução; G comenta: “então não é você?” e fala de suas buscas passadas por uma figura maternal poderosa que “o deixava louco”; nesse sonho, porém, há mais prazer do que ansiedade. M comenta: “Há prazer, e o aquecedor de água foi consertado”. Esse intercâmbio ressalta o processo nas outras sessões em que G e M aprofundam a brincadeira com a ideia da cabeça que falta e de que é necessário uma mulher que a restaure, seguindo a isso associações, incluindo o tema da castração.

Quais eram as dificuldades de G e como foram causadas? M acha que os ataques de pânico de G ressaltavam que ele estava à beira de um colapso quando veio para a análise, o que continua sendo uma possibilidade, apesar de sua capacidade de funcionar bem no trabalho. Falta-lhe um senso seguro de identidade e tem problemas com separação e limites, tal qual demonstrado por seu enredamento com os dois terapeutas exploradores. Ele também está confuso acerca da sua sexualidade – M considera isso mais como um problema de indiferenciação sexual ou falta de clareza a respeito de ele ser homem ou mulher do que de homossexualidade propriamente. Ele está aprisionado na sexualidade pré-edípica.

Pensando que a estrutura de personalidade de G pode ser *borderline* ou até psicótica, M explica que as dificuldades de G como tendo sido causadas por um ambiente que alternava excesso de estimulação com falta de cuidado, de forma que o escudo protetor de G contra a excitação foi insuficientemente desenvolvido e prejudicou sua capacidade de representar seus impulsos sexuais. Por isso há a configuração de uma lembrança encobridora de uma bolha que supostamente protege, mas dentro da qual ele é, ao mesmo tempo, negligenciado e invadido. A necessidade desse escudo fica clara também em seu projeto de reformar sua casa, na qual irá morar com a namorada.

Como a análise pode funcionar para mudar essa situação? Assim como D, M acredita que se o escudo protetor contra o excesso de estimulação do paciente se desenvolveu de modo insuficiente, o analista deve permitir que o paciente o use ou manipule em certa medida, tolerando mais do que interpretando diretamente bem como evitando desencorajar certo grau de *enactment*, a fim de ajudar o paciente a usar a situação analítica. Em outras palavras, ele precisa proporcionar um *setting* “a caminho da relação”¹² ao paciente – o espaço transicional de Winnicott. M teme que a interpretação prematura, sem o devido cuidado com os déficits de desenvolvimento de G e suas consequências para a vivência da sua realidade psíquica, pode inundá-lo de excitação incontrolável. Assim, embora pense que M teme seus impulsos homossexuais primitivos em relação a G, ele não os interpreta quando os vê, acreditando que se o fizesse isso seria concretamente vivido por G como se M estivesse dizendo, de fato, que a relação deles era homossexual. O objetivo das intervenções é indireto; poderia ser descrito como se “deixasse certa penumbra” para que G possa desenvolver ideias, mas não seja forçado a enfrentar questões para as quais ainda não está preparado. A ideia de M de que é importante permitir que o paciente o manipule um pouco parece incluir permissão para que o paciente sinta que seus *enactments* podem ser contidos sem se tornarem perigosos – por isso ele não discute explicitamente o atraso de G e suas origens, ou sua lentidão para sair no final das sessões, ou seus evidentes sentimentos de

12 NT. On the way to relating.

ódio e de agressão. Em outras palavras, ele permite que G o use, segundo seu ponto de vista do sentido dado por Winnicott ao uso de um objeto.

Para *aprofundar o processo* e porque ele acredita que há o risco de inundar G se suas intervenções o confrontarem muito diretamente com aspectos temidos da sua realidade psíquica, M se abstém de interpretações diretas de impulsos subjacentes. Tal qual foi mencionado, quando G se atrasa M não interpreta o fato. Ele pensa que o que acontece é que G está tendo mais contato com seu desejo de ser agressivo, é bom sabê-lo, mas acredita que não haverá qualquer ganho se isso for mencionado e que G pode ficar facilmente assustado. Assim, ele se cala a respeito dessas observações diretas. Em vez disso, acredita que o processo analítico será mais facilitado se se der bastante espaço para que ocorra uma troca polissêmica, a fim de encorajar a capacidade simbólica de G para representar seus impulsos e desenvolver seus desejos. O sonho a respeito da montagem de um corpo humano fatiado sem cabeça, tudo reunido pela faxineira, foi seguido por “uma cena de terna intimidade” com a mulher. A resposta de M tem múltiplas possibilidades de significado para que G elabore: “É uma mulher que tem a cabeça”. Ele contou ao grupo da oficina ideias subjacentes possíveis – a mulher está na liderança (*en tete*), ela tem cabeça (pode pensar), ela não é castrada, ela é quem sabe – e M aguarda para ver o que G fará com isso, de um modo que faz lembrar a técnica do “rabisco” com crianças, de Winnicott.

A *situação analítica* é, assim, vista como um espaço potencial “transicional”; uma oportunidade para G se relacionar com M de modo real que é também brincar. Ele considera que o que transparece é gerado pela sensibilidade específica do paciente ao contato psíquico – resultante de sua infância assustadora, interna e externamente. M ressalta a importância de o paciente vivenciar a análise como uma “reunião”¹³ – um encontro real de duas pessoas. Para que G tenha essa experiência é preciso que ocorra um tipo de sedução, análoga ao modo como a mãe precisa seduzir seu bebê para a vida, sem estimulá-lo em excesso. Dessa maneira, como D, M trabalha com afincamento para proporcionar uma relação “realmente” suficientemente boa na qual os *enactments* comportamentais de G possam ser tolerados sem retaliação. Não foi fácil, tal qual ele revelou no final da oficina, pois houve momentos em que ele se pegou fazendo gestos obscenos depois de G sair da sala. Ele considera esse esforço como aquilo capaz de prover um ambiente que dê oportunidade para o processo de desenvolvimento de G impedido de ocorrer devido às suas experiências primárias. As maneiras pelas quais G usa isso revelam a qualidade de suas experiências iniciais, mas em lugar de interpretar os detalhes da situação entre eles, M trabalha nela, desempenhando o papel que lhe é atribuído. Assim, M se esforça para fornecer a experiência que falta a fim de possibilitar pensamento e relações.

O que era associação livre para M; como ele pensava que ela é gerada e que sentido dá a seu significado latente? M considera que as associações são geradas pelos processos mentais de G, e não pelos eventos externos, e revelam os múltiplos significados que ele viu no material por meio das interpretações que fez. Uma ilustração dessa abordagem ficou patente pela forma como o grupo da oficina frustrou-se, às vezes, por não conseguir fazê-lo dizer exatamente o que pensava, como, por exemplo, quanto ao significado dos sonhos que G relatava, ou a lembrança encobridora sobre a empregada. M era contra dar o exato significado, pois achava que isso seria impedir a capacidade de atividade mental prazerosa que, segundo ele, era a dificuldade de G. Talvez se pudesse dizer que M “sentiu” significados

13 No original: rencontre.

vinculados em lugar de “pensá-los”; por exemplo, quando G conta a M na primeira sessão, que consertou o aquecedor de água, M comenta: “Há prazer e o aquecedor foi consertado”. Ele estava pensando na representação da mulher no sonho e, com base na sua exploração nas sessões anteriores, do aquecedor quebrado como metáfora para relações que não pode permitir que fiquem “quentes” demais ou muito excitantes; delicadamente para dar a entender que o sonho contém um desejo de relação (maternal) que possa ser íntima sem ser esmagadora.

William

William (W) fornece mais um exemplo de abordagem – abordagem que poderia ser chamada de “teorias de conflito encenadas do que está errado enquanto uma teoria a respeito da possibilidade de a situação psicanalítica produzir mudança”.

W estava atendendo Daniela (D) há muito tempo, mas no momento o término estava sendo discutido. Foram apresentadas duas sessões com o trecho seguinte tirado da primeira sessão.

Chegando um pouco atrasada, D disse que não conseguia lembrar o que acontecera na sessão anterior, mas ficara perturbada ao ver um limpador de janela fora da sala de consulta; ele a deixa pouco à vontade. Então fala longamente sobre um homem que reconheceu do seu trabalho; um usuário de drogas pesadas que destruíra as pessoas da sua vida dando-lhes pouco valor e julgando-as inúteis e, como consequência, vivia agora uma vida vazia com a qual estava muito triste.

Era óbvio que D estava comovida pela franqueza de realização desse homem e W, por sua vez, estava comovido ouvindo-a. Ele achou que o fato de ela reconhecer que precisara desperdiçar um pouco a análise e outras coisas estava sendo genuinamente sentido. A partir dessa posição ele disse: “Você agora sente que está terrivelmente assustada de poder dar-se conta de que sem mim você não tem absolutamente nada”.

Depois de um silêncio e hesitações D falou de um e-mail que recebera de um colega que criticara um relatório feito por ela. A história foi ficando cada vez mais complicada e, depois de um tempo, ela interrompeu dizendo ter medo de não ter nada para dar ao analista.

Pensando ter testemunhado uma luta mais ou menos silenciosa para aceitar ou rejeitar a interpretação (talvez reproduzindo a luta real de internalizar algo), terminando em rejeição e evasão, W disse: “Mas você a rejeitou e eu penso que você deixou evidente o motivo: Eu não devo falar com você sobre nada que não espere ou que já não saiba”.

Quais seriam as dificuldades de D do ponto de vista de W, e como teriam sido causadas? Ele explicou que ela era uma profissional muito bem-sucedida, muito ansiosa e facilmente paranoica. Ao longo dos anos ela progredira, mas tinha dificuldade de usar sua análise e as relações com os pais, marido, filhos e amigos, a não ser para um tipo de apoio mínimo. Ela era solitária por que não conseguia suportar quaisquer sentimentos de dependência. Tinha a priorizar o trabalho acima da vida familiar. W começou a perceber um padrão que ela levou muito tempo para reconhecer; ela parecia achar excitante (expressando falsa preocupação) implicar as pessoas em torno da sua luta: a mãe que não conseguira amamentá-la, o marido que não era tão bem-sucedido quanto ela, os colegas com mais dificuldades no trabalho, e o analista que, de acordo com seu ponto de vista, não a está ajudando realmente

a progredir e a ir embora. Em profundidade, havia um grande vazio em sua vida que também preenchia as sessões, mas era realmente aterrorizador reconhecer.

Causalmente, W entendeu que essas dificuldades surgiam da intolerância da experiência de inveja produzindo muitas complicações de fantasias defensivas e onipotentes que persistiram por toda sua vida. Ele deixa em aberto em que medida tudo isso surgiu, mas supõe que, de um jeito ou de outro, mãe e criança (e pai) de certo modo não conseguiram administrar esses sentimentos de maneira a permitir que fossem seguros. (Ele observou que, à medida que a análise prosseguiu, a maneira como a paciente descrevia a mãe foi, aos poucos, mudando de uma pessoa ansiosa e incompetente para alguém com certo glamour e capacidade de cuidar, ainda que ansiosa). Uma consequência do funcionamento oculto da inveja e das defesas contra ela era um terror fóbico que seus objetos fossem inúteis. Ainda que obtivesse satisfação perversa do poder de destituí-los, sofre devido à inutilidade dos seus objetos. Mas quando seus objetos são sentidos como tendo valor ficam intoleráveis e são imediatamente evacuados, não podendo assim serem usados (assim como diversas interpretações do analista).

Como a análise pode funcionar para mudar esta situação? A ideia de W é que D tem conflitos emocionais desagradáveis e irresolutos que a levam inconscientemente a conduzir suas relações baseada em fantasias defensivas e onipotentes que tornam as coisas piores. Seu objetivo principal era ajudá-la a criar ou a conhecer sua *vivência* de fantasia inconsciente à medida que a tem. Ele considera útil tentar identificar e descrever os “fatos” da experiência deles dois; em outras palavras, a realidade da experiência que acontece na sessão entre paciente e analista, de tal maneira que a origem do que se observa entre eles possa ser considerada algo sobre o qual seja possível ter curiosidade. Na teoria de W, “a consciência sentida” das vicissitudes da relação com ele é também a consciência do próprio funcionamento e capacidades da paciente; ambos os elementos são vitais para mudança psíquica.

Assim, a consciência ambivalente de D do quanto ela tem sido parecida com o usuário de drogas com quem fez a associação na sessão: evacuando e destruindo seus objetos e sentindo inveja das interpretações do analista, finalmente foi sentida como genuína por W.

Mais tarde, na sessão, ela lembrou que depois da última sessão da semana anterior (na qual se sentira aliviada por ter abordado a culpa que sente), foi abastecer o carro com gasolina. Ao pagar, percebeu um impulso inicial de comprar uma barra de chocolate, e pode ao mesmo tempo conferir e pensar a respeito. (Parece que cerca de dezoito meses antes, ela percebera que vinha fazendo isso frequentemente, mas achava que era ponto pacífico. Fazia, mas não sabia. Eles ligaram essa questão a um vazio intenso, até então desconhecido, depois das sessões e em outros momentos, e um problema persistente de mordiscar e de grave sobrepeso que se acentuou na gravidez.) Ela então relatou como o impulso diminuiu depois de pensar a respeito. Era uma situação nova que conseguia reconhecer sozinha, que W descreveu para o grupo como uma pequena experiência mutativa originada na mente de D, mas nascida do trabalho analítico. Ele pondera que o que acontece na mente de D nas sessões permite novas formas de processar afeto, talvez até em nível neural. As interpretações de W destinam-se a fazê-la ciente dessa capacidade de fazer elaborações próprias em colaboração com ele, ser capaz de tolerá-las, de usá-las e de se sentir bem com elas.

Tentar fazer o processo necessário acontecer: W tenta identificar e tornar consciente para D sua experiência inconsciente na presença dele. O que ele dirá vai desde o tipo de coisas mencionadas acima até comentários bastante amplos, abrangendo tanto o passado

quanto o aqui e agora da situação analítica. Assim, depois de D falar do seu impulso de comprar chocolate, W disse: “Veja, você se refere a várias questões, mas acho que a mais urgente é que você está preocupada com sua vida depois de parar esta análise, mas com uma diferença. Agora você sabe, como soube na sexta-feira no posto de gasolina, que pode usar sua mente e o que você assimilou a partir do nosso trabalho; você pode observar o que quase aconteceu (perdê-lo) e como você pode perceber o que está sentindo e lidar com isso de outro jeito”. W traz temporalidade/realidade (desde hipóteses acerca do início da vida dela, ideias sobre o futuro, a última semana e agora), mas foca a atenção no que a paciente está fazendo e sentindo (sem ter consciência) aqui e agora. Há mais atenção à função do que D traz do que ao conteúdo. Assim, o silêncio é uma característica muito importante no jeito de W trabalhar; ele espera e dá espaço para permitir que a experiência dela se desenvolva. W disse acreditar que as palavras não só comunicam, mas também “fazem coisas”; consequentemente, é importante permitir essa abertura para poder observar e escutar as coisas conforme elas surgem.

W pensa que a situação analítica é impulsionada pelos impulsos e desejos conflitantes de D, interagindo com a forma como ela os administra. Ele pensa que a situação analítica é encenada enquanto campo analítico. Considera que analista e paciente estão à beira de uma encenação potencialmente provocada, em que os sentimentos da paciente na sessão mudam de acordo com a vivência que ela tem do analista e vice-versa. Por exemplo, quando na segunda sessão ela trouxe um sonho sobre adormecer na sessão segue-se um silêncio à narrativa dela, e D então parece não se sentir à vontade. Depois de esperar, W aborda a situação que ele agora pensa existir entre eles e diz: “... talvez você esteja pouco à vontade e impaciente achando que não vai funcionar entre nós e que está ficando ruim”. Argumentou para o grupo que, segundo ele, o conflito que D vivencia opera muito rapidamente: primeiro, quando o analista fala pode ser vivido como “bom”, mas logo depois, ou até ao mesmo tempo, é sentido como “mau”. São essas as mudanças sutis e constantes da experiência às quais o analista dá muita atenção. Assim, ele dá grande importância a como os próprios sentimentos, pensamentos e fantasias dele são construídos por encenações inconscientes no campo analítico. No grupo de discussão, W descreveu como certa vez, quando D o viu inesperadamente fora do consultório (ela não o esperava) ou também quando ele fizera uma interpretação que ela não esperava, ela o desconsiderou (evacuu) de tal modo que ele se sentiu sem existência para ela. Grande parte da atividade mental dela nas sessões parecia ser tomada pela necessidade de inventá-lo para evitar se preocupar com o que teria acontecido com ele.

Como ele pensava a associação livre e dava-se conta do conteúdo inconsciente? W ressaltou que para ele a associação livre consiste em representações criadas verdadeiramente nas sessões, deitada no divã; as lembranças, pensamentos e imagens que vêm à mente são a linguagem, uma espécie de “sonho da sessão”. Por isso, ele tenta começar com a mente aberta e então, enquanto presta atenção às associações de D, espera ser atingido por pensamentos e sentimentos, bem como por lembranças de outros dias. Todo o material (inclusive os pensamentos dele) é tratado como se tivesse o potencial de levar à descoberta de muitos outros significados. Os aspectos do material que mais atraíram sua atenção foram: o que este material lhe diz a respeito do que a paciente pensa e sente acerca do analista e do que ele quer dizer ou fazer, qual o funcionamento mental da paciente na situação aqui e agora nesse momento e como isso muda no próximo momento.

Nove elementos essenciais de teoria que atualmente dividem os psicanalistas

Quis trazer à tona o “trabalho” que um Grupo de Trabalho pode fazer e deixá-los avaliar sua importância. Um Grupo de Trabalho é um grupo de trabalho porque, afinal, produz resultados para revisão pelos pares – caso contrário, seria difícil justificar o gasto de dinheiro no projeto.

Considero que a teoria psicanalítica da situação clínica tem sido um buraco negro em nosso pensamento, permitindo que a disciplina se torne cada vez mais confusa. Penso que o Grupo de Trabalho identificou alguns dos elementos essenciais que a teoria clínica diária e sessão a sessão devem cobrir e algumas linhas divisórias centrais que definem o que fazemos.

Usando o trabalho de colegas que vim discutindo, quais as questões teóricas que ressaltam como aquelas que podem diferenciar de maneira útil as diversas teorias da prática psicanalítica que dão base à nossa prática diária?

De modo muito preliminar, sugiro que há nove principais diferenças entre os psicanalistas atualmente, que vale a pena enunciar e discutir. Elas exigem reflexão mais clara e o que se segue é um esboço de conceitos relativo a situações clínicas que, sem exemplificação, não fazem sentido “em si mesmas”.

1. *Concepções de Nova Experiência.* Muitos analistas, talvez mais da metade, adotam o ponto de vista de que o que eles querem proporcionar ao paciente é uma “nova experiência”. A questão que aqui identifico não é realmente nova – relaciona-se à noção de “experiência emocional corretiva” de Alexander, e ao desencanto com “interpretação” em muitos quadrantes. Do ponto de vista teórico, essa abordagem repousa em nossa compreensão sobre a “compulsão à repetição” (se for) e, assim, como a “nova” experiência acontece, especificamente se analistas praticantes acreditam que a nova experiência que querem produzir pode ser criada por meio de compreensão analítica e interpretação específica, que então influencia a percepção e a repetição na mente do paciente, ou é atingida porque o analista é realmente diferente dos objetos do passado. Ainda que não haja razão, absolutamente, para supor que essas duas concepções devam ser excluídas, na prática, ao observar o que os analistas realmente fazem, constato que frequentemente o são.
2. *Concepções do que é interpretado e por que.* Sugiro que, segundo a ênfase que diferentes analistas põem em como acontece uma nova experiência, o que é interpretado nas sessões tem um dos quatro objetivos subjacentes: ser diferente (mais compreensivo, mais tolerante, mais empático, menos crítico etc.); fazer o paciente ter consciência do que ele “faz” ou como ele vivencia o analista (para promover reflexão e perceber a diferença dos objetos do passado); para elaborar as ansiedades produzidas por conflitos (mudar a estrutura subjacente que produz a repetição); ou promover a elaboração psíquica interna (mudando as formas como as pulsões são representadas e, assim, a representação do outro). Sei que minhas observações aqui são muito esquemáticas e exigem outro artigo.
3. *Concepções de como as interpretações devem ser dadas e por que.* A principal diferença é entre interpretações mais ou menos “saturadas” (diretas) definidas

pelas diferenças quanto ao “risco” que os analistas consideram que existe de se impor ao paciente, suposições acerca de como o significado múltiplo é gerado e usado e crença a respeito de quanto o analista deve ser ativo em tornar isso “claro”, seja esclarecendo ou abrindo o significado. As razões de alguns analistas para serem diretos são exatamente o oposto das razões que outros dão para não agir desse modo.

4. *Concepções de causa.* Em que medida, ao pensar que o paciente é como é, os analistas usam uma teoria do impulso (pulsão) originando (ou não) o conflito, e em que medida eles exploram e discutem diretamente derivativos pulsionais sádicos e destrutivos ou acreditam que fazê-lo pode ser “excessivo”. A principal concepção alternativa é a de déficit, com a ideia de que os déficits precisam ser superados antes de o conflito poder ser tolerado. Talvez a posição mais comum que encontramos tenha sido a de que os analistas tinham essa ideia de forma muito implícita e sem clareza. Isso influencia a clareza a respeito do que estão tentando fazer.
5. *Concepções sobre Aqui e Agora.* Em que medida os analistas têm disponível em sua mente uma conceituação detalhada e baseada em seus sentimentos da imagem do “aqui e agora” do analista na mente do paciente assim como uma imagem do analista e paciente juntos na sala. E não somente verificar se os analistas a interpretam... Nossos achados sugerem grande inconsistência.
6. *Concepções sobre a Associação Livre.* As hipóteses formuladas a respeito dos geradores de “associação livre” e “atenção livremente flutuante”; o *status* de lembranças; histórias sobre eventos e experiências descritas pelo paciente “na” sala. Principalmente quando os pacientes falam, serão seus pensamentos gerados dinamicamente na sessão, “ali e então”, em reação a estímulos internos inconscientes, ou trazidos para a sessão para serem investigados?
7. *Concepções de conversa e ação.* Relacionados a como se concebe a associação livre, uma questão importante é como os analistas pensam a respeito do modo pelo qual o passado se torna presente: pela descrição direta de lembranças pelo paciente, pela encenação do presente inconsciente ou por representações condensadas e deslocadas no material?
8. *Concepções de Contratransferência.* Se a contratransferência é entendida como a resposta (encenada) inconsciente à transferência do paciente, exigindo a identificação do significado latente dos sentimentos e comportamento do analista, ou como resposta afetiva mais direta.
9. *Atitudes relativas à Neutralidade.* Só muito recentemente percebi que este conceito bastante fora de moda é crucial, relativo à aceitação do analista de ter sido apanhado, mas que também necessita alcançar uma terceira posição. Parece que muitos psicanalistas se tornaram mais ou menos conscientemente protagonistas a favor ou contra seus pacientes em relação ao que escutam. Especialmente quando as experiências iniciais foram muito difíceis.

Concluindo, e para recapitular: atualmente são descritas muitas maneiras de fazer psicanálise bem e aparentemente com eficácia, mas eu as considero muito diferentes e essas diferenças devem ser cuidadosamente delineadas. Podemos todos nos beneficiar muito ao esclarecer as bases teóricas do que fazemos, qual é o verdadeiro *setting* que define a especificidade da psicanálise e pensar mais precisamente a esse respeito.

Cada uma das nove diferenças oferecidas levanta questões teóricas plausivelmente específicas. Quando reflito a respeito do que faço, ao supervisionar ou ensinar considero essas questões ainda mais indispensáveis. Acredito que a clareza teórica pode nos levar, além da discussão ritualística, para um compromisso vivo e significativo uns com os outros e com o que fazemos. Sou profundamente grato às pessoas com quem trabalhei nos Grupos de Trabalho e que estimularam estas ideias.

¿Qué son Grupos de Trabajo y qué es lo que pueden hacer?

Resumen: Entendido como la oportunidad para debatir el hecho de que tenemos ideas diferentes y su sustentación, el pluralismo suministra el contexto para el examen riguroso y respetuoso de las diferencias. Pero el debate para ser eficaz exige disciplina – involucrimiento informado y real entre puntos de vista discordantes y un cuadro de referencia institucional y cultural. La política científica de la Federación Psicoanalítica Europea que introdujimos en 2001 y el papel de los Grupos de Trabajo tenían por objetivo crear esas condiciones para ayudarnos a llegar a conclusiones más seguras. Queríamos facilitar, a largo plazo, una cultura mucho más rigurosa, más bien informada y comprometida, entre pares. Un área importante de la discusión está siendo la teoría psicoanalítica de la situación clínica, el psicoanálisis tal y como es realmente practicado en el día a día. A medida que el pluralismo se desarrolla, la práctica clínica entra en una fase de complejidad cada vez mayor – con la posibilidad de permitir que el psicoanálisis clínico se aleje de forma desastrosa de la modalidad freudiana específica para algo parecido a “cualquier cosa sirve”. Este artículo empieza por la descripción de cómo los Grupos de Trabajo “trabajan” (diferenciando la idea de Grupo de Trabajo de la de talleres), usando el Grupo de Trabajo sobre Métodos Clínicos Comparativos de la Federación Psicoanalítica Europea como ejemplo. A continuación se discute lo que pensamos acerca de los elementos esenciales que la teoría clínica cotidiana común del analista cubre mientras él trabaja – tenga o no el analista conocimiento de ella. Se presentan entonces tres ejemplos clínicos mostrando cómo psicoanalistas diferentes realmente trabajaron – usando la referencia teórica y comparativa que el Grupo de Trabajo desarrolló y programó en los talleres. Los tres presentadores eran analistas didactas expertos. A continuación se hace la revisión de ocho elementos esenciales que parecen dividir la manera por la cual los psicoanalistas contemporáneos realmente trabajan hoy en día. Cada elemento levanta cuestiones teóricas razonablemente necesarias – cuestiones fundamentales para las cuales las respuestas son frecuentemente muy confusas, que hacen que la formación psicoanalítica se vuelva confusa. Concluyo que los elementos esenciales del psicoanálisis clínico exigen reflexión, especificación, comprensión y discusión mucho más clara y consecuentemente mucho más trabajo de todos nosotros.

Palabras clave: pluralismo; diferencias; comparación; Grupos de Trabajo; talleres; teoría clínica; práctica clínica; técnica; política científica; todo sirve.

What are Working Parties and what can they do

Abstract: Understood as an opportunity to debate the fact we have different ideas and the support for them, pluralism provides the context for rigorous and respectful examination of differences. But for debate to be effective it requires discipline – real informed engagement between competing viewpoints and an institutional and cultural framework. The European Psychoanalytic Federation’s scientific policy we introduced in 2001 and the role within it of Working Parties aimed to create such conditions to help us to reach more secure conclusions. We wanted to facilitate, in the long term, a much more rigorous, better-informed and engaged peer culture. One important area of the discussion was the psychoanalytic theory of the clinical situation as psychoanalysis is actually practiced every day. Clinical practice has been in increasing disarray as pluralism has developed – potentially allowing clinical psychoanalysis to drift disastrously away from a specific Freudian modality towards “anything goes”. This paper starts by describing how Working Parties “work” (distinguished the Working Party from workshops) using the FEP Working Party on Comparative Clinical Methods as an example. It then discusses how we thought

about the core elements that the analyst's ordinary everyday clinical theory will cover as s/he works – whether the analysts knows it or not. Three clinical examples are then presented showing how different psychoanalysts actually worked – using the theoretical and comparative framework the Working Party developed and implemented in the workshops. All three presenters were experienced training analysts. I then review eight core elements that appear to divide how contemporary psychoanalysts really work today. Each element raises reasonably precise theoretical questions – fundamental ones to which answers are often very confused, which then makes psychoanalytic training confusing. I conclude that the core elements of clinical psychoanalysis require much clearer reflection, specification, understanding and discussion and so a lot more work from us all.

Keywords: pluralism; differences; comparison; Working Parties; workshops; clinical theory; clinical practice; technique; scientific policy; anything goes.

Referências

- Basile, R. & Ferro, A. (2008). Some surprises: A new style for case discussion. In Tuckett et al., *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. (Cap. 9). New Library of Psychoanalysis, London and New York: Routledge.
- Birksted Breen, D.; Ferro, A. & Mariotti, P. (2008). Work in progress: Using the two step method. In Tuckett et al., *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. (Cap. 7). New Library of Psychoanalysis, London and New York: Routledge.
- Bohm, T. (2008). Before the method, underestimating the problem and the meeting in Prague. In Tuckett et al., *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. (Cap. 3). New Library of Psychoanalysis, London and New York: Routledge.
- Canestri, J. (2006). *Psychoanalysis: From practice to theory*. London: John Wiley.
- Denis, P. (2008). In praise of empiricism. In Tuckett et al., *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. (Cap. 2). New Library of Psychoanalysis, London and New York: Routledge.
- Hinz, H. (2008). Some reflections on the problem of comparison and difference in the light of doubts and enthusiasm. In Tuckett et al., *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. (Cap. 5). New Library of Psychoanalysis, London and New York: Routledge.
- Jemstedt, A. (2008). The Sorrento experience: Chaos replaced by too much structure. In Tuckett et al., *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. (Cap. 4). New Library of Psychoanalysis, London and New York: Routledge.
- Schubert, J. (2008). Experiences of participating: Group process and group dynamics. In Tuckett et al., *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. (Cap. 8). New Library of Psychoanalysis, London and New York: Routledge.
- Tuckett, D. (2002). The New Style Conference and Developing a Peer Culture in European Psychoanalysis. *FEP Bulletin*, 07.
- Tuckett, D. (2004). Building a psychoanalysis based on confidence in what we do. *FEP Bulletin*, 09.
- Tuckett, D. (2007). Wie können Fälle in der Psychoanalyse verglichen und diskutiert werden? Implikationen für künftige Standards der klinischen Arbeit. *Psyche*, 9/10, 1042-1071.
- Tuckett, D. et al. (2008). *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The evolution of a method to describe and compare psychoanalytic approaches*. New Library of Psychoanalysis, London and New York: Routledge.

Tradução de Tania Mara Zalberg

[Recebido em 30.6.2010, aceito em 30.7.2010]

Artigo especialmente escrito para este número da *Revista Brasileira de Psicanálise*

David Tuckett
[Sociedade Britânica de Psicanálise]
37 Woodsome Road, Dartmouth Park
NW5 1SA London, UK
d.tuckett@ucl.ac.uk