

Nosso ofício vital

Fred Busch

Revista Brasileira de Psicanálise
volume 49, n. 1, p. 99-118
2015

Resumo

Como parte de nossa busca permanente a fim de ajudar pacientes a encontrar, ou reencontrar, o cerne do que significa ser humano, investigo neste trabalho mudanças múltiplas de paradigma no método psicanalítico que constituem novos pontos comuns entre, ao que parece, diversas vertentes. Isto conduz a novas ideias sobre como ouvimos e interpretamos, os objetivos do tratamento e a maneira como se dá a mudança.

Palavras-chave

mudanças de paradigma; representação em construção; pré-consciente; pontos comuns; transferência; contratransferência; intersíquico.

FRED BUSCH é analista didata e supervisor no Instituto Psicanalítico de Boston, analista supervisor geográfico no Instituto Psicanalítico de Minnesota e no Instituto Psicanalítico de Vermont. [*Analista supervisor geográfico*: nos EUA, título dado a supervisores que, pertencendo ao instituto de determinada região, atuam nos de outras regiões.]

Por vezes, é útil que nos recordemos do papel vital que a psicanálise exerce, ajudando nossos pacientes a recuperar o que é fundamental para a sua humanidade. Ao mesmo tempo, o poder de nossos métodos pode ser visualizado nas importantes mudanças de paradigmas no método psicanalítico nos últimos quarenta anos. Isto não é subestimar as significativas diferenças entre escolas de pensamento. O desafio fundamental para o nosso desenvolvimento individual e coletivo está na dificuldade de dialogar com um conhecimento em permanente expansão, representado por diversas perspectivas.

Todos nós já ouvimos opiniões deprimentes sobre a nossa profissão: um ofício impossível; uma profissão em extinção; a dor de ser um analista; um ofício perigoso etc. Hoje estou aqui para apresentar nossa profissão sob outra luz – *o ofício vital*. Não serei Poliana ao apresentar meu ponto de vista, já que, de vez em quando, nosso trabalho é doloroso e, aparentemente, impossível. Todavia, se nos esquecermos da natureza vital do que fazemos, nossa prática poderá tornar-se, por vezes, ainda mais dolorosa, impossível, perigosa e intimidante, e acabaremos esquecendo as infinitas possibilidades que a mente oferece.

Desde os primórdios até hoje, psicanalistas vêm trabalhando para ajudar seus pacientes a encontrar e reencontrar *o núcleo de o que significa estar vivo e ser humano, isto é, da mente humana*. Independentemente de nossa perspectiva teórica, todos nós tentamos abrir, na mente dos pacientes, espaços antes fechados, e

neste caminho nós os ajudamos a reencontrar a mente. Nossa colega Marília Aisenshtein (2007) captou o caráter essencial de nosso empenho quando afirmou:

A análise é inflexível em relação a outras terapias, na medida em que, por si só, foca [...] em ajudar nossos pacientes a tornarem-se, ou retomarem o papel de, protagonistas de sua própria história e pensamento. Seria muito ousado da minha parte insistir que esta é a única liberdade inalienável que o ser humano possui? (p. 149)

Uma das grandes descobertas de Freud, *grosso modo*, foi ajudar-nos a perceber que todos vivemos num filme movido por forças inconscientes e por inúmeras defesas contrárias a elas, no qual escritor, personagem principal e diretor somos nós mesmos. Entretanto, como no filme de Woody Allen *A Rosa Púrpura do Cairo*, em que a personagem salta da tela a fim de tentar e criar uma vida diferente, tentamos ajudar nossos pacientes a descobrir o filme em que têm vivido, as forças que os conduziram até ali, os temidos perigos da mudança, e, deste modo, os ajudamos a viver a história de sua escolha. Uma das metas primordiais da psicanálise é auxiliar o paciente a tornar-se capaz de contar a sua história e, momentaneamente, observá-la do lado de fora, sob a ótica de mero espectador. O processo de início desta mudança é o que chamei de *criando uma mente psicanalítica* (Busch,

2013b), exclusivo da psicanálise. Tentamos dar partida em um processo criativo que só o paciente pode completar, de modo a transformar a inevitabilidade das ações na possibilidade de reflexão. Que conquista mais significativa!

Acredito que a maioria de nós já tenha tido a experiência que descreverei. Foi nos primeiros tempos de minha análise quando uma canção me veio à mente reiteradas vezes. Eram os Beatles cantando “Here Comes the Sun”. Nas palavras, na música e na habilidade dos Beatles em captar a alegria de viver, a canção indicava uma melhora da minha depressão, o aparecimento de lembranças ocultas por muitos anos e a alegria a elas associada. As ideias e os sentimentos não eram algo que eu pudesse conscientemente verbalizar naquele momento. Ao longo de anos, aquela canção voltou a aparecer durante toda a minha análise. O que eu gostaria de destacar com esta passagem é que a canção me surgiu na mente durante a análise, de forma persistente e espontânea, quando eu estava pronto, e me ajudou a redescobrir uma parte da consciência, experiências e sentimentos que estiveram perdidos para mim. Minha mente estivera fechada para uma parte de mim que era a essência do que eu era, do que eu poderia tornar-me, e do que, então, me tornei. Está aí o porquê de eu considerar a psicanálise algo vital. Tentamos devolver a nossos pacientes algo que lhes é indispensável como seres humanos: *sua mente...*

e a liberdade e criatividade que lhes são inerentes.

Portanto, sim, ao mesmo tempo que a psicanálise é, por vezes, um ofício impossível, doloroso e perigoso, não nos deixaremos esquecer da sua *natureza vital*.² Ela oferece a nossos pacientes uma nova inspiração no viver.

A vitalidade do nosso método

Independentemente de qual Freud nós seguimos, das consideráveis diferenças de nossos modelos de mente e de algumas variáveis específicas na nossa técnica de análise, *houve mudanças de paradigmas em alguns dos modos mais básicos de abordagem com nossos pacientes, e elas servem como um novo denominador comum entre pontos de vista aparentemente divergentes* (Busch, 2013a).³ *Estas mudanças estão baseadas nas percepções de colegas com diferentes perspectivas ao longo dos últimos quarenta anos. No entanto, as profundidades destes avanços parecem ter passado um pouco despercebidas.* Acho que isso se deve ao fato de que as mudanças, oriundas de um processo “evolutivo”, foram incorporadas gradativamente à prática clínica, em vez de serem resultantes de métodos revolucionários proclamados por novas teorias.⁴ O que percebemos são mudanças assentadas na prática clínica dentro de um modelo genérico de base freudiana,⁵ ainda que incorporando outras vertentes de técnica psicanalítica. Deixem-me começar com uma história.

A menina na praia

Sentado na praia, observei uma menina procurando conchas a cerca de quarto metros e meio do mar, num local com pouquíssimas conchas. Depois de um tempo, sua mãe, que calmamente a ajudava, diz: “Você gostaria de chegar mais perto da água, onde provavelmente deve haver mais conchas?” A menininha responde que sim, embora, durante algum tempo, continue procurando no mesmo lugar. Alguns minutos depois, ela vai para mais perto da água, onde começa a colher inúmeras conchas.

Minha sugestão é que esta passagem pode servir como um exemplo para uma vertente atual de técnica psicanalítica. Vejamos a história por partes. A menina procura algo difícil de encontrar naquele lugar. Ela é como nossos pacientes, que, envolvidos em conflitos inconscientes, continuam na busca da solução de seus problemas, mas procuram no mesmo lugar e encontram os mesmos problemas. A mãe não fala para a filha parar o que está fazendo nem se frustra com ela, mas *questiona* a garota se não seria mais útil mudar o local da procura. No *questionamento* da mãe, eu gostaria de destacar o seguinte: em nenhum momento foi dito à menininha o que fazer, nem ela foi forçada a procurar em outro lugar; também não lhe foi dito que o local de sua procura estava errado, mas sim *se ofereceu a ela a alternativa de explorar um outro lugar, um lugar em que ela ainda não tinha cogitado ou talvez nunca cogitasse por si mesma*. Desta forma, foi-lhe dado o *poder* de decidir por si mesma. Aparentemente, a garotinha acha uma boa ideia, mas persiste

no mesmo local que, até então, não lhe ofereceu resultados promissores. Há uma certa resistência em deixar o lugar *dela*. A mãe não lhe sugere mais nada nem lhe dá outras ideias, mas, algum tempo depois, a menininha decide *sozinha* pela mudança para um solo mais fértil e acaba por ter seus anseios satisfeitos.

Um momento clínico de rotina

Um paciente, um professor de literatura com 50 anos de idade, iniciou sua sessão falando sobre sua dificuldade, naquela manhã, de se apresentar perante um comitê de financiamento, bem como de se relacionar com seus alunos da graduação. Enquanto falava com os membros do comitê, por exemplo, ele se deu conta de que não estava sendo específico o bastante; no que se refere ao trabalho com seus alunos, percebeu que eles sabiam muito mais do que ele sobre determinados temas de literatura. Num primeiro momento, racionalizou dizendo que obviamente não poderia saber a fundo todos os tópicos de literatura; todavia, percebeu que aquele era um problema que tinha de modo geral, ou seja, aprofundar-se na literatura. Contou, então, da vinda da secretária a seu escritório para lhe informar sobre algumas alterações no plano de aposentadoria da universidade, e que ele se irritou, porque ela o estava incomodando com aquilo. Ele

tinha uma noção de que algo conectava todos esses eventos; contudo, não era capaz de compreender completamente.

Esta dificuldade em conectar suas associações tinha sido uma questão relevante na análise durante um tempo. O analista, então, disse ao paciente: “*Tenho a impressão de que nestas situações há algo repulsivo que o impede de mergulhar nos detalhes.*” O paciente respondeu: “*Eu sabia que algo assim acontecia, mas eu simplesmente não conseguia mergulhar...* [Houve aqui uma pausa, como se o paciente estivesse buscando uma palavra.] ... *nos detalhes*”. Ele riu. Depois disse: “*Acabei de me recordar de parte de um sonho.* [Pausa.] *É constrangedor. No sonho, eu tive uma evacuação intestinal, e não conseguia me limpar. Não me lembro de mais nada. Eu sempre quero estar tão limpo*”. O analista disse então: “*Talvez o sonho nos esteja contando o porquê*”.

De maneira similar à mãe da “menina na praia”, o analista não está dizendo ao paciente para procurar um lugar para o seu problema; ao contrário, ele primeiro ajuda o paciente a capturar o problema expresso em suas associações mediante uma nova representação (a saber, problema com detalhes). O paciente recorda-se de um sonho, que sugere que, por não se aprofundar em detalhes, ele vive a fantasia de estar todo sujo de fezes. Ele então se defende salientando o quão limpo ele deve ser, assim como a garota leva um tempo até se aproximar da água. O analista não tenta nem o força a retornar à sujeira, mas o ajuda a

enxergar que sua defesa de ser limpo relaciona-se com o anseio de sujar-se.

Eu gostaria de destacar dois fatores adicionais e correlatos sobre esta vinheta clínica. O primeiro é que acredito que seria difícil para muitos adivinhar qual a vertente teórica do analista; o segundo é que a abordagem do analista faz parte de certas mudanças na nossa concepção da técnica que serão elaboradas nas próximas sessões. Como uma prévia, em sua primeira intervenção, o analista acompanha as associações do paciente para dar, no aqui e agora (Gray, 1994; Joseph, 1985), uma clarificação (Bibring, 1954) centrada no analista (Steiner, 1994), insaturada (Ferro, 2002), para representar uma defesa pré-consciente (Green, 1974) à maneira de Anna Freud (1936/1992). Isso conduz a um sonho que elabora o significado inconsciente da defesa, seguido de uma negação, sobre a qual se chama a atenção do analisando, em outra intervenção centrada no analista e insaturada.

Nossos métodos em mutação

As duas mudanças de paradigmas mais significativas na psicanálise clínica ocorreram com uma mudança de foco: do trabalho *direto* com o inconsciente e a busca pelo que estava reprimido, para o reconhecimento geral através de vertentes teóricas de que é importante trabalhar mais estreitamente com o que é *pré-consciente*, e a ênfase na construção de representações *do que antes era impensado, ou*

sub-representado, bem como do que estava reprimido. São mudanças concebidas para tornar nossas intervenções mais inteligíveis e *emocionalmente* significativas para nossos pacientes, com base em nosso crescente conhecimento da mente, adquirido das mais variadas fontes psicanalíticas. Por um tempo demasiado longo, trabalhamos sob a crença de que precisávamos interpretar de modo que o paciente vivenciasse seu inconsciente *diretamente* (Strachey, 1934), sem nos darmos conta de tudo o que deveria ocorrer antes que ideação ou sentimentos inconscientes pudessem ser levados à consciência de modo significativo.⁶

Pensamento pré-consciente

Passamos do confronto primário, em que o analista recolhe as informações do inconsciente do paciente, para trabalhar mais de perto com o que o paciente é capaz de ouvir, entender e potencialmente integrar. Desta feita, percebemos que, a fim de ajudar os pacientes a apreender como são regidos por fantasias inconscientes, estados egoicos, conflitos etc., estes devem primeiro tornar-se compreensíveis.⁷

À exceção da Escola Francesa, o pensamento pré-consciente tem permanecido como um “conceito sombra” (Busch, 2006), a que se confere pouca importância. Em 1915, Freud tentou estabelecer uma distinção *absoluta* entre pensamento inconsciente e pré-consciente com base em “apresentações textuais (apresentações de palavra)” e “apresentações reais (apresentações de coisa)”. Todavia, comprometida

nesse trabalho está a perplexidade de Freud sobre o fato de que

uma parte muito importante deste pré-consciente origina-se no inconsciente, tem as características dos derivativos dele e está sujeita à censura antes de tornar-se consciente (Freud, 1915/1978b, p. 191).

E que há pensamentos que apresentam todas as marcas de se terem formado *de modo inconsciente*, mas que

são altamente organizados, livres de auto-contradição, fizeram uso de cada aquisição do sistema Cs., e dificilmente seriam diferenciados, em nosso julgamento, das formações daquele sistema (Freud, 1915/1978b, p. 190).

Assim, contrastando com todo o resto deste trabalho, *Freud concebe, de maneira sucinta, o complexo pensamento pré-consciente com infusões de elementos inconscientes*. Nessas poucas frases, Freud, ainda em seu modelo topográfico, apresenta uma visão de *pensamento pré-consciente que vai de uma fronteira permeável do sistema Ics. à fronteira permeável do sistema Cs.*⁸

Se entendido assim, estamos trabalhando com vários níveis de pensamento pré-consciente, o que torna nossa tarefa mais complexa. Trabalharíamos, por exemplo, de uma forma com os derivativos sexuais que aparecem cedo no tratamento de uma paciente histérica e de

forma diferente com derivativos similares que surgem em fases posteriores no tratamento de um paciente obsessivo. No caso da paciente histérica, embora as tênues associações sexuais possam parecer próximas à consciência, frequentemente estão mais próximas da fronteira inconsciente e, por conseguinte, mais difíceis de serem trazidas à consciência. Os derivativos sexuais nas associações obsessivas são mais uma consequência do árduo trabalho de analisar defesas, e, deste modo, mais facilmente interpretáveis.⁹ Como estamos lidando com dois níveis diferentes de organização psíquica, *ajustamos nossas intervenções ao funcionamento do ego*, ou, em termos bionianos, metabolizamos para o paciente aquilo que ele pode, então, metabolizar ainda mais.

Construindo representações

Conforme observado por Lecours (2007) e muitos outros, aquilo que é representado pode continuar a estruturar-se e ampliar a habilidade de conter energias psíquicas. Isto leva ao que Green (1975) chamou de “ligar o embrionário” (p. 9) e contê-lo, dando, assim, um continente ao conteúdo do paciente e “conteúdo ao seu continente” (p. 7).

Sempre que nos referimos a algo indefinido, até então não identificado, fazemos a tentativa de representá-lo com uma palavra. Sempre que descobrimos e acentuamos um *significado* que antes residia num

espaço suspenso, ou captamos significado, de um modo significativo para o paciente, no que parecia significativo (para o analista) mas era sem significado na época (para o paciente), estamos no caminho de construir uma representação. A representação que construímos pode vir tão definida quanto uma palavra, tão complexa quanto uma metáfora, ou tão fugaz quanto um sonho acordado de Ogden. A possibilidade de se tornar algo representável para o analisando depende de inúmeros fatores, *inclusive de quão próximo está do que é tolerável naquele dado momento clínico* (por exemplo, a capacidade do paciente de transformar os elementos do pensamento com o qual está familiarizado em uma nova *gestalt*). Após cada intervenção, verificamos o que o paciente pode extrair daquilo naquele momento. Podemos chamá-lo de trabalho da função alfa ou de sua função egoica. *É um fator determinante que o paciente seja capaz de permitir que nossas intervenções trabalhem em sua mente.*¹⁰

Representações não são ausentes ou presentes, mas estão lá nas mais variadas formas. Em linhas gerais, quando falamos sobre construir representações em psicanálise, estamos tratando de questões separadas mas relacionadas. A primeira é construir uma representação mais matizada e complexa a partir de uma altamente saturada e simples. A segunda é construir uma representação inicial a partir de suas origens representacionais mais primitivas e não simbólicas. Além disso, é possível pensarmos nas representações como tendo múltiplas dimensões: elas podem ir do profundo inconsciente às imediações do pré-consciente (Busch, 2006);

do simples ao complexo nos mais variados graus de saturação.¹¹ Neste modelo, construir representações significa tentar fazer representações mais complexas, trazendo-as para mais perto da consciência, e menos saturadas (ou mais matizadas). Por exemplo: às vezes tentamos construir uma representação a partir de outra que é conceitualmente primitiva (como as representações somáticas). Com uma representação rígida, altamente saturada e simples, que está próxima à consciência (exemplos: todos os homens são animais; a psicologia do ego é superficial), tentamos fazer a representação mais complexa e menos saturada (exemplos: alguns homens são atenciosos e sensíveis; talvez haja uma contribuição válida a ser dada pela abordagem dos psicólogos do ego ao método da psicanálise). Com uma representação mais complexa que é inconsciente, tentaríamos trazer a representação a níveis de pré-consciência crescentemente mais elevados.

Implicações clínicas

Há certas alterações em nossos métodos de trabalho diretamente resultantes das mudanças de paradigmas mencionadas acima. Tudo tem a ver com o modo como capacitamos nossos pacientes a construir e aceitar novas representações, e a trazer aquilo que tem sido evitado e sub-representado para o conhecimento pré-consciente. Cada vez mais prestamos atenção à forma com que levamos nossas observações e interpretações ao conhecimento do nosso paciente, e ao profundo efeito que

isto provoca na sua habilidade de utilizar o que falamos. É outra maneira de olhar para esse caráter de uma relação entre duas pessoas da psicanálise, enquanto prosseguimos na compreensão de que é a vida interior do paciente que podemos ajudar a mudar. No que descrevo a seguir, o leitor identificará ideias inovadoras de psicanalistas de diferentes vertentes que contruíram para a *vitalidade* dos psicanalistas contemporâneos.

Interpretando “na vizinhança”

Freud (1910/1978c) primeiro formulou este princípio ao advertir um jovem médico sobre a ineficácia das *interpretações selvagens*, como eram consideradas aquelas para as quais o paciente não estava pronto.

Se o conhecimento sobre o inconsciente fosse tão importante para o paciente como as pessoas inexperientes em psicanálise imaginam, bastaria assistir a palestras ou ler livros para sua cura. Tais medidas, entretanto, têm tanta influência sobre os sintomas de doenças nervosas quanto tem a distribuição de cardápios sobre a fome. [...] Todavia, considerando-se que psicanalistas não podem prescindir de dar esta informação, fica estabelecido que isso não deve ser feito antes que o paciente, mediante preparação, tenha *atingido, por si mesmo, a vizinhança daquilo que tem reprimido*. (Freud, 1910/1978c, pp. 225-226; itálicos nossos).

Ao introduzir o conceito de que o analisando precisa estar “na vizinhança”, Freud aponta, dentre todos os princípios da técnica clínica, a *centralidade do pré-consciente*. Independentemente do quão brilhante seja a leitura do inconsciente pelo analista, ela não será um dado útil até que possa conectar-se a algo de que o paciente possa tomar consciência de modo pré-consciente.¹²

Ouvindo discussões do processo clínico, pode-se ficar impressionado com o número de interpretações que parecem basear-se *menos no que o paciente é capaz de ouvir* e mais no que o analista é capaz de compreender. Pode ser apenas que o orador não trouxe os ouvintes para a vizinhança daquilo que ele fez; contudo, nós talvez também confundamos, com frequência, a nossa habilidade de ler o inconsciente com a habilidade do paciente de compreendê-lo. Não raro, somos pouco claros na distinção entre uma comunicação inconsciente e nossa habilidade de nos comunicarmos com o inconsciente do paciente. Aquilo que o paciente pode ouvir, compreender e efetivamente utilizar – sem falar nos benefícios de considerar esta forma de aproximação – apenas gradativamente vem entrando no primeiro plano de nossas discussões clínicas.

Green (1974) assim esclareceu:

Corroboro o conceito freudiano do ego em que a liberdade do paciente é respeitada e em que se permite prosseguir na medida da

capacidade do paciente de compreender o que lhe dizemos naquele ponto do tratamento, ou seja, permitindo-lhe elaborar e fazer parte de um processo de regressão-progressão e, deste modo, prosseguir do nível mais superficial para o mais profundo. (Green, 1974, p. 421)

De fato, conforme previamente apontei (Busch, 2013a), analistas oriundos das mais variadas vertentes teóricas (tais como Ferro, 2003, pp. 189-190; Baranger, 1993, p. 23; Ikonen, 2003, p. 5; Bion, 1962, p. 87), cada vez mais, têm voltado sua atenção para as formas de tratar a “vizinhança” como um guia para a capacidade do paciente de compreender e utilizar uma intervenção de modo significativo, emocional e cognitivamente, e as formas como o analista opera, as quais podem fomentar ou prejudicar este processo.

Clarificações

A introdução deste conceito de Edward Bibring (1954) nunca ganhou força como um método delineado de técnica psicanalítica. Acredito que tenha sido porque, em sua obra, ele limitou o uso de clarificação ao material próximo à consciência. Todavia, da leitura dos exemplos que ele traz, o que ele descreve são, na verdade, *clarificações de derivativos de pensamentos inconscientemente motivados que estão organizados de forma pré-consciente*. Esta última forma é um importante uso de clarificação, bem como a necessidade de esclarecer o emprego inconsciente, pelo paciente, de palavras como se fossem ações

(por exemplo, ação de linguagem). Isso não se confunde com uma *interpretação*, na qual tentamos conscientizar do *significado inconsciente*. Betty Joseph assinala um processo semelhante quando sugere a elucidação daqueles caminhos pelos quais o paciente, por exemplo, cria um tom e uma atmosfera que favorecem a compreensão ou que a dificultam. Ela argumenta que somente quando isto é *clarificado*, o que em geral requer repetidas demonstrações, é que efetivamente contribui para a compreensão das razões ou motivos de tal comportamento.

A razão para a necessidade de clarificação é simples: no meio do conflito, o pensamento do paciente é concreto (Busch, 1995, 2009).¹³ Ele só é capaz de pensar¹⁴ o que está imediatamente presente. Durante longos períodos, e mesmo quando o paciente faz associações livremente, ele é incapaz de acompanhar a sequência dos seus pensamentos enquanto conversa. É necessário um considerável período de tempo antes que possamos fazer uma interpretação – que pode ser uma palavra ou uma metáfora, captando brevemente a essência de um devaneio – e ter alguma esperança de que o paciente a compreenderá de maneira não intelectual. No início do tratamento, falta ao paciente a capacidade de acompanhar seus próprios pensamentos e participar deles num nível mais elevado de abstração (Busch, 1995, 2009).¹⁵ A maioria dos analistas concordaria com a afirmação de que este é o nível em que um analisando está basicamente funcionando através de sua análise: *ele cogita, mas não é capaz de pensar sobre o seu pensamento*. Assim, para

que atinja algum progresso, o paciente precisa vivenciar uma interpretação, mas para que isso ocorra precisamos *clarificar* (esclarecer) o que ele vem fazendo ou dizendo que nos leva a essa interpretação.

Contratransferência

A descoberta da importância de pensamentos e sentimentos contratransferenciais como uma fonte fundamental de informação na situação psicanalítica foi um dos nossos mais significativos progressos. A partir do trabalho pioneiro dos kleinianos sobre a identificação projetiva, seguido por muitos outros, viemos a perceber sua importância na compreensão de cada paciente *em algum ponto* em sua análise, e sua importância na compreensão de outros pacientes desde o momento em que entram em nosso consultório. Após algum tempo de acirradas discussões e controvérsias, entendo agora que não há nenhuma teoria que rejeite a importância da contratransferência de sentimentos na compreensão de nossos pacientes.

Contudo, devemos atentar às palavras de Hanna Segal (Hunter, 1993) quando adverte que a contratransferência *é nosso melhor criado e nosso pior senhor*. Se, de um lado, é uma ferramenta fundamental em nosso trabalho analítico, de outro, *ela também fornece dados de difícil solução e tradução*. Em resposta ao paciente, poderemos nos tornar ansiosos, impacientes ou introvertidos. Se temos uma mente

psicanalítica, podemos constatar e refletir sobre estas ocorrências sem ter que agir, ao mesmo tempo em que reconhecemos que determinada quantidade de ação em nossa contratransferência é inevitável (e, por vezes, útil na compreensão).

Um problema peculiar que analistas enfrentam é que, não raro, nos sentimos obrigados pelo paciente a ocupar o que parece ser uma posição de estranhos, o que nos pode levar ao afastamento e a *forçar o paciente a aceitar seu próprio inconsciente*. Nessas horas, a contratransferência parece resultar de um anseio de expelir o que é transferido de volta ao paciente. “Você se sente assim, não eu” – parecemos expressar, embora queiramos dizer que somos exploratórios ou interpretativos. É uma forma de o analista desvencilhar-se de algo desconfortável que perturba seu próprio inconsciente.¹⁶ Outro problema que enfrentamos é quando parecemos tratar nossas reações contratransferenciais como *guias infalíveis do comportamento do paciente* – o que eu chamo de “cambalhota cartesiana” (ou seja: “Eu penso; logo, você existe”). Além disso, pode ser uma forma estereotipada de evitar sentimentos mais profundos e conflitantes,¹⁷ o que é compreensível uma vez que as reações contratransferenciais são primeiramente registradas de modo inconsciente.

Diante de uma reação contratransferencial, é necessária contenção considerável, equilíbrio narcisista e contínua capacidade autoanalítica para sustentar nosso papel de

participante-observador empático e reflexivo, e evitar ser levado na direção de um *enactment*. Sem uma capacidade de introspecção e autoquestionamento sobre estes sentimentos contratransferenciais, é difícil perceber como apenas um dos dois participantes poderia resolver estes momentos únicos criados por ambos.

Comunicação intersíquica

Bolognini (2011) introduziu o termo *intersíquico* para captar o diálogo consciente e inconsciente de dois interlocutores, paciente e analista:

Um território para o qual ainda somos pouco capazes de encontrar palavras – apesar de todas as palavras que são usadas para isso (Schmidt-Hellerau, 2011, p. 447).

Diamond (2014) apresenta as contribuições e a aceitação deste termo, *intersíquico*, pelas mais variadas culturas psicanalíticas (embora não rotulado como tal). Em suma, o termo *intersíquico* amplia o campo para que o analista inclua nele uma série de estados mentais, não raro tratados em separado, tanto para compreender o paciente como também para demonstrar, sem ensinar, a forma como o analista está pensando. No trabalho com o interior da mente de alguém em resposta ao paciente, há importantes considerações éticas e clínicas que nem sempre são feitas. Diamond adverte:

Como em qualquer inovação técnica, especialmente na utilização atual da experiên-

cia mental do analista, há um risco sempre presente de uso equivocado, bem como de possíveis transgressões éticas. Quando levada ao extremo, pode desviar da psicologia do paciente e fazer centrar-se na do analista ou no processo diádico em si. (2014, p. 531)

Portanto, é aconselhável ter em mente que este método é apenas parte do método analítico a ser empregado por nós. Precisamos dar ouvidos ao analisando e a nós mesmos de modo polifônico, a fim de estimar *o melhor modo de escutar*. Enfim, o modo como traduzimos nossos pensamentos íntimos em interpretações úteis ainda é algo a ser totalmente compreendido.

Interpretações centradas no analista

Steiner (1994) introduziu um importante termo clínico – *interpretações centradas no analista* – para o trabalho com pacientes mais perturbados, em que “a prioridade para o paciente é ver-se livre de conteúdos mentais indesejados, que ele projeta no analista. Nestes estados, ele consegue levar muito pouco de volta à sua mente” (p. 406). Steiner continua asseverando que o paciente se sente ameaçado se o analista insiste em dizer-lhe o que ele (o paciente) está pensando ou sentindo, pois isso é o que é projetado sobre o analista como uma maneira de livrar-se desses sentimentos. Eu sugeriria que isto está em consonância com uma posição psicológica de ego rígido, na qual as funções do ego regredido

dos pacientes esquizoparanoídes são levadas em consideração.

Eu acrescentaria que *interpretações centradas no analista* são úteis a toda gama de patologias, notadamente no início do tratamento, e durante todo o tratamento quando novas regressões surgirem. Isto se deve ao fato de que todos os nossos pacientes lidam com pensamentos e sentimentos inconscientes cujo reconhecimento é aterrorizante, na medida em que, na mente inconsciente do paciente, se associam aos mais assustadores temores conhecidos pelo homem. Desta feita, qualquer caminho de trabalho que possamos seguir para amenizar esses temores durante a análise do paciente irá beneficiá-lo.

A partir da ideia básica de Steiner, mas alterando-a por meio de seu trabalho com pacientes psicóticos e *borderline* dentro de uma perspectiva kleiniana, a abordagem que apresento a seguir me pareceu, muitas vezes, central para ajudar os pacientes a abrirem suas mentes para uma nova forma de pensar sobre si mesmos. A premissa básica do método é *conversar com o paciente sobre as impressões do analista em vez de falar para o paciente que elas são algo, ou o que ele está realmente sentindo ou pensando*. Esta última forma parece mais comum na prática clínica, como quando o analista diz: “Você está bravo comigo, e não pode tolerar isso; então, você me imagina como estando bravo”. Uma abordagem centrada no analista parece ajudar o paciente a notar algo

sobre si mesmo sem a sensação de alguém lhe dizer que ele *está* de um determinado jeito, o que pode ser difícil de internalizar na fase inicial do tratamento, já que muitas vezes pode provocar uma severa reação do superego. Isto é particularmente verdadeiro tratando-se de momentos especialmente importantes, mas de mais difícil observação para o paciente, em virtude de sua inefabilidade. Num estágio mais avançado do tratamento, uma interpretação centrada no analista é útil quando algo inconsciente está prestes a emergir, cuja abordagem demasiadamente direta o levaria a ser reprimido novamente.

Ação de linguagem

Este conceito, primeiramente identificado por Freud (1914/1978a), capta uma maneira de falar do paciente que, inconscientemente, quer dizer *fazer algo*. Nesses momentos, palavras tornam-se tentativas de aborrecer, seduzir, enraivecer ou entusiasmar o analista. Isto foi captado de modo sugestivo por McLaughlin (1991), ao afirmar que palavras “tornam-se ações, coisas – paus e pedras, abraços e pertences” (p. 598). Embora pareça que o paciente está descrevendo um sonho, um acontecimento perturbador, ou reclamando do cônjuge, o analista se sente ridicularizado por seu interesse em sonhos, culpado pela má sorte do paciente ou confrontado com uma demanda de amor incondicional.¹⁸

Embora, há algum tempo, estejamos atentos às *consequências* da ação de linguagem, muitas vezes o resultado é uma reação contratransferencial do analista.¹⁹ Todavia, a *importância de esclarecer como a ação de linguagem se manifesta antes que se identifiquem seus efeitos ou seu significado inconsciente* só se evidenciou mais recentemente (Busch, 2009, 2013b; Joseph, 1985). Podemos observar esta abordagem quando Feldman, ao descrever a obra de Joseph, menciona que ela pressupõe que

há maior probabilidade de uma alteração psíquica real ser promovida pela descrição detalhada de como o paciente faz uso do analista, das interpretações ou de sua mente em uma dada sessão, e então passar para o modo como a história do paciente e as fantasias inconscientes se expressam no imediatismo dos processos e interações na sessão. (Feldman, 2004, p. 28)

Quer dizer, tentamos compreender o que o paciente está *fazendo conosco* em suas palavras, tom, construção de frases e ideias expressas. Uma vez que identificamos nossa reação contratransferencial à ação de linguagem e refletimos sobre isso, esta ação já começou a ser transformada, isto é, a ser representada dentro da mente do analista. A partir daí, o analista é capaz de transformar a ação de linguagem em palavras, oferecendo aos pacientes níveis crescentes de liberdade para pensar e sentir.

É importante lembrar que uma gama completa de estados mentais pode ser expressa em ação de linguagem. Acredito

que, em nossa reação contratransferencial à ação de linguagem, superestimamos o que o paciente está fazendo ao analista, em vez de nos preocuparmos mais com o que ele também poderia estar fazendo por si mesmo (por exemplo, remediando um estado egoico frágil).

Trabalhando no aqui e agora

Em 1914, Freud notou: “devemos tratar a doença dele [do paciente] não como um acontecimento passado, mas como uma força atual” (1914/1978a, p. 151). A frequência com que essa visão foi empregada, bem como a maneira como foi utilizada, tem variado ao longo do tempo. Todavia, muitos analistas hoje veem a sessão psicanalítica notadamente como uma série de eventos psíquicos que ocorrem diante do paciente e de nós e, por conseguinte, como o momento ideal para interferir (por exemplo, Joseph, 1985). Considerando-se que, na maioria das vezes, o paciente está pensando numa “realidade” concreta “diante dos olhos” (Busch, 1995, 2009, 2013b), é mais fácil para ele potencialmente observar a si mesmo no imediato instante daquilo que estiver acontecendo na sessão (quer dizer, em conformidade com o nível de funcionamento de seu ego). Muito daquilo com que trabalhamos (ou seja, associações, ação de linguagem, mudança de afeto etc.) é de mais fácil acesso para o paciente quando ocorre durante a sessão. Na medida em que o paciente for capaz de se controlar mais e transformar-se num melhor observador de si mesmo, o analista será mais

livre para transitar confortavelmente entre sessões presentes e passadas, enquanto as interpretações se tornam mais metafóricas ou enigmáticas.

Que fique claro que não estou sugerindo restringir o trabalho psicanalítico à dinâmica do que está presente na situação analítica. Compreender o passado no presente é essencial para dar vida à percepção dos pacientes sobre *quem eles foram e quem eles são*. Compreender o passado no presente ajuda a construir representações mais complexas. Além disso, notamos com frequência como o trabalho no *aqui e agora* conduz a uma memória passada que elucida o presente, enquanto o que acontece no presente dá relevo à maneira como o passado afeta o presente, diferenciando o que está lá do que costumava estar. Finalmente, vale mencionar o oportuno conselho de Bell (2014) sobre este assunto:

Concentrar-se na percepção da realidade psíquica pode servir, num momento, para aprofundar a compreensão, mas em outro pode tornar-se, de modo sutil, um *enactment*, criando a ilusão de que a história e a vida fora do consultório são de menor importância.

Pontos de diferença

Não obstante nossa crescente convergência, há obviamente diferenças significativas na prática de psicanalistas nas mais variadas

culturas. Na melhor das hipóteses, confirmamos a observação de Schafer (1990):

nossas diferenças nos mostram todas as coisas que a psicanálise pode ser, embora não possa ser todas as coisas ao mesmo tempo em relação a uma mesma pessoa (p. 52).

Tratarei brevemente de algumas poucas áreas (a saber: transferência, contratransferência e análise de resistências) e depois enfocarei os problemas que temos ao dialogar uns com os outros.

Transferência

As maiores diferenças que temos giram em torno do seguinte:

- Ainda que, num nível inconsciente, a transferência possa estar sempre presente no consultório, qual a utilidade de interpretá-la neste nível enquanto o analisando se defende contra ela?
- Quanto necessário é trazê-la ao consultório e quando?
- A viabilidade de trabalhar em deslocamento.

Contratransferência

Uma diferença significativa nas culturas psicanalíticas está no grau com que consideramos as reações contratransferenciais

como decorrência da identificação projetiva do paciente, entre inúmeras outras possibilidades. As maneiras como utilizamos nossas reações contratransferenciais também variam. Alguns as empregam para uma interpretação direta da transferência recebida, enquanto outros compartilham suas reações como parte do processo interpretativo, ou para confrontar o paciente etc. Eu tendo a concordar com a visão de Jacobs (2002) segundo a qual

nossa compreensão da contratransferência, uma entidade complexa e multiplamente determinada, que causa efeitos múltiplos e complexos em nossos pacientes, ainda está incompleta (p. 24).

Além disso, considerando-se que as reações contratransferenciais são sobretudo inconscientes, nossa compreensão só pode ocorrer ao longo do tempo.

Análise de resistências

Existem diferenças significativas entre aqueles que acreditam que os sentimentos ou fantasias que causam uma resistência podem ser interpretados diretamente e aqueles que acreditam que os medos subjacentes a uma resistência devem ser compreendidos primeiro, antes que os sentimentos e fantasias possam ser trazidos à tona. Embora, na maioria das vezes, isso não seja especificado, as diferenças subjacentes a estes métodos devem-se ao fato de seguir-se a primeira ou a segunda teoria da ansiedade de Freud (Busch, 1993).

Abraçando o outro²⁰

Recentemente, nosso ramo tem trabalhado de forma diligente na tentativa de superar preconceitos regionais mediante a introdução dos programas Capsa, lançados por Cláudio Eizirik e restabelecidos por Stefano Bolognini, e o convite a colegas que abraçam outras vertentes para discutir nosso material clínico em congressos locais e inter-regionais. Com esta forma de inclusão, aprendemos muito sobre a maneira de pensar dos outros e viemos a respeitar a importância daquilo trazido por outras perspectivas. Contudo, ainda temos um longo caminho pela frente. Quantas vezes estivemos num congresso em que um material clínico é apresentado num painel sob uma vertente, e um primeiro debatedor reinterpreta o material sob sua perspectiva, o segundo debatedor faz o mesmo e então o painel acaba após alguns poucos comentários da plateia. Em geral, a plateia fica desconcertada, pois é mínima a tentativa de discutir por que um modo de olhar para o material pode ser um avanço em face desta ou daquela razão, neste ou noutro ponto da análise, que então poderia ser discutido. Conforme as predileções de cada um, apoiamos um posicionamento ou outro. Minha impressão é que, por tempo demais, cada “escola” procurou proteger a pureza e a efetividade de sua própria posição. Só citamos aqueles que pertencem ao nosso time, e vamos a congressos em que membros do nosso time estão presentes. Por razões práticas e de transferência, encontramos dificuldade em deixar nossos pontos de apoio, e a tentativa de fazê-lo é,

por vezes, interpretada como um ataque. O perigo enfrentado por nós demonstrase num conhecido experimento, *o gorila invisível* (Chabris & Simms, 2010), em que se solicita a indivíduos que assistam a um vídeo de curta duração no qual seis pessoas – três de blusas brancas e três de blusas pretas – jogam bolas de basquete entre si. Enquanto assistem ao vídeo, pede-se a eles que contem, silenciosamente, o número de passes feitos pelas pessoas de blusas brancas. *Em determinado momento, um homem vestido de gorila entra em ação caminhando, encara a câmera, bate com força no peito, e então vai embora, ficando nove segundos em cena.* Mais de cinquenta por cento das pessoas deixam de ver o gorila. Em resumo, se nos ativermos às nossas teorias de modo obstinado demais, poderemos deixar de notar os múltiplos gorilas presentes na sala.

Portanto, em conclusão, temos que reconhecer que, mesmo para nós psicanalistas bem analisados, pode ser difícil mudar. Após anos trabalhando para dominar uma forma específica de pensar sobre o método psicanalítico, nossa zona de conforto pode ser ameaçada ao defrontar-se com diferentes perspectivas. Minha impressão é que ainda é raro que alguém nestes grupos seja tocado por um outro posicionamento. Tenho plena consciência de minhas próprias resistências a empregar novos pensadores, apesar de ter tido a vantagem de um orientador gentil e ponderado, treinado por psicanalistas europeus, que, por sorte, tenho como esposa.

Meu trabalho recente é um testemunho de nossa contínua troca.

Tenho para mim que as mudanças mais promissoras em nossa área virão de nossos esforços para superar nossas ansiedades e nos engajarmos uns com os outros no âmago do trabalho clínico. Isto requereria o que nosso talentoso colega e presidente disse ao mencionar que temos que sair de nossa “zona nebulosa”, onde nos atemos a simplificações excessivas do campo teórico.

É precisamente um sintoma desta zona nebulosa a incapacidade para um intercâmbio com o ‘alheio’, o qual é inconscientemente temido como perigoso e demasiadamente perturbador” (Bolognini, 2010, p. 11).

A fim de não sucumbir ao perigo da petrificação, seria de bom alvitre estarmos atentos às sábias palavras de Eizirik:

que nosso treinamento nunca termina, e que, dentre outros sábios conselhos, Freud nos deixou a ideia de que, de tempos em tempos, é necessário que retornemos ao divã analítico e sejamos ajudados a reconquistar a proximidade com nosso inconsciente (Eizirik, 2010, p. 375).

Enfim, aqui estamos novamente na qualidade de psicanalistas de todo o mundo, tentando aprender e dialogar uns com os outros, ao mesmo tempo que tentamos aprender *como dialogar e ouvir uns aos*

outros. Mas, pergunto-me, por que insistimos se parece tão difícil para nós? Creio que seja porque o que nos une é nossa *paixão* pela psicanálise. Observamos o que ela pode fazer por nós e por nossos pacientes e, apesar do antagonismo de outras vertentes enfrentado por nós, valorizamos muito o legado de Freud e nossa arriscada jornada conforme olhamos para o futuro neste congresso.



NOTAS

- 1 O autor detém os direitos autorais deste artigo, que é de sua responsabilidade como palestrante do Congresso Boston IPA, sob o título *Mundo em mudança: a forma e o uso de ferramentas psicanalíticas hoje*, que ocorrerá de 22 a 25 de julho de 2015. Inscrições disponíveis em: www.ipa.org.uk/congress.
- 2 Num artigo de uma popular revista americana, Pickert (2014) escreve que, em resposta a um sistema de comunicação – baseado numa rede mundial – que consome nossa atenção e no qual estamos sempre conectados a pessoas e lugares de maneiras que controlam nossas mentes, surgiu um setor voltado para a prática budista da *plena consciência*, a qual foi vinculada por alguns analistas à livre associação e até mesmo à atenção flutuante, dando a entender que a plenitude da consciência estimula uma maior capacidade de se conectar com a própria mente. Desta forma, percebe-se o desejo subjacente das pessoas de, novamente, entrar em contato com a própria mente. Por incrível que pareça, Pickert teve uma aula de plena consciência, porque, assim como muitos, ela estava hiperconectada por meio de um iPhone, um BlackBerry de trabalho, um computador no escritório, bem como um *notebook* e um iPad em casa. Mais tarde, ela relatou, sem ironia, que há centenas de aplicativos sobre plenitude de consciência disponíveis no iTunes.
- 3 Isto segue o trabalho de Wallerstein (1988) e Kernberg (1993), baseado “no aumento da atenção dispensada aos reais *princípios da técnica* procedentes de teorias psicanalíticas alternativas, em contraposição às ‘teorias clínicas’ derivadas dessas variadas formulações” (Kernberg, 1993, p. 659, *italicos nossos*).
- 4 É interessante notar que, frequentemente, quando um de nós descobre uma nova vertente na psicanálise,

- ela é apresentada como uma teoria substituta, e não como um acréscimo que pode ser integrado ao que já se conhece.
- 5 Refiro-me àqueles modelos existentes na comunidade internacional que utilizam a visão freudiana de conhecimento do inconsciente interior da mente do analisando como a base do tratamento, embora não seja o único fator.
 - 6 No mesmo periódico, Sterba (1934) apresentou sua opinião sobre atingir o inconsciente mediante a análise de resistências, mais em conformidade com a segunda teoria freudiana da ansiedade, na qual pensamentos ou sentimentos perigosos, ameaçando tornar-se conscientes, provocariam ansiedade no ego inconsciente. É um método baseado na análise da ansiedade inconsciente como parte do processo de trazer o inconsciente à consciência.
 - 7 Green (1974) foi um dos primeiros a propor a importância do pré-consciente em nosso trabalho interpretativo. Captou-se, sucintamente, tal perspectiva em sua declaração: “Não faz sentido que o analista corra como uma lebre se o paciente se move como uma tartaruga” (p. 421). Como já indiquei em outro texto (Busch, 2013b), afirmações semelhantes podem ser encontradas no trabalho diversificado de Paul Gray, Betty Joseph, Nino Ferro e os Barangers.
 - 8 Freud permaneceu ambivalente na mudança clínica do modelo topográfico e sua primeira teoria da ansiedade para o modelo estrutural e sua segunda teoria da ansiedade (Busch, 1992, 1993; Gray, 1994; Paniagua, 2001, 2008).
 - 9 Poderiam também ser o início de um surto psicótico.
 - 10 De outra perspectiva, é claro, é importante entender *como* uma intervenção trabalha na mente do paciente (Faimberg, 1996).
 - 11 Na minha utilização do conceito de Ferro (2002), se um pensamento ou sentimento está altamente saturado de significado, é porque tem um significado específico e energizado. Ao contrário, um pensamento ou sentimento que é menos saturado indica não estar tão limitado a um significado específico, permitindo uma maior liberdade em sua interpretação.
 - 12 Todavia, como já apontei em outros trabalhos (Busch, 1992, 1993), Freud teve problemas em manter-se fiel a esse princípio ao longo de seus escritos.
 - 13 A meu ver, Marty (Aisenstein & Smadja, 2010) descobriu uma forma muito semelhante de pensamento em pacientes psicossomáticos, o que provocou uma mudança no tratamento destes pacientes. Todavia, temos aprendido, desde então, que este tipo de pensamento é característico da maioria dos pacientes em áreas de conflito.
 - 14 Estou utilizando “pensamento” como uma abreviação da expressão “pensamento e sentimento”.
 - 15 Esta concepção tem sido descrita como “pré-simbólica” (Basch, 1981), “pré-conceitual” (Frosch, 1995), “concreta” (Bass, 1997; Busch, 1995, 2009; Frosch, 2012) e “pré-operacional” (Busch, 1995, 2009).
 - 16 Talvez isso seja especialmente verdade para aqueles momentos que Grinberg (1962) denominava “contraindificação projetiva”.
 - 17 É sempre importante ter em mente a perspectiva de Schwaber (1998): “Nós *devemos* empregar nossa visão, ou experiência – até mesmo, de maneira enfática –, como uma avenida para encontrar a [visão ou experiência] do paciente –, enquanto reconhecemos a nossa pelo que é – como aparenta dentro do nosso ponto de vista – e escutamos com esse conhecimento” (p. 659).
 - 18 Rizzuto (2002) empregou o termo *atos de fala*, que descreve um fenômeno semelhante.
 - 19 Para uma explicação de por que isso ocorre, vide Busch (2009).
 - 20 Neste trabalho, abordei apenas aquelas teorias freudianas tradicionais, cuja ênfase está fundamentalmente na transformação do que é inconsciente em uma forma representável. Malgrado outras teorias, como autopsicologia e psicologia relacional, tenham acrescentado muito à nossa compreensão sobre a situação analítica, seu próprio posicionamento como paradigmas à parte tornou mais difícil sua inclusão nesta discussão. Acredito, como Rangell (2004), que os caminhos da reforma por vezes “evitam adaptações e, em vez disso, voltam-se para o extremo oposto, desprezando os ganhos do passado e desvalorizando muitos dos pressupostos e objetivos originais da psicanálise” (p. 6).

Nuestra profesión vital

En nuestra búsqueda permanente con el fin de ayudar a los pacientes a encontrar, o reencontrar, la esencia de lo que significa ser humano, este trabajo investiga múltiples cambios de paradigma en el método psicoanalítico que constituyen nuevos puntos comunes entre, al parecer, diversas vertientes. Esto conduce a nuevas ideas sobre cómo oímos e interpretamos, los objetivos del tratamiento y la forma en la que se produce el cambio.

PALABRAS CLAVE: cambios de paradigma; representación en construcción; preconsciente; puntos comunes; transferencia; contratransferencia; intersíquico.

Our vital profession

In our continual search to help patients find, or re-find, the core of what it means to be human, this paper explores multiple paradigm changes in the psychoanalytic method that form a new common ground amongst seemingly diverse perspectives. This leads to fresh views of how we listen and interpret, the goals of treatment, and how change takes place.

KEYWORDS: paradigm changes; building representation; preconscious; common ground; transference; countertransference; intersychic.

Referências

- Aisenstein, M. (2007). On Therapeutic Action. *Psychoanalytic Quarterly*, 76, 1443-1461.
- Aisenstein, M. & Smadja, C. (2010). Conceptual Framework from the Paris Psychosomatic School: A Clinical Psychoanalytic Approach to Oncology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91, 621-640.
- Basch, M. F. (1981). Psychoanalytic Interpretation and Cognitive Transformation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 62, 151-175.
- Baranger, M. (1993). The Mind of the Analyst: From Listening to Interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 74, 15-24.
- Bass, A. (1997). The Problem of Concreteness. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 642-682.
- Bell, D. (2014). *Knowledge as Fact and Knowledge as Experience: Freud's Constructions in Analysis*. Trabalho apresentado na Contemporary Freudian Society, Nova York, nov. 2014.
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Tavistock.
- Bolognini, S. (2010). *Secret Passages*. London: Routledge.
- Busch, F. (1992). Recurring Thoughts on the Unconscious Ego Resistances. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 1089-1115.
- Busch, F. (1993). In the Neighborhood: Aspects of a Good Interpretation and a "Developmental Lag" in Ego Psychology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 151-176.
- Busch, F. (1995). Do Actions Speak Louder than Words? A Query into an Enigma in Psychoanalytic Theory and Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 61-82.
- Busch, F. (2006). A Shadow Concept. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1471-1485.
- Busch, F. (2009). Can You Push a Camel Through the Eye of a Needle? *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 53-68.
- Busch, F. (2013a). Changing Views of What is Curative in 3 Psychoanalytic Methods and the Emerging, Surprising Common Ground. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 31, 27-34.
- Busch, F. (2013b). *Creating a Psychoanalytic Mind: A Psychoanalytic Method and Theory*. Routledge: London.
- Chabris, C. & Simms, D. (2010). *The Invisible Gorilla*. New York: Crown Publishers.
- Diamond, M. (2014). Analytic Mind Use and Interpsychic Communication. *Psychoanalytic Quarterly*, 83, 525-564.
- Eizirik, C. (2010). Analytic Practice: Convergences and Divergences. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91, 371-375.
- Faimberg, H. (1996). Listening to Listening. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77, 667-677.
- Feldman, M. (2004). Supporting Psychic Change: Betty Joseph. In E. Hargreaves & A. Varchekver (Eds.), *In Pursuit of Psychic Change* (pp. 20-35). London: Routledge.
- Ferro, A. (2002). *In The Analyst's Consulting Room*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Ferro, N. (2003). Marcella: The Transition from Explosive Sensoriality to the Ability to Think. *Psychoanalytic Quarterly*, 72, 183-200.
- Freud, A. (1992). *The Ego and the Mechanisms of Defence*. London: Karnac. (Trabalho original publicado em 1936)
- Freud, S. (1978a). Remembering, Repeating and Working Through. In S. Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (J. Strachey, Trad., Vol. 12, pp. 145-156). London: Hogarth. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1978b). The Unconscious. In S. Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (J. Strachey, Trad., Vol. 14, pp. 159-215). London: Hogarth. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1978c). "Wild" Psycho-analysis. In S. Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (J. Strachey, Trad., Vol. 11, pp. 219-228). London: Hogarth. (Trabalho original publicado em 1910)
- Frosch, A. (1995). The Preconceptual Organization of Emotion. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 423-447.
- Frosch, A. (2012). *Absolute Truth and Unbearable Psychic Pain*. London: Karnac.
- Gray, P. (1994). *The Ego and Analysis of Defense*. Northridge, NJ: Jason Aronson.
- Green, A. (1974). Surface Analysis, Deep Analysis (The Role of the Preconscious in Psychoanalytical Technique). *International Review of Psychoanalysis*, 1, 415-423.
- Green, A. (1975). The Analyst, Symbolization and Absence in the Analytic Setting (On Changes in Analytic Practice and Analytic Experience): In Memory of D. W. Winnicott. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56, 1-22.
- Grinberg, L. (1962). On a Specific Aspect of Countertransference Due to the Patient's Projective Identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, 43, 436-440.
- Hunter, V. (1993). An Interview with Hanna Segal. *Psychoanalytic Review*, 80(1), 1-28.
- Ikonen, P. (2003). A Few Reflections on How We May Approach the Unconscious. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 26, 3-10.
- Jacobs, T. J. (2002). Secondary Revision. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 3-28.

- Joseph, B. (1985). Transference: The Total Situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66, 447-454.
- Kernberg, O. (1993). Convergences and Divergences in Contemporary Psychoanalytic Technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 74, 659-673.
- Lecours, S. (2007). Supportive Interventions and Nonsymbolic Mental Functioning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 895-915.
- McLaughlin, J. T. (1991). Clinical and Theoretical Aspects of Enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 595-614.
- Paniagua, C. (2001). The Attraction of Topographical Technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(4), 671-684.
- Paniagua, C. (2008). Id Analysis and Technical Approaches. *Psychoanalytic Quarterly*, 77(1), 219-250.
- Pickert, K. (2014, 3 de fevereiro). The Mindful Revolution. *Time Magazine*, 183, 40-46.
- Rangell, L. (2004). *My Life in Theory*. New York: Other Press.
- Rizzuto, A. (2002). Speech Events, Language Development and the Clinical Situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(6), 1325-1343.
- Schafer, R. (1990). The Search for Common Ground. *The International Journal of Psychoanalysis*, 71, 49-52.
- Schmidt-Hellerau, C. (2011). Secret Passages: Review of Bolognini's Book. *Psychoanalytic Quarterly*, 81, 443-455.
- Schwaber, E. A. (1998). From Whose Point of View? The Neglected Question in Analytic Listening. *Psychoanalytic Quarterly*, 67, 645-661.
- Steiner, J. (1994). Patient-Centered and Analyst-Centered Interpretations: Some Implications of Containment and Countertransference. *Psychoanalytic Inquiry*, 14, 406-422.
- Sterba, R. (1934). The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Strachey, J. (1934). The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-Analysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127-159.
- Wallerstein, R. S. (1988). One Psychoanalysis or Many? *The International Journal of Psychoanalysis*, 69, 5-21.

Tradução Michael Young

[Recebido em 12.11.2014, aceito em 26.11.2014]

Fred Busch

246 Eliot St Chestnut Hill

MA 02467-1447 USA

drfredbusch@gmail.com