

# PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA: RAÍZES HISTÓRICAS E SITUAÇÃO ATUAL

Robert S. Wallerstein

Em 1995, publiquei um livro, *The Talking Cures: the psychoanalyses and the psychotherapies (As curas pela conversa: as psicanálises e as psicoterapias)*.<sup>1</sup> As diversas ênfases, no plural, no título refletiam dois temas principais desse livro:

1. a evolução da psicanálise, como teoria e como terapia, a partir da estrutura unitária criada e proposta incansavelmente por Freud, durante toda a sua vida, até o mundo metapsicologicamente pluralístico no qual vivemos
2. o desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica – a partir de sua origem teórica, a psicanálise –, inicialmente como uma adaptação distinta e coerente dos conceitos psicanalíticos às exigências clínicas de pacientes não considerados indicados para a psicanálise, mas atualmente evoluindo para um campo de relacionamentos multifacetados (e problemáticos) com seu ancestral psicanalítico

Antes disso (em 1989), eu havia publicado um artigo, *Psicanálise e psicoterapia: uma perspectiva histórica*,<sup>2</sup> no qual ex-

punha as principais linhas do argumento, depois elaboradas com mais detalhes em meu livro de 1995.

Aqui, de forma altamente condensada, apresentarei as principais teses dessa história evolutiva complexa, vista sob uma perspectiva atual, e encaminharei o leitor às minhas contribuições anteriores para a completa exposição de meus pontos de vista. Início com Freud e o nascimento da psicanálise, por ele desenvolvida como um produto purificado do amontoado de abordagens terapêuticas em voga naquela época e introduzida experimentalmente com o auxílio de seu primeiro colaborador, Breuer. Ela logo se tornou a psicologia científica e a psicoterapia científica.

Contudo, embora Freud tenha devotado um tempo monumental à criação (quase sem ajuda) da psicanálise, como uma teoria da vida mental e uma terapia sistemática de seus transtornos, ele próprio nunca se voltou para nenhuma outra técnica de psicoterapia além da própria psicanálise. Considerava que a psicanálise não tinha nada a oferecer a pacientes não adequados

ao método analítico clássico, a não ser a mesma variedade de técnicas sugestivas e hipnóticas que seus colegas sem formação analítica empregavam.

Esta visão – a de que a psicanálise propriamente dita era a única psicoterapia verdadeiramente curativa e científica disponível – permeou todo o período da vida de Freud. Ela marcou a era da pré-história da psicoterapia dentro da psicanálise, a primeira sendo, agora, considerada mais especificamente uma outra psicoterapia além da própria psicanálise. Freud fez sua própria diferenciação entre a psicanálise, considerada uma terapia etiológica, e os demais esforços psicoterapêuticos, que via como meras espécies obsoletas de sugestão, possivelmente superadas pela psicanálise. Sua observação mais aguda a respeito foi a famosa citação de sua conferência de 1918, em Budapeste, na qual previa:

[...] que o desenvolvimento em larga escala de nossa terapia nos forçará a amalgamar o ouro puro da análise com o cobre da sugestão direta [mas que] seus ingredientes mais efetivos e mais importantes certamente continuarão sendo aqueles tomados emprestados da psicanálise estrita e não tendenciosa.<sup>3</sup>

Freud foi vigorosamente apoiado nesse seu ponto de vista por Ernest Jones e Edward Glover, sendo que este último levou essa visão ao extremo.

A tese de Glover era a de que todas as outras terapias, que não a psicanálise-padrão, seriam apenas variedades de sugestão, porque estariam baseadas em elementos (que podiam até incluir interpretações de conflitos inconscientes)

que não foram totalmente analisados em suas raízes genético-dinâmicas; como consequência, deviam, em última análise, estar baseadas na forte autoridade transferencial (sugestiva) do terapeuta.

Além disso, Glover<sup>4</sup> declarou, ainda em 1954, que

[...] caso as interpretações do analista fossem consistentemente incorretas, então muito provavelmente ele estaria praticando uma forma de sugestão, seja qual for o nome que desse a ela. Daí decorre que, quando analistas diferem radicalmente quanto à etiologia ou à estrutura de um caso – como hoje acontece cada vez com mais frequência – um lado ou o outro deve estar praticando sugestão.

Não que Glover já não tivesse tentado atenuar essa afirmação radical: “a má análise pode, concebivelmente, ser boa sugestão”.<sup>5</sup>

É fácil perceber o tipo de raciocínio estreito – isto é, o de que deve haver apenas uma linha interpretativa “correta” em cada situação analítica e de que qualquer desvio dela, baseado em inexatidão, ignorância, contratransferência ou qualquer outro aspecto, deve, portanto, ser apenas sugestão – que levou Glover, baseando-se em Freud, a essa aguda dicotomização da psicoterapia entre apenas a psicanálise, por um lado, e simplesmente variações de sugestão, por outro. Com isso, Glover e Freud, antes dele, prestaram um desserviço involuntário ao futuro desenvolvimento de uma psicoterapia dinâmica – assentada firmemente na base teórica da psicologia psicanalítica – ao obscurecerem as complexidades envolvidas nos conceitos e nas práticas da psicoterapia psicanaliticamente informada, incluindo-a sob a rubrica excessivamente

abrangente da sugestão, a qual é usada para encobrir (e desse modo embaçar) uma diversidade de princípios e práticas distintas da psicanálise.

Assim, a primeira era no desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica dentro da psicanálise, que eu chamo de sua pré-história, foi marcada pela descrição da psicanálise como uma terapia claramente articulada e com uma série definida de princípios e práticas acordados de modo consensual, sendo tudo o mais – para todos os grupos de pacientes não adequados à psicanálise – arrastado para dentro da categoria mal definida e abrangente da sugestão.

Por uma variedade de razões particulares ao desenvolvimento histórico da psicanálise em relação à psiquiatria nos Estados Unidos, o desenvolvimento original da psicoterapia psicodinâmica\* foi um fenômeno tipicamente americano. Ela surgiu da confluência de inúmeras tendências sociais e intelectuais nos Estados Unidos: da tentativa consciente da psicanálise de

aliar-se à psiquiatria e à medicina organizadas e de “cooptar” a psiquiatria para as ideias psicanalíticas; da ampla aceitação, na psiquiatria americana, da doutrina psicobiológica de Adolf Meyer, com sua ênfase nos relatos de caso detalhados para mostrar as várias relações causais das experiências de vida; do crescimento do movimento de higiene mental, com suas exigências positivas por intervenções de saúde mental mais orientadas; do impacto da educação americana progressiva, sob a liderança do filósofo-educador John Dewey; e de outras ideias pragmaticamente otimistas, como o “movimento de assentamento em lares”, voltado ao sofrimento dos desfavorecidos social e economicamente, lançado por Jane Addams.

Portanto, desde o início, os psicanalistas na América não entregaram o ainda incipiente campo da psicoterapia aos não analistas, nem o rejeitaram, considerando-o a aplicação benevolente da sugestão – se assim fosse, não se justificaria qualquer estudo ou treinamento especial para aprendê-la. Ao contrário, a psiquiatria (e a psicoterapia) psicodinâmica, ao se desenvolver durante o período do fim da década de 1930 até o início da década de 1950 – quando a psicanálise norte-americana cresceu de forma significativa em número e se enriqueceu em prestígio pela absorção da onda de psicanalistas europeus refugiados de Hitler –, conseguiu “capturar”, com êxito, a psiquiatria norte-americana, tornando-se, assim, a voz dominante em faculdades de medicina, hospitais-escola e clínicas psiquiátricas do país. Uma consequência importante dessa conquista bem-sucedida da psiquiatria norte-americana pela psicanálise foi a suposição, assumida por médicos e educadores psicanalistas, da responsabilidade pelo cuidado e pelo tratamento dos pacientes internados e dos pacientes ambulatoriais mais gravemente

\* A psicoterapia psicodinâmica é, na verdade, a única contribuição caracteristicamente americana para a prática psiquiátrica moderna, embora uma contribuição gloriosa. A psicanálise foi criada por Freud, na Áustria; a nosologia descritiva dos transtornos mentais maiores foi trabalho de Kraepelin e sua escola, na Alemanha, ainda que depois desenvolvida incomensuravelmente pelos modernos arquitetos norte-americanos do do DSM-III, DSM-IV e DSM-5. A eletroconvulsoterapia foi inaugurada por Cerletti e Bini, na Itália; o coma insulínico, por Sakel, um polonês trabalhando em Viena; a desastrada operação de lobotomia, por Egas Moniz, em Portugal; o conceito da comunidade terapêutica foi desenvolvido por Maxwell Jones, na Inglaterra; a era moderna das drogas psicoativas foi inaugurada na Suíça, com o Largactil, mais tarde trazido para a América como Thorazina (clorpromazina), embora novamente desenvolvida de forma exponencial na América; e o lítio foi empregado pela primeira vez com sucesso por Cade, na Austrália.

doentes que buscavam os hospitais-escola e as clínicas afiliados às universidades. Esses pacientes diferiam bastante dos pacientes ambulatoriais tipicamente neuróticos, dos principais centros psicanalíticos europeus, em torno dos quais os preceitos técnicos da psicanálise tinham sido criados – porque, em suas primeiras décadas na Europa, a psicanálise tinha sido excluída da universidade e do mundo médico acadêmico e, portanto, negada aos portadores de transtornos mentais e comportamentais mais graves.

E foi pela necessidade dessa adaptação, nos Estados Unidos, às necessidades clínicas dos pacientes mais doentes que os psicanalistas, abrigados pela psiquiatria norte-americana, tiveram que desenvolver modificações nas intervenções psicanalíticas que fossem mais adequadas às exigências clínicas desses pacientes.

Foi esse desenvolvimento que resultou na psicoterapia psicanalítica, cujo principal pioneiro foi Robert Knight, da Fundação Menninger e depois do Centro Austen Riggs. Como líder na psicanálise norte-americana, as principais preocupações de Knight foram exatamente suas relações com a psiquiatria.

Knight<sup>6</sup> declarou que, até o advento da psicanálise, “a psiquiatria ainda carecia de uma psicologia”. Ele se dedicou à articulação do que chamou de “uma ciência básica da psicologia dinâmica”.<sup>7</sup>

[...]uma ciência básica na qual toda psicoterapia competente deve basear-se [e] para a qual as principais contribuições foram dadas pela psicanálise.<sup>7</sup>

Assim, Knight formulou, pela primeira vez, o que propôs ser a diferença

fundamental, dentro do marco referencial psicanalítico, entre as abordagens psicoterapêuticas de apoio e as expressivas:

Das várias possíveis formas de classificar as tentativas psicoterapêuticas [...], dois grandes grupos podem ser identificados – aqueles que visam primariamente ao *apoio* ao paciente, com supressão dos sintomas e da manifestação do material psicológico emergente associado, e aqueles que visam primariamente à sua *expressão*.<sup>7</sup> (grifo nosso)

Ao mesmo tempo, o viés explícito em favor da abordagem mais expressiva foi anunciado:

[...] a psicoterapia de apoio [...] pode ser indicada [...] quando a avaliação clínica do paciente levar à conclusão de que ele é muito frágil psicologicamente para ser mais profundamente abordado, ou muito inflexível para ser capaz de uma alteração real da personalidade, ou muito defensivo para ser capaz de alcançar o *insight* [...]. A decisão de usar medidas supressivas é, na verdade, tomada devido a contraindicações ao uso de intervenções exploratórias.<sup>7</sup>

Posteriormente, Knight<sup>8</sup> diferenciou ainda mais os objetivos das abordagens de apoio e expressiva e, em relação a esta última, os objetivos (e as indicações) da própria psicanálise.

Pelo termo “primariamente de apoio” entendo a intenção de apoiar e reconstruir os mecanismos de defesa e métodos adaptativos que costumam ser utilizados pelo paciente antes de sua descompensação, e a implementação dessa intenção pelo uso de técnicas de apoio explícitas.

A seguir, descrevia uma série de técnicas de apoio, na verdade a primeira lista-gem desse tipo, em um artigo psicanalítico. Entre as formas expressivas, a própria psicanálise seria, claramente, a de mais longo alcance: “A psicanálise tenta o máximo na investigação, com um objetivo do maior autoconhecimento possível e da modificação estrutural da personalidade”.<sup>8</sup>

E à psicoterapia expressiva (derivada da psicanálise) é concedido um lugar nitidamente diferente:

O maior campo [...] para a psicoterapia exploratória, que não envolve os objetivos ambiciosos da psicanálise, reside naquelas condições clínicas que são expressadas como descompensações relativamente recentes, originadas de experiências de vida perturbadoras.<sup>8</sup>

É essa primeira descrição de Knight das diferenças declaradas entre as terapias psicanalíticas, indo da terapia de apoio à terapia expressiva, até à própria psicanálise, que estruturou os painéis, dentro da Associação Psicanalítica Americana, durante os primeiros anos da década de 1950, todos reunidos em uma dezena de artigos no *Journal* da Associação, em 1954. Coletivamente, eles sustentavam as concepções dominantes na época sobre sua natureza – que marcaram o que eu chamo de segunda era na relação da psicoterapia com a psicanálise, uma era de estabelecida diversidade de objetivo e de técnicas (um espectro das terapias psicanalíticas que ia da mais apoiadora à mais expressiva) dentro de uma unidade de teoria (a psicanálise). Essa era durou cerca de 20 anos, contados a partir das completas descrições desses manifestos de 1954.

A confrontação central na época era entre dois pontos de vista principais sobre a natureza da relação entre psicoterapia dinâmica e psicanálise. Basicamente,

o problema existia entre as visões propostas por Alexander e French<sup>9</sup> e Fromm-Reichmann<sup>10</sup> (uma minoria), que viam a tendência histórica como obscurecendo, e até suprimindo, as diferenciações técnicas entre psicoterapia dinâmica e psicanálise, e a visão defendida por analistas (a maioria), dos quais Bibring,<sup>11</sup> Gill,<sup>12,13</sup> Rangell<sup>14</sup> e Stone<sup>15,16</sup> foram os principais porta-vozes. Estes, seguindo Knight, entendiam o problema como um esclarecimento mais adequado das distinções conceituais e operacionais entre as duas. Esses pontos de vista opostos foram antiteticamente propostos de maneira muito intensa nos painéis publicados em 1954.

Aqueles que “borravam” as diferenciações entre psicoterapia dinâmica e psicanálise tomaram duas posições um pouco discrepantes. Alexander<sup>17</sup> exigia a total integração da psicanálise na psiquiatria e na medicina:

A teoria psicanalítica [tornou-se] propriedade comum da psiquiatria como um todo e, por meio dos canais psicossomáticos, da medicina como um todo.

Com essa “unificação” da psicanálise com a psiquiatria,

[...] uma nítida diferença entre o tratamento psicanalítico e outros métodos psicoterapêuticos que se baseiam nas observações e na teoria psicanalíticas está se tornando cada vez mais difícil [...]. Na prática [...], todos os psiquiatras tornam-se cada vez mais parecidos, mesmo que um possa praticar a psicanálise pura e o outro uma psicoterapia de orientação psicanalítica.<sup>17</sup>

Assim, qualquer distinção entre a própria psicanálise e outros procedimentos expressivos foi declarada apenas “quantitativa”,<sup>17</sup> e, de fato,

[...] a *única solução lógica [seria]* identificar como “psicanalítico” todos estes procedimentos relacionados que se baseiam essencialmente nos mesmos conceitos científicos, observações e princípios técnicos.<sup>17</sup> (grifo nosso)

No ponto máximo da posição de Alexander,<sup>17</sup> “a *única* diferença realística é [...] aquela entre os métodos primariamente de apoio e os primariamente expressivos” (grifo nosso). Sua proposição seria a de colapsar todas as formas de tratamento expressivo (psicoterapia expressiva e a própria psicanálise) dentro de uma única categoria de terapia psicanalítica. A partir disso, Alexander (como Knight) prenuncia uma lista de técnicas diversificadas de apoio. No outro lado, coloca todas as abordagens expressivas, a psicanálise incluída, as quais, segundo ele, variariam apenas em parâmetros quantitativos, e não em parâmetros críticos.

Fromm-Reichmann<sup>18</sup> assumiu uma posição um pouco diferente: para tratar psicanaliticamente indivíduos *borderline* e/ou francamente psicóticos, seriam necessárias não apenas modificações importantes da técnica psicanalítica (com as quais, naturalmente, todos concordariam) como também a revisão sistemática da teoria da “psicanálise clássica”, em direção a uma mais moderna “teoria da psiquiatria dinamicamente orientada”, tendo como base as concepções interpessoais de Harry Stack Sullivan. Isso ela defendia como uma versão mais atualizada da psicanálise e tratava de sustentar essa reivindicação invocando a famosa máxima definidora de Freud,<sup>19</sup> de que toda terapia que estivesse baseada nos conceitos de transferência e resistência poderia denominar-se psicanálise.

Apresentada dessa maneira, a psicoterapia dinâmica de Fromm-Reichmann poderia simplesmente ser redefinida como psicanálise, de modo que, como com Ale-

xander, psicanálise e psicoterapia analítica tornariam-se indistinguívelmente próximas, em um *continuum* meramente quantitativo. No caso de Fromm-Reichmann, a psicanálise se veria assimilada pela nova teoria interpessoal da psiquiatria dinâmica. Ao contrário, Alexander considerava que a psicoterapia psicanalítica estaria fundida de maneira quase indistinta com a psicanálise. Porém, em qualquer direção, as diferenças entre as duas ficavam obscurecidas, senão totalmente suprimidas.

Ambos os pontos de vista tiveram, na época, algum apelo popular, embora refletissem uma distinta minoria na psicanálise norte-americana. Desde então, essas concepções de Alexander foram essencialmente retiradas do discurso psicanalítico. Os pontos de vista de Fromm-Reichmann (mais propriamente suas técnicas) sobreviveram apenas dentro de um pequeno grupo de colegas, trabalhando no campo em que essas noções se enraizaram a princípio, ou seja, na (modificada) terapia psicanalítica de pacientes gravemente psicóticos, em geral nos ambientes institucionais.

Em contraste, aqueles que se empenharam em “agudizar” as diferenças entre o alcance das diferentes psicoterapias de base psicanalítica objetivavam, em seus planos de tratamento, selecionar a modalidade terapêutica mais adequada, a partir desse espectro diferenciado, para a estrutura psicológica de cada paciente. Isso, naturalmente, era o oposto de “borrar” as diferenças, transformando toda psicoterapia em “psicanálise”, forçando os limites dessa “análise” a sua extensão máxima. Tratava-se de uma preocupação com o método de tratamento mais adequado para cada paciente em particular (dentro da variedade de métodos terapêuticos psicanalíticos).

O problema inicial para aqueles que buscavam delinear com mais clareza as

diferenças entre as várias terapias de base psicanalítica foi, naturalmente, de definição. Gill,<sup>13</sup> Rangell<sup>14</sup> e Stone<sup>15</sup> procuraram começar com uma definição para psicanálise, considerada a matriz de todas as outras e cujas dimensões eram mais claramente conceitualizadas. Foi a proposição de Gill<sup>13</sup> a que adquiriu mais ampla aceitação:

Psicanálise é aquela técnica que, empregada por um analista neutro, resulta no desenvolvimento de uma neurose de transferência regressiva e na resolução final dessa neurose por técnicas apenas interpretativas.

A partir dela, Gill se estende por várias páginas para explicar cada parte desse conceito em detalhes. Tal definição delimitava a psicanálise de modo mais preciso do que a de Freud,<sup>19</sup> a qual estabelecia que qualquer terapia que apenas reconhecesse os dois fatos, da transferência e da resistência, e os tomasse como seu ponto de partida podia denominar-se psicanálise. Em contraposição a Freud, Gill<sup>12</sup> tinha declarado anteriormente que:

[...] a designação “psicanálise” seria reservada para a técnica que analisa a transferência e a resistência. Já a psicoterapia psicanalítica seria qualquer procedimento que reconhece a transferência e a resistência e utiliza racionalmente esse conhecimento na terapia, embora isso possa ser feito de muitas formas diferentes, e parte ou até toda a transferência possa não ser analisada.

São essas “muitas formas diferentes” de psicoterapia, nas quais “parte ou até toda a transferência possa não ser analisada”, que, naturalmente, representam as várias distinções entre os métodos expressivos e

os de apoio que as psicoterapias psicanalíticas (que não a psicanálise) poderiam utilizar. Também nesse primeiro ensaio, Gill<sup>12</sup> estabeleceu a principal linha de demarcação entre os métodos expressivos e os de apoio:

A decisão mais importante é se as defesas do ego devem ser fortalecidas ou, ao contrário, ultrapassadas, como uma condição preliminar em direção à reintegração do ego [...]. A decisão de fortalecer as defesas é tomada em casos nos quais isso é tudo o que é necessário, ou naqueles nos quais isso é tudo o que é possível fazer com segurança.

O autor prossegue até aumentar a sofisticação da conceitualização das técnicas de apoio, por meio de uma elaboração detalhada das maneiras de se fortalecerem as defesas.

Stone<sup>15</sup> também tentou listar os princípios que operariam diferencialmente na psicoterapia, em oposição à psicanálise, mas, para isso, misturou as abordagens de apoio e as expressivas (apenas diferenciando-as da própria psicanálise). Ele elaborou sua listagem de oito diferentes indicações para psicoterapia, em vez de psicanálise (a mais elaborada até aquele momento), mas não tentou separar que indicações seriam mais adequadas a abordagens expressivas e quais as abordagens de apoio. A lista de Stone, entretanto, definiu a base para a afirmação de Gill<sup>12</sup> com relação às indicações para psicanálise:

A análise, então, é claramente o procedimento para um grupo intermediário (de gravidade), no qual o ego está suficientemente danificado para que um extensivo reparo seja necessário, mas que ainda é suficientemente forte para suportar a pressão.

A partir disso, o restante segue de modo natural. Uma psicoterapia primariamente de apoio torna-se a forma preferida para aqueles pacientes cujo equilíbrio psíquico enfraquecido deve ser restaurado pelo “fortalecimento das defesas”, por meio de todas aquelas técnicas detalhadas por Knight, Alexander, Stone, Gill, entre outros. Poderíamos considerar esses pacientes como “muito doentes” para serem tratados pela psicanálise. Gill,<sup>13</sup> inclusive, refere os perigos da psicanálise para uma “personalidade precariamente equilibrada”. Uma psicoterapia primariamente expressiva torna-se, por sua vez, a forma preferida aqueles com transtornos reativos agudos ou em estados transicionais de ajustamento, cujos egos não estão excessivamente danificados e que podem tolerar o esforço de “analisar as defesas” na extensão necessária, pelos métodos de interpretação e elaboração, chegando aos *insights* e às resoluções requeridos. Estes podem ser considerados os pacientes que estão “bem demais” para fazer psicanálise, no sentido de não necessitarem ou de não se justificar sua entrada em um tratamento tão ambicioso e extenso.

Essa forma de conceitualizar a natureza dos diferentes métodos terapêuticos e de suas diferentes indicações coloca a psicoterapia expressiva em uma posição “intermediária” – certamente na técnica – entre a terapia de apoio, de um lado, e a psicanálise, de outro. Gill<sup>13</sup> chamava-a de um “tipo intermediário de psicoterapia”. Ele foi adiante:

Esta é a psicoterapia [...] cujos objetivos são intermediários entre a resolução rápida dos sintomas [i.e., psicoterapia de apoio] e a alteração de caráter [i.e., psicanálise], na qual as técnicas são, de certo modo, também intermediárias – por exemplo, relativa neutralidade e inatividade; manejo da trans-

ferência, embora não uma neurose de transferência regressiva total; interpretação como o veículo principal do comportamento do terapeuta – e, eu sugiro, na qual os resultados são igualmente intermediários.<sup>13</sup>

Diz ainda:

[...] não quero ser mal interpretado, pois não estou sugerindo que a psicoterapia possa fazer o que a psicanálise faz; mas estou sugerindo que uma descrição dos resultados da psicoterapia intensiva [ele quer dizer expressiva] pode ser feita não meramente em termos de mudanças de defesas, mas também em termos de outras alterações intraego.<sup>13</sup>

No geral, Gill<sup>12</sup> havia afirmado anteriormente:

Na psicoterapia, o objetivo pode ser qualquer coisa, que vai do alívio de um sintoma o mais rápido possível, com a restauração da capacidade integrativa prévia do ego, passando por uma ampla variedade de objetivos mais ambiciosos, até a psicanálise, o mais ambicioso de todos. A escolha da terapia pode ser dividida entre aquela que determina o mínimo necessário para restaurar o funcionamento do ego e aquela que se empenha pela mudança máxima possível.

Isso está estreitamente relacionado a outra questão que também não foi de todo resolvida naqueles debates da década de 1950: trata-se dos graus de diferenciação real entre essa série de abordagens terapêuticas psicanalíticas, que iria da psicoterapia de apoio até a psicoterapia expressiva (a forma “intermediária”) e, finalmente, até a psicanálise. Seriam elas realmente diferentes qualitativamente, ou apenas pontos nodais cristalizados ao longo de um *con-*

*tinuum*? Ou seriam menos distinguíveis ainda entre si, por serem essencialmente apenas um *continuum* (quantitativamente variável)? Isto é, permanecia a discussão entre o “obscurecimento” das diferenças *versus* seu “aguçamento”, o que sempre esteve no centro daqueles debates.

Rangell<sup>14</sup> talvez tenha expressado melhor o grau de consenso alcançado dentro da posição da maioria, que rotulei como aquela dos que buscavam aguçar as diferenças:

Neste ponto de vista, as duas disciplinas [psicanálise e psicoterapia psicanalítica], nos extremos opostos de um espectro, são qualitativamente diferentes entre si, embora haja uma faixa fronteiriça de casos entre elas. Uma comparação análoga pode ser feita com o fato de que o consciente é diferente do inconsciente, embora exista um pré-consciente e diferentes graus de consciência. O dia é diferente da noite, embora haja o crepúsculo entre eles; e o preto do branco, embora haja o cinza.

A maior contribuição de Rangell aos debates publicados em 1954 foi seu esforço em estabelecer as principais semelhanças e diferenças entre psicanálise e psicoterapia dinâmica. Ele apresentava cada uma sob dois tópicos. Em relação às semelhanças, afirmava que ambas são tratamentos psicológicos que influenciam outros seres humanos por meio do discurso verbal, bem como tratamentos racionais, construídos sobre uma metapsicologia idêntica. Em relação às diferenças, dizia estarem nas técnicas e nos objetivos.

Quanto à técnica, Rangell<sup>14</sup> considerava que “o ponto diferencial crucial diz respeito ao papel e à posição do terapeuta”. Usando uma analogia, afirmou que, na psicanálise, o terapeuta está na periferia

do campo magnético do paciente, não reagindo, portanto, com seu próprio campo magnético, ou se comporta como o juiz em uma partida de tênis.<sup>14</sup> Já na psicoterapia, o terapeuta, em vez de estar na cadeira do juiz, movimenta-se na quadra, junto com o paciente, estando os dois campos magnéticos entrelaçados.<sup>14</sup> Em relação às diferenças nos objetivos, Rangell evidenciou outra analogia, emprestada de Gitelson, em que comparou o processo terapêutico a uma reação química complicada que, uma vez iniciada, poderia ser levada a uma resolução final (i.e., o objetivo da psicanálise) ou interrompida em algum ponto intermediário de estabilidade, como no caso da psicoterapia dinâmica (ver Rangell<sup>14</sup>).

Duas outras contribuições importantes dos debates de 1954 – a de Bibring e a discussão entre Leo Stone e Anna Freud – devem ser mencionadas. Bibring descreveu cinco princípios terapêuticos básicos, os quais, pela seleção e pela combinação diferencial, deveriam ser capazes de caracterizar todas as terapias psicanalíticas, da psicanálise à psicoterapia de apoio. Os cinco princípios básicos, cada um visando a seu objetivo particular, foram denominados de:

1. sugestão
2. catarse
3. manipulação (no sentido de redirecionar sistemas emocionais existentes no paciente ou expô-lo a novas experiências)
4. *insight* por meio do esclarecimento
5. *insight* por meio da interpretação

Todas as psicoterapias, não apenas aquelas baseadas na teoria psicanalítica, poderiam ser classificadas, de acordo com Bibring, conforme as diferentes seleções e combinações desses cinco princípios tera-

pêuticos centrais na condução da terapia. A classificação de Bibring continuou sendo usada até quase os dias de hoje.

A outra contribuição igualmente influente daqueles debates foi a discussão de Stone<sup>16</sup> sobre o que ele chamou de “a crescente ampliação do campo de indicações para psicanálise” para quase toda doença ou problema que tivesse um componente emocional significativo em sua etiologia – muito além, portanto, das clássicas psicose neuroses consideradas por Freud como adequadas à psicanálise. Stone aceitava essa tendência com cautela e ceticismo – naturalmente, retornava-se à discussão sobre (a) estender a aplicabilidade da verdadeira (ou melhor) psicoterapia existente, a psicanálise, até os limites de suas possíveis indicações, em oposição a (b) adequar abordagens psicoterapêuticas diferenciadas à natureza e às necessidades de cada paciente. A avaliação final de Stone<sup>16</sup> foi a de que a

[...] abrangência da terapia psicanalítica foi ampliada a partir das psicose neuroses transferenciais, para incluir praticamente todas as categorias nosológicas psicogênicas. As neuroses de transferência e os transtornos de caráter de grau de psicopatologia equivalente continuam sendo as indicações gerais ideais para o método clássico. Embora as dificuldades aumentem e as expectativas de sucesso diminuam de uma maneira geral, à medida que nos aproximamos da periferia nosológica, não há [uma] barreira absoluta [para o método psicanalítico].

Em sua discussão do trabalho de Stone, Anna Freud<sup>20</sup> escolheu essa única questão para indicar que suas próprias predileções opunham-se a tais sentimentos. Sem desejar “subestimar os benefícios resultantes aos pacientes” do que Stone declarara, ela, não obstante, expressava suas objeções:

Se toda habilidade, conhecimento e esforços pioneiros que foram gastos para ampliar a abrangência da psicanálise tivessem sido empregados, em vez disso, na intensificação e melhora de nossas técnicas no campo original [os transtornos histéricos, fóbicos e compulsivos], eu não posso deixar de sentir que, neste momento, estaríamos achando que o tratamento das neuroses comuns seria quase uma “brincadeira de criança”, em vez de seguirmos lutando com os problemas técnicos que encontramos, como continuamos fazendo.<sup>20</sup>

Esse era, de fato, um apelo à limitação das indicações para a psicanálise, uma posição à qual Anna Freud aderiu firmemente durante toda a sua vida, contra todas as tendências mais “populares” entre os analistas da época.

Um último comentário em relação a essa cristalização, em 1954, do que chamei de “a segunda era” na história da psicoterapia psicanalítica, a era do consenso. O Projeto de Pesquisa de Psicoterapia da Fundação Menninger, criado por alguns de nós no início da década de 1950, foi um estudo dos mais ambiciosos e abrangentes do seguimento dos tratamentos e das vidas subsequentes de uma coorte de 42 pacientes tratados, metade por psicanálise e metade por psicoterapia psicanalítica. O Projeto foi concebido e conceitualizado segundo os marcos referenciais de como eram entendidas essas modalidades de tratamento, na perspectiva da maioria dos psicanalistas daquela era de consenso. Uma descrição completa do trabalho e dos resultados e conclusões desse longo estudo de 30 anos, realizado à luz daqueles entendimentos, foi publicada em meu livro de 1986, *Quarenta e duas vidas em tratamento*.<sup>21</sup>

Enfatizei o quanto esse desabrochar da psicoterapia dinâmica foi particularmente norte-americano, sendo ela con-

cebida como distinta da psicanálise, mas inextricavelmente ligada a esta, constituindo-se como o veículo principal da “cooperação” da psiquiatria norte-americana pelo ideal psicanalítico. Isso não quer dizer, no entanto, que essas concepções permaneceram restritas ao cenário norte-americano. Ideias comparáveis logo criaram raízes em outros lugares, a princípio na Inglaterra e no norte da Europa, e depois pelo resto da Europa e na América Latina. E, em 1969 – uma década e meia após as publicações de 1954 na América do Norte –, a Internacional Psychoanalytic Association (IPA), pela primeira vez, dedicou um painel importante em seu Congresso de Roma para “A relação entre psicanálise e psicoterapia”. Em minha apresentação de abertura, como coordenador daquela mesa-redonda,<sup>22</sup> iniciei declarando que isso marcava

[...] a crescente preocupação, dentro da família mundial da psicanálise, com o que por muito tempo parecera uma criação peculiarmente norte-americana, o corpo da teoria e da prática da psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica, em toda a sua complexa relação com sua linhagem psicanalítica.

Estabeleci a estrutura para o painel de 1969, expondo o que eu acreditava serem as questões científicas mais importantes dentro da relação da psicoterapia com a psicanálise. Propus uma sequência de nove perguntas, com um breve sumário após cada uma delas, relacionando-as com as principais posições, frequentemente dicotomizadas, que eram assumidas por proponentes ilustres dos vários pontos de vista. O que se tornou claro, a partir da minha listagem, foi que as questões e as controvérsias que tinham caracterizado os relatórios daquela mesa-redonda de uma década e meia antes ainda estavam entre

nós, sem terem sido essencialmente modificadas, muito menos resolvidas, apesar da experiência clínica acumulada e do crescente conhecimento teórico adquirido durante esse período. Nem poderíamos dizer que essa avaliação foi, de alguma forma, modificada pelas considerações daquele painel internacional, do ponto de vista mais amplo das várias experiências da psicanálise nos diversos centros nacionais e regionais de trabalho psicanalítico, com todos os seus diferentes desenvolvimentos históricos e distintos contextos ecológicos.

Contudo, apenas uma década mais tarde, em 1979, quando as Sociedades Psicanalíticas Regionais Meridionais patrocinaram um Simpósio em Atlanta, no qual três dos protagonistas das discussões publicadas em 1954, Gill, Rangell e Stone, foram convidados a atualizar suas visões sobre “Psicanálise e psicoterapia, semelhanças e diferenças, uma perspectiva de 25 anos”, muita coisa tinha realmente mudado. Nos anos intermediários, novas conceitualizações diagnósticas e terapêuticas tinham sido amplamente desenvolvidas em relação às categorias dos pacientes *borderline* (como as abordagens psicanalíticas “modificadas” de Kernberg,<sup>23</sup> e dos transornos de caráter narcisista (introduzidas na órbita da psicanálise por Kohut,<sup>24,25</sup>). Essas novas considerações acrescentaram urgência e convicção aos esforços psicanalíticos de manter uma posição firme sobre as características próprias da psicanálise e das psicoterapias psicanalíticas, com suas esferas diferenciadas de aplicação em relação à diversidade das formações psicopatológicas. Isso, é claro, se tornou mais importante à medida que os quadros sintomáticos mais clássicos, em torno dos quais as concepções psicanalíticas originais foram elaboradas, minguavam em nossos consultórios.

Os três escolhidos para esse Simpósio, Gill, Rangell e Stone, tinham estado essen-

cialmente de acordo durante os debates do início da década de 1950, representativos da então posição “clássica” da maioria (que se mantinha associada à concepção de um espectro de psicoterapias, com uma cristalização característica de cada modalidade terapêutica diferenciada ao longo dele, cada uma com sua aplicação e indicação específicas a determinado segmento de pacientes, nosologicamente coerente). Essa seleção de três autores que, um quarto de século antes, tinham falado com tanta unidade tornou ainda mais impressionante a divergência de opiniões – exatamente sobre as mesmas questões – que marcou seus discursos em 1979. Foi essa mudança, mais uma vez importante, que eu denominei de “a terceira era” no desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica dentro da psicanálise, a era atual, do “consenso fragmentado”. O amplo consenso (a despeito dos desvios significativos de Alexander e Fromm-Reichmann) que tinha caracterizado a corrente principal do pensamento psicanalítico nessa área por mais de duas décadas está em um estado fragmentado que ainda persiste hoje, vinte anos depois.

Na realidade, foram as concepções de Stone, as de nuances mais sutis em 1954, que sobreviveram mais inalteradas no decorrer dos anos.<sup>26</sup> Em suas concepções da maior orientação à realidade por parte do psicoterapeuta psicanalítico, das diferenças sutis entre a natureza do processo interpretativo na psicanálise e na psicoterapia psicanalítica e das dificuldades em separar as abordagens mais interpretativas (expressivas) das menos interpretativas ou não interpretativas (de apoio), Stone exibiu uma notável consistência de pontos de vista durante todo o intervalo de tempo de seus escritos sobre o tema, desde seu primeiro ensaio, de 1951, até o mais recente, de 1992. Era uma constância de perspectiva que contrastava nitidamente com as visões

significativamente modificadas dos outros dois protagonistas da mesa-redonda de 1979.

Quem mudou mais radicalmente durante esse intervalo de tempo foi Gill, o qual, seguindo Knight, tinha sido o mais claro, no início da década de 1950, em seus distintos delineamentos de psicanálise, psicoterapia expressiva e psicoterapia de apoio, cada uma com diferentes técnicas e objetivos e indicada para um segmento diverso do espectro psicopatológico. A mudança radical na percepção de Gill foi uma consequência direta de sua preocupação com a crescente diluição da primazia da interpretação transferencial como sendo o principal critério da psicanálise e do que era psicanalítico:

- a) a interpretação mais precoce da transferência, incluindo a busca diligente de todas as possíveis alusões implícitas a ela
- b) o foco no “aqui-e-agora”, em oposição à predominância genética na interpretação da transferência
- c) a elaboração mais completa de todas as implicações do que ele chamava de perspectiva de “duas pessoas”, em oposição à perspectiva de “uma pessoa”, ou seja, das contribuições para a transferência por parte dos dois participantes

Aqui, quero apenas examinar as implicações das mudanças de Gill sobre sua concepção de transferência por concepções (significativamente modificadas) sobre a natureza da psicanálise comparada com a psicoterapia. Ele tornou específicas essas implicações no Simpósio de Atlanta, em 1979, publicadas em uma versão revisada em 1984.

Gill<sup>27</sup> começou revendo os “critérios intrínsecos” pelos quais a análise costuma ser definida (“a centralidade da análise da transferência, um analista neutro, a indu-

ção de uma neurose de transferência regressiva e a resolução dessa neurose por técnicas apenas interpretativas, ou pelo menos principalmente por interpretação”), bem como os “critérios extrínsecos” comumente indicados (“sessões frequentes, o divã, um paciente relativamente bem integrado ou que seja considerado analisável e um psicanalista totalmente treinado”). A partir disso, Gill<sup>27</sup> referiu seu ponto de partida:

A questão da relação entre psicanálise e psicoterapia é ainda mais importante na prática hoje do que era em 1954, devido às dificuldades práticas em manter os critérios extrínsecos comumente aceitos da análise [...]. A questão se torna: o quanto o conjunto de critérios extrínsecos pode ser ampliado antes que o analista possa decidir-se por psicoterapia em vez de psicanálise?

Em resposta a essa pergunta, Gill<sup>27</sup> declarou:

Eu diria que, com a definição da técnica analítica à qual eu finalmente cheguei, esta técnica deverá ser ensinada a todos os psicoterapeutas. Se ela será empregada com sucesso ou não dependerá do treinamento e do talento natural para o trabalho de cada um.

E ainda:

[...] quero dizer que a técnica analítica, da forma como a definirei, deverá ser empregada tanto quanto possível mesmo se o paciente vier com menos frequência do que o usual em psicanálise, usar a cadeira em vez do divã, não estiver necessariamente comprometido com um tratamento mais longo, for mais doente do que o paciente considerado analisável e mesmo que o terapeuta seja relativamente inexperiente. Em outras palavras, recomen-

darei que *limitemos* rigorosamente as indicações para *psicoterapia psicanalítica*, e [em vez disso] *pratiquemos primariamente psicanálise como pretendo defini-la*.<sup>27</sup> (grifo nosso)

O que vemos aqui é uma proposta para assimilar à psicanálise o que Gill, em 1954, esforçara-se para demarcar como separado, isto é, a psicoterapia expressiva, antes vista como uma área relacionada à psicanálise, mas bem distinta dela; ou, em outras palavras, o autor propôs borrar, e talvez suprimir completamente, todas as diferenças cuja manutenção ele um dia acreditou ser vital. De fato, isso retomou a posição de Alexander, a qual Gill outrora rejeitara. Ele evidentemente reconheceu a base para essas posições radicalmente alteradas: “A reconsideração que estou propondo é resultado de minhas visões modificadas sobre a transferência e sua análise”.<sup>27</sup>

Além disso, a centralidade da análise da transferência é [isoladamente] o aspecto mais característico da psicanálise. É o que a diferencia da psicoterapia. Resta-me tentar mostrar que ela pode ser mantida mesmo em *condições ampliadas de critérios externos*.<sup>27</sup> (grifo nosso)

Gill, então, desenvolveu suas ideias sobre como os critérios externos mencionados – frequência, divã, duração e indeterminação do processo, entre outros – poderiam ser secundários e dispensados dentro de um trabalho psicanalítico apropriado. Declarou que, central a todas as visões sobre as dimensões externas da experiência psicanalítica, estava uma

[...] suposição implícita sobre o processo psicanalítico que gostaria de questionar. O de que a análise seja uma proposição do tipo tudo-ou-

-nada, gerando seus resultados positivos apenas se levada até o fim [...]. Essa crença costuma ser uma vã ilusão. Freud comparava a interrupção de uma análise com a interrupção de uma cirurgia. Eu sugiro, ao contrário, que, na forma modificada de conduzi-la que estou propondo, a análise possa ser um processo com benefícios progressivamente cumulativos, podendo ser interrompida em vários pontos, sem a necessária perda do que foi conquistado.<sup>27</sup>

Seguramente, estabelecer a psicanálise como um empreendimento tudo-ou-nada é, de certo modo, uma postura vazia, uma vez que a análise pode ser interrompida em todos os seus estágios intermediários, além do que, naturalmente em teoria, a análise nunca está completa. Isso não é, entretanto, o mesmo que amalgamar toda a psicoterapia expressiva com a psicanálise, como Gill agora faz, desde que atendida a exigência da completa primazia da interpretação da transferência no aqui-e-agora.

A única pergunta restante, então, era o que, para Gill, constituiria a psicoterapia que não fosse análise. Nesse ponto, ele propôs o nome “psicoterapia psicanalítica” para designar toda aquela abordagem terapêutica que não interpretasse sistematicamente a transferência, isto é, o que Knight, a princípio, e Gill, depois dele, chamaram, nas décadas de 1940 e 1950, de “psicoterapia de apoio de orientação psicanalítica”.

Houve, contudo, uma terceira posição no Simpósio de 1979, a de Rangell, intermediária entre a opinião essencialmente inalterada de Stone e o retorno radical, por parte de Gill, às concepções outrora rejeitadas de Alexander, às quais se sentiu atraído como uma consequência lógica de suas próprias mudanças na concepção essencial do empreendimento psicanalítico. A posição modificada de Rangell manteve a clareza conceitual das diferenças entre análise e

psicoterapia analítica, embora reconhecendo a “infiltração” da psicanálise pelas técnicas psicoterapêuticas. Rangell<sup>28</sup> afirmou:

Não há análise sem alguns desses mecanismos [psicoterapêuticos] [...]. Não há caso analítico tratado apenas por interpretação [...]. Se isso fosse um pré-requisito, nenhum tratamento se qualificaria como analítico.

Esse é o ponto crucial do argumento de Rangell,<sup>28</sup> com base, segundo ele, em sua variada prática clínica de tempo integral, durante quase quatro décadas:

Desde as comparações de 1954, a crescente experiência e a precisão técnica têm levado a uma diminuição das diferenças entre as duas [psicanálise e psicoterapia dinâmica].

Concluindo, declarou:

Como observação empírica de longo alcance durante esses anos, há, em números, uma grande zona de fronteira, na qual os procedimentos terapêuticos são praticados em uma área cinzenta entre “psicanálise com parâmetros” e psicoterapia intensiva sistemática, mas que não é verdadeiramente psicanálise. Minha crença, hoje, é que ainda é possível traçar uma linha entre as duas, embora também seja verdadeiro que, em muitos casos, essa linha seja difícil de definir.<sup>28</sup>

Esse panorama de posições cristalizadas e bastante discrepantes sobre a natureza da relação entre a psicanálise e as psicoterapias psicanalíticas – conforme resumido pelos três protagonistas do Simpósio de 1979, que tinham estado tão unidos em seus pontos de vista durante os debates na década de 1950 – reflete o que chamei de “a terceira era” na história dessa relação, a era atual do consenso fragmentado.

Atualmente, mais de três décadas depois do surgimento desse consenso fragmentado, a natureza da psicoterapia psicanalítica (o que a define e a constitui, como se relaciona com, ou é diferenciada, da própria psicanálise) – agora uma preocupação universal, e não mais caracteristicamente norte-americana – torna-se mais complexa e até mais ambígua e problemática à medida que é debatida nos vários centros psicanalíticos ao redor do mundo, cada um com suas próprias pressões socioeconômicas, sua história e ecologia psicanalíticas singulares, suas variadas lealdades teóricas (metapsicológicas) e suas convenções linguísticas e suportes filosóficos (epistemológicos) característicos.

Chamo isso, agora, de um mundo sem consenso. Duas tendências principais marcaram essa mudança maciça, aprofundada (e solidificada) nas mais de duas décadas desde o Simpósio de 1979, da lucidez e aparentes certezas da década de 1950 para nosso mar contemporâneo de vozes divergentes, frequentemente discordantes, sobre essas questões. Uma foi a elaboração gradual, dentro da própria psicanálise, do papel do relacionamento psicanalítico (à parte ou além da interpretação) como um determinante igual e interativo, junto com a interpretação verídica, da ocorrência do *insight* e da efetuação de uma mudança terapêutica; e a outra, obviamente relacionada, foi a crescente consciência e aceitação, na América do Norte – o lar original do empreendimento da psicoterapia psicanalítica –, da diversidade teórica que passou a caracterizar a psicanálise desde os tempos de Freud.

O crescente foco no relacionamento psicanalítico como fator principal na mudança da nossa compreensão sobre a própria essência da terapia psicanalítica pode ser considerado, na América do Norte, sob uma variedade de rubricas:

1. o foco na aliança de tratamento (a aliança terapêutica de Zetzel<sup>29</sup> ou a aliança de trabalho de Greenson<sup>30</sup> como componentes principais do relacionamento terapêutico – remontando diretamente a Sterba<sup>31</sup>)
2. o foco na natureza do relacionamento terapêutico, como incorporando a atitude médica humanizadora,<sup>32</sup> e no papel da “nova experiência integradora”, permitida no relacionamento transferencial ao “novo objeto”<sup>33</sup> – remontando a Balint<sup>34</sup> e, ainda mais anteriormente, aos muitos ensaios germinais de Ferenczi<sup>35</sup>
3. os modelos hierárquico e evolucionário, desenvolvidos diversamente por Gedo e Goldberg<sup>36</sup> e por Tähkä,<sup>37</sup> nos quais os parâmetros da própria psicanálise, conforme originalmente conceitualizada para pacientes classicamente neuróticos, estenderam-se, de forma gradual, para “além da interpretação”,<sup>38</sup> à medida que pacientes mais doentes e mais desorganizados foram incluídos na esfera de ação psicanalítica – sendo bastante obscuro o ponto de cruzamento da fronteira da psicoterapia psicanalítica
4. o desenvolvimento paralelo, na Grã-Bretanha, por Suttie, Fairbairn, Guntrip, Balint, Bowlby, Winnicott e seus muitos sucessores do Grupo Intermediário ou Independente, do foco (internalizado) objeto-relacional
5. paralelamente a isso tudo, a atual “virada relacional” na psicanálise norte-americana, lançada pelo influente livro de 1983, de Greenberg e Mitchell, remontando, em suas raízes, à “psiquiatria interpessoal” de Sullivan,<sup>39</sup> com seu foco desenvolvido sobre a interação de duas subjetividades (do analista e do analisando), dentro da matriz transferência-contratransferência, como

a iniciadora de mudança terapêutica (i.e., a mudança da psicologia de “uma pessoa” para uma psicologia de “duas pessoas”)

6. a já comentada descrição dos aparentemente novos pacientes paradigmáticos de nosso tempo, os transtornos da personalidade narcisista e a psicologia do *self*,<sup>24,25</sup> bem como a organização de personalidade *borderline* e a abordagem psicanalítica modificada (ego-estrutural e objeto-relacional amalgamadas) de Kernberg,<sup>23</sup> ambas declaradas aplicações da própria psicanálise (ou psicanálise “modificada”, ou até possivelmente psicoterapia psicanalítica?) àqueles pacientes com transtornos de ego mais extensos e profundos

Todas essas formas de conceitualizar o processo de mudança na psicanálise que estão “além” da interpretação, ou são de outro tipo que não a interpretação, tornaram progressivamente mais difícil traçar diferenciações entre a chamada psicanálise e as variedades de psicoterapia psicanalítica. O que ocasionou essas mudanças na conceitualização da teoria e da técnica do trabalho psicanalítico (e psicoterapêutico)? Para simplificar, o modelo austero<sup>40</sup> da própria psicanálise e a demarcação distinta das psicoterapias psicanalíticas expressivas e de apoio associadas não funcionaram nem refletiram de modo adequado e suficiente os eventos do processo terapêutico e as influências transformadoras e interativas reconhecidas dentro dele. Isso foi claramente articulado por Rangell,<sup>28</sup> em seu relato no Simpósio de 1979, discutindo essas formulações 25 anos mais tarde, e por Wallerstein,<sup>21</sup> nos escritos detalhados de experiências e achados de 30 anos do Projeto de Pesquisa de Psicoterapia da Fundação Menninger. Essa falta de ajuste convincente entre o modelo e o processo e

resultados terapêuticos tornou-se cada vez mais evidente não apenas com os pacientes mais doentes, como com transtornos da personalidade narcisista e com organizações de personalidade *borderline*, como também com os pacientes “neuróticos normais”, considerados classicamente os mais acessíveis à psicanálise não modificada.

Outra tendência importante na psicanálise, levando à crescente complexidade e ambiguidade que marcam a fronteira comum psicanálise-psicoterapia, e igualmente responsável pela progressiva fragmentação do consenso de 1954 (nas semelhanças e nas diferenças) sobre essa relação, foi o crescente reconhecimento, na psicanálise norte-americana, de que o paradigma metapsicológico da psicologia do ego, por muito tempo considerado a verdadeira expressão moderna da psicanálise criada e legada por Freud, simplesmente não mais refletia o estado das coisas na psicanálise mundial. Diferentemente, passamos a viver em um mundo de crescente diversidade psicanalítica (ou pluralismo, como viemos a chamar, de muitas (e nitidamente diferentes) metapsicologias psicanalíticas – psicologia do ego dos dias atuais (teoria do conflito contemporâneo), kleiniana (e suas extensões por Bion), objeto-relacional britânica, lacaniana (e francesa não lacaniana), psicologia do *self*, relacional ou intersubjetiva ou social-constitutivista (norte-americana), entre outras – que, com suas fronteiras delineadas de formas conceitualmente diferentes, naturalmente tornam muito mais difícil qualquer distinção global mais precisa entre psicanálise e psicoterapia.

Minha própria perspectiva sobre o que, em face desse pluralismo teórico global dentro da psicanálise, ainda nos mantém juntos, como partidários comuns de uma ciência e profissão psicanalítica compartilhadas, expliquei detalhadamente em outros textos.<sup>41-43</sup>

Uma implicação significativa desse mar de mudanças para as relações atuais entre as psicanálises e as psicoterapias psicanalíticas é que o conceito familiar de “análise selvagem”, articulado por Freud em 1910, atualmente perdeu seu significado e deve ser substituído pela oportuna sugestão de Schafer,<sup>44</sup> de “análise comparativa”. Nem “análise selvagem” nem, muito menos, “psicoterapia selvagem”, nesse sentido, têm qualquer sustentação conceitual no mundo psicanalítico fluido dos dias de hoje. É evidente que todos os elementos do desenvolvimento conceitual, remontando em herança à ênfase original de Ferenczi sobre o relacionamento analítico, estavam consignados, antes do desenvolvimento de psicoterapias derivadas explícitas, à esfera das psicoterapias analíticas. Agora que essas influências foram reconceitualizadas como centrais ao nosso entendimento do

que é psicanálise e de como ela funciona, é muito mais difícil traçar linhas conceituais heurísticamente úteis entre a psicanálise, a psicanálise modificada e (apenas ou meramente) a psicoterapia psicanalítica. Dependendo da lealdade teórica do observador clínico ou do investigador-pesquisador, dentro da gama de perspectivas teóricas psicanalíticas, essas linhas demarcatórias serão traçadas de modos muito diferentes. Isso, em resumo, representa o estado dessas questões hoje.

Assim, esta é uma descrição bastante condensada da evolução do relacionamento das psicoterapias psicanalíticas com sua matriz e origem, a psicanálise, desde as primeiras elaborações que privilegiavam apenas esta até o momento complexo e fragmentário da problemática e muito contestada natureza do seu relacionamento atual.

#### PONTOS-CHAVE DO CAPÍTULO

1. Ao longo das décadas de relacionamento entre psicanálise e psicoterapia analítica, o primeiro período considerava tudo o que não fosse psicanálise como apenas sugestão.
2. O segundo período foi o da estabelecida diversidade de objetivos e técnicas dentro de uma unidade de teoria.
3. Com o aprofundamento e a clarificação da natureza das psicoterapias analíticas e as pesquisas que evidenciavam crescentes áreas de superposição, surgiu o período do consenso fragmentado.
4. Mais recentemente, observa-se um período de não consenso, em que cada vez mais há uma noção da dificuldade em estabelecer limites precisos entre as duas abordagens.
5. Percebe-se que a ação terapêutica, as abordagens técnicas e mesmo os resultados das psicoterapias psicanalíticas mostram muito mais complexidade em sua correta avaliação do que se supunha. Estudos clínicos comparados e pesquisas realizados em vários centros do mundo têm promovido discussões teóricas mais abertas e sem a pretensa certeza dos períodos iniciais.

## REFERÊNCIAS

1. Wallerstein RS. The talking cures: the psychoanalyses and the psychotherapies. New Haven: Yale University; 1995. p. 587.
2. Wallerstein RS. Psychoanalysis and psychotherapy: an historical perspective. *Int J Psychoanal.* 1989;70(Pt 4):563-91.
3. Freud S. Lines of advance in psycho-analytic therapy. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sig-

- mund Freud. London: Hogarth; 1955. v. 17. p.157-68.
4. Glover E. The indications for psychoanalysis. *Journal of Mental Sciences*. 1954; 100(419):393-401.
  5. Glover E. The therapeutic effect of inexact interpretation: a contribution to the theory of suggestion. *Int J Psychoanal*. 1931;12:397-411.
  6. Knight RP. The relationship of psychoanalysis to psychiatry. In: Miller SC, editor. *Clinician and therapist: selected papers of Robert P. Knight*. New York: Basic Books, [c1972]. p. 121-30.
  7. Knight RP. A critique of the present status of the psychotherapies. In: Miller SC, editor. *Clinician and therapist: selected papers of Robert P. Knight*. New York: Basic Books, [c1972]. p. 177-92.
  8. Knight RP. An evaluation of psychotherapeutic techniques. In: Miller SC, editor. *Clinician and therapist: selected papers of Robert P. Knight*. New York: Basic Books, [c1972]. p. 193-207.
  9. Alexander F, French TM. *Psychoanalytic therapy: principles and application*. New York: Ronald; c1946. p. 353.
  10. Fromm-Reichmann F. *Principles of intensive psychotherapy*. [Chicago]: University of Chicago; [1950]. p. 246.
  11. Bibring E. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4):745-70.
  12. Gill MM. Ego psychology and psychotherapy. *Psychoanal Q*. 1951;20(1):62-71.
  13. Gill MM. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4):771-97.
  14. Rangell L. Similarities and differences between psychoanalysis and dynamic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4): 734-44.
  15. Stone L. Psychoanalysis and brief psychotherapy. *Psychoanal Q*. 1951;20:215-36.
  16. Stone L. The widening scope of indications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2:567-94.
  17. Alexander F. Psychoanalysis and psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2:722-33.
  18. Fromm-Reichmann F. Psychoanalytic and general dynamic conceptions of theory and of therapy: differences and similarities. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4):711-21.
  19. Freud S. On the history of the psychoanalytic movement. In: Freud S. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth; 1957. v. 14. p. 1-66.
  20. Freud A. The widening scope of indications for psychoanalysis; discussion. *J Am Psychoanal Assoc*. 1954;2(4):607-20.
  21. Wallerstein RS. Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy. New York: Guilford; c1986. p. 784.
  22. Wallerstein RS. Introduction to panel on psychoanalysis and psychotherapy: the relationship of psychoanalysis to psychotherapy-current issues. *Int J Psychoanal*. 1969; 50(1):117-26.
  23. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: J. Aronson; [1975]. p. 361.
  24. Kohut H. *The analysis of the self; a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities; [1971]. p. 368.
  25. Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International University; c1977. p. 345.
  26. Stone L. The influence of the practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis. In: Joseph ED, Wallerstein RS, editors. *Psychotherapy: impact on psychoanalytic training: the influence of the practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis*. New York: International Universities; c1982. (International Psycho-Analytical Association monograph series, n. 1). p. 75-118.
  27. Gill MM. *Psychoanalysis and psychotherapy: a revision*. *Int Rev Psychoanal*. 1984;11:161-79.
  28. Rangell L. *Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. Similarities and differences twenty-five years later*. *Psychoanal Q*. 1981; 50(4):665-93.
  29. Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal*. 1956;37(4-5):369-76.
  30. Greenson RR. The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanal Q*. 1965; 34:155-81.
  31. Sterba R. The fate of the ego in analytic therapy. *Int J Psychoanal*. 1934;15:117-26.

32. Stone L. The psychoanalytic situation: an examination of its development and essential nature. New York: International Universities; [c1961]. p. 160.
33. Loewald HW. On the therapeutic action of psycho-analysis. *Int J Psychoanal.* 1960;41:16-33.
34. Balint M. Character analysis and new beginning. In: Balint M. Primary love and psychoanalytical technique. New York: Hogarth; 1952. p. 159-73.
35. Ferenczi S. Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis. London: Hogarth; 1926. p. 480.
36. Gedo JE, Goldberg A. Models of the mind: a psychoanalytic theory. Chicago: University of Chicago; 1973. p. 220.
37. Tähkä V. Mind and its treatment: a psychoanalytic approach. Madison: International Universities; c1993. p. 490.
38. Gedo JE. Beyond interpretation: toward a revised theory for psychoanalysis. New York: International Universities; c1979. p. 280.
39. Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton; 1953. p. 393.
40. Eissler K. The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Assoc.* 1953;1(1):104-43.
41. Wallerstein RS. One psychoanalysis or many? *Int J Psychoanal.* 1988;69(Pt 1):5-21.
42. Wallerstein RS. Psychoanalysis: the common ground. *Int J Psychoanal.* 1990;71(Pt 1):3-20.
43. Wallerstein RS, editor. The common ground of psychoanalysis. Northvale: J. Aronson; c1992. p. 320.
44. Schafer R. Wild analysis. *J Am Psychoanal Assoc.* 1985;33(2):275-99.

## LEITURAS SUGERIDAS

---

- Freud S. 'Wild' psycho-analysis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1957. v. 11. p.219-27.
- Greenberg JR, Mitchell SA. Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge: Harvard University; 1983. p. 437.