

Um Território Comum para a Terapia Psicanalítica

Horst Kächele

(International Psychoanalytic University, Berlin)

Desde a sua criação que a psicanálise tem sido difundida pelo mundo como uma disciplina científica e, simultaneamente, uma modalidade de tratamento. Após a sua gênese, em Viena, viajou para as grandes capitais europeias como Berlim, Budapeste, Londres e Paris; do Ocidente, rapidamente chegou a Moscovo (Luria, 1924; ver Etkind, 2000) para, de forma ainda mais surpreendente, chegar a Calcutá (Bose, 1921; ver Vaidyanathan & Kripal, 1999; Kakar, 2000). Após a visita de Freud aos Estados Unidos, as ideias psicanalíticas atravessaram o oceano Atlântico, conquistando a América do Norte através de pessoas treinadas pelo próprio Freud (Shakow & Rapaport, 1964). Já em 1911, Freud reviu um artigo do médico chileno Greve que contém a primeira referência à psicanálise na América Latina. Foi, porém, o trabalho do psiquiatra Matte Blanco que implementou a formação psicanalítica oficial a partir dos anos 40 do séc. XX (ver Jiménez, 2002, p.83).

Em Espanha, é ao filósofo José Ortega y Gasset que se deve a verdadeira introdução do pensamento psicanalítico, ao ter publicado dois artigos sobre a psicanálise (1911, “Psicoanálisis: Ciencia Problemática” e “Nueva medicina espiritual”). Ortega foi o mentor de Luís López Ballesteros, tendo-o mesmo encorajado a traduzir as obras completas de Freud do original alemão para o castelhano, tradução esta que foi publicada em 1922 com o apoio de um neuropsiquiatria.

Já no decorrer da década de 50 do séc. XX, o psiquiatra japonês Takeo Doi desenvolveu as suas ideias em torno do exquiste conceito de *amae* que aborda a “anatomia da dependência” como uma pedra fundacional no desenvolvimento do pensamento psicanalítico japonês (Doi, 1971). Após a queda da cortina de ferro, psicólogos e psiquiatras russos recuperaram as aquisições iniciais do pensamento psicanalítico (Etkind, 2000) e rapidamente acolheram os missionários provenientes de vários contextos e escolas psicanalíticas. Contudo, também criaram o seu próprio ramo, com o apoio do presidente Yeltsin que, em 1993, assinou um documento oficial que reinstaurou a “psicanálise russa” (Reshetnikov, 1996). Presentemente, assiste-se a uma reimplantação da psicanálise na China – após alguns contactos iniciais nos anos 20 do séc. XX – promovida por vários grupos psicanalíticos que, ao longo dos últimos anos, se têm deslocado à China para ensinar (Gerlach, 2005; Varvin, 2008).

Face a esta difusão, parece adequado falar-se de um processo de globalização da psicanálise. Todavia, uma leitura mais atenta não pode deixar de observar uma ampla diversidade em relação às práticas de tratamento que se encontram sob um mesmo termo: “psicanálise”. Deveríamos nós trabalhar a partir da assunção base comum proposta em tempos por Freud de que todos os que fazem uso das noções de transferência e resistência poderiam ser designados por terapeutas psicanalíticos? Ou deveríamos continuar – como muitos fazem – a insistir numa clara distinção entre

psicanálise propriamente dita e tratamentos psicanaliticamente informados? Neste artigo argumentarei que, para o público em geral, as semelhanças entre os vários tratamentos psicanalíticos são muito mais evidentes do que qualquer distinção, assente na necessidade de pequenos grupos, de sublinhar a sua diferença.

As diferenças e as similaridades entre a psicanálise e seus potenciais derivados têm sido tema de discussão desde os tempos de Freud. Freud sublinhou que as “análises que conduzem a um término favorável em pouco tempo” apenas aumentam a auto-estima do terapeuta. Porém, estes tratamentos mais breves, inespecificamente designados de *psicanaliticamente informados* ou *psicodinâmicos* têm substanciado o impacto médico da psicanálise, uma vez que predominam no cenário da psicoterapia psicanalítica de hoje. Designar estes tratamentos como “insignificantes no que diz respeito ao avanço do conhecimento científico” não faz justiça à importância da criação de fundamentos científicos para os princípios do tratamento psicanalítico (Galatzer-Levi *et al*, 2001; Kächele, 2001). Os estudos empíricos sobre estes tratamentos mais breves têm contribuído para uma teoria da terapia (Fonagy & Kächele, 2001) e propiciam o aprofundamento da compreensão acerca das relações existentes entre as intervenções utilizadas e os resultados dos tratamentos. Em contraste com o modelo de tratamento eminentemente médico, Freud pretendia que a verdadeira análise fosse capaz de “... descer aos estratos mais profundos e mais primitivos do desenvolvimento mental, e destes obter soluções para os problemas das formações posteriores” (Freud 1918b, p.10 / pág. 7 da versão brasileira).

Freud manteve esta mesma dicotomia – terapêutica vs verdade – mesmo anos mais tarde: “Disse-lhes que a psicanálise começou como um método de tratamento; mas não quis recomendá-lo ao interesse dos senhores como método de tratamento e sim por causa das verdades que ela contém, por causa das informações que nos dá a respeito daquilo que mais interessa aos seres humanos – a sua própria natureza – e por causa das conexões que ela desvenda entre as mais diversas actividades.” (Freud 1933a, p.156 versão brasileira p.110).

Freud manteve toda a vida a preocupação de que “a terapia... destruirá a ciência” (1927a, p.254), levando-o à concepção (entretanto abandonada) de que as condições científicas necessárias para a reconstrução das memórias mais precoces do paciente seriam obtidas através de regras de observação restritas e objectivas, e que seria o desvendar da amnésia que criaria as condições ideais para a terapia (1918e, p.183). Porém, noutro contexto, Freud recomendou que em cada situação analítica individual fossem criadas as circunstâncias mais favoráveis à mudança, ou seja, Freud reconheceu a necessidade da flexibilidade orientada para o paciente (1910d, p.145). A criação de uma situação terapêutica é um pré-requisito para a aquisição de *insight* sobre os processos psíquicos inconscientes. Todavia, Freud subestimou os desafios científicos que se colocam à demonstração da mudança terapêutica e para a clarificação dos factores curativos. A certa altura Freud escreveu: “Uma psicanálise não é uma

investigação científica imparcial, mas uma actividade terapêutica. A sua essência não é provar seja o que for, mas meramente alterar algo” (1909b, p.104).

Querer colocar estes dois aspectos em oposição – a psicanálise refere-se à verdade e a psicoterapia refere-se à terapêutica – é questionável. Existem demasiadas incertezas, relacionadas com o desenvolvimento de uma perturbação (etiologia), que não podem ser clarificados analisando os pacientes seja em que *setting* ou que frequência for. Tal não rejeita a noção de que a clarificação de conexões biográficas pode ser terapêutica. No processo de rever experiências do passado e de explorar o inconsciente do paciente, são modificados modelos mentais das experiências subjectivas (Fonagy, 1999a, p.1011).

A principal preocupação da investigação actual sobre a terapia é de, por um lado, mostrar se ocorrem mudanças terapêuticas no decurso de tratamentos psicanalíticos e, por outro, clarificar a relação entre essas mesmas mudanças e as teorias a que o analista adere – como foi, aliás, há muito salientado por Joseph Sandler (1983), Sigmund Freud Professor na London University College.

Muitos podem não estar cientes de quão complexa esta questão tem sido e ainda é: o debate revolve em torno de questões teóricas, práticas e políticas. Serão as diferenças de indicação, técnica e processos principalmente uma questão de *grau* ou uma questão de *qualidade*, sendo esta última uma distinção mais refinada? A que acresce uma questão empírica importante – encontram-se diferenças empíricas entre as diferentes abordagens?

O processo de tentar distinguir a psicanálise propriamente dita da psicoterapia psicanalítica tem consumido quantidades consideráveis de energia e tinta (Kächele 1994). Muitas das discussões, apontam para duas opções: uma das opções vota por uma abordagem categórica que defende que a psicanálise é diferente da psicoterapia psicanalítica, tal como Kernberg (1999) cuidadosamente descreveu; a outra opção assenta numa abordagem dimensional que identifica dimensões empíricas do trabalho clínico (Wallerstein, 1995). Nesta perspectiva, qualquer prática (desde que preencha os critérios que descreveremos a seguir) poderá qualificar-se como psicanalítica a partir do momento em que os conceitos fundamentais da teoria da técnica psicanalítica se encontrem aplicados.

Desde as investigações do psicanalista inglês Edward Glover acerca da técnica em psicanálise, através da distribuição de um simples questionário por entre os membros da British Psychoanalytic Society (Glover & Brierley, 1940), até hoje, todas as abordagens empíricas revelam escassas evidências sistematizadas que sustentem uma distinção clara entre psicanálise e terapia analítica. Em meados dos anos cinquenta do século passado, Gill (1954) sugeriu uma definição da psicanálise na qual diferenciava critérios intrínsecos e critérios extrínsecos, definição que Grill reviu em 1984. Como critérios intrínsecos indicou: a análise de transferência, a neutralidade do analista, a indução de uma neurose de transferência regressiva e a resolução desta neurose artificial pelo uso

da interpretação; como critérios extrínsecos apontou: a frequência das sessões, o uso do divã, um paciente relativamente bem integrado (analisável) e um psicanalista com formação completa.

Contudo, do meu ponto de vista, estas visões não se sustentam perante um escrutínio empírico. A análise da transferência por ex tem sido objecto de importantes estudos em psicoterapia psicanalítica (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Høglend, 2004). Para além disso, o próprio conceito de neurose de transferência tem sido questionado (Cooper, 1987) e, quanto à noção de resolução de uma neurose de transferência, esta é uma ideia questionada através de cuidadosos estudos de *follow up* (Schlessinger & Robbins, 1983). O conceito de neutralidade é intensamente debatido (Schachter & Kächele, 2007). Do mesmo modo, os denominados critérios extrínsecos dissolveram-se no fogo dos debates entre os vários grupos. A frequência das sessões é na maioria das vezes ditada por factores culturais ou económicos; o uso do divã como um critério indispensável também tem sido posto em causa (Schachter & Kächele, 2010).

A título de exemplo, o projecto mais ambicioso a levar a cabo uma comparação relevante – o “Psychotherapy Research Project” (PRP) da Fundação Menninger – levou a uma conclusão em favor do desvanecimento das fronteiras entre modalidades de tratamento: “As modalidades terapêuticas da psicanálise, da psicoterapia expressiva e da psicoterapia de suporte raramente podem ser encontradas sob a sua forma ideal ou pura no mundo real da prática /.../ (os tratamentos) são misturas entrecruzadas de elementos expressivos–interpretativos e elementos de suporte-estabilização... e /.../ o resultado geral alcançado pelos tratamentos mais analíticos ou mais de suporte converge mais do que as nossas expectativas fariam supor; e o tipo de mudança alcançado num e noutro extremo deste espectro de tratamentos é de natureza e permanência menos distinto do que geralmente é esperado” (Wallerstein 1989, p. 205).

Assim, contrariamente ao esperado, não existiram diferenças avassaladoras nos *outcomes* depois de terapia de suporte-expressivas, psicoterapias analíticas e psicanálise. Finalmente, as diferenças entre os efeitos de qualquer dos tratamentos revelaram-se pouco expressivas; as técnicas de suporte mostraram-se tão eficaz como as técnicas mais interpretativas; e os psicanalistas recorrem a técnicas de suporte com maior frequência do que o que geralmente assumem. Mesmo que se considerasse estes dados como sendo ecologicamente inválidos – uma vez que o tipo de pacientes não corresponde à tipologia habitual de análises em clínica privada – os dados surgiram como uma surpresa e conduziram a avaliações secundários na procura de factores moderadores. Para além dos diferentes padrões de personalidade, a existência de esquemas interpessoais benevolentes também facilita a mudança terapêutica nestes pacientes (Blatt, 1992; Sharar & Blatt, 2005).

Recentemente, foi também demonstrado que, para a diferenciação entre tratamentos, podem ser úteis distinções quantitativas e não distinções categoriais (Ablon & Jones, 2005). Recorrendo a uma descrição operacional do processo psicanalítico, descobrimos

que este processo ocorre na psicoterapia analítica, embora ocorra significativamente mais no tratamento psicanalítico propriamente dito. Assim sendo, alguns investigadores consideram que os estudos sobre os diferentes tratamentos, ao focarem-se sobre alguns dados empíricos específicos, têm sido vitalizadores da discussão na questão psicoterapia vs psicanálise. “Existe uma necessidade de mais dados empíricos nesta área.” (Grant & Sandell 2004, p.83)

Assim, o que importa aqui é o impacto da investigação em terapia nas sedes da psicanálise organizada. Do meu ponto de vista, este tem sido o mais poderoso desenvolvimento. Há alguns anos o londrino Prof. Peter Fonagy comentou numa reunião: “Durante um longo período, nós, psicanalistas orientados para a investigação, temos sido uma minoria; agora somos uma minoria significativa.”

A investigação do tratamento psicanalítico ainda é um campo bastante recente. Remonta à primeira investigação sobre eficácia do tratamento, pelo Instituto Psicanalítico de Berlim (Fenichel, 1930). O campo de investigação foi depois despertado pela fulminante crítica de Eysenck, no início da década de cinquenta do séc. XX e viria a estabelecer-se, finalmente, como um campo científico autónomo com a criação, no início dos anos setenta, da Sociedade para a Investigação em Psicoterapia. Desde essa época, podemos falar de uma ciência de tratamento psicanalítico que tem gerado, de uma forma crescente, descobertas ricas e surpreendentes.

Uma vez que não existe uma definição consensual de psicanálise que tenha sido aceite na generalidade, acabamos por definir as psicoterapias psicanalíticas por aquilo que os psicanalistas fazem na prática (Sandler 1982, p.44). Thomä & Kächele (1992) conceberam o livro “Teoria e prática da psicanálise 1: Fundamentos teóricos” recorrendo a recomendações técnicas consensuais num conjunto de *settings* variados. Cada uma das recomendações deixa um amplo espaço para modificações orientadas para o paciente. Isto conduz à posição de que a prática psicanalítica incorpora toda uma área de conceptualizações sem um claro denominador comum. Cada uma das conceptualizações pode encontrar-se mais ou menos perto de um protótipo ideal de trabalho analítico (Ablon & Jones, 2005); finalmente, qualquer constructo prototípico é baseado numa selecção de analistas que trabalham a partir de quadros conceptuais diferentes. Assim, provavelmente, iremos encontrar um protótipo da psicologia do ego, um protótipo *kohutiano*, um *kleiniano*, ou mesmo *lacaniano*. A verdadeira questão coloca-se: em que medida os representantes dos vários protótipos partilham um mínimo de noções básicas da terapia psicanalítica? Os conceitos nucleares da clínica em psicanálise – ex: relação terapêutica, transferência, contra-transferência, resistência, *insight*, mecanismos de defesa – e as regras do jogo – convidar o paciente a associar livremente, acolher material onírico e o foco na interacção aqui e agora, a que acresce uma atitude atenta, uma razoável atitude de neutralidade da parte do analista, etc. – tornem viável que o argumento possa ser invertido. Qualquer terapeuta que utilize estes conceitos fundamentais – seja qual for o grau de perfeição ou intensidade – deveria ser designado de terapeuta psicanalítico.

Não é de estranhar que tenham sido os terapeutas psicanalíticos que trabalham na modalidade intensiva a moldar o edifício teórico e a escrever os livros e artigos que a maior parte de nós estudou cuidadosamente. No entanto, a atitude relutante por parte daqueles ‘verdadeiros’ mestre da psicanálise – como podemos respeitosa designá-los – em relação à investigação empírica, é responsável por uma brecha entre dois tipos de culturas científicas (Luyten et al., 2006). Esta distância resulta, parcialmente, de uma mistura entre o que é apropriado para a compreensão do processo no trabalho clínico e o que é apropriado para compreender o processo para a avaliação formal.

O clínico, no seu trabalho diário, tem, sem qualquer dúvida – e se pretende ser eficaz – de operar sobre a assumpção de que certos princípios e certas teorias são verdadeiras. E, na decisão sobre qual teoria adoptar, é provável que seja guiado por aqueles que possuem experiência e com o qual o terapeuta aprende. Todavia, uma vez que existe em todos nós a tendência para ficarmos impressionados sempre que a aplicação de uma teoria parece ter obtido sucesso, os terapeutas incorrem num particular risco de depositar mais confiança numa teoria do que as evidências disponíveis justificariam. Isto mesmo, escreveu o agora famoso psicanalista inglês John Bowlby em 1979, num artigo sobre arte e ciência em psicanálise (p.4). A correcta apreciação e compreensão do que os clínicos têm de fazer é apenas uma parte do assunto mas para o investigador em processos de tratamento e resultados, estes são apenas os factos da vida que ele ou ela têm de estudar: “ No seu trabalho diário, é necessário que um cientista exerça um alto grau de criticismo e de auto-critica: e no mundo que habita, nem os dados, nem as teorias de um líder, por muita admiração pessoal que tenha por ele, devem estar escusadas de desafio e critica. Não existe lugar para a autoridade” (p. 4).

O grande problema, que tem fragilizado o percurso da psicanálise em desenvolver-se como uma profissão robusta, não é a natureza dos seus dados; o seu problema tem sido o contínuo acesso limitado aos dados. Quando o professor alemão Grimm, começou a estudar contos infantis com base nos relatos orais de uma mulher, os seus dados eram, de facto, bastante subjectivos. Porém, a natureza do programa de investigação que ele e outros então desenvolveram assegurou a avaliação desta ciência que, desde então, possui a marca de ser um forte edifício.

Podemos então colocar a pergunta: quais são os dados da terapia psicanalítica? Existem pelo menos três fontes de dados que têm de ser tomadas em consideração: o ponto de vista do paciente, o ponto de vista do analista e o ponto de vista do observador externo. Duas destas fontes de dados são, principalmente, afirmações na primeira pessoa que ninguém pode criticar; temos de os aceitar como são.

Tradicionalmente, o campo aceitou, como dados primários, as palavras de Freud, ou as palavras de M. Klein, ou os relatos de casos de milhares de outros analistas. Por outras palavras – nas minhas próprias palavras – estes eram os contos de fadas que os nossos professores nos contavam. Eles davam o seu melhor, e nós acreditávamos neles.

A transmissão de conhecimento ocorria por via oral ou escrita, mas não existia nenhum modo de verificar o que os mestres diziam. A mais recente ilustração deste problema bastante específico da cultura epistémica da psicanálise é o relato de Heinz Kohut de um paciente seu, o Sr. Z (Kohut, 1979). Neste relato é apresentado o decorrer de dois tratamentos psicanalíticos, um divergindo consideravelmente do outro nos seus aspectos técnicos.

Recentemente, uma biografia sobre Kohut (Strozier, 2001) esclarece que a segunda análise do Sr. Z é uma engenhosa invenção com o intuito de compensar a experiência bastante negativa de uma primeira análise com a Sra. Ruth Eisler. Kohut, em 1984, reafirmou a sua satisfação em relação à primeira análise fictícia de todo o mundo analítico. Na sua própria apreciação, o autor glorifica as mudanças operadas pela teoria da psicologia do Self. Assim, Kohut ilustrou claramente a sua visão heróica de si mesmo. Mesmo no seu último trabalho “Como cura a análise” (1984), num debate final com os seus críticos, escreveu: “ As lições a serem retiradas das duas análises do Sr. Z são as seguintes: o caso ilustra não só a forma como a mudança na teoria torna o analista capaz de reconhecer novas configurações clínicas mas também mostra como a compreensão por parte dos analista da transferência *self-object* tem impacto no seu manejo do material clínico, influenciado pela empatia acrescida que resulta do novo quadro teórico.” (Kohut, 1984).

As duas análises do Sr. Z também são uma expressiva demonstração que mesmo editores de jornais de renome são incapazes de diferenciar dinâmicas clínicas válidas de dinâmicas teóricas hipotéticas; como é que um analista pode determinar se uma dinâmica desenvolvida com um paciente é válida ou se é teórica?

Com este exemplo, espero ter tornado claro, que contar uma história, por mais importante que possa ser no dia a dia (Eklich, 1980), dificilmente conduz a novos desenvolvimentos para a psicanálise.

Os psicanalistas contadores de histórias, que tiveram uma longa época para convencer o mundo, obtiveram um sucesso apenas parcial. As suas vozes são numerosas e encontram-se profundamente integrados nas suas próprias culturas psicanalíticas. Deste modo, as muitas culturas da psicanálise são um produto do multilinguismo do contar história na psicanálise. Actualmente, existe uma crescente tomada de consciência de que isto conduz à *Babelização* da psicanálise (Jimenez, 2009). E em relação às vozes dos consumidores de psicanálise, onde é que os podemos encontrar? Para sermos honestos, não dispomos de muitas destas vozes. O famoso estudo do consumidor nos Estados Unidos não contou com a participação de pacientes psicanalítico e estes, de facto, não responderam. (Seligman, 1995). Os relatos de pacientes analisados de que dispomos são geralmente de natureza bastante crítica (ex: Drigolski, 1980). Existem apenas uns poucos relatos de pacientes que fornecem um testemunho grato de como a terapia psicanalítica mudou as suas vidas (Schechter, 2005). Tal, poderia ser um fenómeno

interessante de investigar: Porque é que as pessoas com experiências satisfatórias devido à terapia psicanalítica raramente encontram uma caneta para escrever qual foi a sua perspectiva sobre os processos que levaram à mudança?

Nós, como analistas, poderíamos aprender imenso sobre esta outra perspectiva e esta poderia enriquecer a nossa compreensão, mas poderá também, eventualmente, reduzir a relevância de algumas das nossas, não testadas, assumpções sobre como funciona o tratamento. Será que do ponto de vista do paciente estes intermináveis debates sobre a interpretação correcta e sobre a teoria adequada realmente interessam? Não sabemos, mas esperamos poder assistir a um desenvolvimento em psicanálise que encoraje os pacientes a escrever sobre a psicanálise.

Recordam-se que disse que existem três fontes relevantes de dados psicanalíticos e que a terceira fonte é de natureza qualitativamente diferente. O ponto de vista do observador externo é a visão de uma terceira pessoa sobre o processo terapêutico e foi a última a fazer a sua entrada no palco psicanalítico. Mesmo nos nossos dias há psicanalistas de renome que desqualificariam esta perspectiva e que declaram o analista como sendo a única fonte de conhecimento psicanaliticamente fiável (Tuckett, 1999). É óbvio que eu não concordo de modo nenhum com esta visão restrita. Se tivéssemos acesso às notas do diário clínico de Freud sobre os seus casos estaríamos melhor, se tivéssemos acesso a gravações áudio dos seus diálogos melhor ainda. Sonhar com gravações em vídeo seria algo que só o poeta poderia pensar, uma vez que o material psicanalítico ficcionado há muito que chegou aos palcos do teatro moderno.

Vista a partir do exterior, a actividade psicanalítica que ocorre em cada sessão tem obvias similaridades com um mini drama; assim sendo, o filósofo alemão Habermas (1968) falou adequadamente do modelo do palco da psicanálise. Do exterior, existem características distintas das transacções que podem ser identificados com um sem número de tecnologia, indo da ciência qualitativa à ciência social

Enquadrar a psicanálise sob a égide das ciências naturais é completamente enganador, mas contá-la entre o grupo das ciências nomotéticas já seria perfeitamente apropriado. Reduzi-la a hermenêutica não faz justiça à natureza interactiva dos processos.

É aqui que vejo o potencial para o desenvolvimento em psicanálise. Ao gravarmos as sessões passamos a ter acesso ao micro mundo das trocas intersubjectivas quer no nível linguístico, quer no para-linguístico. É aí que melhor compreendemos o que se está a passar numa boa análise e o que está a correr mal numa má análise (Fonagy, 1999b). É como a invenção do microscópio na medicina, aumenta a nossa visão. Esta metodologia aproxima os investigadores do campo da psicanálise, os quais, através das suas metodologias aumentam a nossa compreensão.

O filósofo Adolf Grünbaum (1982) insistiu na necessidade de testes extra clínicos; porém existe um sem número de fenómenos que ocorrem apenas dentro do quadro terapêutico. Para estudar estes fenómenos precisamos de procedimentos de investigação intra-clínicos, mas robustos e que não dependam do analista como observador participante. A batalha acerca daquilo que constitui uma psicanálise tem de ser travada

em contextos empíricos e não em acesos debates cujos argumentos não são suportados por factos.

É interessante salientar que, visto de fora, os diversos grupos da nossa profissão encontram-se aglomerados como se todos constituíssem a prática psicodinâmica-psicanalítica. Poderíamos utilizar uma ferramenta conceptual, desenvolvida por Ford e Urban (1963), “sistemas de psicoterapia”, para identificar os grandes sistemas como os psicanalíticos, cognitivo-comportamentais, sistémicos, etc. Tal distinção conceptual serviu de orientação à famosa meta análise de Grawe et al. (1994) sobre os resultados dos tratamentos. Ao espectador de mente aberta, terapias psicanalíticas breves, de média duração e de longa duração pertencem ao mesmo sistema de psicoterapia. Haverá uma necessidade de manter as diferenças entre os diversos mundos psicanalíticos? Tanto quanto podemos saber, esta diferença, no ponto de vista dos pacientes, não desempenha um papel relevante e, tanto quanto sabemos a partir da evidência da investigação em tratamentos breves, não é provável que a especificidade da técnica – excluindo a personalidade e estilo do analista – desempenhe um papel preponderante no resultado (Wampold, 2001).

Para qualquer observador crítico, a actual situação da psicanálise enquanto terapia é caracterizada pela “incapacidade da prática em informar a teoria” (Fonagy, 2006), o que, logicamente, conduz ao mais recente apelo de se “estudar a pratica em si mesma” (Jiménez, 2009). Mas de que prática é que estamos a falar? A multiplicidade de versões da prática psicanalítica entre continentes, países, e mesmo cidades, torna abundantemente clara que uma tal recentração no estudo da prática requer um mundo psicanalítico de espírito aberto que permita a diversidade teórica e técnica. Já não existe uma bíblia à mão e existem muitos profetas a promover uma ou outra versão da psicanálise quer estas reivindicações sejam suportadas ou não por evidência – e demasiadas vezes não o são. A história da psicanálise é rica em afirmações e pobre em dados.

Parece ser oportuno mapear o campo mundial da prática psicanalítica, acordando um conjunto de assumpções básicas. Seria talvez melhor se, em vez de separarmos entidades que dificilmente existem na prática real, falássemos acerca de famílias conceptuais ou pelo menos em vizinhanças próximas (Wallerstein, 1995; Grant & Sandell, 2004).

Assim sendo, o termo “terapia psicanalítica” deveria designar a dimensão terapêutica do trabalho psicanalítico, podendo abranger um largo leque de variações no *setting* e na intensidade. As fronteiras deste termo inclusivo são extensíveis e flexíveis a uma ampla variedade de práticas psicanalíticas. O critério decisivo reside no bem estar do paciente revelado convincentemente por uma demonstração empírica de que o seu tratamento funciona (Fonagy et al., 2002) A Superação da dicotomia existente entre a aplicação clínica da psicanálise e as suas formas derivadas de psicoterapia psicanalítica, através da utilização de um termo genérico, iria recentrar os esforços da comunidade psicanalítica.

Do diverso e heterogêneo caleidoscópio das teorias e práticas psicanalíticas uma conclusão emerge, com razoável certeza. Todos os terapeutas psicanalíticos são convocados a abordarem o seu trabalho com um profundo sentimento de humildade.

Convicções – com fracas fundamentações – acerca de uma visão analítica em particular, podem impedir a monumental avaliação empírica com a qual actualmente nos defrontamos.

- Ablon JS, Jones EE (2005). On analytic process. *J Am Psychoanal Assn* **53**: 541-568.
- Akhtar S (2007). Diversity without fanfare: Some reflection on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanal Inq* **27**: 690-704.
- Bateman AW, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Blatt SJ (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anacletic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assn* **40**: 691-724
- Bose G (1921). *Concept of repression*. Calcutta: Parsi Bagan.
- Clarkin JF, Kernberg OF, Yeomans FE (1999). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients*. New York: Guilford Press,
- Connolly MB, Crits-Christoph P, Demorest A, Azarian K, Muenz L, Chittams J (1996). Varieties of transference patterns in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* **64**: 1213-1221.
- Connolly MB, Crits-Christoph P, Shappell S, Barber JP, Luborsky L (1999). Relations of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy. *Psychother Res* **9**: 485-495.
- Cooper AM (1987). Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. *J Am Psychoanal Assn* **35**: 77-98.
- Eagle M (1984). *Recent developments in psychoanalysis. A critical evaluation*. New York: Mc Graw-Hill.
- Fonagy P (1999). Response. *Int J Psychoanal* **80**: 1011-1013
- Fonagy P (2006). The failure of practice to inform theory and the role of implicit theory in bridging the transmission gap. In: Canestri J *Psychoanalysis from practice to theory*. Editor. 69-86. West Sussex: Wiley.
- Fonagy P, Jones EE, Kächele H, Clarkin JF, Krause R, Perron R, Gerber AJ, Allison L (Eds.) (2002). *An open door review of the outcome of psychoanalysis*. London: International Psychoanalytic Association
- Fonagy P, Kächele H (2009). Psychoanalysis and other long term dynamic psychotherapies. In MG Gelder, JJ Lopez-Ibor, N Andreasen (Eds.) *New Oxford Textbook of Psychiatry* (2 ed.) 1337-1350. Oxford: Oxford University Press.
- Ford D, Urban H (1963). *Systems of psychotherapy. A comparative study*. New York: Wiley & Sons.

- Freud S (1909b). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. SE **10** : 1-149
- Freud S (1910d). The future prospects of psychoanalytic therapy. SE **11**: 139-151
- Freud S (1918b). From the history on an infantile neurosis. SE **17**: 1-122
- Freud S (1919e). 'A child is being beaten'. SE **17**: 175-204
- Freud S (1927a). Postscript to the question of lay analysis. SE **20**: 251-258
- Freud S (1933a). New introductory lectures on psycho-analysis. SE **22**: 5-182
- Gabbard GO, Westen D (2003). Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* **84**: 823–842
- Galatzer-Levi RM, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron W (2001). *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press.
- Gerlach A (2005). Psychoanalysis - an inspiration for Chinese culture? *Taiwan Center for the Development of Psychoanalysis* May 3rd.
- Gill MM (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J Am Psychoanal Assn* **2**: 771-797.
- Gill MM (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *Int Rev Psychoanal* **11**:161-179.
- Glover E, Brierley M (1940). *An investigation of the technique of psycho-analysis*. London: Baillière, Tindall & Cox.
- Grant J, Sandell R (2004). Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Richardson P, Kächele H, Rendlund C. editors. 81-108. London: Karnac.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.*, Göttingen: Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- Hoegland P (2004). Analysis of transference in psychodynamic psychotherapy: a review of empirical research. *Can J Psychoanal* **12**: 279–300.
- Jiménez JP (2002). Chile, and psychoanalysis. In: Erwin E (Ed.) *The FREUD Encyclopedia. Theory, therapy, and culture*. 83-84. New York: Routledge.
- Jiménez JP (2009). Grasping psychoanalysts' practice in its own merits. *Int J Psychoanal* **90**: 231-248.
- Kächele H (1994). Book Review: "Interaction and interpretation: Psychoanalysis or psychotherapy?" By J. Oremland, with a critical evaluation by M. M. Gill. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1991. *J Am Psychoanal Assn* **42**: 919-925.
- Kächele H (2001). Book Review: Does psychoanalysis work? By Robert M. Galatzer-Levi, Henry Bachrach, Alan Skolnikoff, and Sherwood Waldron. New Haven: Yale University Press. *J Am Psychoanal Assn* **49**: 1041-1047.
- Kernberg OF (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic therapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies. *Int J Psychoanal* **80**: 1075-1091.
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2003) How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long term effects on patients well-being. A representative multiperspective follow-up study. *Int J Psychoanal* **84**: 263-290
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1998). *Understanding transference*. 2nd ed. New York:

Basic Books.

- Luria A (1924). Russian Psycho-Analytical Society. *Bul Int Psychoanal Assn* **5**: 258-261.
- Luyten P, Blatt SJ, Houdenhove B van, Corveleyn J (2006). Depression research and treatment: Are we going skating where the puck is going to be. *Clinical Psychology Review* **26**: 985-99.
- Milrod BL, Busch FN, Cooper AM, Shapiro T (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Shahar G, Blatt SJ (2005). Benevolent interpersonal schemas facilitate therapeutic change: Further analysis of the Menninger Psychotherapy Research Project. *Psychother Res* **15**: 1-4
- Sandell R (2007). Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In: *Psychoanalyse heute?! Springer A, Münch K, Munz D. editors, 461-481. Giessen: Psychosozial-Verlag.*
- Sandell R, Lazar A, Grant J, Carlson J, Schubert J, Broberg J (2007). Therapists' attitudes and patient outcomes: II Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychother Res* **17**: 201-211.
- Sandler J (1982). Psychoanalysis and psychotherapy. The training analyst's dilemma. In: *Psychotherapy. Impact on psychoanalytic training. The influence of practice and theory of psychotherapy in psychoanalysis*. Joseph E, Wallerstein RS Editors. 39-47. New York: International University Press.
- Sandler J (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* **64**: 35-45.
- Schachter J, Kächele H (2007). The analyst's role in healing: Psychoanalysis-PLUS. *Psychoanal Psychol* **34**: 429-444.
- Schachter J, Kächele H (2009). The couch in psychoanalysis. *Contem Psychoanal* submitted.
- Schlessinger N, Robbins FP (1983) *A developmental view of the psychoanalytic process. Follow-up studies and their consequences*. New York: International Universities Press.
- Spence DP (1982). Narrative truth and theoretical truth. *Psychoanal Q* **51**: 43-69.
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Bruschweiler-Stern N, Tronick EZ (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *Int J Psychoanal* **79**: 903-921.
- Thomä H, Kächele H (1992). *Teoria e prática da psicanálise 1: Fundamentos teóricos*. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Vaidyanathan T, Kripal J (Eds.) (1999). *Vishnu on Freud's desk. A reader in psychoanalysis and hinduism*. Oxford: Oxford University Press.
- Varvin S (2008). What do we know about what works in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: Research findings, clinical experience and experience from psychotherapy in China. *5th World Congress for Psychotherapy, Beijing Oct 12-15*.

- Wallerstein RS (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *J Consult Clin Psychol* **57**: 195-205.
- Wallerstein RS (1995) *The talking cures. The psychoanalyses and the psychotherapies*. New Haven: Yale University Press.
- Wampold B (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.