



PSICANÁLISE

Salman Akhtar

# Escuta psicanalítica

*Métodos, limites e inovações*

**Blucher**

**KARNAC**

# ESCUA PSICANALÍTICA

Métodos, limites e inovações

Salman Akhtar

Tradução

Giovanna Del Grande da Silva

*Authorised translation from the English language edition published by Karnac Books Ltd.*

Título original: *Psychoanalytic listening: methods, limits, and innovations*

© 2012 Salman Akhtar

© 2016 Editora Edgard Blücher Ltda.

### **Equipe Karnac Books**

*Editor-assistente para o Brasil* Paulo Cesar Sandler

*Coordenador de traduções* Vasco Moscovici da Cruz

*Revisão gramatical* Beatriz Aratagy Berger

*Conselho consultivo* Nilde Parada Franch, Maria Cristina Gil Auge, Rogério N. Coelho de Souza, Eduardo Boralli Rocha

## **Blucher**

---

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar  
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil  
Tel.: 55 11 3078-5366  
[contato@blucher.com.br](mailto:contato@blucher.com.br)  
[www.blucher.com.br](http://www.blucher.com.br)

Segundo o Novo Acordo Ortográfico,  
conforme 5. ed. do Vocabulário  
Ortográfico da Língua Portuguesa,  
Academia Brasileira de Letras, março  
de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial  
por quaisquer meios sem autorização  
escrita da Editora.

---

Todos os direitos reservados pela  
Editora Edgard Blücher Ltda.

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

---

Akhtar, Salman

Escuta psicanalítica : métodos, limites  
e inovações / Salman Akhtar ; tradução de  
Giovanna Del Grande da Silva. – São Paulo :  
Blucher, 2016.

288 p.

Bibliografia

ISBN 978-85-212-1106-8

Título original: *Psychoanalytic  
Listening: Methods, Limits, and Innovations*

1. Psicanálise I. Título II. Silva, Giovanna  
del Grande da

16-1058

CDD 150.195

---

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

# Conteúdo

Agradecimentos	9
Sobre o autor	11
Introdução	13
1. Quatro tipos de escuta analítica	21
2. Escutando o silêncio	55
3. Escutando as ações	103
4. Escutando a si próprio	141
5. Escuta pobre	173
6. Recusar-se a escutar	205
7. Escuta em situações não clínicas	231
Referências	249
Índice remissivo	279

# 1. Quatro tipos de escuta analítica

*“[o analista] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente.”*

*Sigmund Freud (1912e, p. 115)*

Em seus trabalhos sobre a técnica psicanalítica, Freud (1911e, 1912b, 1912e, 1913c, 1914g, 1915a) abordou quase todos os aspectos importantes da nossa prática clínica, incluindo a necessidade de certa frequência e regularidade de sessões, honorários, uso do divã, associação livre, os limites da memória e evocação, resistência, transferência, anonimato e neutralidade, trabalhando com sonhos e a função interpretativa do analista. Ele também fez várias observações acerca da maneira de escutar do analista e com o quê exatamente sua atenção deveria estar sintonizada. Observe as seguintes recomendações de Freud nesse contexto.

- “A técnica... é muito simples... consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma

‘atenção uniformemente suspensa’ em face de tudo o que se escuta” (1912e, pp. 111-112).

- “A regra para o médico pode ser assim expressa: ‘Ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à ‘memória inconsciente’”. Ou, para dizê-lo puramente em termos técnicos: ‘Ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa’ (ibid., p. 112).
- “Ele deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor... o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente” (ibid., pp. 115-116).

É claro que Freud confiava imensamente na comunicação direta entre os inconscientes de paciente e analista e que concebia a atenção livremente flutuante do analista como sendo a metade externa da associação livre do paciente. Isso não quer dizer que Freud não era conhecedor dos obstáculos que problemas não solucionados na personalidade do analista causariam ao tratamento. Ele aconselhava futuros analistas a “não tolerar quaisquer resistências em si próprio” (ibid., p. 116), a submeter-se a análise e a “continuar o exame analítico de sua personalidade sob a forma de autoanálise” (ibid., p. 117). Caso contrário, havia o risco de não escutar apropriadamente o paciente, omitindo sinais oferecidos pelo mesmo e, pior ainda, projetando seus próprios problemas pessoais nos temas em consideração.

Para Freud, a escuta analítica não se restringia às palavras faladas do paciente. Esta também incluía prestar atenção aos seus

silêncios e aos sinais não verbais oferecidos por ele (Freud, 1909d, 1914g, 1917). Uma atenção de tal amplitude requeria uma submissão tranquila a todas as informações que estavam sendo recebidas. Aqui, não havia espaço para focalização, escolha ou censura. Em um trabalho posterior, Freud reiterou que

*coletamos o material para o nosso trabalho de uma variedade de fontes – do que nos é transmitido pelas informações que nos são dadas pelo paciente e por suas associações livres, do que ele nos mostra nas transferências, daquilo a que chegamos pela interpretação de seus sonhos e do que ele revela através de lapsos ou parapraxias. Todo esse material ajuda-nos a fazer construções acerca do que lhe aconteceu e foi esquecido, bem como sobre o que lhe está acontecendo no momento, sem que o compreenda (1940a, pp. 177-178).*

Para que tal transação ocorresse, o analista tinha que certificar-se de que não estava exercendo resistências ao caminho da escuta; a melhor forma de garantir isso era a de ele próprio se submeter a uma “purificação psicanalítica” (Freud, 1912e, p. 116). Isso era especialmente importante para o manejo da transferência amorosa com equanimidade, visto que um analista que tivesse elaborado seu narcisismo entenderia que “o enamoramento do paciente é induzido pela situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa” (Freud, 1915a, p. 161). Contudo, adquirir tal postura mental, especialmente por parte do iniciante, requeria algum esforço.<sup>1</sup> A tensão entre render-se passivamente a um estado mental “igualmente flutuante” e as medidas ativas empreendidas para adentrar a esse estado mental são aspectos com os quais as contribuições posteriores tiveram bastante dificuldade.

Eles também precisaram enfrentar o paradoxo de que a não-escuta do analista a algo específico é precisamente o que o leva a descobrir aspectos particularmente significativos. Portanto, as contribuições psicanalíticas feitas após Freud encontraram suas próprias soluções a esses dilemas e acrescentaram novas nuances à maneira pela qual um analista escuta a comunicação do paciente.<sup>2</sup>

Tendo em vista o amplo espectro desses estilos de escuta e a grande diversidade de foco dada pelos seus respectivos proponentes, qualquer tentativa de categorizá-los está fadada a fracassar ou permanecer incompleta. Além disso, as várias formas de escuta que foram desenvolvidas não estão cirurgicamente separadas; elas apresentam sobreposições significativas. Com tais ressalvas em mente, proponho que a escuta psicanalítica na literatura subsequente às ideias originais de Freud (1912e) sobre o tema, seja dividida em quatro grandes formas. Estas incluem (i) a escuta objetiva, (ii) a escuta subjetiva, (iii) a escuta empática, e (iv) a escuta intersubjetiva. Cada perspectiva merece ser considerada separadamente sem, entretanto, desconsiderar a complementaridade e confluência com seus homólogos.

### *Escuta objetiva*

Essa maneira de escutar tem base na visão “clássica” da natureza humana, em suas doenças e suas respectivas curas. Tal perspectiva, encontrada mais claramente no pensamento de Kant, considera o esforço em direção à autonomia e o reino da razão como essência do ser humano. Extrapolando-a para a psicanálise,

*a visão clássica vê o homem como governado pelo princípio do prazer e o desenvolvimento em direção à maturidade é o que direciona à predominância do princípio de*



*realidade. A atitude do analista em relação ao paciente é uma combinação de respeito e desconfiança, tomando o analista o lado do princípio de realidade. A ética é estóica: maturidade e saúde mental dependem do grau em que uma pessoa é capaz de reconhecer a realidade como ela é e de ser racional e sábia (Strenger, 1989, p. 601).*

A postura “clássica” coloca o analista na posição de um observador separado e de um árbitro da “realidade” e, no que diz respeito à escuta analítica, oferece certo ceticismo com relação às produções verbais do paciente. A escuta do analista não é seduzida pelas dificuldades manifestas do paciente. Ela é impulsionada em direção a decifrar “as formas nas quais os desejos e as fantasias do paciente coloreem sua percepção da realidade, de passado e de presente” (ibid., p. 603). Presta-se atenção no *que* o paciente está falando, mas o interesse maior reside em *como* o paciente está falando; o processo é mais valorizado do que o conteúdo. Consequentemente, as pausas, hesitações, ênfases, peculiaridades na entonação e lapsos da fala evocam o interesse do analista a uma dimensão maior do que a “história” na mente do paciente.

Essa perspectiva de escuta analítica reforça veementemente o valor da “associação livre” do paciente. Seus proponentes (Brenner, 1976; Busch, 1997, 2004; Fenichel, 1941; Gray, 1994; Hoffer, 2006; Kris, 1982, 1992) afirmam que, somente seguindo a cadeia de pensamentos do paciente – e os impedimentos à mesma – é possível obter acesso aos significados inconscientes dos conflitos do paciente. Para que se tenha certeza disso, a extensão dos conteúdos abrangidos sob o título de “associação livre” aumentou (ver comentários de Peter Fonagy em McDermott, 2003) ao longo do tempo, passando a incluir imagens visuais (Kanter, 1958; Warren, 1961), movimentos corporais e mudanças de pos-

tura no divã (McLaughlin, 1987, 1992) e até mesmo um convite ocasional para que o paciente desenhe algo que ele ou ela esteja encontrando dificuldades de expressar em palavras (Brakel, 1993; Slap, 1976). Também é pertinente a esse contexto o esclarecimento de Makari e Shapiro (1993) de que a escuta analítica atende às comunicações não linguísticas assim como às sutis categorias linguísticas pertencentes a narratividade, referência simbólica, forma, expressões idiomáticas e convenções de interação. Uma característica inconfundível de um analista que escuta “objetivamente” é a de que ele confia menos na intuição e mais na sua capacidade intelectual, entretanto essa última pode operar “silenciosamente” durante seu trabalho analítico. A metodologia meticulosa de Brenner (1976) para chegar a uma “conjectura” ou a uma “formulação na própria mente do analista do que ele aprendeu sobre os conflitos do paciente” (p. 36) exemplifica tal circunstância. Sem descartar o elemento da apreensão súbita e subjetiva de significados inerentes à comunicação do paciente, Brenner enfatiza o processo passo a passo, lógico e intelectual da formação de conjecturas. Em termos não imprecisos, ele afirma que é “importante manter em mente o conhecimento analítico da formação de sintomas e aplicá-lo na análise de pacientes” (p. 21), e que “o que quer que o paciente relate ou faça deve ser visto da mesma forma, isto é, sob a luz da compreensão do analista acerca da natureza, a origem e as consequências do conflito na vida psíquica” (p. 29).<sup>3</sup> Com essa finalidade, Brenner (2000) – em momento posterior de sua carreira analítica – chegou a sugerir que uma mudança estratégica e seletiva do foco da atenção é mais útil do que a “atenção uniformemente suspensa” (Freud, 1912e, p. 111) na escuta do material analítico.

Gray (1982, 1994) demonstrou um respeito consistente pelos dados obtidos a partir da escuta da associação livre do paciente. O método de escuta sugerido por ele se refere às mudanças de direção, ênfase e nuances no momento a momento da linha de

associações do paciente. Presta-se muita atenção a uma pausa, uma mudança abrupta de tópico, a emergência de um afeto incongruente e a uma evitação inexplicada do que é esperado em termos lógicos. Tal “processo de monitoramento próximo” (Gray, 1982) posiciona o ego no centro da técnica psicodinâmica, ajuda a decifrar inclinações transferenciais e facilita a análise da resistência. Busch (1977, 2004) posteriormente aprofundou essa maneira de trabalhar com os pacientes.

Os kleinianos, apesar de se oporem a essa “psicologia do ego” em aspectos teóricos importantes, demonstram igual interesse nas mudanças momento a momento no fluxo e na direção do pensamento do paciente. Entretanto, estes tendem a considerar todas as associações livres como estando relacionadas à transferência (Hinshelwood, 1989; Klein, 1952; Riviere, 1952). Além disso, ao contrário dos psicólogos do ego que têm como foco *o que causa a mudança* no fluxo das associações do paciente, os kleinianos se interessam em *o que é causado pela mudança* no fluxo das associações do paciente. Isto se deve ao fato de os kleinianos considerarem as próprias associações livres como ações.<sup>4</sup>

### *Escuta subjetiva*

Distantes dos analistas que escutam “objetivamente”, estão aqueles que se baseiam na sua subjetividade em suas tentativas de compreender o que o paciente está tentando comunicar. Para esses analistas, o entendimento geralmente acontece na forma de inspiração sem (ou com muito pouco) esforço consciente para encaixar os “dois mais dois” da situação. Eles apoiam a declaração de Freud (1912e) de que o inconsciente do analista, se propriamente sintonizado, é diretamente capaz de captar o que o inconsciente do paciente está transmitindo. A advertência de Reik (1937) de que o pensamento

lógico consciente é prejudicial à percepção analítica avança nessa linha de pensamento. A afirmação de Isaacs (1939) de que uma conjectura acerca da intenção do paciente é da natureza de uma percepção, também incorpora o espírito de uma forma intuitiva de funcionamento durante a hora clínica. Outra ilustração é formada pela dura declaração de Bion (1967) de que, tendo em vista que “a memória é sempre enganadora... [e] deseja distorcer o julgamento” (p. 271), o melhor é que o analista escute o paciente sem memória e sem desejo. É somente então que a verdade absoluta do momento – “O” na terminologia de Bion (1965, 1967) – ficará evidente. A clareza vívida e repentina levaria então a um “ato de fé” (Bion, 1970), isto é, uma intervenção analítica baseada primariamente na intuição e não na experiência e no conhecimento.

As visões de Jacobs (1973, 1986, 1991, 2007) são menos dramáticas e apresentadas de modo mais sistemático. Ele defende firmemente a contrapartida do analista como a “regra fundamental” (Freud, 1913c, p. 134) para o paciente: a injunção de que o analista deve considerar privadamente tudo que ocorre dentro dele pelo seu potencial valor informativo em termos do paciente e, em termos que está acontecendo entre eles dois. Mais do que qualquer outro analista – com exceção de Searles (1979) talvez, que trabalhou em grande parte com pacientes gravemente doentes e frequentemente psicóticos – Jacobs se embasa em seu estado emocional interno, suas associações passageiras, sua rêverie e, até mesmo, no seu vestuário e nas mudanças posturais, para discernir os eventos que estão ocorrendo entre ele e seu paciente, mas que estão apenas um pouco fora da percepção consciente de ambos. Ele observa que:

*A maneira pela qual o analista inicia e termina uma sessão; sua postura, seu tônus e expressões faciais quando cumprimenta ou se despede de seu paciente, transmitem*

*mensagens cinésicas das quais ele pode estar ou não ciente... Aí está, entretanto, outro aspecto do comportamento não-verbal do analista que tem recebido relativamente pouca ênfase na literatura: os movimentos corporais que acompanham o ato de escutar. Alguns desses movimentos, tais como bater o pé ou uma inquietação motora, podem, através do som, ser transmitidos ao paciente e, de fato, atuar como comunicações conscientes e inconscientes. Por outras vezes, o paciente pode detectar, a partir das pistas acústicas mais suaves, um comportamento ou sentimento não expressado de outra forma por parte do analista (1991, p. 104).*

Jacobs prossegue falando de uma “empatia corporal”, ou de elevadas catexias do ego corporal que acompanha uma escuta bem sintonizada. As respostas corporais do analista reverberam com a comunicação inconsciente do paciente. Ao prestar atenção à sua própria postura, gestos e movimentos, o analista aprofunda seu conhecimento sobre o paciente (ver Capítulo 4 para mais detalhes). Jacobs questiona se o trabalho com pacientes fisicamente traumatizados é mais frequentemente associado com ressonâncias somáticas no analista. Ele também permite variações individuais nos próprios analistas.

*Enquanto parece autoevidente que um analista, enquanto escuta, utiliza todo o seu self no processo, e que os movimentos corporais são parte essencial e necessária do “instrumento analisador”, o grau em que as reações corporais estão tanto disponíveis quanto são úteis ao analista diferem inquestionavelmente de indivíduo para indivíduo. Em alguns analistas que hajam tido experi-*

*ências significativas de doenças ou trauma corporal, ou que talvez, por outras razões do tipo inato ou vivencial, tenham um ego corporal altamente catexizado, pode haver uma capacidade elevada para utilizar respostas corporais no seu trabalho analítico. Em outros, cujo desenvolvimento em diferentes linhas possa ter levado a um investimento elevado nas esferas visual ou auditiva ou na formação de fantasias, ou em indivíduos nos quais as operações defensivas possam ser direcionadas contra a consciência das sensações corporais, tais experiências podem desempenhar um papel menor no uso que o analista faz de si próprio (ibid., p. 116).*

Para que não haja a impressão de que com “escutar subjetivamente”, Jacobs se refira somente a suas experiências corporais, eu me apresso a acrescentar que ele cita várias vinhetas clínicas onde um pensamento passageiro, uma memória da infância, a descoberta de que está usando roupas cujas cores não combinam e, uma forte, porém inexplicável e repentina, emoção dentro de si mesmo, se tornou uma pista para as mensagens mais profundas que emanam do paciente. Ele afirma que o contato com tais elementos da subjetividade do indivíduo “ajudam a iluminar o material pré-consciente do paciente que está ascendendo à consciência” (2007, p. 104). Jacobs (1992, 2007) atribui as origens de seu pensamento ao conceito de Otto Isakower (1963a, 1963b) de “instrumento analítico”. Esse se refere a

*uma criação conjunta de paciente e analista. Construído e existente apenas durante a hora analítica, este pode ser imaginado concretamente como um cérebro contendo duas metades. Uma metade pertence ao paciente, a*

*outra metade ao analista. Na sessão analítica, conforme analista e paciente afrouxa m seus laços com o mundo externo e entram em um estado levemente alterado de consciência – essencialmente uma condição do devaneio – essas duas metades se encontram em uma união temporária, uma ponte é construída, e mensagens inconscientes podem fluir entre eles. Nesse estado mental, o qual deve ser empregado conscientemente pelo analista – e, indiscutivelmente, grande parte em decorrência desse estado mental – é altamente provável que as experiências subjetivas do analista sejam relacionadas de modo importante e significativo com as comunicações do paciente (2007, p. 100).*

Outro aspecto que deve ser incluído nessa seção de escuta subjetiva pertence ao conceito de “identificação projetiva” (Klein, 1946). Esse é um processo que se inicia na tenra infância e consiste em partes do *self* rudimentar sendo clivadas e projetadas em um objeto externo. Este objeto externo torna-se então identificado com a parte repudiada, bem como controlado internamente por ela. Apesar de começar como um processo do desenvolvimento paralelo à introjeção, a identificação projetiva pode vir a servir a muitos propósitos defensivos. Estes incluem uma tentativa de fusão com objetos externos a fim de evitar a carga existencial da separação, a extrusão de objetos internos maus que causam ansiedades persecutórias, e a preservação de aspectos bons do *self* depositando-os em outros. Bion (1967) ampliou o conceito de identificação projetiva para incluir o depósito de pensamentos impensáveis (“elementos beta”, em sua terminologia) em um outro, receptor, que possa metabolizá-los e devolvê-los ao sujeito aos poucos.

No contexto da situação clínica, o uso de “identificação projetiva” por parte do paciente leva o analista a experimentar o que o paciente não suporta sentir ou pensar. O desenvolvimento frequente de contratransferência violentamente negativa durante o trabalho com pacientes *borderline* foi elucidado por Kernberg (1975, 1984, 1992) detalhadamente; ele também descreveu as estratégias técnicas decorrentes de tais sentimentos. Entretanto, a utilização da identificação projetiva não se limita a pacientes *borderline*. Indivíduos com outros transtornos graves de personalidade também tendem a usar esse mecanismo defensivo. E o seu impacto se revela na subjetividade turbulenta de quem os trata. O analista que trabalha com um paciente narcisista, por exemplo, experimenta sentimentos de inferioridade e até mesmo vergonha (de suas roupas, consultório, habilidades linguísticas, conhecimentos gerais etc.); tais sentimentos não constituem somente as respostas “naturais” à grandiosidade de alguém, mas em um nível mais profundo, refletem uma identificação com as partes carregadas de vergonha, projetadas do paciente. De modo similar, pacientes esquizoides, cujos pais os odiaram friamente e os desejaram “mortos”, frequentemente depositam seus aspectos “vivos” no analista, que começa a sentir um aumento na sua vitalidade e benevolência (Kramer & Akhtar, 1988). O analista que “escuta” a si mesmo e presta bastante atenção aos acontecimentos subjetivos em si mesmo pode aprender muito sobre seus pacientes.

### *Escuta empática*

O oposto exato de “identificação projetiva” é a empatia. O primeiro envolve a colocação ativa de algo, pelo paciente, na mente do analista. O segundo envolve a busca ativa do analista de ressoar com a experiência do paciente. Para melhor compreensão, precisamos retornar ao notável artigo de Fliess (1942), “The Metapsychology



of the Analyst”. Ao apresentar o termo “identificação experimental”, Fliess explica o processo pelo qual é possível que alguém entenda o que o outro está, de fato, dizendo. Para empatizar com alguém, se “*introjeta esse objeto transitoriamente e projeta o introjetado novamente sobre o objeto*. Isso, por si só, permite, ao final, uma percepção a partir de um referencial externo e outra a partir de dentro” (p. 212, itálico original). Aplicando esse esquema aos esforços transferenciais do paciente na situação clínica, Fliess descreve:

*As quatro fases seguintes nesse “processo metabólico”: (1) o analista é o objeto do esforço; (2) ele se identifica com o sujeito, o paciente; (3) ele se torna o próprio sujeito; (4) ele projeta o esforço, após ter ele próprio o “provado”, de volta no paciente e, então, se encontra possuidor do conhecimento interno da sua natureza, tendo, portanto, adquirido o fundamento emocional para sua interpretação (ibid., p. 215).*

Fliess permite o espaço para a *rêverie* do próprio analista, porém declara que essa não deve ir além de um “devaneio condicionado”, isto é, o devaneio do analista deve ser desencadeado apenas pelo material do paciente, não pelas suas próprias preocupações pessoais. Resoluto quanto a sua atenção às palavras faladas do paciente (e seus afetos associados), ele afirma que o analista “restringe sua vigilância quase que exclusivamente a uma esfera, a da escuta. O olho serve apenas como um acessório ao ouvido; o cheiro é quase, o sentido do tato completamente, excluído, pois ele é recíproco às restrições motoras do paciente” (ibid., p. 216).

Greenson (1960), outro grande colaborador da perspectiva empática na escuta analítica, acrescentou outras nuances ao tópico.

Escutar somente não é suficiente, diz ele. O analista deve possuir a habilidade de fazer regressões controladas e reversíveis em suas funções do ego (ver também Nichols, 2009). Uma descatexização temporária da sua própria autoimagem também é necessária. Somente então será possível mudar “da escuta e observação externas para escutar e sentir a partir de dentro” (p. 420). Greenson atribui as origens da empatia à relação primária mãe-criança e assegura que os analistas do sexo masculino devem estar bem resolvidos com seus “componentes maternos” (p. 422) para que consigam ser verdadeiramente empáticos.

Greenson também discute se a escuta empática – em oposição à, digamos, escuta objetiva – pode promover informações significativas sobre o paciente de forma mais rápida.

*Empatia e intuição estão relacionadas. Ambas são métodos especiais de obtenção de um entendimento rápido e profundo. O sujeito empatiza para alcançar sentimentos; o sujeito usa a intuição para ter ideias. A empatia está para os afetos e os impulsos, bem como a intuição está para o pensamento. A empatia frequentemente leva à intuição. A reação de “A-há” é intuída. Você chega aos sentimentos e imagens via empatia, mas a intuição desencadeia o sinal no ego analítico de que você lá chegou. A intuição pega as pistas que a empatia reúne. A empatia é essencialmente uma função do ego experimental, enquanto que a intuição se origina do ego analisador (p. 422).*

Ao mesmo tempo em que mostrava grande interesse na perspectiva empática, Greenson manteve, em grande parte, uma

abordagem eclética com relação à escuta analítica, movendo-se habilmente entre várias formas de escuta mesmo que sem registrar explicitamente tal latitude. Em contraste, Heinz Kohut e Evelyne Schwaber tornaram a forma empática de escuta a peça central de suas abordagens. Isso reflete o que Strenger (1989) havia definido como “visão romântica” da psicanálise. Fundamentada em grande parte pelo pensamento humanista de Goethe e de Rousseau, tal perspectiva

*vê o homem lutando para se tornar um self coeso. O desenvolvimento visa a um self que consiste em um contínuo fluxo de ambições a ideias, de um senso de vitalidade em direção a objetivos que são vivenciados como valiosos intrinsecamente. O sofrimento mental é o resultado da falha ambiental em preencher a função self-objeto, e os sintomas do paciente são uma tentativa desesperada de preencher o vácuo em seu self deficitário. A atitude do analista com relação ao paciente caracteriza-se por confiança em sua humanidade, tomando o analista o lado da alegria e da vitalidade. A ética é romântica: maturidade e saúde mental consistem na capacidade de manter o entusiasmo e um senso de importância (p. 601).*

Tendo isso em vista, voltemos agora às contribuições de Kohut e de Schwaber. Kohut, um freudiano clássico e, muito provavelmente, um “ouvinte objetivo” durante a maior parte do início da sua carreira analítica, fez uma virada dramática no final da década de 1970. Em *A Restauração do Self* (1977), ele elevou o *self* a uma constelação superior e diminuiu a importância das pulsões e defesas enquanto originadores do *self* de seus constituintes. Sua linguagem também mudou. *Self* grandioso, imago

parental idealizada, transferências narcísicas e internalização transmutadora (Kohut, 1971) deram lugar a ideais nucleares, ambições nucleares, inclusão seletiva e fenômenos *self*-objeto (Kohut, 1977). Para finalizar essa mudança radical, Kohut (1982) declarou que a sua “psicologia do *self* se libertou das visões distorcidas de homem psicológico apoiadas pela análise tradicional” (p. 402).

Tudo isso teve um impacto claro na perspectiva de escuta que ele passou a seguir. A imersão empática do analista na experiência subjetiva de seu paciente passou a ser a pedra angular de sua técnica. Em uma série de artigos e uma monografia publicada postumamente, Kohut (1979, 1980, 1982, 1984) discorreu acerca da função reparadora da empatia do analista e da necessidade de escutar – exclusivamente – a partir do ponto de vista do paciente. Seu artigo amplamente lido (e comentado),<sup>5</sup> “As Duas Análises do Sr. Z” (Kohut, 1979), apresentou essas ideias em detalhes eloquentes.

A proposta de escutar a partir da perspectiva do paciente encontrou, então, uma ávida advogada em Schwaber. Em contribuições que abrangem três décadas (Schwaber, 1981, 1983, 1995, 1998, 2005, 2007), ela defendeu a causa da escuta empática. Tomando a mudança monumental dos primórdios da psicanálise, da teoria de sedução à neurogênese baseada em fantasias, como seu ponto de partida, Schwaber lamenta que a perspectiva de escuta de muitos analistas não tenha alcançado uma mudança correspondente. Eles não parecem ter atentado para a declaração de Freud (1917) de que “*no mundo das neuroses, é a realidade psíquica que é a realidade decisiva*” (p. 368, *italico original*) e continuaram a conversar com as “falhas de percepção” e “distorções” do paciente – às quais eles, presumidamente, como árbitros superiores da realidade, buscam corrigir. Em contraste, Schwaber propõe um

*modo de sintonização que tenta maximizar um foco singular na realidade subjetiva do paciente, buscando todos os sinais possíveis para descobri-la. Em guarda vigilante contra a imposição do ponto de vista do analista, o papel do analista e do ambiente ao redor, como percebido e vivenciado pelo paciente, é reconhecido como intrínseco a essa realidade; o observador é uma parte do campo observado. Como modalidade científica, a empatia emprega nossas capacidades cognitivas, perceptivas, bem como afetivas... A empatia do analista é delineada a partir de modalidades que são componentes significativos dos aspectos essenciais da empatia parental – sintonização com e reconhecimento dos estados perceptivos e vivenciais do outro (1981, p. 378).*

A mudança na perspectiva do escutar a partir de fora para escutar a partir da perspectiva do paciente tem profundas implicações para a visão que o analista tem do paciente e do processo clínico em si.

*Transferência, a representação interna do passado amalgamado ao presente, não é, então, vista como uma distorção, pois isto implicaria na existência de uma realidade mais “correta” do que a visão psíquica que o paciente tem de nós, a qual nós, como observadores “externos”, poderíamos descobrir. Compreendida como a propriedade do sistema, a experiência psíquica não é separada desse contexto; a “transferência” é inseparável do “real”... Portanto, a realidade, para cada um de nós, representa somente nossa visão psíquica – até*

*de nós mesmos – o conceito de uma certeza alcançável de uma realidade absoluta cognoscível deve ser considerado ilusório, uma perspectiva frequentemente muito difícil de manter, talvez por ser inquietante (Schwaber, 1983, p. 522).*

Schwaber enfatiza que a tarefa do analista é a de buscar o mundo interno do paciente e não há maneira melhor de fazer isso do que escutar a partir da perspectiva do paciente. O analista deve evitar a forclusão, a tentação de guiar e auxiliar o paciente a enxergar “significados ocultos”. Seu reconhecimento do estado interno do paciente – o seu “entender” – é suficientemente bom em si próprio. Sentir-se compreendido produz no paciente a capacidade de aumentar a exposição do seu mundo interno e isso, em contrapartida, eleva a coerência psíquica e a organização autorregulatória. “A busca por ‘entender’ é o caminho e o objetivo que possibilitam a ação terapêutica” (Schwaber, 2007, p. 38).

Nosek (2009) leva esse discurso a um nível mais elevado, na plenária para o 45º Congresso da IPA, realizado em Chicago, Illinois. Propôs que a interpretação é, no final, uma forma de violência psíquica, e a psicanálise trata-se essencialmente de auxiliar o paciente a revelar-se a si mesmo e ao analista. Nosek detalha essa reformulação radical dos fundamentos da nossa técnica na seguinte passagem.

*Se estivermos preparados para renunciar à violência do conhecimento, se não estivermos incitados pela urgência da ontologia e pelo poder do positivismo, encontraremos o território da hospitalidade: isso significa receber o estrangeiro tal como o é, permitindo-lhe sua existência. Esse gesto, configurado como bondade, não me enobrece*

*ou exalta; seu caráter provém do infinito para ser recebido, desvendando minhas possibilidades... Para nós, psicanalistas, essa é uma reflexão hierárquica radical: a psicanálise não mais é uma cura pela fala, mas uma cura pela escuta (p. 145).<sup>6</sup>*

### *Escuta intersubjetiva*

Essa perspectiva deriva-se da visão interpessoal de psicanálise de Harry Stack Sullivan (1947, 1953), que declara que o *self* não é nada além de uma coleção de avaliações reflexivas e que a ansiedade somente pode ocorrer em um contexto interpessoal. Como resultado, a escuta intersubjetiva tem sua fundamentação teórica baseada em três pontos: (i) o trabalho clínico como imerso no interjogo dinâmico entre dois selves, (ii) todo o material analítico (incluindo transferência e contratransferência) é coconstruído, e (iii) a escuta analítica é um processo compartilhado. Um desafio para a orientação científica positivista da análise “clássica”, o paradigma intersubjetivo propõe que nenhum fenômeno mental pode ser propriamente entendido se abordado como entidade existente solipsisticamente na mente do paciente. A percepção do analista sobre os pensamentos, sentimentos, fantasias etc, do paciente, é sempre moldada pela subjetividade do analista. Portanto, a psicologia do paciente – o “material” para análise – é ele próprio coconstruído.

Os clínicos intersubjetivistas (Benjamin, 1995, 2004, 2007; Hoffman, 1991; Ogden, 1992, 1994; Spezzano, 1993; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987, 1992) consideram que seu método reflete mais verdadeiramente a natureza da psicologia humana; é menos mecanicista e menos provável que materialize a vida mental. Eles veem o processo clínico como um interjogo dialético entre a

realidade subjetiva do paciente e a realidade subjetiva do analista, bem com a interação entre essas duas realidades psíquicas com a realidade intersubjetiva que eles criam em conjunto. Esses analisatas enfatizam a escuta recíproca, isto é, como o analista está ouvindo o paciente e como o paciente está registrando (e interpretando) o que o analista está dizendo, e como isso altera o que o analista diria em seguida e, assim por diante. É aqui que entra o conceito de Ogden (1994) de “terceiro analítico”. Esse termo refere-se à experiência intersubjetiva que é produto de uma dialética única gerada entre as subjetividades individuais do analista e do analisando, no contexto analítico. O “terceiro analítico” não é uma estrutura na medida em que é sempre fresco, sendo criado, destruído e recriado a cada momento da hora clínica. Há mais aqui para se considerar. “O terceiro analítico é uma criação do analista e do analisando e, ao mesmo tempo, o analista e o analisando (enquanto analista e analisando) são criados pelo terceiro analítico” (ibid., p. 93). Isso afeta a forma como se vê o próprio processo analítico. De acordo com Ogden:

*A análise não é simplesmente um método de descoberta do oculto; é principalmente um processo de criação de um sujeito analítico que não existia antes. Por exemplo, a história do analisando não é descoberta, ela é criada na transferência-contratransferência, num fluxo perpétuo em que a intersubjetividade do processo analítico evolui e é interpretada pelo analista e pelo analisando (ver Schaffer, 1976, 1978). Desta forma, o sujeito analítico é “criado por”, e existe em permanente evolução na intersubjetividade dinâmica do processo analítico: o sujeito da psicanálise toma forma no espaço interpretativo entre analista e analisando (ibid., p. 47, destaque original).*



A perspectiva intersubjetiva se refere ao estado afetivo do analista como uma força construtiva ativa da transferência e contra-transferência. Não é mera resposta ao material do paciente, mas uma cocriação dos dois membros da díade clínica. Considerando todas as comunicações de cada parceiro como designadas para produzir respostas no outro, a abordagem intersubjetiva remonta à curiosidade primitiva da criança sobre (e o desejo de conectar-se com) os sentimentos da mãe; isto é visto se repetindo na forma da curiosidade do analisando sobre o analista. Aron (1991) e Mitchell (1991) argumentam contra a consideração dessas curiosidades como baseadas em pulsões. Tais interpretações, de acordo com eles, frustram os esforços desenvolvimentais do paciente.

Benjamin (2004, 2007) aprofunda o conceito de “terceiro analítico”, delineando três subcategorias: (i) “terceiro primordial”, que emana da troca rítmica ou musical de sons e gestos no relacionamento mãe-criança e que, aparece na situação analítica como acomodação, sintonização e regularidade da relação diádica, (ii) “terceiro simbólico”, que envolve procedimentos e expectativas mais sutis de um reconhecimento narrativo de estar separado, e negociação, e (iii) “terceiro moral”, os princípios sobre os quais concordou-se em “valorização da verdade, esforço para a acomodação, responsabilidade e respeito pelo outro, e fé no processo de ruptura e reparação” (2007, p. 99). Esse último princípio requer que o analista escute a si mesmo com mais cuidado e tente descobrir como ele pode estar contribuindo para a disrupção do diálogo clínico em qualquer momento determinado. A escuta analítica é idealmente direcionada de forma igualitária à subjetividade do paciente, à subjetividade do analista e, à intersubjetividade que eles criam em conjunto. De fato, as duas primeiras designações são inerentemente suspeitas, visto que o “terceiro” as cria enquanto também é criado por elas. Em essência, nada pode ser escutado sem levar-se em consideração o impacto do relacionamento entre analista e paciente.

## *Unindo os quatro modelos*

Parece desejável – de fato, tentador – fazer uma combinação perfeita dos quatro modelos de escuta analítica descritos aqui. Uma síntese de tal elegância iria reduzir a ambiguidade teórica e a necessidade técnica de se fazer escolhas e exercitar o julgamento. Entretanto, esse pastiche conceitual – presumindo que essa união fosse possível – carrega o risco de simplificar demais tanto no plano teórico quanto no plano clínico. Portanto, é melhor não forçar uma união e, em vez disso, permitir que os modelos permaneçam onde estão sem desvalorizar a harmonia e confluência potenciais entre eles. Ao começar dessa forma, pode-se acabar até descobrindo algum padrão unificante mais profundo. Primeiramente, contudo, consideremos os seguintes pontos sobre esses modelos.

- Os quatro modelos não precisam apenas de um espaço próprio no senso externo de mundo, mas também do “*setting* analítico interno” (Parsons, 2007) para seu desdobramento ótimo. Esse último conceito refere-se a “arena psíquica na qual a realidade é definida por conceitos como simbolismo, fantasia, transferência, e significado inconsciente... O *setting* interno define e protege uma área da mente do analista onde o que quer que aconteça, inclusive no *setting* externo, pode ser considerado a partir de um ponto de vista psicanalítico” (p. 1443).
- Os quatro modelos apresentam áreas de sobreposição. A “escuta objetiva”, por exemplo, pode levar a um grande senso de empatia com o paciente e, de forma contrária, a “escuta empática” pode se beneficiar do registro objetivo de cada faceta da narrativa do paciente. A “escuta subjetiva” parece um componente essencial da “escuta intersubjetiva”. Além disso, esta última requer, na verdade, certa objetividade para que seja verdadeiramente abrangente. Smith (1999)

observa que “tanto a subjetividade como a objetividade são caminhos necessários para o conhecimento, dependentes um do outro. Qualquer forma de olhar ou escutar impede, em algum grau, outras formas, mas falar de uma perspectiva exclusivamente subjetiva ou objetiva representa uma regressão do pensamento a um objetivismo ingênuo ou subjetivismo ingênuo” (p. 465).

- Os quatro modelos descritos aqui podem não abranger todas as formas de escuta utilizadas pelos analistas. Podem existir formas híbridas que utilizem uma combinação dessas abordagens. A forma de escuta recomendada por Arlow (1995) é um excelente exemplo disso. Por um lado, seu princípio básico é que o analista deve demonstrar ao paciente “como as experiências atuais podem ser mal interpretadas em termos de derivados de fantasias inconscientes persistentes do passado” (p. 221). Isso é característico da “escuta objetiva”. Por outro lado, Arlow recomenda que o analista deve “tentar entender a mensagem por trás das produções manifestas... [e] estar alerta ao fio conector que segue as produções do paciente” (p. 222). Isso se aproxima mais da “escuta empática”. Aprofundando um pouco mais, Arlow ressalta que o analista deve observar o impacto de suas afirmativas sobre o paciente, e que “o próprio intercâmbio é objeto de exame e interpretação” (p. 229), aproximando-se, portanto, da perspectiva intersubjetiva descrita. Arlow não está sozinho na aplicação de tais formas híbridas de escuta. Gill (1979, 1994), com sua ênfase dupla sobre a interpretação da transferência e a necessidade de reconhecer a plausibilidade das percepções do paciente, também parece combinar as abordagens “objetiva” e “intersubjetiva” de escuta. Em suas recomendações técnicas sobre os *enactments*, Boesky (1990) também combina as abordagens “objetiva” e “intersubjetiva”.

- Os quatro modelos de escuta originam diferentes questões na mente do analista.<sup>7</sup> A “escuta objetiva” direciona a atenção para a sintaxe, mudanças na direção associativa, parapraxias, e assim por diante. A “escuta subjetiva” intensifica a vigilância quanto à experiência contratransferencial. A “escuta empática” facilita um alcance mais profundo da narrativa do paciente, especialmente dos aspectos conscientes e pré-conscientes. A “escuta intersubjetiva” estimula a curiosidade acerca da influência que têm os dois parceiros um sobre o outro e sobre sua própria mutualidade.
- Os quatro modelos de escuta estão implícitos na sábia recomendação de Schlesinger (2003), de que o analista deve aprender a escutar de várias formas ao mesmo tempo. Essas incluem: (i) escutar contextualmente, ou levando em consideração a história do paciente, o curso do tratamento até o momento e as realidades da vida atual do paciente, (ii) escutar ingenuamente e sem preconceções, (iii) escutar o objetivo ao invés de somente o conteúdo, (iv) escutar empaticamente, e (v) escutar sob a luz da transferência e contratransferência.
- Os quatro modelos de escuta produzem diferentes tipos de dados, os quais, trabalhando em uníssono, podem elevar o entendimento sobre o paciente. Da mesma forma, Spencer e Balter (1990) sublinham a complementariedade dos modos “introspectivo” e “comportamental” de observação em psicanálise. No primeiro, o analista coloca a si próprio na posição do analisando e origina entendimento clínico a partir da perspectiva do segundo. No segundo, o analista adota a “visão de espectador, sem consideração com os pensamentos ou sentimentos do sujeito” (p. 402). Os dois métodos, frequentemente produzindo diferentes conjuntos de informação,

modificam um ao outro visando aprofundar a compreensão sobre o funcionamento mental do analisando.

Esse último ponto pode se tornar o trampolim para uma síntese, no final das contas. Talvez os modelos de escuta “objetiva” (em maior grau) e “intersubjetiva” (em menor grau) constituam o que Killingmo (1989) chamou de “escuta cética” e as formas de escuta “empática” e “subjetiva” constituam o que ele denominou de escuta “crédula”. A “escuta crédula” foca no *que* o paciente está dizendo, enquanto a “escuta cética” foca em *como* o paciente está dizendo o que ele está dizendo. O analista que estiver escutando de forma crédula presta bastante atenção às preocupações e queixas do paciente; ele as considera significativas em seu próprio direito e não se apressa em desmascarar seus significados. O analista que escuta de forma cética está sintonizado com o que está oculto sob o conteúdo manifesto do paciente; ele afasta-se do que está na superfície e deseja que ambas as partes na situação clínica possam aprofundar sua investigação. Klauber captou as implicações dessa diferença na seguinte breve passagem.

*O grau em que a análise dos comportamentos conscientes e pré-conscientes deve ser permitida na discussão dos problemas do paciente depende da orientação teórica do psicanalista. Para aqueles analistas para quem a interpretação é orientada ao ego, parece inevitável para a clarificação precisa do conflito inconsciente que os derivativos conscientes e pré-conscientes do inconsciente possam ser completamente explorados. Outros psicanalistas poderão contestar a adequação da discussão dos problemas do paciente – o que alguns analistas aprovam – e considerar esta como uma degradação da técnica psicanalítica (1968, p. 137).*

Em contraste com essa última afirmativa, Schlesinger diz o seguinte acerca da tensão existente entre escutar a superfície e a profundidade do material do paciente.

*O que é predominantemente inconsciente e determinante no momento, mesmo que possa derivar em última análise de fontes distantes da consciência, será geralmente representado em manifestações mais superficiais que são acessíveis ao observador experiente (2003, p. 118).*

Isso reforça a importância de se escutar de forma crédula. O fato é que tal escuta ajuda a estabelecer um senso de mutualidade e de “estar na mesma página”. Isso fornece um breve olhar sobre o funcionamento egoico do paciente no mundo externo e dos aspectos que o preocupam, mesmo que eles sejam escolhidos devido ao seu significado em termos de conflito inconsciente. Essa atenção a um “material superficial” também sinaliza as transferências que estão por se desdobrar ou que já estão ocorrendo. Em contraste, a escuta cética é essencialmente desconstrutiva em sua natureza. Ela consiste nos seguintes aspectos.

- Escutar as *omissões* na narrativa (por exemplo, um indivíduo fala detalhadamente sobre uma casa que está comprando e nunca menciona seu preço; uma mulher que fala sobre seu namorado e omite seu nome) ajuda a discernir áreas de ansiedade e resistências transferenciais.
- Escutar os *atos falhos*, e as *falhas de pronúncia* que não estão baseadas no desconhecimento da linguagem, e outras *gafes verbais* do paciente, também fornece acesso ao seu funcionamento inconsciente naquele momento.

- Escutar as *entonações e pontos de ênfase* (por exemplo, “*Tudo que eu quero do meu marido é um pouco de atenção*”, “*Eu realmente amo a minha mãe*”) produz informações úteis com relação aos estilos caracterológicos e autoenganos que os indivíduos são geralmente compelidos a empregar.
- Escutar *pausas* também pode ser informativo (ver Capítulo 2 para mais detalhes). Frequentemente, a oração da frase adicionada após uma pausa acaba por ser defensiva contra a ansiedade incitada pela primeira parte da frase (por exemplo, “*Às vezes eu penso em cometer suicídio*” seguido de uma pausa e então a oração, “*Bem, na verdade não*”).
- Escutar *negações e rejeições não solicitadas* revela o conteúdo angustiante mais profundo (por exemplo, “*A última pessoa que me vem à mente nessa associação é o meu pai*”, “*Veja, eu não estou competindo com você*”).
- Escutar os *suspiros e grunhidos* do paciente permite acesso a áreas de dor, ansiedade e resistência. Atenção a tais sinais sonoros produz dados ainda mais ricos quando um olhar também é captado nos movimentos corporais do paciente durante a sessão (McLaughlin, 1992).

Os protótipos derivados do desenvolvimento dos estilos de escuta “crédula” e “cética” são divergentes (ver a seguir). E o mesmo pode ser aplicado aos quatro modelos delineados aqui. A “escuta objetiva” parece de natureza mais paternal e a “escuta empática” de natureza mais maternal. A “escuta subjetiva” e a “escuta intersubjetiva” residem entre esses dois polos, sendo, a primeira, mais próxima do espectro paternal e, a segunda, mais próxima do polo maternal do relacionamento espectral. De fato, os proponentes dos modelos de escuta “empática”, “subjetiva” e “intersubjetiva” relacionam seu estilo de sintonização com a

atenção primária da mãe a seu filho. Schwaber (1981, 1983), Jacobs (1991) e Ogden (1994) evocam as observações de Sander (1975), Burlingham (1967) e Winnicott (1953), respectivamente, para esse propósito. Curiosamente, ninguém menciona o diálogo pai-filho como um protótipo para escuta em psicanálise, ainda que os ecos desse relacionamento sejam discerníveis no modelo de “escuta objetiva”. Essa abordagem unilateral é retificada no modelo desenvolvimental descrito a seguir.

### *Um pós-escrito desenvolvimental*

As polaridades técnicas de escuta crédula versus escuta cética parecem ter seus respectivos protótipos desenvolvimentais nos estilos materno e paterno de relacionamento com seus filhos pequenos. A elucidação de Herzog (1984) da sintonização “homeostática” e “disruptiva” dos pais com seus filhos em desenvolvimento é especialmente esclarecedora nesse contexto. Através de estudos observacionais com crianças, por videomonitoramento, Herzog demonstrou que as mães geralmente se unem a seus filhos em suas brincadeiras, dando a criança, portanto, uma “continuidade de ser” (Winnicott, 1965, p. 54), validade e harmonia com o ambiente (“sintonização homeostática”). Os pais, ao contrário, caracteristicamente perturbam o equilíbrio da criança que brinca ao persuadi-lo a unir-se a eles em uma nova atividade (“sintonização disruptiva”). A sintonização homeostática possui qualidades afirmativas necessárias para a manutenção e consolidação da experiência do *self*. A sintonização disruptiva possui qualidades reforçadoras necessárias para a ampliação e o aprofundamento da experiência do *self*. A influência dos dois tipos de sintonização é aditiva e contribui para a solidez fluída de uma experiência do *self* saudável. Herzog observou ainda que os pais distraem a criança do jogo apenas quando a mãe está com a criança. Na ausência dela,



e especialmente no caso de crianças pequenas, os pais, também, começam a jogar a brincadeira da criança (isto é, utilizam sintonização homeostática). Isso sugere que a sintonização homeostática é um pré-requisito experimental para a sintonização disruptiva.

Extrapolando essas observações desenvolvimentais para a situação clínica, sugere-se o seguinte. A escuta crédula do analista, junto com seu *holding* (Winnicott, 1960a) e as intervenções “afirmativas” (Killingmo, 1989) são análogos a “sintonização homeostática” materna, porquanto esses, também, visam validar, fortalecer e estabilizar a experiência do *self*. O ceticismo do analista com relação ao material consciente do paciente e suas atividades interpretativas reveladoras parecem análogos a “sintonização disruptiva” paterna, visto que causam uma expansão cognitiva pela introdução de novo material à percepção do paciente.

A conclusão de Herzog de que a sintonização homeostática é um pré-requisito para a sintonização disruptiva também encontra paralelo na situação clínica, onde o *holding* e as funções afirmativas (isto é, homeostáticas) do analista devem ser seguramente precisos para que seus esforços interpretativos (isto é, disruptivos) sejam frutíferos. O senso interno de relacionamento analítico, por parte do paciente, deve ser estável (ou deve ser estabilizado) para que ele ou ela utilize o impacto desestabilizador da interpretação, o qual, por definição, acrescenta algo novo à atenção do paciente. O paciente deve possuir ou ser auxiliado a possuir um “sentimento de segurança” (Sandler, 1960, p. 4) ante ao risco de encontrar os aspectos repudiados da sua experiência do *self*. Expressando-se em uma metáfora desenvolvimental, o exercício, por parte do analista, das funções maternas parece ser um pré-requisito para que ele ou ela exerça as funções paternas. Em termos clínicos, isso quer dizer que a escuta crédula deve preparar o terreno para a escuta cética.

Ao designar tais intervenções maternas e paternas como “dois polos da técnica terapêutica”, Wright remete suas respectivas origens a Freud e Winnicott.

*Freud, parece-me, baseia-se no pai com suas censuras e proibições. Winnicott baseia-se na mãe e em seu cuidado, carinho e amor. Freud é o mediador do princípio de realidade ao qual a criança deve se adaptar; Winnicott é o protetor de um espaço mais gentil, mais indulgente, o qual mantém a realidade, em algum grau, à margem (1991, p. 280).*

Na visão de Wright, a análise envolve uma renovação do processo de formação psíquica. Ela fornece o espaço no qual novas formas ou símbolos do *self* podem ser criados. Entretanto, para que símbolos completamente independentes e representativos, bem como símbolos menos distintos e icônicos do discurso humano, emergjam, sejam compreendidos e integrados, a técnica analítica requer tanto elementos maternos como elementos paternos. O elemento materno (*holding*, facilitação, capacitação e sobrevivência) “supõe fé no processo de fundo. As coisas irão acontecer se você esperar” (p. 283). O elemento paterno (busca, confrontação, descobrimento e interpretação) subjaz ao ceticismo do analista, suas lutas com as resistências do paciente, seus confrontos com o turbulento mundo do conflito intrapsíquico. Wright prossegue sugerindo que os dois modos de intervenção podem ser apropriados em momentos diferentes, e acolher diferentes modos de simbolização. A escuta analítica não é estática e muda de acordo com o nível estrutural do paciente em um determinado momento (Killingmo, 1989), seu grau de organização psíquica geral (Wright, 1991) e seu

tom e direção da associação livre, os quais estão sempre mudando (Miller & Aisentein, 2004).

Em geral, o *holding* materno dos elementos fisicamente banidos deve preceder um olhar significativo sobre eles, visando uma autocompreensão mais profunda. O “*holding* continente” é uma condição prioritária para o “olhar transformador” (Wright, 1991, p. 300). Além disso, os elementos maternos e paternos da técnica “oferecem um ponto e contraponto na análise entre dois estilos e duas visões e nenhuma vence completamente” (ibid., p. 280). Também é importante lembrar que tais atributos maternos e paternos não são baseados, de forma literal, em gênero. Existem analistas homens que parecem mais maternais e analistas mulheres que parecem mais paternais em sua técnica. Ao mesmo tempo, é verdade que muitos analistas, independente de gênero, possuem ambos os atributos e esforçam-se para incorporá-los em suas abordagens técnicas.

A união, feita por Wright, da dissidência técnica entre Freud e Winnicott, parece fundamentar-se perfeitamente nas observações desenvolvimentais de Herzog (1984). Ao final, tudo se refere a estabelecer um acordo antes de discordar, consolidar antes de desconstruir, ter empatia antes do insight, afirmar antes de interpretar, e ser “mãe” antes de ser “pai”, ao mesmo tempo em que se reconhece que *ambas* as experiências são necessárias no tratamento psicanalítico, visto que estão no curso do desenvolvimento.

### *Observações finais*

Após as recomendações fundamentais de Freud (1912e) sobre a escuta analítica, um silêncio prolongado desenvolveu-se acerca do

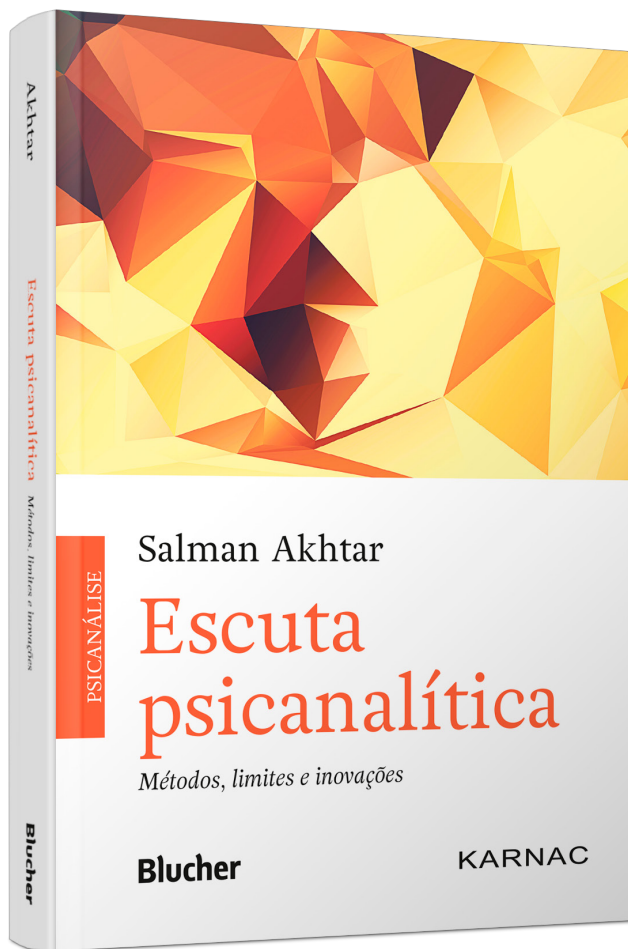
assunto. Livros-texto de psicanálise (Moore & Fine, 1995; Nersessian & Kopf, 1996; Person, Cooper, & Gabbard, 2005) e monografias dedicadas à técnica psicanalítica (Etchegoyen, 2005; Fenichel, 1941; Greenson, 1967; Volkan, 2010) publicados ao longo dos anos subsequentes, falaram muito pouco acerca da natureza da escuta analítica. A base web da PEP (*Psychoanalytic Electronic Publishing*)<sup>8</sup> revela que todos os 28 trabalhos com as palavras “escuta analítica” em seu título foram publicados após 1980, ou quase sete décadas após Freud enunciar suas visões a respeito do tema. As razões para o longo silêncio e para o repentino interesse não estão claras. A dificuldade em sair da sombra do mestre e o crescente pluralismo teórico na psicanálise podem ser, respectivamente, os responsáveis por estas.

Ao reunir a literatura pertinente que emergiu sobre o tema, descrevi quatro modelos de escuta analítica, a saber, (i) escuta objetiva, (ii) escuta subjetiva, (iii) escuta empática, e (iv) escuta intersubjetiva. Cada qual com tem seus embasamentos teóricos e suas produções técnicas. Após elucidar essas questões, tentei discernir as áreas de sobreposição nesses modelos e também observei algumas formas híbridas que podem facilmente cair entre fendas partidárias. Também estabeleci os protótipos desenvolvimentais de várias formas de escuta e relacionei a dicotomia “escuta crédula/intervenção afirmativa” e “escuta cética/intervenção interpretativa” da técnica analítica, com as formas materna e paterna, respectivamente, de relacionamento com a criança. Sem premiar nenhuma delas e destacando a utilidade de ambas, optei por uma técnica que oscila, de maneira informada, entre os dois polos desse espectro desenvolvimental-clínico (para maiores detalhes, ver Akhtar, 2000). Uma combinação ótima dos dois é o que torna a escuta analítica propriamente sintonizada e verdadeiramente útil para o paciente. Tal escuta é direcionada às palavras bem como às comunicações não verbais e silêncios do paciente.

## Notas

1. Por vezes, é necessário um esforço maior para ouvir profundamente, devido à natureza da psicopatologia do paciente. As recomendações de Ferenczi (1929) para lidar com pessoas que, quando crianças, foram rejeitadas ou odiadas, são pertinentes nesse contexto. Gammil (1980) também observa que no manejo com pacientes esquizoides, “uma atenção maior era necessária para captar até mesmo as mais tênues indicações de afeto e do material associado com o que resta de [um] *self* autêntico e pessoal” (p. 376).
2. Os analistas também variam suas escolhas dos “recursos de escuta”, das coisas ou atividades que ancoram sua mente em um lugar e então permitem atenção livremente flutuante ao material do paciente. Alguns analistas tomam notas. Outros fazem rabiscos ou desenham. Alguns (principalmente fora dos Estados Unidos) fumam cigarros ou charutos. Outros tricotam ou fazem crochê. Alguns analistas posicionam suas poltronas de forma a poder ver o rosto do paciente. Outros fecham seus olhos. Alguns poucos têm seus cães e gatos presentes durante a hora analítica. E assim por diante.
3. Meissner (2000) também observa que a escuta analítica não é ingênua, mas sim, preparada e focada. Ele diz que “escutar os modelos teóricos ao invés de escutar o paciente é obviamente ouvir mal... ou melhor, ‘escutar mal’; mas ao mesmo tempo, a escuta é parcial por meio de tais modelos, e não pode ocorrer sem eles. Se os modelos teóricos têm suas limitações, também as tem a aceitação ingênua ou descuidada do ponto de vista do paciente” (p. 325).
4. O fato de que Klein (1926) considerava a brincadeira da criança como equivalente à associação livre do adulto é mais conhecido do que o fato de ela considerar o oposto como também verdadeiro.
5. Muitos (por exemplo, Cocks, 1994; Giovacchini, 2000) acreditam que o Sr. Z era na verdade o próprio Kohut e, que o que ele relatava como duas análises eram na verdade reflexões acerca de sua análise e sua compreensão autogerada.
6. Eu usei previamente (Akhtar, 2007) o termo “cura pela escuta”, mas, de forma mais modesta, sugeri que a psicanálise é uma cura tanto pela fala quanto pela escuta.

7. Isso se assemelha às “quatro psicologias da psicanálise” de Pine (1998). Essas perspectivas conceptualmente distintas incluem os conceitos de pulsões, ego, relações objetais, e *self*. Elas se sobrepõem, mas cada qual acrescenta algo diferente para a compreensão do desenvolvimento, psicopatologia e técnica.
8. O arquivo da PEP (1871-2008) contém o texto completo de quarenta e seis periódicos premiados em psicanálise, setenta livros clássicos de psicanálise, e o texto completo e as notas editoriais dos vinte e quatro volumes da *Standard Edition*, bem como os dezoito volumes do alemão *Gesammelte Werk*. O arquivo da PEP abrange 137 anos de publicações e contém o texto completo de artigos originados de 1871 a 2008. Há aproximadamente 75.000 artigos e 8.278 figuras que originalmente compunham os 1.449 volumes de um total de mais de 650.000 páginas impressas.



Clique aqui e:

[Veja na loja](#)

## **Escuta Psicanalítica** Métodos, limites e inovações

---

**Salman Akhtar**

ISBN: 9788521211068

Páginas: 288

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2016

Peso: 0.360

---