

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

Ludmilla Tassano Pitrowsky

**O EU, O ISSO E O NOSSO: A TRANSFERÊNCIA COMO ‘ESPAÇO-
ENTRE’ E SUAS CONSEQUÊNCIAS TÉCNICAS**

Rio de Janeiro
2018

Ludmilla Tassano Pitrowsky

O EU, O ISSO E O NOSSO: A TRANSFERÊNCIA COMO ‘ESPAÇO-ENTRE’ E SUAS CONSEQUÊNCIAS TÉCNICAS

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Prof.a Dr.a Simone Perelson

Rio de Janeiro
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Pitrowsky, Ludmilla Tassano.

O eu, o isso e o nosso: a transferência como espaço-entre e suas consequências técnicas / Ludmilla Tassano Pitrowsky. - Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2018.

150 f.; 30 cm.

Tese (doutorado) – UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2018.

Orientadora: Simone Perelson

Referências Bibliográficas: f.127.

Transferência. 2. Espaço-entre. 3. Psicanálise. 4. Clínica. 5. Tese (doutorado). I. Perelson, Simone. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Psicologia / Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. III. Título.

O EU, O ISSO E O NOSSO: A TRANSFERÊNCIA COMO ‘ESPAÇO-ENTRE’ E SUAS CONSEQUÊNCIAS TÉCNICAS

Ludmilla Tassano Pitrowsky

Orientadora: Simone Perelson

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutora em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Profª. Dra. Simone Perelson - UFRJ

Profª. Dra. Ana Lila Lejarraga – UFRJ

Profª. Dra. Regina Herzog - UFRJ

Prof. Dr. Daniel Kupermann - USP

Prof. Dr. Julio Vertzman - UFRJ

Prof. Dr. Sérgio Gomes - UFRJ

Rio de Janeiro
Fevereiro/2018

*Aos meus pais,
pela mão ao longo do caminho
e pelo abraço na chegada.*

Agradecimentos

À Simone Perelson, pela orientação sempre rica e precisa, pelo apoio e confiança. Mas principalmente por ter sido aquela que, através de sua riqueza teórica e paciência clínica, me apresentou a psicanálise.

Ao Sergio Gomes, pela co-orientação que começou na graduação e estendeu-se até esta tese, pelas supervisões, pela ajuda clínica e teórica, pela paciência e pela dedicação.

À Regina Herzog, por gentilmente aceitar participar da banca de qualificação e da banca de defesa, pelas aulas sempre dinâmicas e de conteúdo imprescindível para esta dissertação.

Ao Daniel Kupermann, por aceitar solícitamente participar da banca de qualificação e de defesa, mas principalmente pela inspiração e exemplo.

À Ana Lila Lejarraga, por gentilmente aceitar participar da banca de defesa.

Ao Julio Vertzman, por aceitar participar da banca de defesa e pelas aulas inspiradoras.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, especialmente pelo diálogo e pelas importantes contribuições a esta pesquisa.

A Patrícia Siciliano pela aposta, pelo apoio, pelo tempo investido, pelos apontamentos práticos e clínicos de minhas questões.

Aos colegas de doutorado, especialmente Ariana, pelo apoio sempre imprescindível.

A minha amiga Natália, pela paciência, pelo apoio, pelo incentivo e pelo carinho.

Aos meus pais, Ricardo e Katia, pelo apoio, pela presença, pela paciência, pelo cuidado, pelo respeito e por simplesmente estarem sempre comigo.

A minha irmã Melissa, pelo apoio e pelo acolhimento.

Ao Rafael, meu companheiro e incentivador.

À Capes, pelo apoio financeiro.

“Chamo mau e desumano a isso:
a todo esse ensinamento do único, do pleno,
do imóvel, do saciado, do imutável.
O imutável é apenas um símbolo!
E os poetas mentem demais”.

Nietzsche, *Assim falou Zaratustra*

RESUMO

O eu, o isso e o nosso: a transferência como espaço-entre e suas consequências técnicas.

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Teoria Psicanalítica.

Esta tese teve como objetivo compreender a evolução do conceito e do uso da transferência desde os primórdios do cuidado com pacientes com psicopatologias graves até os dias atuais. Consideramos a importância desta evolução em virtude da especificidade das apresentações clínicas encontradas fora do campo da neurose e, conseqüentemente, fora do escopo técnico da psicanálise clássica. O conceito de transferência tal qual formulado por Freud teria sofrido uma modificação em sua possibilidade de entendimento nos casos não neuróticos, chamados de narcísico-identitários ou *borderline*. Neste sentido, estudamos a questão do vínculo analítico em autores que priorizaram a construção de uma clínica que abarcasse tais casos, como Ferenczi, Winnicott e Balint. A proposta clínica destes autores inclui no processo analítico do paciente a contratransferência, e mais, o psiquismo do analista em sua parte mais inconsciente. Em virtude disso, ressaltaram as dificuldades e desafios que esta clínica implica, denunciando a exigência de uma análise profunda do analista para o atendimento desses casos. Porém, a inclusão do psiquismo do analista no *setting* implicaria num entendimento intersubjetivo do enquadre, produzindo uma nova maneira de enxergar a relação analítica e, conseqüentemente, a técnica. Escolhemos o termo “espaço-entre” de Hannah Arendt para nomear tais propostas, pois concluem que é produzido no encontro analítico um outro lugar ou processo, que não é nem do analista nem do paciente, mas dos dois. Este encontro produziria um inconsciente do vínculo, capaz de gerar trabalho psíquico e produzir efeitos tanto curativos quanto hiatrogênicos. Assim, descobrimos autores como Thomas Ogden que propõe o terceiro analítico, O casal Willy e Madeleine Baranger que acreditam na existência de um campo analítico e René Kaës, que observa a produção de alianças inconscientes e espaços comuns e compartilhados no vínculo analítico. A partir da teoria proposta por esses autores, utilizamos de algumas vinhetas clínicas para tentar compreender as suas possíveis implicações prático-técnicas. Por fim, trabalhamos com a possibilidade de uma terceira tópica e uma metapsicologia do vínculo.

Palavras-chave: transferência, espaço-entre, psicanálise, clínica, *borderline*, técnica analítica

RESUME

Le moi, le cela et le nôtre: le transfert comme espace-entre et ses conséquences techniques

Résumé de la thèse de Doctorat soumise au Programme d'Études Supérieures en Théorie Psychanalytique, Institut de Psychologie, de l'Université Fédérale de Rio de Janeiro - UFRJ, dans le cadre des exigences pour l'obtention du titre de Docteur en Théorie Psychanalytique.

Cette thèse a eu l'objectif de comprendre l'évolution du concept et de l'usage du transfert depuis les débuts du soin de patients atteints de psychopathologies graves jusqu'à nos jours. Nous considérons l'importance de cette évolution en raison de la spécificité des présentations cliniques trouvées hors le champ de la névrose et, par conséquent, hors l'étendue technique de la psychanalyse classique. Le concept de transfert selon la formulation de Freud aurait subi une modification dans sa possibilité de compréhension dans les cas non névrotiques, appelés narcissique-identitaires ou *borderline*. Dans ce sens, nous étudions la question du lien analytique chez des auteurs qui ont donné priorité à la construction d'une clinique qui couvrirait tels cas, comme Ferenczi, Winnicott et Balint. La proposition clinique de ces auteurs inclut, dans le processus analytique du patient, le transfert et, en plus, le psychisme de l'analyste dans son côté le plus inconscient. En raison de cela, ils ont signalé les difficultés et les défis que cette clinique implique, en dénonçant l'exigence d'une analyse profonde de l'analyste pour la compréhension de ces cas. Toutefois, l'inclusion du psychisme de l'analyste dans le *setting* impliquerait une compréhension intersubjective de l'encadrement, en produisant une nouvelle façon de voir la relation analytique et, en conséquence, la technique. Nous avons choisi l'expression "espace-entre" de Hannah Arendt pour nommer telles propositions, car elles concluent que se produit, dans la rencontre analytique, un nouveau lieu ou processus, qui n'est ni celui de l'analyste, ni celui du patient, mais des deux. Cette rencontre produirait un inconscient du lien, capable de générer du travail psychique et de produire des effets aussi guérissants qu'iatrogéniques. Ainsi, nous découvrons des auteurs comme Thomas Ogden qui propose le tiers analytique; le couple Willy et Madeleine Baranger, qui croient à l'existence d'un champ analytique; et René Kaës, qui observe la production d'alliances inconscientes et d'espaces communs et partagés dans le lien analytique. À partir de la théorie proposée par ces auteurs, nous nous servons de certaines vignettes cliniques pour tenter de comprendre ses possibles implications pratico-techniques. Enfin, nous travaillons avec la possibilité d'un troisième lieu et d'une métapsychologie du lien.

Mots-clés: transfert, espace-entre, psychanalyse, clinique, *borderline*, technique analytique

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – A TRANSFERÊNCIA E OS PROBLEMAS TÉCNICOS.....	7
1.1. O vínculo como método clínico.....	7
1.2 A relação transferencial em Freud	14
1.3 Problemas técnicos: os casos “difíceis”	22
CAPÍTULO 2 - O VÍNCULO NAS TEORIAS DAS RELAÇÕES DE OBJETO.....	34
2.1. L’enfant terrible e a relação transferencial	35
2.2 A relação transferencial em Michael Balint.....	48
2.3. A matriz do vínculo em Winnicott	56
CAPÍTULO 3 - OS NOVOS ESPAÇOS DA TRANSFERÊNCIA	66
3.1. O terceiro analítico.....	67
3.2. O campo analítico bipessoal	75
CAPÍTULO 4 – ESPAÇO-ENTRE: A METAPSIKOLOGIA DO VÍNCULO	84
4.1.1. As alianças inconscientes.....	88
4.1.2. O espaço comum e compartilhado	98
4.2. Uma terceira tópica?	102
4.2.1. Ilustração clínica	109
4.2.1. Comentários ao relatório.....	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

INTRODUÇÃO

Num dia de aula introdutória de psicanálise, um aluno questiona a prática psicanalítica em virtude da sua ausência de técnica. Percebemos que era preciso uma resposta que pudesse dar conta não só do questionamento daquele aluno, mas também, dos conceitos que constituíam a prática clínica. Afinal, o saber psicanalítico não era uma teoria pronta a ser transmitida, mas sim, dependia de uma prática coerente com seu estudo. Freud ensinou sobre a importância de a prática clínica ser sempre o motor produtor de teoria, e não o contrário. Esse é o desafio que cada paciente traz, nos fazendo indagações e questionamentos para que o estudo cresça e se amplie. Nunca podemos permitir que a identificação com um autor se imponha à escuta de cada sujeito que entra em nosso consultório. Mas afinal, de que clínica estaríamos falando? Ela possui uma técnica? Mais de uma? Qual seria ou seriam as técnicas que constituiriam a prática clínica nos dias atuais?

A pergunta do aluno gerou a necessidade de conversas, com colegas de clínica, professores, orientadores, supervisores. As respostas eram variadas, mas um conceito era frequentemente citado: a transferência. Poderíamos dizer, portanto, que a transferência era a técnica da psicanálise. Mas o estudo dela em Freud parecia insuficiente, principalmente quando comparamos a forma com a qual ele trabalhou o tema desde o início até o final de sua construção teórica. O conceito de transferência é o melhor exemplo de como foi necessário pensar em uma teoria a qual abarcasse os problemas apresentados na escuta dos casos desde as primeiras pacientes histéricas. Percorremos outros autores, referências pós-freudianas, livros e artigos atuais e também encontramos que discutiam o tema. Logo, parecia haver uma certa divisão no meio psicanalítico a respeito da clínica de uma maneira mais ampla, ou dito de outro modo, duas formas diferentes de entender o processo analítico.

As duas pareciam se preocupar em responder a uma demanda: compreender os casos não analisáveis pela técnica clássica. Era preciso, portanto, buscar dentro da clínica a proposta que faria sentido com a escuta e com as indagações daquele momento. E, de fato, a clínica teve uma construção um tanto peculiar, que precisava de direções um pouco mais claras. A trajetória profissional desta analista começou pela clínica de família, mas não com a teoria sistêmica, como a maioria das formações em terapia de família propõem, e sim, com a teoria psicanalítica de grupos. Nesse percurso, Didier Anzieu, René Kaës e Alberto Eiguer tornaram-se importantes mentores teóricos, despertando o amor pelo estudo dos vínculos inconscientes e pela prática com famílias e casais, muito embora a clínica trouxesse, em sua grande maioria, demandas individuais. Mas mesmo nesses atendimentos, a escuta estava “contaminada” pelos autores

acima referidos, mesmo estando em um *setting* de atendimento individual. Havia ali sempre a presença dos vínculos que constituíam aqueles discursos.

Uma questão parecia sempre acompanhar as leituras e conversas com colegas: de que forma o analista influencia a análise do seu analisando? Era muito comum ouvir que o analista não deveria influenciar em nada, que a análise deveria ser guiada pelo inconsciente do analisando e que era importante o analista pouco influenciar em seu processo associativo. A ideia de neutralidade me era muito repetida, gerando muitas vezes discussões a respeito do quanto a psicanálise deveria se distanciar das outras abordagens da psicologia a partir da postura neutra e abstinente do analista. E, principalmente, como a resistência dos pacientes geravam rupturas no processo analítico e como era frustrante para o analista, mas ao mesmo tempo, era preciso respeitar o ritmo de cada sujeito. Havia um incômodo muito grande em aceitar tal rigidez, por três motivos: primeiro, porque não parecia plausível que uma proposição poderia servir para todas as possibilidades de apresentação subjetiva que encontrávamos no consultório; segundo, porque mesmo que uma neutralidade objetiva e consciente fosse alcançada, o inconsciente do analista não poderia ser tão facilmente dominado; e ainda, porque culpar o paciente pelo fracasso da análise exalava uma dose exagerada de narcisismo.

Certa feita, ao longo do trabalho de análise pessoal, surgiu a necessidade de parar e ouvir o que os casos clínicos tinham a dizer. Depois de algum tempo, como muitas intervenções analíticas, essa fala encaixou-se de forma contundente. E, de fato, quando esse momento chegou, parecia que era possível ouvir pela primeira vez algo que estava sendo gritado desesperadamente há bastante tempo. Com nomes diferentes, apresentações diferentes, em idades e gêneros diferentes, um mesmo componente aparecia em praticamente todos os casos que procuravam o consultório: a angústia. Muitas vezes até, era mais fácil enxergar diagnósticos médicos nos pacientes, ao invés de escutar a subjetividade deles ali presente. Tal erro se dava pela insistência desses pacientes em apegar-se aos diagnósticos, como uma última chance de dar um nome, um contorno, um limite, para seus sofrimentos. “Eu tenho síndrome do pânico”, era a frase que, em diferentes contornos diagnósticos, nomeava um “Eu” e dava a ele um lugar de atenção e cuidado, mesmo que com medicamentos e falas compreensivas. Não eram angústias neuróticas, compreendidas numa dinâmica subjetiva na qual o recalque e histeria organizavam o contexto subjetivo. Eram angústias absurdas, paralisantes, insuportáveis, inimagináveis. Eram manifestações de sofrimento em que a escuta, a associação livre e o olhar atento do analista não pareciam dar conta, até porque, em muitos momentos, a fala era recurso ausente.

A saída encontrada foi pensar a especificidade da clínica contemporânea pelo viés do limite. Por clínica contemporânea, estamos nos referindo àqueles casos que não se referem nem à neurose, nem à psicose, mas estariam na fronteira entre um e outro, dificultando a aplicação de uma teoria baseada no entendimento da neurose como é a maior parte da teoria freudiana. Neutralidade, abstinência, divã e associação livre eram impensáveis nesses casos, levando muitos a acreditar que são casos em que a psicanálise pouco tem a contribuir. São neuróticos que nos pedem ajuda, mas com uma apresentação subjetiva muito próxima da psicose. Como a psicanálise poderia ajudá-los, já que um dispositivo próprio para eles parece ainda ser alvo de questionamentos e até denúncias de que não seriam, de fato, psicanálise? Afinal, a psicanálise tem uma teoria construída a partir dos desafios que chegam à nossa clínica, que nos convoca constantemente ao desejo de cuidar, analisar e estudar. Ver a psicanálise como uma doutrina, como uma prática rígida baseada em um único mestre, parece ser o mesmo que negar as especificidades e idiossincrasias da existência humana (Fédida, 1970).

Como pensar, portanto, a relação, o vínculo analítico dos casos não neuróticos? Será que ainda poderíamos chamar de transferência e contratransferência tal como Freud conceituou? Trata-se, no caso, de ampliar o conceito ou de criar novos conceitos? Entender que é uma clínica diferenciada, fora dos padrões clássicos, é entender também que deve-se criar uma metapsicologia específica para ela? A exigência desta clínica demanda novos olhares, como nos mostra Roussillon (2012): “Ela surge, inicialmente, a partir da constatação de que há um certo número de formas de sofrimento humano que apenas uma escuta psicanalítica pode aliviar, mas que não podem ser tratadas dentro do dispositivo padrão nem com uma metapsicologia padrão. Assim, em qual dispositivo e com qual metapsicologia abordá-los?” (ROUSSILLON, 2012, p.7).

Encontramos em nosso campo de estudo uma tendência a separar didaticamente a teoria da prática, sendo possível perceber alguns autores nitidamente falando de uma clínica independente de uma metapsicologia e outros falando de metapsicologia como se o paciente devesse encaixar-se nesta teoria para fazer-se analisável. Outra divisão proposta frequentemente encontrada é afirmar que a psicanálise clássica é um dispositivo baseado na teoria edipiana e, em contrapartida, a psicanálise dos casos limite estaria voltada para o encontro dual entre mãe e bebê, anterior ao momento edipiano. Na verdade, tais casos limite, não neuróticos, estariam localizados em sua ruptura nos momentos mais primitivos da história do sujeito, realmente bem antes do encontro com a castração tal como Freud descreveu em 1923.

Consequentemente, a técnica psicanalítica fica dividida entre a sua vertente clássica e a sua vertente não clássica, a primeira utilizada nos casos de neurose e a segunda nos casos não neuróticos, mas também não localizados na psicose grave. Mas, se pensamos a transferência como a principal técnica da psicanálise, como ficamos em sua conceituação e organização? A transferência tal qual Freud conceituou estaria também dependente de um tipo clínico específico? Neste sentido, o encontro com autores que se dedicaram ao estudo dos não neuróticos desorganiza mais ainda a teoria, pois propõem uma relação transferencial bem diferente daquela proposta por Freud. Desde Ferenczi até autores mais atuais, o questionamento do lugar do analista no *setting* de casos em que a organização mais primitiva do Eu parece inexistir sugere ser foco de constante análise. O aprofundamento nessas teorias, mais especificamente a teoria das relações objetais, portanto, é inevitável. Porém, o distanciamento da técnica clássica, do lugar conhecido e do posicionamento seguro, apesar de narcísico e distante, desencadeia dúvidas, desconforto e até mesmo angústias profissionais.

Nosso objetivo, portanto, será compreender de que maneira podemos perceber as mudanças no percurso clínico psicanalítico, desde Freud até os dias atuais, a partir da técnica da psicanálise: a transferência. Mas, seria ainda possível chamarmos de transferência? Seria esta uma tentativa de alargamento do termo ou de uma substituição por outro mais adequado? Talvez consigamos, a partir dos capítulos que se sucedem, entender um pouco melhor os caminhos possíveis para responder tal questão. Mas não nos parece ser conveniente fechá-la tão cedo, na verdade, talvez nenhuma questão de psicanálise nascida dos desafios clínicos deva ser fechada, pois quanto mais tentativas de respostas, mais estudos e melhorias na forma do nosso cuidar são produzidos.

Tendo como referência para a escrita desta tese a história de Sándor Ferenczi, que buscou com suas inovações, muitas vezes criticadas e ignoradas, trazer os não-analisáveis para dentro da esfera dos cuidados psicanalíticos, buscaremos mapear a construção da transferência como técnica e suas apresentações nos dias atuais. A tentativa é de ampliar o nosso escopo teórico, partindo da premissa de que, mesmo não tratando de uma técnica clássica, ainda estamos falando de psicanálise, principalmente porque seguimos nosso estudo embasados na metapsicologia freudiana, nos seus três pontos de vista. Mas abrir demais é perigoso, podendo levar-nos a perder nossas bases e adentrar terrenos já conhecidos e superados, como a sugestão e o mutualismo em análise.

Para alcançarmos nossos objetivos, tomaremos como princípio norteador este rigor na criação das condições de expansão da teoria e da prática psicanalíticas. Desse modo,

buscaremos percorrer as bases fundamentais do pensamento analítico a partir das proposições de Sigmund Freud desde a sua pré-história até seus últimos escritos técnicos. Mostraremos como havia, desde os primeiros casos clínicos e dos estudos preliminares sobre a histeria, a presença do vínculo entre o analista e suas pacientes por meio do efeito sugestivo, em um primeiro momento, e do efeito catártico em um momento posterior. Em seguida, mostraremos como a transferência foi manejada por Freud, a partir dos seus escritos sobre a técnica e como pouco a pouco esta foi influenciada pelos escritos de FÉrenczi, sobre a natureza do vínculo presente dentro da relação terapêutica e o quanto o analista não é neutro em sua prática clínica. Por fim, demonstraremos como a natureza dos casos difíceis foi uma *tout de force* para Freud, quando ele se viu obrigado a pensar em uma metapsicologia e provocou uma virada pulsional nos anos 20, com a introdução da pulsão de morte e a compulsão à repetição, moldando a natureza das sintomatologias apresentadas a partir das questões narcísico-identitárias.

No segundo capítulo, a noção de transferência será analisada a partir da teoria relações objetais por meio de três autores considerados fundamentais para reorganização de uma clínica voltada para os casos não-neuróticos: Ferenczi, Balint e Winnicott. São autores que encontraram no vínculo transferencial uma porta de entrada no tratamento de tais casos e, por isso, são considerados essenciais na construção das teorias das relações objetais. FÉrenczi, com suas inovações técnico-clínicas, pode propor um manejo dos casos considerados inalisáveis a partir de uma modificação e manejo da técnica psicanalítica clássica que açambarcava principalmente os casos em torno da neurose. A partir da sua crítica ao lugar de neutralidade do analista, FÉrenczi conseguiu trazer para dentro da teoria e da prática clínica o que se passava dentro do analista a partir dos conteúdos produzidos pelo analisando, forçando os analistas a pensarem sobre a contratransferência.

Balint, herdeiro teórico de FÉrenczi, ao seu modo, deu continuidade ao pensamento do seu mestre ao propor uma noção de desenvolvimento psíquico diferente das zonas erógenas propostas por Freud, enfatizando o lugar privilegiado do entorno na constituição psíquica do bebê e na criação de um ambiente harmonioso na relação transferencial/contratransferencial entre analista e analisando. Por fim, Donald W. Winnicott, trouxe a matriz da relação mãe-bebê para dentro do *setting* analítico, compreendo que a função da análise é de reparar as falhas ocorridas em momentos muito primitivos da relação do indivíduo com o seu ambiente cuidador. Em seguida, no terceiro capítulo, procuramos perceber de que maneira os autores contemporâneos e seus novos conceitos viabilizam uma percepção clínica em que o espaço entre o analista e o analisando é privilegiado em detrimento de uma análise transferencial clássica de natureza

unicamente verbal. Thomas Ogden e o casal Willy e Madeleine Baranger introduzem conceitos inovadores, com teorias que propõem um terceiro lugar dentro do *setting* analítico produzido a partir do vínculo.

Por fim, no último capítulo, abriremos um novo caminho buscando uma construção metapsicológica que embasasse uma técnica própria para o cuidado de determinados casos, reforçando a ideia de que a teoria deve responder a uma demanda clínica e não o oposto. Nesse sentido, apresentaremos as contribuições teóricas de René Kaës a partir dos seus estudos acerca do espaço psíquico comum e compartilhado e das alianças inconscientes, para, em seguida, apresentarmos as propostas de Bernard Brusset acerca de uma terceira tópica baseado na sua metapsicologia do vínculo, trazendo para a discussão os prós e contras acerca de suas proposições.

Ao longo de todos os capítulos, ilustraremos com casos clínicos da própria autora as diversas proposições teóricas apresentadas ao longo deste trabalho, deixando para as considerações finais as consequências deste estudo que durou alguns anos em nossa história presente, mas muito poucos ainda em nossa história futura como analista. A tese que segue não propõe resolver um imbróglio teórico ou defender uma hipótese única de trabalho clínico. Visa, tão somente, abrir o campo psicanalítico com intuito de incluir dentro de suas ferramentas de cuidado, aquelas que possibilitam o a diminuição de sofrimentos cada vez mais comuns em nossa clínica.

CAPÍTULO I – A TRANSFERÊNCIA E OS PROBLEMAS TÉCNICOS

“Siga a tua angústia, ela é o caminho rumo a ti mesmo”

Nietzsche

A psicanálise propriamente dita é inaugurada em 1900 quando Freud propõe a ideia de um inconsciente sistemático, com leis de funcionamento próprias e uma organização diferente do consciente, também considerado neste momento como um sistema. Porém, temos um período anterior a este, em que a construção das bases para a criação da psicanálise foi sendo pouco a pouco consolidadas. Garcia-Roza (1995) chamou esse período de pré-história da psicanálise, dando-nos uma noção importante a respeito da forma como Freud utilizou-se dos recursos disponíveis em seu contexto sócio histórico, mas também pessoal. Antes mesmo de Freud, o método de cuidado e a questão do vínculo já era motivo de estudo e especulações.

Freud nos apontou, em alguns momentos de suas divagações clínico-teóricas, as propriedades do poder curativo do amor. Em “A Gradiva de Jensen” (FREUD, 1907 [1906]), por exemplo, a paixão amorosa aparece como uma possível salvação do herói imerso em seu delírio. Também não é à toa que Freud chama sua teoria, a respeito do par analítico, de amor transferencial (FREUD, 1912), justamente por ser uma teoria que nasce a partir da necessidade de se pensar a frequência do fenômeno de apaixonamento das pacientes histéricas por seus médicos. Posteriormente, a teoria da transferência é alargada, propondo muito mais do que sua vertente erótica, sendo inclusive elevada a pilar fundamental da técnica analítica.

Pilar este que sustenta a relação, o vínculo, como utilização técnica de tratamento. Sim, analisamos através do vínculo, já que consideramos a transferência o meio pelo qual a análise pode ocorrer. Mas a transferência tal qual foi conceituada por Freud começa a ser questionada por Ferenczi, que dedicava sua clínica ao tratamento de pacientes chamados difíceis, ou até mesmo, não analisáveis. Será justamente esta construção que acompanharemos, a ideia de vínculo antes mesmo da psicanálise ser inaugurada, à formalização do conceito de transferência e contratransferência e, por fim, os casos em que a técnica clássica e este conceito começam a ser considerados insuficientes.

1.1. O vínculo como método clínico

A ideia do vínculo dentro de uma perspectiva de cura pode ser encontrada muito antes dos estudos freudianos. No século XVIII, na Europa, o fenômeno do mesmerismo encontra-se

no seu auge, causando grandes perturbações para a organização social e religiosa da época. O médico alemão Franz Anton Mesmer exercia sua prática clínica na Alemanha e estudava a respeito do "magnetismo animal". Para ele, trata-se de uma força que traria felicidade e bem-estar, e que poderia ser manipulada através do uso de ímãs. Apesar de muito criticado por seus contemporâneos, o sucesso clínico de Mesmer era inegável, atraindo vários seguidores e doentes em busca de ajuda. Mesmer não tinha algum conhecimento a respeito do psiquismo humano, porém, através da hipnose, acreditava que a mente era especialmente influente no desenvolvimento de doenças físicas e nervosas (ALVARADO et al, 2007)

A teoria de Mesmer era a de as doenças eram causadas por um desequilíbrio no fluido universal, presente em todas as criaturas, e a cura seria alcançada graças ao uso de ímãs que poderiam reequilibrar a distribuição de tal fluido. O *passe magnético*, como Mesmer preferia chamar, causava convulsões, choros, crises nervosas, como se seus pacientes realmente estivessem em estados alterados de consciência. O ímã já era instrumento médico antes mesmo das tentativas terapêuticas de Mesmer. Porém, a diferença estaria no objeto realmente causador da melhora. Segundo Mesmer, não era o ímã que curava, mas sim o fluido que emanava do próprio médico possuidor do ímã no momento do tratamento, e este fluido sairia dos seus olhos (ROUDINESCO & PLON, 1998). Mesmer percebeu que nem mesmo era necessária a presença do ímã para que algum efeito ocorresse:

Mesmer começou a perceber que, mesmo sem os ímãs ou objetos magnetizados, poderia curar as pessoas, pois o que agia realmente era o magnetismo animal emanado do magnetizador que se desprendia das extremidades de seus nervos através dos dedos. Observou-se que havia pessoas que, sob esse efeito mesmérico, tinham a capacidade de fazer adivinhações, sendo por isso chamadas de “clarividentes mesmeristas”. Acreditava-se que esses clarividentes recebiam mensagens divinatórias de espíritos. (ALVARADO, C.S. et al, 2007)

O “efeito mesmérico” parecia, portanto, com um estado de alteração de consciência praticamente telepático, em que conteúdos escondidos poderiam ser acessados. As interpretações de tais conteúdos, como vemos na passagem acima, eram diversas, desde adivinhações até comunicações extra-sensoriais ou espirituais. Mas, talvez, a maior contribuição de Mesmer ao nosso estudo seja a percepção de que a ferramenta utilizada para alcançar o estado alterado de consciência não era o agente causador das modificações orgânico-psíquicas, mas sim, a influência do médico, mesmo que através de seu magnetismo ou fluido. Quanto mais Mesmer ficava conhecido e sua fama de curador das mais graves afecções crescia, mais seu poder magnético alcançava seus propósitos. Então, a partir de 1778, a Sociedade da Harmonia Universal objetivava restabelecer os “vínculos entre os homens” (ROUDINESCO &

PLON, 1998, p. 510), através dos banhos realizados no quintal de sua mansão, onde sentavam vários pacientes em tinas com água e objetos de metal que facilitavam a circulação dos fluidos.

O maior incômodo causado pelo método de Mesmer era justamente seu poder sobre os doentes, principalmente o componente sexual presente em suas práticas que causava verdadeiras crises histéricas facilmente relacionadas com acessos de gozo (CHERTOK & STENGERS, 1993). Em 1784 o mesmerismo foi oficialmente condenado e rechaçado como atividade científica, tendo seu efeito reduzido à explicação de que seria apenas resultado de imaginação. Sigmund Freud reconheceu a importância do mesmerismo para a história da sugestão, como vemos na passagem a seguir:

Em 1931, quando Sigmund Freud leu a obra que Stefan Zweig acabava de dedicar a Mesmer e à história da “cura pelo espírito”, atribuiu o devido lugar a esse médico das Luzes na história da invenção da sugestão: “Penso, como você, que a verdadeira natureza da sua descoberta, isto é, a sugestão, ainda não está identificada”. Isso se faria pelos trabalhos da historiografia erudita (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 510).

Parece-nos muito justa tal afirmação de Freud, principalmente porque será através da sugestão hipnótica que nascerá a ideia de uma clínica psicanalítica, como veremos mais adiante. Como pudemos constatar, Mesmer acreditava no poder da troca de *fluidos* entre o médico e seu paciente como causador de melhoras importantes nos quadros de adoecimento, um vínculo de confiança estabelecido através do poder sugestivo. O ímã, portanto, poderia ser entendido como um mero instrumento de concentração da atenção, como a pluma, o espelho, ou até mesmo a chama de uma vela, nos procedimentos hipnóticos de Charcot no Salpêtrière.

Jean Martin Charcot tornou-se um personagem fundamental na história do movimento psicanalítico, afinal, foi através por meio de teorias a respeito da histeria que Freud conseguiu uma maior aproximação com o estudo dessa neurose. Charcot, ao procurar desvendar as causas e possíveis organizações neurológicas da histeria, colocou a histeria no patamar de doença nervosa, retirando-a do campo do fingimento e da teatralidade. Seu método era a hipnose, através da qual ele conseguia alterar o estado de consciência das pacientes e produzir modificações fisiológicas importantes. A recuperação da sugestão hipnótica como instrumento de influência do médico sobre seus pacientes de fundamental importância, pois possibilitou, mais uma vez, que a relação entre ambos contivesse o componente fundamental do vínculo de confiança. Charcot também possuía, assim como Mesmer, a fama e o respeito do poder médico, principalmente com as suas conquistas amplamente divulgadas nos anfiteatros da faculdade de Salpêtrière. Charcot era o “santo milagroso da histeria” (GARCIA-ROZA, 2001, p.33).

A primeira conquista de Charcot foi a retirada da histeria do campo da psiquiatria e introdução desta no campo da neurologia, através da classificação dos sintomas e manifestações históricas que conseguia a partir das sessões hipnóticas. Segundo Michel Foucault (1973-74), a partir deste momento os doentes conquistaram a possibilidade de assumir determinado poder sobre o médico, pois, passam a produzir aquilo que seu médico esperava saber sobre o seu desejo. Caso os sintomas tivessem alguma regularidade o médico responsável era o neurologista, caso fossem irregulares e variáveis, o médico deveria ser psiquiatra. Charcot percebe que os sintomas históricos apresentados nas apresentações dos casos ao corpo médico eram produzidos de acordo com o desejo do médico, e não com a organização patológica ali estudada (GARCIA-ROZA, 2001). Mais uma vez, podemos observar a importância da relação estabelecida entre o médico e seu paciente, de forma a praticamente ser responsável por constituir todo um edifício teórico a respeito das manifestações históricas.

Para avançar no estudo das possíveis causas presentes no desenvolvimento da histeria, Charcot teoriza a respeito do trauma, afirmando que na origem dos sintomas estaria um estado de transe hipnótico gerado por uma situação extremamente dolorosa. O sonambulismo produzido experimentalmente por Charcot, era semelhante ao efeito traumático da situação original, explicando assim, a facilidade do manejo dos sintomas durante tal estado alterado de consciência. O surgimento de relatos de traumas com fortes componentes sexuais não foi considerado com sua devida importância por Charcot, levando-o a recusar tal caminho investigativo. Observamos aqui como, mais uma vez, a sexualidade aparece como divisor de águas no caminho histórico de compreensão dos fenômenos psicopatológicos.

A influência de Charcot sobre Freud foi incontestável. Além de ter sido seu aluno em Paris por um ano, Freud trouxe em seu retorno para Viena a ideia do trauma, a técnica hipnótica, a ideia de uma hereditariedade neurótica e o livro de Charcot traduzido para o alemão. Em parceria com Breuer, Freud desenvolveu o método hipnótico-catártico e publicou em 1893-95 um livro em que sistematizava o método através do estudo de casos clínicos e expôs uma teoria a respeito da traumatologia na histeria. “Estudos sobre a Histeria” (FREUD & BREUER, 1893-95), é um livro bastante denso e com uma divisão de capítulos curiosa: não parece um livro escrito em conjunto, pois cada capítulo é de um dos dois autores, inclusive vocabulários técnicos distintos em cada um. Somente um caso clínico é apresentado por Josef Breuer, todos os demais são casos trazidos por Freud, e já sabemos que o motivo disso foi o abandono de Breuer do caso de Ana O.

É possível dizer que Ana O. (Bertha Pappenheim) criou o método hipnótico-catártico, ou, como ela preferia denominar, o método de limpeza da chaminé – a cura pela fala. No relato podemos observar com certa facilidade como a paciente guiava seu médico para os conteúdos mais aflitivos e importantes de sua memória, e ainda, como a confiança e cuidado estabelecidos na relação eram fundamentais para a eficácia do método. Talvez este tenha sido o caso clínico mais significativo no desenvolvimento da teoria transferencial de Freud, pois além de apresentar um forte componente erótico no vínculo estabelecido pela paciente, também explicitou o lugar de importância no qual o médico se encontrava. O vínculo estabelecido entre Ana e Breuer era tão forte que por um tempo só era possível para Ana se alimentar se fosse por insistência de Breuer e qualquer outro médico que tentasse examiná-la era veementemente rechaçado. Além disso, Ana piorava bastante de seu estado neurótico sempre que seu médico precisava se ausentar da cidade, ou quando ela mesma precisava ser afastada do tratamento por um período de tempo para se restabelecer numa casa de campo, onde pouco via Breuer.

O rompimento entre o médico e a paciente ocorreu de forma brusca, com a retirada de Breuer do caso quando Ana encenou o parto de um filho entre os dois. Tal passagem não se encontra no relato do caso, mas sim, na biografia Freud escrita por Ernest Jones (1970), a qual, por algum motivo, Breuer não permitiu que fosse publicada. Talvez, o filho de Ana O. e Breuer seja, de fato, o método hipnótico-catártico, assumido por Freud e modificado segundo suas próprias dificuldades. Desta forma, podemos entender como o método clínico nasce de um encontro entre o paciente com sua sintomatologia e a disponibilidade do médico de compreendê-la. E é exatamente desta forma que a teoria psicanalítica é constantemente construída: a partir dos encontros clínicos.

A saída de Breuer da história da psicanálise se deu também em virtude da discordância teórica entre ele e Freud, questão já considerada problemática desde as conclusões a respeito do trauma de Charcot. Freud, diferente dos dois, não se esquivava da compreensão de que na origem dos casos de histeria haveria um trauma de cunho sexual. Na verdade, como vimos, desde Mesmer já temos o componente sexual presente nos casos de histeria, mas será Freud quem dará um lugar estruturante para a sexualidade nos estudos da mente humana. Consequentemente, o método de tratamento sofrerá importantes modificações.

Freud não era bom com a hipnose, como ele mesmo afirma em um dos casos relatados no livro que publicou com Breuer. No caso da Senhora Emmy Von N., tal dificuldade aparece explicitamente na forma como a paciente resiste ao aceitar as sugestões de Freud, como ele reconhece na parte final da discussão do caso:

Embora não se possa negar que no estado de sonambulismo ela era altamente sugestionável, estava longe de exibir uma ausência patológica de resistência. Pode-se asseverar, de modo geral, que eu não lhe causava maior impressão nesse estado de que esperaria conseguir se estivesse procedendo a uma pesquisa dessa natureza sobre os mecanismos psíquicos de alguém em pleno gozo de suas faculdades e que tivesse plena confiança no que eu dizia (FREUD & BREUER, 1893-95, p.131).

Soma-se a tal limite do uso da técnica da hipnose o fato de Freud começar a perceber que esta não era de todo essencial para o processo catártico e que, de alguma forma, as lembranças que estariam escondidas da consciência também poderiam ser acessadas sem que a paciente estivesse em estado hipnótico. Desta forma, vemos o efeito sugestivo aparecer como principal fenômeno a ser considerado, independente do meio que esse efeito é conquistado. Aliás, como podemos observar nos relatos dos casos de histeria tratados pelo método da hipnose e nos casos estudados por Charcot, a sugestão era fundamental para que a própria hipnose acontecesse. O lugar que o médico ocupava na idealização imaginária do paciente é fundamental para que pudesse existir a sugestão, afinal, sem esse lugar específico ocupava pela figura do médico, nada tem de diferente o vínculo estabelecido entre eles. Foi finalmente graças a Bernheim que Freud pôde abandonar a hipnose e trabalhar com a sugestão verbal, de forma que, através da fala, o efeito sugestivo era conquistado da mesma forma como era através do sonambulismo. (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Logo no segundo caso relatado por Freud nos “Estudos sobre a Histeria”, a hipnose foi abandonada de forma ostensiva. Neste relato, podemos perceber um Freud muito mais fiel às suas impressões, inclusive propondo uma discussão a respeito de sua dificuldade com a hipnose e suas tentativas de fazer os pacientes comunicarem suas lembranças através de outros métodos. Freud, sem mais tentar hipnotizar suas pacientes, começou a utilizar-se da “pressão na testa”, aprendida com Bernheim. Para surpresa de muitos, Freud descobriu que os conteúdos escondidos da consciência somente acessados pela via hipnótica estavam, na verdade, presentes e acessíveis ao paciente, de forma que bastava uma sugestão firme, uma ordem, para que esses conteúdos aparecessem:

Resolvi partir do pressuposto de que meus pacientes sabiam tudo o que tinha qualquer significado patogênico e que se tratava apenas de uma questão de obrigá-los a comunicá-lo. (...). Nas primeiras ocasiões em que usei esse método (não foi com *Miss Lucy R.*), eu próprio me surpreendi ao constatar que ele me proporcionava precisamente os resultados de que eu necessitava. E posso afirmar com segurança que quase nunca me deixou em dificuldades desde então. Sempre apontou o caminho que a análise deveria seguir e me permitiu conduzir cada uma dessas análises até o fim sem o emprego do sonambulismo (FREUD & BREUER, 1893-1895, p. 141-142)

Freud começou a “obrigar” suas pacientes a falarem aquilo que afirmavam não lembrar ou não saber. Desta forma, a ideia de resistência começou a ganhar corpo, pois o que se resistia a dizer era exatamente aquilo que desvendaria o mistério traumático, ou seja, aquilo do qual se estava fugindo desde o início. Podemos entender que o que Freud faz, na verdade, foi utilizar-se de sua força sugestiva para convencer suas pacientes da necessidade de se expor todos os conteúdos, até mesmo aqueles que normalmente se deveria esconder. A vergonha, o medo, o segredo, eram questões evocadas em situações sociais, situações em que a moral e as vaidades deveriam estar em primeiro plano. No consultório médico, Freud propunha exatamente a suspensão desses temas em prol de uma relação baseada em um vínculo de confiança asséptico, sem julgamentos ou implicações morais. Um vínculo no qual o objetivo era a eliminação do sintoma através do desnudamento do sujeito ali em sofrimento. A relação entre médico e paciente, neste momento, é marcada por um alto grau de sugestão, não mais através do efeito hipnótico, mas agora através de uma organização quase que hierárquica. Antes, a hipnose protegia o paciente desse desnudamento, mas também protegia o médico, na medida em que este poderia provocar ou sugerir a um sujeito ausente em sua consciência. Agora, ambos se encontravam sem um instrumento mediador, sem um anteparo que separasse uma consciência da outra, sem magnetismo ou hipnose, apenas um e outro.

Será também neste relato, da Miss Lucy, que a questão da sexualidade irá aparecer com mais clareza, uma vez que no final de seu tratamento, a consciência do amor dela por seu patrão desvendou o tal cheiro de charuto que estava encoberto pelo cheiro de pudim queimado fazendo o sintoma desaparecer. Com o caso Katharina, tal questão ganhou um contorno mais claro, quando a primeira teoria do trauma foi formulada, colocando a sexualidade na etiologia dos casos de neurose e introduzindo Freud no universo da perversão. Com sua teoria do trauma, Freud possuía um objetivo claro no tratamento da histeria – chegar ao trauma primeiro, aquele gerador de todos os outros recalques e causador dos sintomas conversivos. Com seu método sugestivo e uma teoria a ser comprovada, Freud começou a promover discursos e encontrar traumas sexuais na maioria de seus casos.

Talvez este tenha sido o primeiro momento em que podemos inferir a importância da análise contratransferencial na história da psicanálise. Obviamente, não será esse o nome utilizado por Freud para compreender essa produção de discurso em massa no tratamento da histeria, pelo contrário, será a dúvida, o mal-estar na constatação de sua influência nos relatos apresentados. É possível afirmar que se Freud não tivesse feito o famoso questionamento da carta 69 em que afirma a Fliess: "Eu não acredito mais em minha neurótica" (FREUD, 1986, p.

265), a teoria e a clínica psicanalítica, tal como conhecemos, não teria sido construída. Em verdade, é a partir de tal dúvida que foi possível o desenvolvimento do conceito de realidade psíquica e da fantasia (FREUD, 1900), a construção da teoria da sexualidade infantil (FREUD, 1905), e mais especificamente, o questionamento técnico que levará à regra fundamental, a associação livre (FREUD, 1900). Freud percebeu que, caso já soubesse de antemão o que procurava no discurso, seu efeito sugestivo produziria a realidade que o vínculo precisava. O desejo do médico sugestionava o paciente a lhe dar o que queria.

Pensar a associação livre, portanto, torna-se indispensável. O objetivo principal de tal regra parecia ser o de evitar ao máximo a influência do médico no processo discursivo do paciente, produzindo cada vez mais uma distância segura entre os dois. Como elucida Kupermann (2003, p. 3), “finalmente, com a adoção da associação livre, a intensa circulação afetiva que caracterizava o teatro psicanalítico cede espaço para um trabalho de investigação no qual o psicanalista estará cada vez mais destacado da encenação erótica”. E desta forma, a psicanálise ganhava um estatuto de ciência, e será a neutralidade do analista que garantirá esse lugar.

1.2 A relação transferencial em Freud

O conceito de transferência em psicanálise é considerado um dos seus alicerces fundamentais e isso se deve, principalmente, por ter sido aquele conceito no qual sem ele, nenhum outro teria sido possível. Afinal, aquela segunda consciência a qual Breuer se referia no estudo das histéricas, só possuía a capacidade de ser acessada graças ao método hipnótico, altamente sugestivo e dependente dos atributos persuasivos do hipnotizador. Tanto que, segundo Freud mesmo confessa, carecia de tais atributos, sendo necessário, inclusive, que aprendesse técnicas de sugestão com Bernheim em Nancy.

Foi justamente neste período pré-psicanalítico que encontramos o caso transferencial mais característico e exemplar, o caso de Ana O., tratado por Josef Breuer, como já vimos. Aliás, o único caso tratado por ele, já que foi exatamente a transferência erótica de Ana O. que determinou a saída de Breuer da construção do que será a teoria psicanalítica. Talvez seja essa a exata diferença entre os autores de “Estudos sobre a histeria” (FREUD & BREUER, 1893-1895), determinante no prosseguimento da psicanálise: Breuer acreditava no amor de Ana O. por ele, ao contrário de Freud, que utilizou de seu despreendimento narcísico para desconfiar de

tal afeto, produzindo a partir dele, um saber a respeito do amor transferencial e de sua utilização para fins analíticos.

Será em 1912 que Freud conseguirá argumentar a respeito da importância da relação analítica, principalmente a partir do ponto de vista da resistência, entendendo que o médico era nada mais, nada menos, mais um personagem inserido nas séries psíquicas da paciente, encenando a repetição dos “clichés estereotípicos”. Desta forma, Freud assim afirma:

Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas; e é bastante provável que ambas as partes de sua libido, tanto a parte que é capaz de se tornar consciente quanto a inconsciente, tenham sua cota na formação dessa atitude (FREUD, 1912, p.112).

Nesta passagem, podemos observar a presença de dois componentes principais da construção do conceito de transferência. O primeiro refere-se a ideia de que existe uma história pessoal de cada paciente, prévia ao encontro analítico, que guiará suas escolhas afetivas e, no caso da análise, guiará a organização libidinal da relação com seu médico. Isso levou Freud a ponderar a respeito do lugar do médico, entendendo que este não é ativamente escolhido por ele, mas sim, dependerá quase que exclusivamente do paciente. Neste sentido, os atributos intelectuais ou físicos do analista contarão muito pouco ou quase nada, assim como seu desejo de ocupar um ou outro lugar diante de seu paciente. O segundo ponto a ser observado na passagem citada, é o fato de Freud entender que existiam duas partes libidinais envolvidas no processo transferencial: uma capaz de tornar-se consciente e outra não. Ou seja, o ato de apaixonar-se trará sempre em sua origem parcelas não alcançáveis do conhecimento consciente, podendo tal parcela ser maior ou menor dependendo do caso que se apresenta.

Tendo em vista que neste momento Freud compreende a transferência como um meio da resistência, o foco de atenção está voltado para o desenvolvimento libidinal de cunho erótico, levando-o a acreditar que grande parte do que ele chama de transferência erótica está relacionado a impulsos libidinais não desenvolvidos na história consciente do indivíduo, mas sim, a impulsos inconscientes que foram rechaçados de sua vida realística. É por isso que Freud afirma que a transferência é muito mais forte na presença da neurose e não especificamente da psicanálise, pois esta libido não desenvolvida regride e revive imagens infantis inconscientes, utilizando-se assim do exagero, da intensidade, para resistir ao progresso do tratamento e interromper a análise. Assim, quanto mais inconsciente for o componente libidinal presente no processo analítico, mais próximo das imagens infantis, mais intenso o amor transferencial, mais este afeto será usado em prol da resistência.

No sentido da compreensão da transferência como resistência, Freud difere dois tipos de transferência: esta que se coloca a serviço da resistência ele a denominou de negativa, que consiste justamente na intensificação afetiva que impede o prosseguimento da análise. Já a transferência positiva, é aquela em que o nível de intensidade afetiva sugere uma maior facilidade no trabalho, pois possibilita uma maior confiança do paciente em seu médico. Importante salientar que Freud acreditava que os afetos transferenciais possuíam o caráter ambivalente e podiam variar ao longo do processo analítico, não sendo interessante limitar a compreensão desse afeto para um momento isolado.

Aqui, em 1912, observamos em Freud uma tentativa de entender a transferência como um fenômeno característico da neurose, sendo necessário que haja um controle por parte do analista para que tais afetos não atrapalhem no processo. Já em 1914 com os textos “Observações sobre o amor transferencial” e “Recordar, repetir e elaborar”, (FREUD, 1912, 1914) ele troca a ideia de *controle* por *manejo*, marcando uma passagem importante no ponto de vista psicanalítico a respeito do afeto transferencial. Somente neste momento, o caso Ana O. é trazido nas entrelinhas, evidenciando a importância das experiências pré-psicanalíticas com os casos de histeria para a construção do conceito de transferência e toda teoria que se fez em consequência.

Com efeito, em “Recordar, repetir e elaborar” (FREUD, 1914), temos uma importante e frutífera formulação a respeito de construtos essenciais para o entendimento da prática analítica: o conceito de repetição (*Wiederholung*), o *acting out*, as diferentes formas de se recordar e, principalmente, o caráter técnico da transferência, fundamental para inclusão desta nos alicerces da teoria e clínica psicanalíticas. Anteriormente, entendia-se a transferência com raízes inconscientes mais profundas como aquela que, através da intensidade afetiva, resistia à evolução do tratamento. Já neste momento, observamos que o componente inconsciente estava à serviço da repetição, sendo necessário que a resistência fosse revelada como manejo, como forma de fazer o paciente relacionar passado e presente, afetos primitivos repetidos através da transferência que, ao serem revisitados, permitiam que uma diferença se apresentasse. Ora, estamos tratando de “atos puramente internos” como Freud afirma, e ainda: “Nestes processos, acontece com extraordinária frequência ser ‘recordado’ algo que nunca poderia ter sido ‘esquecido’, porque nunca foi, em ocasião alguma, notado - nunca foi consciente” (FREUD, 1914, p.164).

É aqui que temos a inserção do conceito de *acting out*, ou seja, a ideia de que aquilo que não pode ser recordado em forma de lembrança, é recordado em ato, numa repetição em forma

de ação, porém, sem consciência disso. Em 1912, Freud aponta o uso da transferência pela resistência, acrescentando a repetição, o *acting out*, como componente essencial deste entendimento. Quanto mais era necessário a atuação como forma de recordação, significava que o paciente estava retirando as armas do seu próprio passado para defender-se do andamento do trabalho analítico. Freud, ao mesmo tempo, afirmou da importância da repetição para que existisse o processo analítico, “se trata apenas de agravamentos necessários e temporários e que não se pode vencer um inimigo ausente ou fora de alcance” (FREUD, 1914, p.168).

Aqui encontramos uma aparente contradição, apontada por Garcia-Roza (1986): como podemos pensar a repetição como produtora de cura e ao mesmo tempo como resistência ao tratamento? A saída de Garcia-Roza para tal impasse é através da filosofia de Hegel e Kierkegaard, trazendo para a discussão a distinção entre a repetição do mesmo e a repetição diferencial – “enquanto a primeira se aproxima da reprodução (na medida em que é estereotipada), a segunda é produtora de novidade e, portanto, fonte de transformações” (GARCIA-ROZA, 1986, p.24). Mas em termos clínicos, como compreender tal distinção e como fazer uma tornar-se outra?

Segundo Freud, o momento em que aparece a repetição na transferência é tão importante que seria um grande absurdo se a reprimirmos, pois é exatamente neste momento que temos a zona privilegiada de encontro entre passado, a doença e a realidade da vida do paciente. Ou seja, é neste exato momento, no qual a repetição aparece, que algo da ordem de uma mudança poderia acontecer, que a intervenção do analista produzirá algum efeito analítico propiciando que a repetição do mesmo se torne então, diferencial. Estamos enfatizando a capacidade do analista de, com sua ação, produzir a diferença necessária para que a elaboração finalmente aconteça e a repetição saia do campo inconsciente para tornar-se subordinada a capacidade de escolha consciente do indivíduo. Não é qualquer coisa, não é de qualquer pontuação que estamos falando, mas sim, do que mudará todo o curso da análise e, conseqüentemente, todo um curso de vida do paciente.

Mas do que estamos falando? De uma interpretação perfeita? De uma atuação do analista? De um sustentar específico de lugar do analista, ou até mesmo, de uma ausência de resposta? Talvez a chave esteja na contratransferência. É deste conceito que precisamos para construir algo que chegue perto de uma resposta.

Antes da contratransferência ser apresentada ao leitor da psicanálise como um conceito, ela foi experimentada por Freud (1905), na análise de sua famosa paciente Dora (Ida Bauer). Ao curso da análise de Dora, como ocorria em muitas análises de casos de histeria, a paciente

se apaixonou pelo analista. Naturalmente, Freud se recusou a corresponder sua paciente em suas investidas amorosas, desencadeando em Dora afetos transferenciais negativos que culminaram com o fim da análise. Segundo Lacan (1978), Freud teria negligenciado o amor de Dora pela senhora K e sua identificação com a figura masculina, entendendo a transferência somente pelo viés da heterossexualidade. Desta forma, teria sido, na verdade, uma dificuldade de Freud em enxergar a possibilidade de uma homossexualidade em Dora que teria propiciado o insucesso do tratamento. Mais ainda não é a partir deste caso que temos o desenvolvimento do conceito contratransferencial dentro da teoria freudiana.

Foi primeiramente Sándor Ferenczi, numa carta enviada a Freud em 1908, quem denunciou a existência de sentimentos no analista referente ao tratamento de seus pacientes. Ferenczi foi considerado louco por muitas figuras importantes dentro do meio psicanalítico e talvez ainda hoje seja visto desta forma, mas em sua coragem de questionar e buscar as insuficiências do processo psicanalítico, produziu avanços inquestionáveis na teoria psicanalítica. E com esta coragem, Ferenczi diz a Freud: “Tenho demasiada tendência a considerar os assuntos dos doentes como meus” (FERENCZI, 1908). Veremos em um outro momento como esta e outras observações sobre o vínculo transferencial fizeram de Ferenczi um dos principais adjuvantes da construção da técnica analítica atual. Porém, a palavra contratransferência só foi utilizada por Freud pela primeira vez em 1909, numa carta endereçada à Jung, entre aspas, afirmando sê-la um constante problema e a necessidade de que seja controlada para estar a salvo do poder atrativo das históricas.

A construção do conceito e sua definição foi conhecida publicamente em 1910, e foi definida por Freud da seguinte forma:

Tornamo-nos cientes da ‘contratransferência’, que, nele (no médico), surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. Agora que um considerável número de pessoas está praticando a psicanálise e, reciprocamente, trocando observações, notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma autoanálise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes (FREUD, 1910a, p.150).

Neste trecho, apesar de pequeno, encontramos um dos principais direcionamentos técnicos da clínica psicanalítica – a necessidade fundamental de que o analista esteja em constante processo de análise. Aquilo que o analista possivelmente sobrepuja, é exatamente o que deve ser o foco de observação constante em sua análise pessoal, que será justamente a contratransferência. A análise do paciente produzirá efeitos no psiquismo do analista, não há

dúvidas disso desde 1910. O nível de consciência que o analista terá de tais efeitos dependerá da profundidade que se permite mergulhar em seu próprio processo e da difícil capacidade deste de abrir mão de tendências narcísicas que possam deixar-lhe inteiramente cego.

Essa assertiva fica ainda mais explícita em 1914, quando Freud alertou para a repetição encontrada nos casos de enamoramento de uma paciente por seu médico. Na medida em que ocorre a separação e quebra de um tratamento pela paciente, ela volta a enamorar-se do seu médico quando começa um novo tratamento, e assim por diante. Segundo Freud, a contratransferência deve ser o primeiro objeto de análise por parte do analista, pois a partir deste cuidado qualquer confusão narcísica poderá ser descartada. O médico não pode, em hipótese alguma, orgulhar-se ou acreditar que são seus atributos pessoais que despertam tal sentimento no paciente, e esta certeza virá de sua neutralidade. Somente um analista seguro de sua neutralidade pode utilizar-se da transferência como objeto de análise, pois sabe que seus atributos pessoais estão ausentes do *setting* e sua contratransferência pode ser claramente identificada.

De acordo com os historiadores da psicanálise, Elizabeth Roudinesco e Michel Plon (1998), Freud ainda daria notícias a respeito da ideia da contratransferência através de uma carta enviada a Ludwig Binswanger datada de 1913, um ano após a publicação dos textos técnicos. Segundo esses autores, em sua carta, Freud reafirma a dificuldade do controle contratransferencial e de como este controle por parte do analista deve consistir numa regra, de forma a nunca dar ao analisando nada que seja de seu próprio inconsciente. A evolução da clínica psicanalítica traria, portanto, elementos de ordem transferencial, colocando o analisando sempre no foco das construções teóricas a respeito da estrutura psíquica. Será Sándor Ferenczi quem irá propor diferentes formas de compreensão da relação analítica, a partir das tentativas de tratamento dos casos ditos “não analisáveis”.

A transferência, como parte da técnica, foi formalmente inserida por Freud em 1920, quando sustentou a ideia da repetição, acrescentando elementos fundamentais para o entendimento da clínica. Neste texto, Freud conectou a transferência com o Complexo de Édipo, de forma que a análise propiciava a substituição da neurose primitiva pela neurose de transferência, atualizando o conflito edípico e propiciando um maior entendimento dos complexos traumáticos infantis. O objetivo do tratamento psicanalítico, portanto, é possibilitar a recordação através da neurose de transferência, evitando ao máximo que se apresente em repetição – *acting out*, como vimos.

Esta conexão entre a transferência e o Complexo de Édipo será a característica principal da técnica psicanalítica clássica. O modelo edípiano acompanhará o modelo clínico do tratamento das neuroses e a construção do modelo clínico será baseado na transferência, na interpretação, na associação livre, na neutralidade e na abstinência. Como sabemos, a experiência clínica de Freud pouco abrangeu a psicose ou a perversão, deixando tais casos considerados “não analisáveis” para futuros analistas, como vemos na famosa passagem a seguir:

Quando se quer trabalhar em segurança, deve-se restringir a escolha a pessoas que tenham um estado normal, pois é neste que nos apoiamos, no procedimento psicanalítico, para nos apropriarmos do patológico. As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica, eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses. (FREUD, 1905 p.250)

Apesar de muito ter-se produzido na teoria psicanalítica a respeito da clínica após tal afirmativa, é possível dizer que não encontramos muitas diferenças nas propostas técnicas seguintes. Na verdade, em 1937, com o texto “Construções em Análise”, (FREUD, 1937) podemos encontrar um Freud mais clínico, mais preocupado com a questão da construção do que com a interpretação como saída técnica para casos difíceis. Afinal, se precisamos da ideia de construção, é porque a análise meramente associativa não é suficiente, pois, reescrever a história do paciente muitas vezes é o trabalho analítico em si. O interessante neste texto é que será justamente o uso de mecanismos conhecidamente psicóticos que Freud trará como recurso argumentativo. Delírio e alucinação não são exclusivos da psicose, podendo ser encontrados na clínica da neurose também, como afirma Freud.

Portanto, o foco na estrutura edípica marcará a clínica freudiana e de uma considerável parte da clínica pós-freudiana. Como sabemos, tal estrutura caracteriza-se pela tríade: sujeito x objeto de identificação x objeto de amor. Após a união simbiótica específica do narcisismo primário entre mãe e bebê, o pai entra como função separadora a partir da diferença sexual do chamado Complexo de Castração. No decorrer da estruturação psíquica desse *infans*, menino e menina terão destinos distintos em virtude do gênero escolhido para identificar-se ou para unir-se amorosamente. Neste sentido, segundo a leitura lacaniana, a criança sai da confusão edípica com uma organização psíquica singular: com as figuras parentais introduzidas a partir do alicerce do Supereu; com uma identificação de gênero caracterizada pela ausência ou pela presença do falo; com uma tendência defensiva que marcará sua estrutura como neurótica,

psicótica ou perversa; e, finalmente, com uma proposta escolha objetal que possivelmente estará marcada pela sua história parental.

A transferência freudiana, portanto, estará constantemente atravessada por tais fatores, pois o analista será mais um dos objetos de escolha amorosa deste sujeito, incluído nas suas “séries psíquicas” ou em um dos seus “clichés estereotípicos” formados em sua história edipiana. Este lugar objetal precisa ser marcado pela neutralidade, como vimos, para que seja alvo das projeções do analisando e a inclusão do analista no romance edípico seja realizada. Justamente, é imprescindível que a contratransferência seja controlada e anulada, pois nada do inconsciente do analista pode atrapalhar o processo interpretativo daquele sujeito. O lugar do analista é marcadamente objetal em contraposição ao lugar de sujeito que seria ocupado pelo lugar do analisando.

¹A noção de objeto é bastante utilizada por Freud, embora em diferentes contextos e com diferentes conotações, mas sempre como uma referência a um outro, ou uma outra coisa, que não é o sujeito do qual se propõe estabelecer compreensão. Já a noção de sujeito em Freud parece causar algumas rejeições no campo psicanalítico atual, principalmente em virtude da construção teórica bastante singular feita por Jacques Lacan a partir de sua releitura de Freud. Neste sentido, a palavra “sujeito” utilizada aqui não comunica a respeito de uma teoria específica, mas sim, identifica o tema de estudo, o homem, o humano, o possuidor de uma organização psíquica na qual a psicanálise se debruça.

Tal oposição (sujeito x objeto) segue a tendência dualística de Freud que observamos na maioria de suas proposições como, por exemplo, nos dois dualismos pulsionais. Quando o campo de estudo está localizado no terreno da constituição psíquica, tal oposição parece ficar um tanto nebulosa. Afinal, a separação entre sujeito e objeto, Eu e outro, dentro e fora, é estabelecida, segundo a teoria psicanalítica, o Eu não nasce com o bebê, ele se constitui ao longo de sua vida a partir de sucessivas identificações com vários outros, ou vários Não-Eus. Aliás, segundo Freud, o Eu está sempre em constante formação, nunca completamente acabado. Neste sentido, tal separação não é dada, tampouco datada.

Quando colocamos tal questão no enquadre clínico mais específico da transferência, encontramos alguma dificuldade. Principalmente no que tange a teoria freudiana da transferência dentro da formulação edipiana, pois, se consideramos que o analista está no lugar de objeto de projeção do romance edipiano do sujeito em análise, estamos entendendo que já

¹ Esta oposição sujeito x objeto será melhor explorada pela psicanálise lacaniana, principalmente a noção de sujeito

houve uma separação entre o bebê e sua mãe. Deste modo, o Eu da criança após o Édipo está minimamente formado e capaz de realizar defesas importantes, tal como recalque, responsável pela possibilidade de substituição objetal e mecanismos projetivos. Neste sentido, a análise calcada em um entendimento edipiano do sujeito compreende um Eu basicamente estruturado, neurótico e minimamente organizado em suas defesas, excluindo então, a psicose, como Freud mesmo afirmou numa passagem já citada.

Temos até aqui uma teoria transferencial dualística, baseada na clínica da neurose, com um registro fortemente edipiano, e uma concepção de contratransferência que a exclui do processo analítico por se tratar de uma inclusão errônea do inconsciente do analista na análise do sujeito. O analista, portanto, deve estar no lugar de objeto em sua neutralidade, para que a associação livre se desenrole e as interpretações e construções possam desnudar as incoerências e reconstruir as subjetividades desmoronadas. E para os casos graves? Bem, para eles precisaremos reler alguns textos e caminhos de Freud e, posteriormente, recorrer a outros autores, pois, como ele mesmo sugeriu, reformulações no campo da técnica foram feitas e, conseqüentemente, no campo da teoria também.

1.3 Problemas técnicos: os casos “difíceis”

A impossibilidade de aplicar a técnica psicanalítica clássica aos casos de psicose denunciada por Freud abriu um campo de estudo e desenvolvimento clínico imprescindível para psicanálise tal como a conhecemos hoje. Os casos graves - não analisáveis, como afirmava Freud (1905) – assumiram algumas denominações ao longo do tempo: casos limite, borderlines, neuroses narcísicas, neuroses de angústia, etc. No presente estudo, faremos uma escolha terminológica específica, pois nos interessa a construção do termo e sua implicação metapsicológica. A expressão que mais nos pareceu interessante foi a de René Roussillon (2012), ao chamar tais casos de narcísico-identitários. Com essa denominação, Roussillon caracteriza exatamente sua especificidade narcísica, de constituição do Eu, e também a questão da identificação, das relações objetais.

Gosto muito do conceito proposto por D. W. Winnicott de “exploração psicanalítica” para definir o estatuto do tratamento de alguns analisandos que apresentam questões narcísico-identitárias e que não entram no registro padrão da prática psicanalítica à medida que a questão da identidade do sujeito é central e a da diferenciação eu/não-eu essencial. Esse registro, portanto, diz respeito tanto aos analisandos considerados “casos-limite”, “borderline”, “narcisistas” como a um desfile de modos de funcionamento psíquico que tendem a produzir, quando em análise, as formas de transferência marcadas pelo paradoxo, a paixão, a negatividade, o limite, a confusão...

e não pelo conflito, o afeto-sinal, a ambivalência, a castração, a ilusão... (ROUSSILLON, 2012, p.8).

Na medida em que existe uma especificidade no delineamento de determinados casos, deve haver também uma especificidade na organização do enquadre clínico. Afinal, se toda uma técnica foi criada a partir da demanda dos casos de histeria, na medida em que outras apresentações subjetivas aparecem, uma nova técnica deve também ser construída, assim como uma metapsicologia que organize teoricamente essa técnica. Por isso, entendemos que, ao realizarmos uma leitura atenta da obra freudiana, é possível perceber essa demanda de reconstrução teórico-técnica e as tentativas de reestruturação presentes. Em Freud já podemos encontrar indícios destes casos, como podemos ver na passagem a seguir, do texto “O esboço de Psicanálise” de 1938:

Existe, entretanto, outra classe de pacientes psíquicos que visivelmente se assemelha muito de perto aos psicóticos – o vasto número de pessoas que sofrem de graves neuroses. Os determinantes de sua doença, bem como seus mecanismos patogênicos, devem ser os mesmos ou, pelo menos, muito semelhantes. Mas o ego mostrou-se mais resistente e tornou-se menos desorganizado. Muitos deles, apesar da doença e das inadequações dela decorrentes, foram capazes de manter-se na vida real. Esses neuróticos podem mostrar-se prontos a aceitar nosso auxílio. Limitaremos a eles nosso interesse e veremos até onde e mediante que métodos seremos capazes de “curá-los”. (FREUD, 1940[1938], p.186)

O primeiro momento na teoria freudiana em que podemos observar isso é no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (FREUD, 1914b). Neste texto, ele introduz uma teoria a respeito da construção do Eu, denuncia a suspensão do primeiro dualismo pulsional, propõe uma argumentação a respeito da psicose e a abertura de uma nova perspectiva a respeito da transferência. Segundo Daniel Kupermann (2014), 1914 foi um ano inacabado, em virtude justamente de suas consequências teórico-clínicas. É devido às críticas e questionamentos recebidos principalmente de Jung, citado no artigo, que Freud se vê obrigado a pensar uma organização metapsicológica específica para o Eu, estrutura antes identificada como a ideia de consciência. Neste sentido, delinea-se o caminho em direção ao segundo dualismo pulsional em 1920 e a segunda tópica em 1923.

O conceito que organizará a ideia de uma construção do Eu é o narcisismo primário, compreendido como um momento da constituição do bebê em que todos os investimentos estão voltados para seu Eu, ainda que realisticamente inexistente. Como afirma Freud, a noção de unidade que o Eu compreende não pode ser observada no início da vida psíquica do bebê, sendo necessário uma nova ação psíquica (FREUD, 1895) a partir do autoerotismo que desenvolva tal instância. Um superinvestimento dos pais neste Eu imaginado por eles, ou melhor, idealizado,

proporá ao bebê um Eu diferente de sua sensação corpórea. Esses pais verão uma unidade, uma organização, na qual só havia desorganização e pulsões parciais, nada unificadas. Essa nova ação psíquica, esse investimento decorrente do vínculo afetivo dos pais com esse bebê, será responsável pela constituição de um Eu imaginado, porém, libidinalmente alimentado.

Esse investimento dos pais no Eu ainda insipiente é essencial para que esse se construa, mesmo que sobre bases imaginárias, pois a realidade do Eu é da ordem de uma inexistência, de uma desorganização, de completo desamparo. Falar em desamparo na obra freudiana é bastante delicado, pois o termo pode ser encontrado desde seu sentido adjetivo mais comum, até seu uso substantivo conceitual e bem específico de Freud pós anos 20. Estamos tratando aqui de uma ideia de desamparo presente no texto de 1920, ideia permeada das questões de vida e morte. A incapacidade do organismo para a vida e a necessidade de cuidados advindos de um outro constituem a base da ideia de um desamparo fisiológico fundamental (BIRMAN, 1999). Esse investimento no Eu do bebê decorrente do narcisismo primário será, portanto, a única possibilidade desse sujeito sobreviver. Trata-se de um investimento baseado naquele uma vez recebido por eles em sua própria história narcísica.

A teoria do narcisismo abriu também a possibilidade de repensar a transferência e, conseqüentemente, as novas possibilidades clínicas, como afirma Daniel Kupermann:

A introdução ao narcisismo efetuada por Freud em 1914 implica, portanto, uma nova percepção dos problemas com os quais o psicanalista precisa lidar, considerando um alargamento do campo da clínica psicanalítica no sentido de acolher quadros de sofrimento psíquico referidos à fragilidade na constituição narcísica (KUPERMANN, 2014a, p.88).

Tal afirmativa possui sua consistência na publicação do artigo “Recordar, Repetir e Elaborar” (FREUD, 1914a), logo após a complicada análise do Homem dos Lobos (FREUD, 1918[1914]). Como vimos anteriormente, a inserção da ideia de repetição na transferência reorganiza o objetivo da análise, deslocando o analista do lugar de controle para o lugar de manejo. A compulsão à repetição ocorria em virtude de conteúdos traumáticos não simbolizados ao se apresentarem ao psiquismo e fugindo da lógica simplista do prazer/desprazer. Isto finalmente trouxe à teoria clínica freudiana a possibilidade de tratar os casos narcísico-identitários, considerados até então inalisáveis.

No ano seguinte da publicação destes artigos, Freud se viu obrigado a restabelecer as bases de sua teoria, escrevendo uma série de artigos ditos metapsicológicos. O artigo sobre a melancolia, escrito em 1915, mas publicado apenas em 1917, nos causa mais interesse justamente por propor uma organização psíquica bastante específica e inovadora. O mecanismo

mental por trás da melancolia baseia-se em um entendimento do narcisismo no qual o objeto é incluído na operação patológica, modificando o Eu do sujeito e produzindo uma relação objetal interna.

Quando a sombra do objeto recai sobre o Eu, ela realiza uma apresentação subjetiva bastante particular: autorrecriação, diminuição da autoestima, expectativas de punição e desânimo profundamente penoso. Tais características são consequência de um empobrecimento do Eu e de uma modificação deste após a perda de algo do objeto amado e idealizado. Freud explica tal operação a partir da identificação do Eu com o objeto perdido, mas o conceito que melhor explica o processo de entrada do objeto e modificação do Eu é a incorporação, proposto por Ferenczi e absorvida por Freud a partir de 1915. A incorporação é, segundo N. Abraham & M. Torok (1995), o mecanismo exato encontrado na melancolia, por ser patológico, diferentemente do processo de introjeção considerado normal.

Ferenczi afirma que a introjeção é a primeira responsável pela instauração no psiquismo da dualidade prazer/desprazer e, por consequência, instaura a própria sexualidade, ordenando e estruturando o aparelho psíquico. Uma grande relevância é dada a este conceito por este ser responsável pela produção imaginária, das fantasias como produto das associações entre as representações: “O neurótico procura incluir em sua esfera de interesses uma parte tão grande quanto possível do mundo externo para fazê-lo objeto de fantasias conscientes ou inconscientes. (...) proponho que se chame introjeção a esse processo inverso da projeção” (FERENCZI, 1991 [1909], p.101).

Este movimento psíquico de buscar se apropriar de tudo, segundo Tereza Pinheiro (1995, p. 49), um “movimento megalômano da libido” se apresenta como um esboço de formação do Eu. Como uma resposta à pulsão de morte, o narcisismo tem uma função de aglutinação, de eliminação das diferenças, que forma tal edifício do Eu.

O movimento do processo de introjeção vem a ser um movimento libidinal de inclusão de tudo aquilo passível de ser incluído no psiquismo naquele momento; de um movimento que em nada se diferencia do narcísico, movimento totalizante em que a apropriação das qualidades do objeto funciona como possibilitadora da apropriação do sentido que compõe, junto com o objeto, as bases identificatórias do que mais tarde formará o aparato egóico como um todo (PINHEIRO, 1995, p.50-51).

Uma parte desta citação nos chama atenção, quando ela afirma que a introjeção é um processo de inclusão daquilo que pode ser incluído em um dado momento. Concluímos, então, que existem introjeções impossíveis, conteúdos inassimiláveis que não encontra meios de serem incluídos no universo simbólico do sujeito. Estamos falando do que, em 1932, Ferenczi

denominou de “introjeção do agressor”. Abraham e Torok compreenderam, entretanto, como a ausência da introjeção, diferenciando com uma nomenclatura distinta, “incorporação”. Essa incorporação foi a saída encontrada pelo psiquismo para uma introjeção que não se operou. Antes, veremos o que esses autores dizem a respeito da introjeção de Ferenczi, até para melhor compreender como eles chegam ao mecanismo da incorporação como saída para a ausência deste processo.

Para Abraham e Torok, Ferenczi não se refere a uma perda objetal, mas a um alargamento do Eu, como um crescimento através do inconsciente do outro. A respeito da força-motriz da introjeção: “Semelhante à transferência (seu modo de ação no tratamento), ela se define como processo de inclusão – a propósito de um comércio objetal – do inconsciente no eu” (ABRAHAM & TOROK, 1995, p.222).

Esses autores mostram que não podemos, simplesmente, falar em “introjeção do objeto”, pois somente esta operação seria insuficiente para produzir os efeitos que o processo abrange. O que se introjeta é o conjunto pulsional com suas vicissitudes, tornando o objeto um mero mediador. “A introjeção reserva ao objeto um papel de mediador para o inconsciente”, diz Abraham e Torok (1995, p.222). É nesse jogo entre narcisismo e amor objetal que temos a estruturação de uma simbolização, de um pulsional mediado pelo objeto que é constituinte do inconsciente. Neste sentido, a introjeção não implica, necessariamente, numa perda objetal. O mecanismo que pressupõe a perda do objeto é a incorporação, por esta perda se apresentar como um obstáculo para introjeção. Tal pensamento de Abraham e Torok está resumido na seguinte citação: “Como compensação do prazer perdido e da introjeção ausente, realizar-se-á a instalação do objeto proibido no interior de si. É essa a incorporação propriamente dita” (ABRAHAM & TOROK, 1995, p.222).

Desta forma, a incorporação seria a operação do princípio do prazer, próxima de uma satisfação por via alucinatória. O objeto faltou no sentido de não mediatizar a introjeção do desejo, levando o psiquismo a recuperar magicamente esse objeto perdido, numa recusa da realidade e, por isso, exige segredo. Temos, assim, a oposição entre dois mecanismos: a introjeção das pulsões e a incorporação do objeto. Entendemos o quanto a incorporação mantém o sujeito preso ao objeto em uma relação de dependência através da fantasia, ao contrário da introjeção, que supõe uma separação com o objeto.

Podemos compreender que a relação com o objeto é mantida internamente em detrimento da realidade externa, e este mundo interno não se desenvolve, não se modifica, pois está protegido da passagem do tempo do processo secundário e do teste de realidade. Segundo

Thomas Ogden , o texto “Luto e Melancolia” (FREUD, 1917 [1915]) pode ser considerado um marco na teoria psicanalítica por fornecer instrumentos para o desenvolvimento da teorias de relações objetais.

Uso o termo teoria das relações objetais para me referir a um grupo de teorias psicanalíticas, que têm em comum um conjunto de metáforas articuladas de forma aberta e que se referem aos efeitos intrapsíquicos e interpessoais do relacionamento entre objetos “internos” inconscientes (...)” (OGDEN, 2004, p.85).

As teorias as quais Ogden se refere são aquelas propostas por autores que apresentam o vínculo inconsciente como estruturador do processo analítico de determinados casos. Entendemos, portanto, que em Freud possuímos bastante solo fértil para a construção de teorias a respeito do vínculo, tanto aquele constituinte do psiquismo do sujeito em sua vida quotidiana quanto o vínculo estabelecido por ele com seu analista. Até porque, como bem sabemos, será este mecanismo da melancolia que será recuperada por Freud quando propõe a instância do Supereu (FREUD, 1923). Ocorrerá em qualquer psiquismo uma incorporação objetal fundamental, transformando a relação externa realística entre o sujeito e suas figuras parentais em uma relação objetal interna e eterna: Eu e Supereu.

Após a grande revisão teórica de Freud de 1915, chegamos ao texto considerado como a virada dos anos 20, por introduzir a segunda teoria do trauma a partir da compulsão à repetição e pelo aparecimento de um novo dualismo pulsional com a hipótese da pulsão de morte. O modelo da vesícula, utilizado por Freud para explicar a ideia da compulsão à repetição, explicita a forma como o Eu se encontra na categoria de fronteira, de limite entre o interno e o externo. Segundo Freud, assim como a camada em contato com o ambiente externo precisou morrer para proteger as camadas interiores da célula, o Eu modificou-se para proteger o psiquismo dos estímulos traumáticos. Essa camada para-excitatória filtra os estímulos externos, só deixando passar conteúdos processados, digeridos por esta camada que, por possuir propriedade protetiva, manteria também os conteúdos internos separados e organizados do ambiente externo. Uma ruptura desta camada implica numa invasão de estímulos não processados, portanto, não filtrados, não dominados, que invadem o sistema celular causando as mais fortes consequências, inclusive a morte celular. No aparelho psíquico, a falha do Eu nessa filtragem causa também uma entrada abrupta de energia não dominada, caracterizando o trauma psíquico. Neste sentido, o trauma aqui implica no excesso pulsional e em um Eu em desamparo.

A ideia de repetição já trabalhada em 1914 a partir da transferência, ganha aqui o caráter de um mecanismo psíquico que trabalha para além do princípio do prazer e está ligada a ideia

de trauma, ou seja, a ideia de desamparo do Eu. A relação mais explícita entre a para-excitação e o Eu está presente no “Esboço de Psicanálise” (FREUD, 1938), o qual Freud se refere a ele como uma camada cortical:

Sob a influência do mundo externo que nos cerca, uma porção do id sofreu um desenvolvimento especial. Do que era originalmente uma camada cortical, equipada com órgãos para receber estímulos e com disposições para agir como um escudo protetor contra estímulos, surgiu uma organização especial que, desde então, atua como intermediária entre o id e o mundo externo. A esta região de nossa mente demos o nome de eu (FREUD, 1940 [1938], p. 156).

Esta função de proteção é fundamental para a existência desse psiquismo, pois é esta posição intermediária que organizará o sistema psíquico e o manterá vivo. Em 1923, ao estruturar a segunda tópica, Freud afirma ainda que o Eu é um ser-fronteira, sendo exigido por três senhores: a realidade externa, o Supereu e o Isso. Aqui, o desenvolvimento do Eu ganha uma teoria mais sólida, pois a partir de agora, na inexistência de um Eu desde o início, entendemos que o que existe é o Isso hereditário e filogenético. Essa camada celular que se modifica em contato com o mundo externo em 1920 é agora o Isso que, como um tecido que se especializa, se transforma em Eu no contato com os objetos do mundo. Além disso, o Eu agora é uma organização coerente que contém as identificações de todo desenvolvimento relacional do sujeito.

Entre as identificações constituidoras do Eu, uma incorporação acontece – a origem do Supereu. Uma identificação com os objetos mais primitivos, idealizados e superinvestidos, provoca uma modificação no Eu ao nível de uma melancolia, porém, não de ordem patológica. Uma operação consequente de um trauma, de uma perda objetal, mas um trauma que estrutura, que produz relação objetal interna essencial para que o sujeito entre na cultura e desenvolva seus ideais. A constituição dessa instância psíquica é uma tentativa do Eu de fazer o Isso abandonar seus objetos primitivos oferecendo-se a ele como objeto de investimento. Tal incorporação, portanto, também implicaria numa pequena perda da realidade, mantendo a relação objetal no campo fantasístico. Não é difícil de ponderar tal afirmativa quando observamos as projeções do Eu na clínica, onde o analista constantemente é colocado em lugar hierárquico, de exigência ou até de demandas de realizações de ordem dos ideais. Um vínculo baseado, portanto, numa relação objetal interna e não na realidade apresentada externamente.

Ao final do artigo, Freud trabalha com as relações nas quais o Eu encontra-se em virtude de sua centralidade no funcionamento psíquico: impulsionado e exigido pelo Isso, porém controlado e punido pelo Supereu – a sede da ansiedade, justamente. O Eu é também sempre culpado, pois “o Supereu sabe mais do que o Eu sobre o Isso inconsciente” (FREUD, 1923, p.

66). Cabe ao Eu, desta forma, a função de síntese, de organização, de associatividade, incluindo aquilo que ele é capaz de assimilar e excluindo aquilo que se coloca como entrave a sua dominação (recalque). O Eu é um ser de fronteira, mediando o mundo interno e o mundo externo, protegendo um do outro, dependendo fortemente dos dois para sua sobrevivência. Depende igualmente da aprovação do Eu, que o compara incansavelmente com os ideais internalizados para decidir se esse Eu merece ou não ser amado como aquele Eu Ideal do narcisismo primário. Desta forma, na melancolia, a relação objetal interna é diferente de outras neuroses:

O medo da morte na melancolia só admite uma explicação: que o próprio eu abandona-se porque se sente odiado e perseguido pelo superego, ao invés de amado. Para o eu, portanto, viver significa o mesmo que ser amado – ser amado pelo superego, que aqui, mais uma vez, aparece como representante do id. O superego preenche a mesma função de proteger e salvar que, em épocas anteriores, foi preenchida pelo pai e, posteriormente, pela Providência ou Destino. Entretanto, quando o eu encontra-se num perigo real excessivo, que se acredita incapaz de superar por suas próprias forças, vê-se obrigado a tirar a mesma conclusão. Ele se vê desertado por todas as forças protetoras e se deixa morrer. Aqui está novamente a mesma situação que fundamenta o primeiro grande estado de ansiedade do nascimento e a ansiedade infantil do desejo – a ansiedade devida à separação da mãe protetora (FREUD, 1923, p.72).

Nesta passagem podemos ver claramente o desamparo do Eu e como a relação materna primitiva encontra-se presente, principalmente no momento de sua ausência. Quando a mãe protetora falta, o Eu entra em estado de desamparo e desperta a ansiedade registrada ao nível corporal, quadro preciso do desencadeamento traumático da segunda tópica. Ora, não é à toa que vemos muitos autores compararem a apresentação melancólica aos casos ditos difíceis na contemporaneidade. Segundo Teresa Pinheiro (2012), o modelo melancólico seria o mesmo compreendido nos casos de clivagem do Eu na identificação com o agressor, trazendo a teoria do trauma em Ferenczi como embasamento teórico. É seguindo essa esteira que encontramos também os desenvolvimentos de N. Abraham e M. Torok (1995 [1987]), como já citados aqui.

O que fica claro, portanto, é a essencialidade do Eu na construção de uma organização psíquica saudável, no sentido de que, quanto mais estruturado esse Eu, mais estamos no campo da neurose e, conseqüentemente, quanto menos estruturado, mais estamos no campo da psicose. Entre um extremo e outro, estariam as diferentes apresentações clínicas e, justamente neste meio, um pouco mais para o lado da psicose, estariam os casos narcísico-identitários. O Eu desamparado, ou seja, incapaz de se apresentar, funcional em suas atribuições, é aquele que, justamente, não consegue fazer a função de intermediário, protetor do psiquismo. Neste sentido, temos sujeitos com grandes dificuldades de estabelecer vínculos, de diferenciação entre ele e o outro, incapacidade de lidar com grandes quantidades pulsionais, com angústias avassaladoras,

fraqüíssima função de teste de realidade e extrema fragilidade. Assim, a clínica da técnica clássica surge insuficiente, como descreve Julio Vertzman:

Embora a importância da psicanálise para estes sujeitos seja capital, encontramos poucos aparelhados para tratá-los. Nosso aparato conceitual que gravita em torno dos mecanismos de recalque, no que diz respeito à neurose, e forclusão, no que tange à psicose, parece insuficiente. Estes analisados raramente expressam ambigüidade, com poucas brechas para o aparecimento da divisão na fala (VERTZMAN, 2002, p.60)

Temos então a urgência de pensar uma clínica para as “novas patologias” (Green, 2003), que não estão incluídas no campo das neuroses. O psicanalista, portanto, é convocado a atuar para além muros, fora do enquadre conhecido no qual foi treinado. Segundo Figueiredo (2012), este seria o verdadeiro retorno à Freud, pois sustenta a necessidade de uma liberdade de criação e pesquisa, abrindo mão da rigidez escolástica e do comodismo muitas vezes adquirido ao sentarmos na nossa *berger*. Neste sentido, Figueiredo defende que precisamos pensar numa “teoria geral do cuidar” (FIGUEIREDO, 2012, p.21), abandonando as oposições entre escolas e até mesmo permitindo que a psicanálise possa conversar com outros campos do saber, no sentido inclusive de uma possível reinvenção da psicanálise tal como conhecemos.

Luís Claudio Figueiredo (2012) defende que a psicanálise contemporânea existe em virtude da especificidade da clínica contemporânea: “As novidades na forma de teorizar e praticar a psicanálise respondem em grande medida aos novos limites, externos e internos, para a chamada ‘clínica padrão’” (FIGUEIREDO, 2012, p.19). Percebemos que era possível entender que a questão central nos casos contemporâneos era o vínculo, sobretudo o modo de vinculação que pressupõe uma diferenciação Eu/não-Eu. São sujeitos que sofreram em sua história mais primitivas rupturas nos processos de vinculação, sendo incapazes de, em suas lógicas narcísicas, compreender o outro em sua diferença fundamental e conectar-se afetivamente a ele. Esses novos limites, essa nova clínica, estão apoiados num modo de funcionamento sociocultural característico dos nossos tempos.

No caso destas patologias, o lugar do analista e sua atuação ficaram fora do contexto da análise clássica, propondo um novo modo de pensar a transferência e a contratransferência. Na literatura mais recente foi possível encontrar inclusive formas diferentes de chamar a transferência desses casos: por exemplo, transferência paradoxal, passional, transferência *borderline*, e outros. (PACHECO-FERREIRA et al, 2013). A experiência transferencial, nesses casos, não é da lógica de uma projeção triangular edípica, mas de um retorno, como afirma Roussillon (1991), um retorno de algo que não consegue ser inserido no discurso

representacional do paciente. Neste sentido, a transferência não é percebida ou vivida no contexto da associação livre, mas nas tentativas de transgredir o setting. Como resume-se bem: “Pode-se dizer que a transferência nesses pacientes passa mais por uma atuação de determinada relação com o objeto do que pela fantasia do jogo transferencial neurótico” (PACHECO-FERREIRA et al, 2013, p.250). É neste ponto então, que chegamos a uma questão importante, resumida por Nelson E. Coelho Jr:

Ou seja, como é possível manter-se, enquanto analista, em uma atenção igualmente flutuante sem que sua atenção venha a ser dirigida pelas suas próprias motivações inconscientes? Mas as motivações inconscientes não podem ser afetadas por motivações inconscientes de um outro? Será que o determinismo pressuposto na teorização freudiana exige que a direção do determinismo seja sempre de ‘dentro’ para fora? Acredito, que nesse ponto da argumentação, poderia ser útil aprofundar a investigação de formas de comunicação previstas na própria obra freudiana e na de autores pós-freudianos, procurando analisar as chamadas formas infraverbais de comunicação e as diferentes possibilidades de se conceber percepções inconscientes. Com isso talvez pudesse ser possível ampliar o horizonte do tema comunicação em análise, de fato, para além da mais aceita formulação de comunicações de ego para ego e de seu correlato, o binômio percepção- representações conscientes e pré-conscientes. Mas isto já seria tema para outro trabalho. (COELHO JR, 2002, p.64)

Neste sentido, André Green (2000) lança mão da diferenciação entre o intrapsíquico e o intersubjetivo em psicanálise. Segundo ele, o intrapsíquico, foco de análise no campo das neuroses, seria relativo à dimensão pulsional, representacional, enquanto o intersubjetivo seria referente à dimensão relacional, que inclui a subjetividade do analista no processo. Mas apesar do termo intersubjetividade ser bastante utilizado, é um conceito ainda pouco especificado, como afirmam Levine & Friedman (2000): “(...) apesar de seu uso cada vez maior no discurso psicanalítico, a intersubjetividade é um conceito relativamente novo, ‘*a work in progress*’. Suas definições e conotações não foram ainda suficientemente trabalhadas em psicanálise e nem mesmo produziu-se algum acordo em torno dessa noção” (LEVINE & FRIEDMAN, 2000, p.64).

Segundo Octavio de Souza, desde Freud temos indícios da necessidade de reestruturação da técnica psicanalítica em virtude de casos que não se adaptam ao modelo clássico. A construção de uma segunda tópica dentro da teoria freudiana seria a mais forte prova de que a psicanálise precisava ser ampliada, incluindo a questão da repetição, da pulsão de morte, justamente para que fosse possível o uso da análise para outros tipos de sofrimento. O objetivo da terapêutica se transforma, como vemos claramente nas palavras de Octavio de Souza:

A repetição do acontecimento traumático se expressa em análise de um modo que nada deve ao retorno do recalçado. Para Freud, sua abordagem, como entendem André Green e René Roussillon, não se faz através da interpretação do desejo recalçado, mas por um trabalho de construção da história dos vividos traumáticos, no qual a interpretação da contratransferência e a imaginação do analista desempenham a parte mais importante” (SOUZA, 2013, p.24)

O analista é convocado a participar do processo de maneira intensa, sendo exigido em sua estrutura afetiva a utilizar-se de suas funções psíquicas para que algum trabalho terapêutico possa acontecer. Em Freud já temos algum indício da inclusão do psiquismo do analista no processo analítico, como em seu famoso texto sobre a técnica de 1912, onde ele firma que “Ele [o médico] deve dirigir em direção ao inconsciente do doente seu próprio inconsciente como órgão receptor, colocando-se, com relação ao analisado, como o receptor do telefone com relação ao transmissor” (FREUD, 1912, p.175). Porém, esta participação subjetiva do analista aparece de forma mais passiva, como se o analista apenas recebesse uma mensagem com seu inconsciente, o que caracterizará a proposta diferenciada de Ferenczi, que entende a necessidade de que o analista seja ativo em sua escuta. É em Ferenczi que podemos encontrar um início de entendimento a respeito das proposições intersubjetivas na clínica psicanalítica.

Encontramos então, uma separação sistemática um tanto pedagógica: psicanálise clássica x psicoterapia analítica. Por um lado, a análise clássica, baseada no método da associação livre, no divã e neutralidade, e por outro, a psicoterapia, voltada para as não neuroses. Segundo Mezan (1996), o dispositivo analítico que não compreende o uso dos recursos da associação livre e do divã não poderia ser denominado como psicanálise. Este debate entre a psicanálise e as psicoterapias é muito bem esmiuçado por Octavio de Souza (2013), oferecendo uma sustentação argumentativa essencial. Ele afirma que são os pacientes chamados ‘difíceis’ que impuseram aos analistas a necessidade de repensar seu lugar no setting e, conseqüentemente, sua estratégia de cuidado. Nos casos difíceis, portanto, o papel do analista “passa a ser entendido mais nos termos de acolhimento e sustentação de experiências traumáticas que se repetem, do que de neutralidade e de atenção flutuante para escuta das associações livres” (SOUZA, 2013, p.21). Neste sentido, essas análises estariam mais próximas de uma psicoterapia, distanciando-se da psicanálise propriamente dita, orientada pelo método da associação livre.

Segundo Octavio de Souza, a solução para este impasse seria pensarmos em termos de continuidade e não ruptura. Ele entende que o objetivo da psicoterapia seria conseguir construir junto ao analisando possíveis processos de simbolização, levando-o a chance de ser capaz de

associar livremente. A psicoterapia seria, portanto, uma etapa preliminar da análise clássica, tornando esta distinção terminológica desnecessária. Porém, consideramos esta distinção também problemática, pois considerar uma etapa preliminar da outra implica num objetivo a ser alcançado dentro da análise, qual seja, transformar o paciente não analisável em analisável. Ainda, a possibilidade deste paciente nunca se tornar adequado a uma análise clássica parece bastante grande, mantendo a análise clássica num lugar de superioridade em relação às tais psicoterapias de base analítica.

Apesar de Freud apontar a insuficiência de sua teoria para o tratamento de casos não neuróticos, foram outros psicanalistas que se propuseram a adaptar a psicanálise para os tais casos antes não analisáveis. E foi a partir desta constatação mergulhamos em autores como Ferenczi, Winnicott e Balint, que de forma sensível e astuta, compreendem a psicanálise de uma maneira muito prática, clínica. Ferenczi arrisca em suas inovações na tentativa de tratar aqueles pacientes rejeitados pelos analistas clássicos, construindo uma teoria fecunda a respeito do trauma e da necessidade de tornar a técnica mais elástica, acessível a eles. E esta será a base para todo um remanejamento psicanalítico que resulta nas teorias das relações de objeto, contrapondo-se às teorias que insistem na manutenção do modelo pulsional como origem dos conflitos subjetivos.

Tais autores denunciam como a psicanálise foi inicialmente consolidada como uma prática de tratamento das neuroses, propondo então, uma mudança na patologia escolhida para produção de teoria. O encontro com o estudo das psicoses, das estruturas narcísicas, casos-limite, adicções, melancolias, e outros, levam os psicanalistas a uma maior preocupação em criar uma teoria e uma prática que tenham como referência a psicose, e não mais a neurose. Porém, o que mais me chama atenção nas leituras desses autores, e outros, que se voltam para a clínica desses casos não neuróticos, é a inclusão intensa do psiquismo do analista no processo analítico de seu paciente. Os processos de simbolização estão em evidência nesses estudos e o analista entra como substituto materno, produzindo através de seu vínculo disponível uma nova oportunidade de construção subjetiva.

CAPÍTULO 2 - O VÍNCULO NAS TEORIAS DAS RELAÇÕES DE OBJETO

“Você tem, por exemplo, um paciente sem-teto que você encontra na rua, no canto de uma calçada; será que você vai falar com ele de cima ou será que você vai se agachar para falar com ele estando com o rosto no mesmo nível, na mesma altura? Será que isso não tem importância?”

ROUSSILLON, 2013, p.116

Em meados de 1930, teóricos como Melanie Klein e W. Ronald D. Fairbairn começaram a discordar de alguns ensinamentos freudianos, principalmente a respeito do funcionamento psíquico dos primórdios. A preocupação desses e outros autores era a compreensão dos casos ditos difíceis, não analisáveis à época de disseminação da psicanálise pelo mundo. Fairbairn em seu livro Estudos Psicanalíticos da Personalidade (1952) formalizou a inauguração deste apanhado de teorias que privilegiavam as relações objetais em detrimento do excesso de preocupação intrapsíquica da teoria freudiana. Ele acreditava ser possível compreender os processos de adoecimento narcísico típico dos casos limites a partir de uma nova concepção de constituição psíquica. Toda sua teoria partia da observação clínica dos processos psicopatológicos, como vemos na passagem a seguir:

Por privilegiar a dimensão psicopatológica, investigando as origens e a natureza patológica da vida mental, pode-se dizer que Fairbairn se aproxima de uma teoria da gênese da personalidade e dos mecanismos mais primitivos de constituição psíquica. Privilegiando as considerações sobre a qualidade das relações de objeto e da dependência dos objetos, reviu a teoria freudiana da libido e mostrou a esquizoidia como a forma fundamental da constituição psíquica. (CELES et al, 2006, p.292)

Ao utilizar-se do processo esquizoide para explicar a constituição psíquica básica, Fairbairn entende que o objeto é fundamental neste processo. Esta importância dada aos processos traumáticos causados pelos adultos na subjetividade da criança tem origem principalmente em Ferenczi, por denunciar a sua impotência e fragilidade diante do poder de um adulto. Ferenczi buscou através de seus experimentos clínicos encontrar meios de tratar os casos em que a técnica clássica não encontrava sucesso. Ferenczi, ao lado de Kalr Abraham, foi o autor que passou a estabelecer os alicerces da Teoria das relações objetais. Foi também o primeiro a apostar que a falha de uma análise é, na verdade, a falta de análise do analista, e criou a regra da obrigatoriedade da análise didática para sua formação. Foi pioneiro, em virtude de voltar-se para os casos mais graves, da conceituação da transferência e da participação dos afetos do analista no tratamento de casos em que havia traumas desestruturantes na história dos pacientes.

Balint, como seu aprendiz e herdeiro, faz um desenvolvimento particular das ideias de Ferenczi, construindo sua própria teoria a respeito da análise dos casos que ele intitula como regressivos. Logo em seguida, adentramos numa parte da teoria de Winnicott, por ser aquele que nos permite ter uma teoria da clínica que nos orienta para o atendimento dos casos contemporâneos. Para nossos fins, a sua teoria a respeito do espaço potencial e seus desdobramentos dentro do *setting* são fundamentais. É como se estivéssemos chegando, neste capítulo, às respostas a respeito das dificuldades clínicas com os casos *borderline*. As teorias das relações de objeto nos dão uma ideia de transferência e contratransferência, do vínculo analítico, a partir do ponto de vista de uma maior participação do analista e seu psiquismo do que a proposta clássica. Aqui estão os autores que alguns psicanalistas afirmam não poderem ser considerados psicanálise, por não utilizarem sempre e exclusivamente os recursos técnicos clássicos, como a associação livre, o divã, a neutralidade e a interpretação.

Loparic (1996) afirma que a ruptura entre uma psicanálise edípica e psicanálise contemporânea é claramente observada nos escritos de Winnicott. Em sua teoria do amadurecimento humano nenhuma tríade edípica é priorizada, ao contrário, é a relação do bebê com seu ambiente mais primitivo e essencial que precisará ser compreendido para que a clínica dos casos mais difíceis possa ocorrer. Segundo Loparic (2001), inclusive, a metapsicologia freudiana seria uma construção filosófica inconsistente com a teoria clínica construída por Winnicott, que haveria marcado com seus textos, uma posição contrária a ela. Neste sentido, os autores que se propõem a estruturar uma clínica que abarque os casos não neuróticos pouco se preocupam com a metapsicologia, afirmando ser possível a construção de uma teoria da clínica, como bem o fazem.

2.1. L'enfant terrible e a relação transferencial

O psicanalista húngaro Sándor Ferenczi ficou conhecido na história do movimento psicanalítico por suas inovações clínicas, tendo sido bastante criticado durante sua vida e mesmo após a sua morte. Foi, inclusive, taxado de psicótico por Ernest Jones. Porém, a partir de algumas décadas atrás, a obra de Ferenczi tem sido estudada de maneira bastante contundente, em virtude das apresentações clínicas contemporâneas que desafiam a teoria psicanalítica. A recuperação e apreciação de sua obra são possíveis hoje graças ao trabalho de continuidade que se propôs Michel Balint, discípulo fiel de Sándor Ferenczi e sua escola de psicanálise de Budapeste. A valorização tardia dos textos ferenczianos nos exigem um estudo

cuidadoso do desenvolvimento de sua teoria, principalmente por ter ocorrido em concomitância com a teoria freudiana. O diálogo teórico entre Freud e Ferenczi proporcionou muitos dos enriquecimentos da teoria psicanalítica, principalmente no ponto de vista técnico-clínico. Ferenczi foi o psicanalista que mais questionou a técnica e o lugar do analista, tendo sido responsável por tentativas bem incomuns dentro das análises de seus pacientes. Tais tentativas, apesar de falhas em algumas vezes, tinham o principal objetivo de tornar os casos considerados inalisáveis passíveis de tratamento.

A grande crítica de Ferenczi recaía sobre os próprios analistas e suas posturas demasiado arrogantes. Se hoje faz-se essencial a boa formação do analista calcada em análise pessoal e supervisão, é graças aos questionamentos de Ferenczi a respeito do preparo do analista e de sua disponibilidade em adentrar em análises de casos considerados mais difíceis. Casos estes que Ferenczi priorizou em sua clínica, justamente pelo desafio de tornar a psicanálise uma ferramenta de cura, como Freud mesmo descreve em sua homenagem publicada após a morte do colega:

Quando de seu regresso de um período de trabalho na América, pareceu retrair-se cada vez mais para um trabalho solitário, embora anteriormente participasse muito ativamente de tudo o que acontecia nos círculos analíticos. Sabíamos que um só problema vinha monopolizando seu interesse. Nele, a necessidade de curar e de ajudar havia-se tornado soberana. Provavelmente ele se havia proposto objetivos que, mediante nossos meios terapêuticos, estão, atualmente, totalmente fora do nosso alcance. (FREUD, 1933, p.224-225).

Curar e ajudar, inclusive se para isso fosse necessário modificar a estrutura analítica clássica tal como estava apresentada. Ferenczi produziu muito em termos teóricos e grande parte de sua contribuição foi assimilada a teoria psicanalítica, porém, algumas de suas postulações precisaram de algum tempo para receberem a devida atenção. São as configurações clínicas que encontramos hoje que nos impõe a tarefa de nos debruçarmos com cada vez mais atenção à obra de Ferenczi, principalmente suas propostas e desacertos referentes à técnica psicanalítica. Ferenczi era o psicanalista que se propunha a analisar os inalisáveis, aqueles nos quais a associação livre não funcionava, aqueles que não propiciavam uma organização transferencial edípica compreensível, ou seja, casos em que via de regra a psicanálise fracassava.

Apesar da existência de um rico material disponibilizado a respeito das proposições de Ferenczi, priorizaremos aqui tudo aquilo que se refere ao tema da transferência, do vínculo entre analista e analisando, e suas consequências técnicas. Neste sentido, o período do desenvolvimento da técnica ativa, entre 1919 e 1926, parece-nos o mais frutífero para nossos

objetivos. A transferência começa a ser pensada mais minuciosamente por Ferenczi bem no início, em 1909, a partir das indicações dadas por Freud a partir dos casos de histeria que analisava. Como vimos, o conceito de transferência começou a ser delineado mais detalhadamente por Freud em 1910. Um ano antes, Ferenczi publicou seu primeiro artigo psicanalítico introduzindo sua teoria a respeito do conceito. Em “Transferência e introjeção” (FERENCZI, 1909), podemos encontrar o desenvolvimento da ideia de transferência a partir de um referencial muito específico e complexo.

Neste artigo, Ferenczi trabalha a ideia de transferência numa referência bastante comum à de Freud no início de suas hipóteses a respeito do tema, ou seja, entendendo a transferência como uma forma de resistência presente nas neuroses de uma maneira geral. A novidade consiste na interlocução entre transferência e introjeção², contrapondo este à projeção comum aos paranoicos. Esta introjeção tem como objetivo a descarga dos afetos decorrentes do processo de recalque, investindo nesses objetos introjetados para exercício de suas fantasias. Em suma, “o neurótico interessa-se por tudo, distribui seu amor e seu ódio pelo mundo inteiro; o paranoico ensimesma-se, é desconfiado, sente-se espiado e perseguido, odiado ou amado pelo mundo todo” (FERENCZI, 1909, p. 95).

Neste sentido, Ferenczi utiliza-se da compreensão de como a criança lida com os objetos nas épocas mais primitivas, quando a exclusão dos objetos percebidos ocorre porque causa desprazer e a inclusão porque causa prazer. Como no início o que se tem é autoerotismo, essa exclusão ou inclusão não admite a presença do objeto, mas somente a percepção subjetiva do afeto. Segundo Ferenczi, uma parte não se permite ser expulsa e se impõe ao Eu, sendo necessário que ocorra uma introjeção, introjeção primitiva, reabsorvendo essa parte do mundo que antes foi excluída. Assim, “o primeiro amor, o primeiro ódio, realizam-se graças à transferência: uma parte das sensações de prazer ou de desprazer, autoeróticas na origem, desloca-se para os objetos que a suscitaram” (FERENCZI, 1909, p. 96)³.

Como exemplificado no texto, primeiro a criança ama a saciedade, depois ama a mãe. Pensar a introjeção, segundo Ferenczi, é ampliar o conceito de forma a considerar o Eu num movimento ativo de incluir o objeto na sua vida psíquica a partir de seu referencial interno, num movimento de dentro para fora e não de fora para dentro, como se costuma pensar. Como afirma

² O conceito de introjeção é proposto por Ferenczi neste artigo e desenvolvido posteriormente de forma bastante consistente, sendo absorvido por Freud em muitos de seus escritos.

³ Tal formulação foi também absorvida por Freud em 1915 quando explica os movimentos do Eu na organização do que se desenvolve na esfera do amor e do ódio.

Mezan, “Ele esclarece perfeitamente que aquilo que chama de ‘introjeção’ é uma espécie de ‘abraço’ que o ego da criança faz com os objetos” (Mezan, 1996, p.101). Outra noção importante relacionada à transferência por Ferenczi é a noção de deslocamento, tendência, segundo ele, de todos os neuróticos. A transferência seria, portanto, uma das formas de apresentação do deslocamento tão comum em outras esferas da vida psíquica neurótica.

No decorrer do artigo, Ferenczi aproxima a transferência da hipnose e da sugestão, entendendo que nelas o fenômeno encontra sua mais nítida expressão. Esta aproximação proposta por Ferenczi vai ao encontro da forma como vimos como os métodos de tratamento anteriores ao psicanalítico implicava necessariamente num vínculo bastante específico entre o médico e seu paciente. Tal argumento é inclusive exposto por Ferenczi ao trazer exemplos de casos atendidos em que os sintomas desapareciam em virtude da necessidade de agradar o analista. E então, Ferenczi diz: “Esses casos não são exceções, mas a regra; explicam as ‘curas’ milagrosas devidas não só à sugestão ou à hipnose, mas também à eletroterapia, à mecanoterapia ou à hidroterapia e as massagens” (FERENCZI, 1909, p. 100).

Entretanto, tal artigo de Ferenczi sofreu duras críticas, principalmente em virtude de uma falta de objetividade em relação a definição do conceito, o que o levou a escrever em 1912 o artigo “*O conceito de introjeção*”, no qual detalha melhor suas ideias. Segundo Teresa Pinheiro, a relação intrínseca entre transferência e introjeção acompanhará a obra de Ferenczi até o fim, sendo complementada pela concepção de lugar do analista, desenvolvida a partir de sua teoria do trauma (PINHEIRO, 1995). De qualquer forma, o artigo ferencziano de 1909 é considerado o artigo que mais influenciou o desenvolvimento da metapsicologia freudiana, levando Freud a concentrar-se no estudo da transferência com a ajuda de Ferenczi. (CASADORE, 2012).

Seguimos para um dos períodos mais férteis em termos de produção, segundo Balint, o período que compreende o intervalo entre 1913 e 1919. Em 1918, Ferenczi discursou em uma conferência em Budapeste a respeito da técnica psicanalítica gerando o artigo com esse título, no qual encontramos grandes questionamentos e avanços no que tange à clínica psicanalítica da época. “A técnica Psicanalítica” (FERENCZI, 1918) começa por discorrer a respeito dos cuidados que devemos tomar com o uso da regra fundamental, a associação livre. De acordo com Ferenczi, é preciso estar atento às artimanhas que os pacientes utilizam para resistir ao tratamento, inclusive utilizando-se da associação livre para tal fim. Algumas recomendações são feitas ao longo do artigo, a que mais nos chama atenção aquela que orienta o psicanalista a

dispensar sua passividade em momentos ditos críticos, apontando para o que posteriormente encontraremos sob o nome de técnica ativa:

A situação do médico no tratamento psicanalítico lembra, sob muitos aspectos, o do obstetra, que também deve, tanto quanto possível, comportar-se passivamente, limitar-se ao papel de espectador de um processo natural, mas que, nos momentos críticos, terá o fórceps ao alcance da mão para terminar um nascimento que não progrida espontaneamente” (FERENCZI, 1918, p.362)

Percebemos nesta passagem a nítida tentativa de Ferenczi de relativizar o método associativo em sua obrigatoriedade. Diante de um paciente obsessivo que se utiliza da regra fundamental em prol da resistência trazendo apenas conteúdos absurdos, ou até mesmo de uma histérica em situação de transferência erótica, faz-se necessário que o analista saia de seu lugar passivo da escuta e interfira de modo a possibilitar a continuidade do tratamento. Para isto, é imprescindível a utilização da análise da contratransferência, pois é sempre necessário que o psicanalista dose seus afetos e compreenda-os de forma a não prejudicar o tratamento do seu paciente.

Aqui encontramos o ponto em que Ferenczi questiona mais claramente uma tendência à onipotência que o lugar do analista pode propiciar. O domínio da contratransferência só é possível caso o analista esteja em análise, e mais ainda, esteja sempre atento a seus afetos e reações no *setting*. Vemos claramente na passagem a seguir:

Mas sendo o médico, não obstante, um ser humano e, como tal, suscetível de humores, simpatias, antipatias e também de ímpetos pulsionais – sem uma tal sensibilidade não poderia mesmo compreender as lutas psíquicas do paciente -, é obrigado, ao longo na análise, a realizar uma dupla tarefa: deve, por um lado, observar o paciente, examinar suas falas, construir seu inconsciente a partir de suas proposições e de seu comportamento; por outro lado, deve controlar constantemente sua própria atitude de respeito do paciente e, se necessário, retificá-la, ou seja, dominar a contratransferência (FERENCZI, 1918, p.365)

Segundo Ferenczi, tornar-se consciente de sua contratransferência é essencial para que ao analista consiga superar a maioria dos impasses em que chegam muitas análises. A não consciência da própria contratransferência leva o analista a provocar determinadas reações e resistências por parte do analisando, negligenciando possíveis sinais de que o tratamento está caminhando para um lugar não desejável. Aliás, quanto mais inconsciente o analista está de seus sentimentos contratransferenciais, mais a possibilidade do paciente usá-los a favor de sua própria resistência. Deve-se, inclusive, cuidar para que o medo da contratransferência não torne o analista duro demais, incrementando ou até propiciando resistências, retardando ou atrapalhando o processo transferencial esperado. Justamente, é a análise cuidadosa da contratransferência que tornará possível que o analista relaxe e conquiste a escuta flutuante,

como exigido tecnicamente. O uso que o paciente pode fazer da contratransferência é algo que devemos nos atentar constantemente.

Seguindo no nosso estudo a respeito da relação analítica, segundo Ferenczi, chegamos ao desenvolvimento da técnica ativa, no ano seguinte deste artigo a respeito da contratransferência. Em “*Dificuldades técnicas de um caso de histeria*” (FERENCZI, 1919), temos o primeiro registro da utilização da técnica, feito através da discussão de um caso de histeria atendido por ele. Sua técnica, a princípio, consistia no estabelecimento de um prazo para o fim do tratamento com o intuito de motivar o paciente a produzir melhoras. Após algumas idas e vindas do caso descrito, Ferenczi chega à conclusão de que a técnica ativa deve ser utilizada com o objetivo de esmorecer as resistências e provocar desarranjos sintomáticos. Ao longo do artigo, Ferenczi propõe além de um prazo para o fim da análise, o estabelecimento de ordens, exigências e proibições, principalmente para casos em que haveria uma satisfação masturbatória impedindo o trabalho psíquico desejado para o processo de análise. Devemos lembrar aqui que o desenvolvimento de tal técnica se fez em parceria com Freud, que também a utilizou em alguns de seus casos⁴.

No ano seguinte, em “*Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise*” (FERENCZI, 1921), podemos encontrar um desenvolvimento teórico mais consistente a respeito da técnica, principalmente porque Ferenczi traz a necessidade de pensarmos a transferência atrelada ao uso da técnica ativa. Segundo o autor, a atividade por parte do médico não constitui em si uma novidade no campo psicanalítico, pois mesmo na época pré-psicanalítica, com Breuer e Freud e a análise das histéricas, o método catártico teria sido marcado pela atividade tanto do médico quanto do paciente. Além disso, mesmo o método psicanalítico já estabelecido em 1921, pressupõe, na interpretação, uma grande atividade por parte do analista e determinada passividade por parte do analisando. Ferenczi, refere-se a isso como “educação do ego” e considera que, para que tal educação ocorra, deve-se estar presente uma certa autoridade do médico estabelecida através do afeto transferencial. E será justamente a histeria de angústia o exemplo trazido por Ferenczi para explicar a necessidade do uso de técnicas mais ativas e específicas do que a interpretação para que o paciente possa sair de determinados pontos inertes do tratamento.

Já neste mesmo artigo, podemos perceber uma certa preocupação de Ferenczi em relação ao uso da técnica ativa, principalmente ao se referir à tal técnica como ferramenta

⁴ O mais conhecido uso da técnica ativa em Freud nós podemos encontrar na análise de Serguéi Pankejeff ou o “Homem dos Lobos” (FREUD, 1918[1914])

auxiliar em que seu emprego deve ocorrer em caráter de excepcionalidade – como o fórceps. Neste sentido, “o analista deve saber que essa experiência é uma faca de dois gumes; por isso ele deve ter, antes de se decidir, indícios seguros da solidez da transferência” (FERENCZI, 1921, p.118). O motivo disso é um tanto óbvio: por ser a técnica ativa uma ferramenta que trabalha mais ao lado de uma dinâmica imperativa do Supereu, ou seja, contra o princípio do prazer, caso a transferência não esteja forte o suficiente, o paciente utilizar-se-á disso para abandonar o tratamento. A atividade do analista implica, necessariamente, numa confiança já estabelecida por parte do analisando, propiciando assim um caminho fortuito para o analista tentar alavancar o tratamento.

Segundo Ferenczi, não existiria neurose que não se pudesse utilizar a técnica ativa, desde que, além de estar atento à transferência, o analista utilize-a como meio de investigação e não como um fim em si – ou não poderia ser chamada de psicanalítica. Um meio de investigação e também, de instigar a repetição:

A técnica ativa apenas desempenha, por conseguinte, o papel de agente provocador, cujas injunções e interdições favorecem repetições que compre em seguida interpretar ou reconstituir nas lembranças. (...) A técnica ativa não tem outra finalidade senão revelar, pela ação, certas tendências ainda latentes para a repetição e ajudar assim a terapêutica a obter esse triunfo um pouco mais depressa do que antes (FERENCZI, 1921, p.125).

Neste trecho podemos perceber como a técnica ativa é uma ferramenta clínica consistente metapsicologicamente, mas também perigosa. A atividade do analista provocaria a repetição, aquilo que em 1914 Freud afirma ser justamente aquilo que o analista deve evitar incitando o paciente a lembrar sempre pela via da simbolização. O que compreendemos aqui é justamente a forma como a repetição pode tirar o paciente de determinados pontos mortos do seu tratamento e propiciar, com a ajuda do analista, que a recordação possa ocorrer. Para a técnica ativa, portanto, é imprescindível o vínculo consistente do par analítico, pois provocar a repetição sem que exista uma segurança por parte do analista de que o paciente confiará nele para restabelecer o processo de simbolização da recordação, seria catastrófico. E enquanto isso, como vimos, o domínio contratransferencial é indispensável. Os perigos decorrentes de tal técnica levaram Ferenczi a questionar seu uso e publicar um texto expondo suas contraindicações, encerrando suas pesquisas a respeito da técnica ativa em 1926. Após um ano sem publicações ou aparições teóricas, Ferenczi começou a dedicar-se mais profundamente às indagações a respeito do lugar do analista.

Seguimos para os textos referentes ao último período de vida de Ferenczi, trazidos à luz somente 45 anos após sua morte em 1933. Aqui vemos a construção teórica brilhante de um autor que não viveu para experimentar o reconhecimento de seu trabalho que hoje nos proporciona um campo de estudo clínico imprescindível. A sua construção da teoria do trauma, da elasticidade, do sentir com, da regressão, possibilita que pensemos uma clínica característica da contemporaneidade – do intrapsíquico ao relacional. Um ano após seu “sumiço”, Ferenczi inicia suas exposições a respeito de uma clínica calcada no entendimento da importância do meio para a constituição da saúde subjetiva do indivíduo. Começa por expor numa sessão clínica em Londres de que forma o ambiente familiar influencia na organização psíquica, explicando a necessidade de que a adaptação seja da família à criança e não ao contrário.

Para isto, se faz necessário que os pais consigam desfazer o esquecimento a respeito de suas próprias fases infantis e compreendam em si suas crianças. Utilizando as teorias de Lamark, Watson e até mesmo de Otto Rank, Ferenczi se embrenha na tarefa de compreender o motivo de alguns indivíduos serem menos adaptados que outros. Segundo ele, o nascimento não pode ser caracterizado como traumático, pois biologicamente estaríamos preparados para tal mudança de meio. Traumático mesmo são as mudanças ambientais que não correspondem a uma necessidade dessa criança, quando os pais não percebem o quão sensíveis seus filhos são, principalmente nos cinco primeiros anos de vida.

Neste sentido, é muito importante que a relação entre a criança e seu meio seja harmonioso, seguindo a tendência natural de seu desenvolvimento, como Ferenczi afirma: “A tendência natural da criança pequena é para amar-se a si mesma, assim como a tudo que considera como fazendo parte dela; seus excrementos são, efetivamente, uma parte de si mesma, de algo de intermediário entre o sujeito e objeto” (FERENCZI, 1927, p.7). Encontramos aqui uma curiosa novidade de Ferenczi: não só o objeto e seu próprio Eu são importantes, mas também o que se encontra entre eles, no permeio (*Zwischending*). Ferenczi, conseqüentemente, assinala a importância de pensarmos a psicanálise de crianças, pouco explorada por Freud, porém bastante desenvolvida por Anna Freud e Melanie Klein. O desenvolvimento da sexualidade, das interações edípicas, a formação do Supereu, tudo isso deve ser olhado com cuidado pelo analista.

Ainda no mesmo ano, outra exposição de Ferenczi chama atenção pela capacidade de observação clínica e sinceridade a respeito de suas indagações. “O problema do fim da análise” (FERENCZI, 1927) questiona o lugar do analista como aquele produtor de cura, indicando algumas possibilidades de entendimento a respeito desta, no caso das neuroses. O neurótico deve

ser capaz de diferenciar suas fantasias da realidade, adquirindo maior controle sobre suas decisões. Isso se faria possível mediante um período importante de tempo, onde as repetições levam à perlaborações e o trabalho psíquico pode acontecer com a ajuda do analista. De acordo com Ferenczi, é imprescindível, que o paciente confie no seu analista e ele, em contrapartida, deve conquistar tal confiança através de sua benevolência e paciência.

O analista deve ter ciência das tentativas do analisando de testar sua capacidade de tolerância em relação a ele, como a criança que testa seus pais e geralmente recebe atitudes agressivas em resposta. O analista não pode responder da mesma forma. Deve, ao contrário, estar consciente de seus afetos e resistências, pois seus pacientes terão a intensa perspicácia em percebê-los para uso de seu teste. É imperativo, portanto, que o analista possua domínio de suas contratransferências e que sua análise tenha podido encontrar suas fraquezas mais escondidas. Neste sentido, o analista é aquele que possui a exigência de ser capaz de terminar sua própria análise. A importância do lugar do analista e sua postura nos estudos clínicos de Ferenczi levou-o a publicar em 1927-28 o texto “Elasticidade da técnica psicanalítica”, onde suas propostas tomam corpo e a questão do vínculo entre analista e seu paciente nunca mais perderá o lugar.

Neste texto, Ferenczi observa o tamanho da responsabilidade do analista e de como é necessário que sua técnica esteja sempre embasada cientificamente. A primeira evidência disso é a adoção de uma segunda regra fundamental para a psicanálise: “quem analisar os outros deve, em primeiro lugar, ser ele próprio analisado” (FERENCZI, 1927-28, p.31). A adoção desta regra diminui as diferenças entre as técnicas psicanalíticas, a porção pessoal de cada analista e a sua criatividade deixam de ser tão essenciais. O essencial, portanto, é que ao analista não falte tato, ou seja, que ele seja sempre capaz de *sentir com*, principalmente com casos de paciente severamente adoecidos, pacientes com os quais a técnica clássica calcada na interpretação e neutralidade era produtora de traumas.

Ferenczi faz ainda algumas críticas a proposições analíticas de sua época, tais como, analistas que exigiam uma confiança por parte do analisando sem ter lhe dado motivos concretos para isso. O mesmo ocorria com as análises infundáveis, pois acreditava que “uma análise de dez anos equivale em termos práticos a um fracasso” (FERENCZI, 1927-28, p.33). Além disso, Ferenczi defendia a humildade do analista, afirmando que suas proposições não devem ser autoritárias, mas sim, uma tentativa de sentido, pois o analista também é passível de errar, de encontrar os limites de seu saber. *Sentir com*, portanto, implica um analista modesto e preocupado na cura de seu paciente, num lugar empático e cuidadoso.

Assim nasce a proposta de Ferenczi de tornar a técnica analítica elástica, passível de estiramentos e retornos, como vemos na sua definição: “É necessário, como uma tira elástica, ceder às tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada” (FERENCZI, 1927-28, p.37). Neste sentido, é imprescindível que o analista abra mão de seu narcisismo para admitir a possibilidade de estar errado diante de seu paciente. Vemos o quanto a análise do analista e o domínio de seus afetos se tornam mais uma vez essenciais e, ainda, como era necessário que Ferenczi trouxesse para o campo analítico o exercício da humildade. Como os pacientes percebem as inseguranças do analista e seus afetos inconscientes, não sendo possível, portanto, uma postura de “sentir com” forjada.

Ao continuar suas elaborações a respeito da técnica psicanalítica, Ferenczi chama atenção para uma metapsicologia da técnica, na qual questiona o lugar do Supereu transferencial. O analisando coloca o analista no lugar de pai em sua transferência, ou seja, num lugar do Eu, porém ele afirma que “uma verdadeira análise de caráter deve pôr de lado, pelo menos passageiramente, toda espécie de Supereu, inclusive do analista” (FERENCZI, 1927-28, p.39-40). Ora, o analista deixar de lado seu Supereu implica em admitir a influência psíquica contratransferencial no trabalho analítico e, mais ainda, implica na necessidade que o analista observe esse lugar e não o assuma. A postura do analista que é capaz de *sentir com* é justamente aquela contrária a postura paterna do Supereu, possuidora do saber e assertiva em suas certezas, nos seus imperativos. A elasticidade propõe, justamente, que não se ocupe o lugar do Eu, mas que ocupe o lugar do humano, daquele passível de erros e dúvidas.

Por isso, Ferenczi entende que a metapsicologia dos processos psíquicos do analista, apesar de nunca ter sido construída, precisa começar a ser esboçada. Esta indicação nos é muito importante, pois justifica a proposta deste trabalho – a de buscar compreender se podemos pensar uma metapsicologia do vínculo analítico, vínculo esse que compreende psiquismo do analisando e o psiquismo do analista em interação. Talvez Ferenczi tenha sido o primeiro a perceber tal urgência, justamente por ter sido também um dos primeiros a tentar desenvolver uma clínica de casos mais difíceis para a técnica clássica por demandarem mais do psiquismo do analista.

Ele conclui que o fato decisivo para eficácia do “sentir com” está no nível de consciência de tal procedimento: o “sentir com” inconsciente é experimentado como resistência, identificações e afetos contratransferenciais sem controle; já o *sentir com* pré-consciente é aquele desejado por todo analista, pois propicia uma confiança interessante por parte do

analisando e uma postura elástica por parte do analista. Como bem já entendemos, o nível pré-consciente é conquistado através da análise bem terminada do analista.

Por fim, chegamos à teoria do trauma proposta por Ferenczi em 1932, que entende a situação desestruturante como uma confusão entre a linguagem do adulto e a linguagem da criança, paixão *versus* ternura. Esta teoria consagra uma virada: os problemas dos pacientes graves são decorrentes de traumas ocorridos não mais numa perspectiva intrapsíquica fantasística, mas relacional, factual. O paciente traumatizado sofreu um abuso e como os adultos ao seu redor puderam lidar com tal fato será decisivo na forma como ele se relaciona com o mundo. O perigo, segundo Ferenczi, de não levarmos em conta os fatores externos é apelarmos demais para as predisposições patológicas e as falhas de constituição psíquica⁵. Ao adentrar no estudo da traumatogênese, Ferenczi experimenta uma clínica bastante diferente daquela considerada clássica, calcada nos fenômenos regressivos e na análise da contratransferência. São pacientes que, segundo ele, experimentam angústias avassaladoras as quais a autodestruição e o sofrimento mudo são as características mais marcantes presentes nesta clínica (FERENCZI, 1931).

Sua percepção de que a clínica dos casos em que haveria um trauma na história psíquica do paciente deveria ser diferente começa por ser delineada justamente a partir de análises fracassadas. A técnica ativa e a postura assertiva do analista, já questionada anteriormente, levava os pacientes a melhorarem de determinados sintomas para adentrarem crises de angústia insuportáveis. As sessões, ao invés de provocarem um avanço no tratamento, repetiam a situação traumática e as angústias decorrentes disso eram consideradas insuportáveis pelos pacientes. Por sorte, Ferenczi recorreu a sua autocrítica e conseguiu perceber que havia algo de traumático em seu lugar analítico, como vemos na passagem a seguir:

Ficava atento quando os pacientes me acusavam de ser insensível, frio, até duro e cruel, quando me censuravam por ser egoísta, sem coração e presunçoso, quando me gritavam: ‘Depressa, ajude-me, não me deixe morrer nessa angústia...’ Fiz o meu exame de consciência para ver se, apesar da minha boa vontade consciente, não haveria alguma ponta de verdade nessas acusações (FERENCZI, 1932, p.112).

Este exame de consciência leva Ferenczi a seguinte constatação:

Cheguei pouco a pouco a convicção de que os pacientes percebem com muita sutileza os desejos, as tendências, os humores, as simpatias e antipatias do analista, mesmo quando este está inteiramente inconsciente disso. Em vez de contradizer o analista, de acusa-lo de fracasso ou cometer erros, os pacientes identificam-se com ele (FERENCZI, 1932, p.113).

⁵ Aqui podemos encontrar um distanciamento mais claro do pensamento freudiano. Na medida em que a saída de Freud para o questionamento a respeito da veracidade dos relatos de abuso de suas históricas é a atribuição de valor à realidade psíquica. Portanto, o campo das fantasias ganha maior importância do que as questões de natureza factual.

Certos pacientes, portanto, possuem uma sensibilidade em relação ao analista maior do que este gostaria na maioria das vezes de admitir. Esses pacientes são diferentes em alguns aspectos, mas principalmente, por essa sensibilidade característica que demanda uma postura diferenciada do analista. Postura essa calcada na sinceridade e humildade, como vimos, muito difícil de ser encontrada no meio psicanalítico principalmente na sua época e, talvez até em nossos dias. No entanto, a atitude fria e distante do analista deixa o paciente em estado regressivo, infantil, abandonado à própria solidão, situação sentida como insuportável pois o remete àquilo que o conduziu à sua doença. A elasticidade, o *sentir com*, precisa ser espontânea, pois como vimos, o paciente perceberá tanto a mentira e a antipatia, como o medo e a indisponibilidade narcísica de seu analista. A importância da postura do analista é fomentada no sentido do que o paciente precisa em virtude do esquema traumático proposto por Ferenczi:

A teoria do trauma ferencziano consiste numa cena que inclui três personagens essencialmente: um adulto na linguagem da paixão, uma criança na linguagem da ternura, e um outro adulto, também na linguagem da paixão, porém, alguém considerado de confiança para a criança em questão. A criança demanda ternura e recebe do adulto perverso paixão, gerando uma diferença de linguagem, uma confusão. A autoridade do adulto em seu lugar hierárquico emudece a criança, que para defender-se da agressão perde momentaneamente sua consciência, submetendo-se e perdendo-se numa direção identificatória com o agressor. A saída após o ocorrido é a entrada de um terceiro personagem, alguém em quem essa criança deposita extrema confiança, na qual ela busca uma resposta, um sentido para sua confusão e sua dor. Este adulto será capaz, de acordo com sua reação, produzir o efeito traumático desestruturador ou não. Caso esse adulto acolha e dê contorno de verdade ao ocorrido, culpabilizando o agressor e vitimando a criança, a tendência é que não ocorra o trauma propriamente dito.

Entretanto, caso esse adulto faça o contrário, retirando a importância do ocorrido e ainda por cima acusando a criança de mentir, o efeito patógeno é decisivo. Tereza Pinheiro (1995) chama tal situação de “desmentido”, no sentido de que este adulto desmente a afirmação da criança abusada, impossibilitando a introjeção e deixando-a à mercê do dispositivo defensivo da incorporação ou clivagem⁶. O termo em Ferenczi possui algumas possibilidades de tradução, como aponta Kupermann:

No original, escrito em alemão, onde lemos ‘negação’ encontra-se Verleugnung. Alguns comentadores preferem traduzir Verleugnung por ‘desmentido’, outros por

⁶Como vimos anteriormente, a introjeção é resultado de um trauma estruturante, enquanto a incorporação caracteriza uma desestruturação psíquica, uma clivagem do Eu.

‘descrédito’. Prefiro, inspirado nas indicações de Luís Cláudio Figueiredo (2003), ‘desautorização’, no sentido de enfatizar a dimensão de desapropriação subjetiva promovida no sujeito em estado de vulnerabilidade pelo encontro traumático (KUPERMANN, 2017, p.51).

A desautorização, portanto, traumática de maneira desestruturante abandona a criança numa perspectiva solitária e sem possibilidades de dar sentido ao ocorrido, identificada com o agressor, passa a não mais dar crédito a suas próprias percepções e manter-se sempre distante de seus próprios afetos. Tais adultos quando buscam ajuda em nossas clínicas correm o risco de sofrerem mais uma desautorização, pois se diante desse sofrimento escondido o analista se coloca frio e distante, manter esses afetos escondidos parece ser a melhor opção. Além disso, o analista que não percebe estar diante de um caso regressivo, promove nova confusão de línguas, ao propor uma análise de interpretações edipianas (genitais, linguagem da paixão) a um paciente em estado latente de infantilidade (linguagem da ternura). Daí porque associamos Ferenczi como o autor da linguagem dos primórdios e da teoria das relações objetais.

Quando, do contrário, o analista consegue vislumbrar a criança presente no adulto em sua frente, é capaz de acolhê-la e dar a possibilidade de desfazer a desautorização ocorrida no passado. Dando crédito, autorização ou voz ao sofrimento, à sensação de não-sentido e vazio, ele consegue ressignificar a cena colocando o agressor fora do espaço psíquico e localizando-o no exterior. Acolhe a vítima dando a ela a chance de fazer a introjeção através de uma nova relação de confiança que essa modalidade transferencial propicia. Tereza Pinheiro nos explica tal possibilidade da seguinte forma:

Para Ferenczi, esse lugar do analista não pode ser semelhante ao do professor diante do aluno, visto por ele como uma relação de autoridade e temor. A transferência deve ser o suporte da introjeção que não foi realizada no trauma. Esta só poderá ser inscrita pelo paciente através de uma construção proposta pelo analista, como se dá nas primeiras introjeções (PINHEIRO, 1995, p.113).

Foi seguindo este caminho que Ferenczi percebeu a importância da análise contratransferencial, pois somente um analista disponível afetivamente poderia se colocar à disposição de um vínculo com tamanho poder estruturador. Segundo Balint (1968), tais descobertas foram pioneiras no desenvolvimento de estudos a respeito do vínculo que levam em conta a contratransferência, o psiquismo do analista como parte atuante do processo analítico de seus pacientes. Como Ferenczi já afirmava que o analista precisa ser um paciente tratado (FERENCZI, 1932), Jô Gondar entende que:

O paciente tratado é alguém que se dispôs a realizar um trabalho sobre si, trabalho que inclui o contato e a experiência com suas próprias zonas fragmentadas. Somente essa

experiência com a fragmentação permite ao analista entrar em contato com os estados fragmentados de um paciente (GONDAR, 2017, p.34)

A partir desta afirmação de Jô Gondar e da sua leitura de Ferenczi, podemos concluir que, somente o analista disposto a olhar seus próprios núcleos psicóticos consegue ter um olhar empático e benevolente com os núcleos psicóticos de seus pacientes. Neste sentido, o vínculo entre eles não será de professor/aluno, ou lugar de saber/alienação, mas sim, de um encontro intersubjetivo que possui a potência de constituir subjetividades e de capacitar o indivíduo a relacionar-se a partir de experiências afetivas mais autênticas.

2.2 A relação transferencial em Michael Balint

Balint era húngaro, médico e filho de médicos, fez análise e supervisão com Sándor Ferenczi. Foi responsável pelas obras de seu mestre, tanto no sentido de apropriação de seus escritos quanto no sentido de continuar seus desenvolvimentos teórico-clínicos. O estudo de pacientes em grave estado de regressão fez de Balint, em conformidade com Ferenczi, questionar a rigidez clínica propondo uma postura menos invasiva e prepotente por parte do analista, favorecendo o estabelecimento da confiança do paciente e sua regressão benigna. Sua proposta baseia-se na teoria de que o conceito de narcisismo primário (FREUD, 1914), não produz significativos avanços práticos, além de ser, segundo ele, um erro teórico.

Em sua teoria, Balint caracteriza o desenvolvimento psíquico e afetivo a partir de três áreas, as chamadas “áreas da mente”, divididas da seguinte forma: área da criação, área da falha básica e área edípica. A terceira área é bem conhecida dos psicanalistas, por remeter imediatamente ao complexo de Édipo e sua tríade constitutiva. A segunda e a primeira são as novidades trazidas por Balint, por se tratarem de épocas mais primitivas e com especificidades estabelecidas por ele a partir de sua observação clínica. Segundo Balint, a área da criação é a chamada psicologia *one person*, onde o que existe são relações com pré-objetos numa época mais primitiva do psiquismo. Já a área da falha básica é aquela da psicologia *two person*, onde há relação com objeto.

Em consequência desta proposição, a relação analista e paciente também deverá ser avaliada segundo as possibilidades deste se relacionar, ou seja, caso o paciente esteja num nível edípico, a análise seguirá os parâmetros estabelecidos pelo método clássico: interpretação, abstinência, objetividade empática e neutralidade. Porém, caso o paciente se encontre em nível regressivo no sentido de uma das duas outras áreas, a técnica analítica deverá ser outra,

obedecendo as possibilidades do paciente de relacionar-se com seu entorno, com os objetos. Por motivo de objetividade, nos concentraremos nas duas primeiras áreas, principalmente a área da criação, onde parece indicar a possibilidade de pensarmos numa relação com o entorno tão primitiva e pré-verbal, como muitos casos que nos batem à porta no consultório. Casos que nos indagam a respeito de nossas possibilidades reais de conquistar algum avanço terapêutico, ou que nos fazem questionar nossas teorias, ou até mesmo nosso lugar de saber. Casos enfim, que convidam o analista para um trabalho psíquico para além daquele racional, consciente e seguro.

Michel Balint, como discípulo das ideias de Ferenczi, defende, em suas obras, a importância de um olhar diferenciado por parte do analista para os casos considerados de difícil manejo. Na verdade, Balint deu continuidade a um processo iniciado por Ferenczi de abertura da técnica psicanalítica para as formas menos convencionais e clássicas de organização do espaço analítico, cuja a proposta é expandir o campo de possibilidades da psicanálise ao invés de insistir numa seleção de pacientes que seriam considerados analisáveis. A questão central de tais autores seria a questão do traumático e as suas implicações na constituição psíquica de cada indivíduo, cada um a seu modo, os dois priorizaram a busca de novas possibilidades técnicas a partir de um entendimento organizado do como esses pacientes se desenvolvem emocionalmente no ambiente que lhes circunda.

Uma crítica bastante comum a em tais autores é a supervalorização do ambiente na formação subjetiva desses pacientes, deixando de lado as suas devidas escolhas e responsabilidades. Tal crítica parece ter um fundamento bastante freudiano, caracterizando a necessidade e o desejo de que haja uma continuidade clara de raciocínio entre a psicanálise tal como criada por Freud e os desdobramentos desta nas novas – ou não – manifestações teóricas e clínicas. Porém, esta parece não ser uma preocupação de tais autores. Ferenczi talvez tenha se preocupado em demasia em não discordar ou se opor totalmente a Freud ao longo de seus questionamentos, demonstrando um apego a conceitos fundamentais, apesar de serem claras a sua capacidade inovadora e a importância de suas descobertas clínicas.

Porém, Balint e Winnicott parecem se preocupar menos com as consequências de certos rompimentos teóricos com a psicanálise tal como estruturada por Freud. Winnicott inclusive, raramente refere-se a Freud em suas proposições, sendo fiel a suas observações e convicções independente de uma referência teórica específica. Balint, ainda mais radical, discorda de um conceito essencial para metapsicologia freudiana: o narcisismo primário. Segundo o autor, tal construto, além de errado em sua formulação, é inútil em sua aplicação. A maior crítica de Balint é a noção que Freud propõe em 1914 de que existiria um momento em que a libido do

indivíduo estaria totalmente fechada em si mesmo, numa ausência de relação objetal, até porque, este estágio estaria anterior a existência de objetos externos e reais a serem investidos.

Esta proposição de Freud estaria equivocada em virtude da assertiva balintiana de que tal momento de inexistência objetal nada mais seria do que uma abstração sem embasamento científico algum, pois, segundo Balint, em estágios mais primitivos de constituição psíquica existiria uma relação com o entorno que caracterizaria um nível importante de relação. Mesmo que ainda não possamos dizer que existam objetos claros, reais e delimitados, algo como um entorno substancial, como pré-objetos, estariam presentes e exerceriam papel fundamental na subjetivação do indivíduo. Estaríamos, na teoria balintiana, na área da criação, a terceira em ordem decrescente de nível de organização psíquica. A área da criação seria anterior a área da falha básica e a área edípica, porque,

Enquanto a área do conflito de Édipo caracteriza-se pela presença de pelo menos dois objetos, exceto o sujeito, e a área da falha básica por um tipo de relação muito peculiar, exclusivamente bipessoal, a terceira área é caracterizada pelo fato de que nela não está presente o objeto externo. O sujeito está por sua conta e sua principal preocupação é produzir algo por si mesmo, que pode ser um objeto, embora nem sempre o seja. Propomos chamá-lo de 'nível' ou 'área de criação'. (BALINT, 1968, p.21).

No sentido da prática psicanalítica, a área edípica seria a de maior abrangência clínica, tendo sido muito bem estudada e desenvolvida por Freud e seus discípulos mais fiéis. Seria, portanto, a área compreendida pela técnica da interpretação, da associação livre e das teorias metapsicológicas já conhecidas. Entretanto, a atenção de Balint recairá sobre os dois níveis anteriores, mais especificamente o da falha básica, a qual estruturará seus argumentos a respeito da postura do analista, do limite da interpretação e da importância da relação objetal para o tratamento de casos mais graves de regressão. Fica claro nesta diferenciação, o seu interesse no âmbito relacional do desenvolvimento psíquico, nunca destituindo a importância dos aspectos intrapsíquicos, mas sempre enfatizando que, para compreensão do segundo, é fundamental o estudo do primeiro.

Agora podemos retornar ao argumento de Balint para contrapor ao conceito de narcisismo primário de Freud. Como vimos, será a insistência da existência de uma relação desde os primórdios da constituição psíquica que fará Balint afirmar que tal momento de um narcisismo primário não existe, mas que, na verdade, todo narcisismo será secundário. Ou seja, o investimento que o indivíduo faz no seu próprio Eu será sempre o retorno dessa libido que possui desde sempre a característica de estar vinculada a um entorno. Balint toma o cuidado de não afirmar que existem objetos com contorno e delimitação exatos, entendendo que existe, na

verdade, uma relação com algo que seria da ordem de uma substância, pré-objetos que estariam disponíveis para interações fundamentais, porém desorganizados. Ao descrever tal questão, Balint descreve sua dificuldade em encontrar linguagem suficiente para explicar do que se trata tal fenômeno, como vemos na passagem abaixo:

Sabemos que não existem "objetos" na área de criação, mas também sabemos que nela, na maior parte do tempo, o sujeito não está completamente sozinho. O problema é que nossa linguagem não tem palavras para descrever ou até mesmo indicar os "alcos" que estão presentes, quando o sujeito não está completamente só; para poder falar a seu respeito, propomos utilizar o termo "pré-objeto"; pois "embrião de objeto" seria muito definitivo; em alemão, Objekt-Anlage poderia ser um termo adequado. (BALINT, 1968, p.22).

Esta dificuldade em colocar em palavras tal dimensão relacional parece coerente com a própria ideia do autor a respeito do que de fato caracteriza tal momento. Não podemos perder de vista que, apesar do caráter teórico de tal proposta, Balint está se referindo a algo que é da ordem da sua própria experiência clínica e de seu entendimento a respeito da dimensão traumática tão enfatizada e trabalhada por Ferenczi. Afinal, a importância dada a interação do indivíduo com seu entorno e, principalmente, o quanto um se adapta as necessidades do outro, estruturará as bases de funcionamento psíquico-afetivo que terá como consequência relações objetais mais ou menos satisfatórias. Esta ideia com raízes bastante ferenczianas será também muito bem desenvolvida por Winnicott, com seus conceitos e delimitações próprias. O trauma será principalmente caracterizado, portanto, por esse desencontro entre as expectativas do indivíduo e a resposta de seu entorno – quanto maior for esse desencontro, essa diferença, maior será a falha básica, segundo Balint e, conseqüentemente, mais difícil serão as relações que o indivíduo poderá estabelecer com os objetos do mundo.

Balint se propõe a questionar o conceito de narcisismo primário de Freud e o faz incansavelmente, até dispor de novos constructos e embasamentos, preferindo chamar tal momento de “amor primário”. Encontramos como definição de amor primário, a “condição de total harmonia entre bebê e mãe estabelecida a partir da vida intrauterina, quando os objetos ainda não se fazem presentes em sua aspereza, não se distinguem, e ocorre uma interpenetração harmoniosa envolvendo o feto e o líquido amniótico” (BRANDT, 2009, p.201).

O analista húngaro afirma, inclusive, que o conceito de identificação atrelado a ideia de que a infância é caracterizada pelo narcisismo primário é inconsistente, já que a mais primitiva identificação implica numa exterioridade para que possa haver a modificação do Eu, tal como a definição de identificação propõe. Toda identificação seria secundária, e o narcisismo primário não existiria, já que, como propõe Balint, alguma relação com um “entorno-mãe” se

dá e provoca efeitos, incitando na criança respostas a esse ambiente. A alternativa de Balint ao conceito de narcisismo primário e a toda uma teoria a respeito dos momentos mais primitivos de vida do indivíduo é a ideia de amor primário, que aponta para uma relação fundamental com o entorno, relação esta que seria buscada eternamente pelo indivíduo, por ser intensamente investido pelo entorno e investir neste em retorno. A esta relação Balint dá o nome de mistura ou “mescla harmoniosa interpenetrante”:

No entanto, provavelmente esse entorno é indiferenciado; por um lado, ainda não há nele objetos e por outro, dificilmente terá uma estrutura e, em particular, limites nítidos em relação ao indivíduo; o entorno e o indivíduo se interpenetram, existem juntos em uma "mescla harmoniosa". Um importante significado dessa mescla harmoniosa interpenetrante é o peixe no mar (um dos símbolos mais arcaicos e mais amplamente ocorridos). Seria inútil indagar se a água das guelras ou da boca faz parte do mar ou do peixe; o mesmo é verdade a respeito do feto. O feto, o fluido amniótico e a placenta são uma mistura tão complicadamente interpenetrável de feto e de entorno-mãe, que sua histologia e fisiologia estão entre as perguntas mais temidas dos exames de Medicina. (BALINT, 1968, p.60)

Ao analisarmos minuciosamente a passagem acima, observamos como Balint se preocupa em descrever um encontro entre, no mínimo, dois mundos, e não somente a história individual da criança. Seu foco de interesse está na relação entre ela e seu entorno, na dimensão relacional. A metáfora que Balint usa para descrever a relação do feto com seu entorno é a do peixe no mar, onde não se sabe diferenciar se a água nas entranhas do peixe é o peixe ou o mar, ou seja, a ideia de uma substância interpenetrável, indissociável, parece explicar a relação entre o feto e o entorno-mãe. Em seguida, Balint compara com a relação que estabelecemos com o ar, do fato de necessitarmos tanto dele para nossa sobrevivência, mas só notarmos sua existência caso exista sua falta. O ar simplesmente precisa estar ali. Da mesma forma o entorno precisa estar e sua ausência será sentida como perigo de morte.

Os limites entre o indivíduo e seu entorno ficam tão dificilmente especificados como o ar nos pulmões ou a água nas guelras do peixe. Porém, o ato do nascimento altera o equilíbrio tão harmonioso e provoca uma separação que exige uma nova adaptação, o surgimento de um Eu propõe o surgimento de limites mais claros dos objetos. Na tentativa de restabelecer a harmonia uma vez sentida, a libido retorna ao Eu, iniciando ou acelerando seu desenvolvimento. Aqui Balint aponta para o conceito de narcisismo secundário, único possível no entendimento do autor. Esta passagem traumática por definição será entendida pelo autor como uma falha, a “falha básica” (*basic fault*).

O forte vínculo de Balint com a teoria de Ferenczi fica bastante claro neste ponto, onde a falha básica remete bastante às conceituações a respeito do trauma, pois em ambos os autores

encontramos a presença do componente traumático podendo ser compreendido de duas formas: o trauma podendo ser estruturante ou desestruturante. Como vimos, o desencontro decorrente da separação na constituição dos objetos será traumático em alguma medida em virtude do processo de constituição psíquica individual. Porém, tal desencontro poderá ser maior ou menor, dependendo tanto do nível da demanda do indivíduo, quanto da resposta do ambiente a essa demanda. A ideia de uma falha, para Balint, ao invés de apontar para uma falta, aponta para uma diferença, um desnível, como uma falha geológica. Podemos observar aqui a ênfase dada pelo autor ao componente relacional do trauma, dando pouca importância ao componente pulsional, principalmente o mortífero.

Para compreensão da clínica de casos de difícil manejo, Balint propõe uma reestruturação teórica a respeito das épocas mais primitivas de relação com o meio. Neste sentido, as consequências práticas destes questionamentos teóricos serão fundamentais, levando o autor a fazer uma relação direta entre as características da relação entre indivíduo e entorno e a forma de relação capaz de ser estabelecida entre analista e paciente. Segundo Balint, será imprescindível que o analista seja capaz de fazer o diagnóstico diferencial no intuito de compreender as necessidades relacionais do paciente e como o analista poderá responder a tais demandas.

Neste sentido, sua grande crítica à técnica clássica é justamente uma tentativa de mostrar um caminho possível para a clínica de casos em que o analista é confrontado com sua insuficiência teórica. Para Balint, as interpretações - sempre verbais - exigem uma compreensão intelectual e um raciocínio do paciente que nem sempre ele estará capacitado a acompanhar. Além de não compreender as interpretações do analista, tais tentativas podem ser sentidas como ataques, como palavras perigosas que produzem efeitos traumáticos, tal como a confusão de línguas ferenciana. Afinal, num nível regressivo mais profundo, o paciente está na linguagem da ternura, pré-edipiana, e ao ser confrontado com uma interpretação de nível edipiano, ou seja, do nível da linguagem da paixão, o paciente se sentirá invadido, violentado. Este é um perigo muito comum, segundo Balint, que como analistas devemos evitar através do diagnóstico diferencial. Entender o nível no qual o paciente se encontra evitará que exista confusões de linguagem, de expectativas, demandas, e as intervenções do analista.

Neste sentido, Balint aponta na última parte do seu livro “A falha Básica” três aspectos que o analista deve priorizar. Primeiramente, o analista nunca deve apegar-se de forma rígida a uma forma de relação objetal, de forma a estar disponível para alternar entre as formas de relação que o seu paciente estiver capacitado a estabelecer. Em segundo lugar, Balint afirma

que o analista deve sempre permitir que o paciente se relacione com ele tal como se relaciona com as substâncias primárias, sustentando-o como a terra sustenta o caminhante e a água, o nadador. E por último, o analista deve evitar prometer coisas ao paciente, parecer-lhe onipotente, pois a percepção de uma assimetria exagerada na relação significará uma distância muitas vezes insuportável para o paciente regredido. Neste momento é essencial especificar que Balint não propõe que o analista ofereça amor primário ao seu paciente, mas sim, que se ofereça como objeto a ser investido de amor primário por ele.

Se compreendemos a ideia de que existe um momento primitivo de intensa troca e investimento entre o indivíduo e seu entorno, como o autor afirma ser o mundo do amor primário infantil, a ideia de um sujeito e um objeto bem delimitados ficam sem uso se estivermos lidando com pacientes em grau regressivo grave. Neste sentido, a atitude do analista passa a ser extremamente importante, como o ar é importante para a sobrevivência e o entorno é para o feto. Como vimos, uma maior diferença entre a expectativa do paciente e a resposta do analista será traumática e promoverá efeitos possivelmente graves. A sintonia do analista, portanto, sua compreensão acerca do que se passa com o paciente será essencial e estruturante, possibilitando a regressão para estágios em que possa ocorrer uma cicatrização progressiva do componente traumático.

Esta intensa relação que o paciente estabelece com o analista parece ser bastante instigante, proporcionando situações estranhas, como aponta Peixoto Jr.:

Nessa atmosfera de inquietante estranheza surgem fenômenos um tanto “misteriosos”. O paciente de alguma forma parece ser capaz de perceber o que se passa com o analista, mostrando inclusive um talento até então desconhecido que o torna capaz de “interpretar” a conduta daquele. (PEIXOTO JR., 2004, p.250).

Como o próprio Balint descreve, “como se o paciente pudesse vê-lo por dentro, retirando daí coisas a seu respeito” (BALINT, 1968, p.17). E nesta relação estabelecida, o encontro entre psiquismo do paciente e do analista pode ser caracteristicamente sem limites, no qual o indivíduo e o entorno carecem de delimitações claras, podendo ser comparada com o mar nas guelras do peixe. O envolvimento do analista também é colocado em questão, pois sua atitude também será característica, de forma que “todas as coisas lhe tocam muito mais do que o normal e torna-se um tanto difícil manter sua atitude habitual de passividade objetiva e simpática, em função do risco constante de envolvimento emocional”. (PEIXOTO JR, 2004, p.251).

Podemos perceber como a relação analítica nos casos de difícil manejo precisa ser sempre objeto de preocupação por parte do analista. A exigência de que o analista esteja sempre

em análise pessoal, tal como Ferenczi propôs, aparece aqui de forma decisiva. Entendemos que só serão possíveis o maior entendimento de tais casos mais graves e o consequente avanço da técnica para tais tratamentos, se houver uma implicação importante por parte do analista. Sua análise pessoal será importante principalmente, em virtude da demanda afetiva e do forte apelo à vinculação psíquica que tais pacientes apresentam. Desta forma, passamos a entender o vínculo transferencial não como parte importante do tratamento, mas como o tratamento em si:

A transferência que se instala poderá apresentar características positivas ou negativas, ou seja, basicamente de adesão ou de oposição ao médico, mas, de uma forma ou de outra, são e serão sempre movimentos tão poderosos que levaram Michel Balint a afirmar que a medicação mais utilizada na clínica é o próprio médico. E se a relação médico-paciente é, em si, um tratamento, há o risco indissociável de ela vir a se converter em algo iatrogênico. (MATA & SCHMIDT, 2008, p.39)

Por fim, o trabalho de Balint aprofunda determinadas questões apontadas por Ferenczi e serve de base teórica para autores contemporâneos como Winnicott, por exemplo. Apesar de enfrentar algumas controvérsias políticas, ele era considerado um livre pensador, extremamente preocupado em livrar a psicanálise do autoritarismo do lugar de saber do analista, sendo reconhecido por sua bondade e compaixão. Balint acreditava que a psicanálise era para ser utilizada a serviço da humanidade e, para isso, precisava compreender suas demandas de cuidado. Sua pouca paciência e capacidade política dentro do campo psicanalítico não o ajudou no sentido de conquistar grande ascensão, porém, sua sensibilidade clínica inspira hoje autores que se comprometem com o estudo dos sofrimentos que chegam na clínica todos os dias.

Balint fala das interpretações verbais e não verbais, referindo-se à atmosfera, ao clima, às interpretações que não necessariamente se dão por meio de palavras. Questiona como o analista deve se posicionar diante da demanda do paciente, e começa a dispor do manejo da regressão terapêutica como forma de manejo clínico a esse tipo de paciente difícil. Nesse momento, Balint se diferencia bastante da psicanálise clássica, pois fala da regressão como forma de manejo, articulando-se com as proposições de Ferenczi. Balint é, inclusive, o autor que pensa que esta regressão terapêutica e o *acting out* podem ser vividos como sendo positivos, coisas que são condenáveis pela psicanálise clássica. Segundo ele, o analista não pode parecer onipotente aos olhos do paciente, aceitando ser uma substância primária para sustentar as demandas do paciente.

Em “Thrills and Regressions” (1959), Balint chama atenção ao fato de que no manejo clínico é recomendável que tudo o que acontece ou é produzido pelo paciente em análise deve ser primeiramente compreendido e interpretado como fenômeno transferencial, questionando

as interpretações verbais e ressaltando a mistura da substância analista x paciente. O analista não pode ser importuno na sessão com o paciente, deve respeitar seu momento regressivo estando presente, dando suporte afetivo, sem jamais incorrer em interpretações ou intervenções que imponham uma realidade edípica, da linguagem da paixão. O trabalho com pacientes regredidos continuará sendo uma preocupação para os autores das relações objetais, levando-nos à leitura de Winnicott, autor que possui uma relação clara de continuidade com as ideias de Ferenczi e Balint.

2.3. A matriz do vínculo em Winnicott

Em continuidade com pensamento de Ferenczi a respeito do modelo clínico a seguir com pacientes de difícil manejo, o pediatra Donald Woods Winnicott entenderá a relação transferencial de maneira diferente do modelo clássico. Apesar de supervisionando de Melanie Klein, Winnicott diverge de sua mentora ao criar uma proposta clínica que valoriza o entorno do bebê mais do que sua constituição intrapsíquica. É o mundo do bebê que é decisivo e, mais especificamente, sua relação com a presença materna:

Winnicott deu-se conta, a partir de inúmeros casos clínicos, que crianças sofrendo de distúrbios psíquicos mais variados, em particular as crianças psicóticas, "revelavam dificuldades no seu desenvolvimento emocional na infância, mesmo como bebês", fato que, segundo ele, dificilmente podia ser encaixado na teoria do complexo de Édipo (LOPARIC, 2006).

Consequentemente, a relação analítica passará por esta intensa marca, colocando o analista no lugar daquele capaz de reconstruir um ambiente propício para o crescimento saudável do indivíduo. Da mesma forma que Ferenczi, via nos adultos as crianças sofridas e frustradas de outrora, fazendo da técnica regressiva uma forte ferramenta clínica. Para compreendermos a relação transferencial na obra de Winnicott, precisaremos percorrer alguns conceitos fundamentais, tais como os objetos e fenômenos transicionais, as relações de objeto e o espaço potencial. Este último será essencial para desenvolvermos a noção de espaço analítico como lugar de produção de sentido e subjetividades e, com isso, caminhar em nossa tese. Como nos diz Ogden (1986), um de seus principais comentadores, alguns dos conceitos de Winnicott, em especial o conceito de espaço potencial, permanecem ainda enigmáticos. Por isso, tentaremos dar conta da melhor forma possível num passeio pelos textos em busca de nosso objetivo: compreender de que forma Winnicott compreende este espaço entre analista e analisando, para além da ideia freudiana de transferência.

Começaremos por uma comunicação de Winnicott da década de 50 em que encontramos sua firme resistência em trabalhar através da técnica clássica. Em “Variedades clínicas da transferência” (WINNICOTT, 1955-6), Winnicott denuncia a mesma coisa que Ferenczi em 1919: a escolha dos casos passíveis de análise nos moldes freudianos. Porém, Winnicott faz a denúncia utilizando sua própria hipótese argumentativa, afirmando que os pacientes ditos analisáveis, assim o eram em virtude de terem possuído cuidados maternos em seu passado considerados suficientemente bons. Desta forma, o analista não precisaria se preocupar com as atividades subjetivas anteriores ao complexo de Édipo, quando o Eu ainda estaria em formação bastante rudimentar.

Conseqüentemente, o que Winnicott questiona é a escolha de casos de neurose e a exclusão das psicoses do campo de tratamento da psicanálise. Sim, já vimos esta denúncia em Ferenczi, entretanto, aqui Winnicott adiciona aos casos não analisáveis os casos que ele chama de “fronteiriços” (WINNICOTT, 1955-6, p.484), e ainda, afirma que o trabalho com a psicose também deve acontecer no tratamento de neuróticos:

Já se tornou possível usar e estudar esta parte vital da velha teoria de uma forma nova e prática no trabalho analítico, quando este é feito com casos fronteiriços, ou com as fases ou momentos psicóticos que ocorrem durante a análise de pacientes neuróticos ou de pessoas normais. Este trabalho amplia o conceito da transferência, pois, na época da análise de tais fases, o ego do paciente não pode ser encarado como uma entidade estabelecida e não pode haver neurose de transferência, pois sua existência pressupõe a de um ego, um ego intacto, um ego capaz de manter defesas contra a ansiedade provocada pela pulsão e de assumir responsabilidade por elas (WINNICOTT, 1955-6, p.484).

Esta passagem é de extremo valor aos nossos propósitos, pois encontramos em Winnicott o argumento de que no trabalho com tais casos, precisamos ampliar o conceito de transferência, justamente pela incapacidade do Eu do paciente de apresentar-se organizado o suficiente para que seja aplicada a técnica clássica. Conseqüentemente, a ideia do autor a respeito da transferência será bastante peculiar, seguindo a esteira do desenvolvimento teórico que ele propõe a respeito da constituição psíquica. A relação analítica, segundo Winnicott, representa ou revive a experiência mais primitiva do bebê e sua mãe, quando entre os dois não havia uma separação psíquica definida. Neste sentido, o analista deve ocupar o lugar de analista ambiente e, sem seguida, poder ser visto como objeto suficientemente bom. Percebe-se, portanto, a necessidade de compreendermos alguns conceitos winnicottianos, principalmente aqueles referentes ao vínculo mãe-bebê, tais como os objetos e fenômenos transicionais, o espaço potencial, preocupação materna primária, entre outros.

A relação entre o bebê e sua mãe foi objeto de incansável estudo por Winnicott, que se preocupou em, mais do que compreender de que forma ela acontece, estabelecer uma relação entre as falhas decorrentes deste período precoce e os casos narcísicos mais graves. A mãe dedicada comum (WINNICOTT, 1966) será aquela capaz de atender às necessidades do bebê, dedicar-se a isso num estado de identificação com ele de maneira que os sentimentos dos dois correspondam. Isso que, segundo Winnicott, não se aprende nos livros, propicia o desenvolvimento na criança de autopercepção e do sentimento de existência, de continuidade, pois propicia um ambiente no qual as tendências hereditárias à sua evolução podem prosseguir no sentido da saúde mental e física.

A importância da mãe no desenvolvimento da criança ocorre de forma a diminuir ao longo do tempo, de acordo com o nível de dependência dela em relação ao seu ambiente. Winnicott diferencia três fases do desenvolvimento: a absoluta, a relativa e a que rumo à independência, mas nunca chegaria a independência completa. A primeira delas é a mais intensa em termos de relação mãe-bebê, pois caracteriza-se por um estado inicial em que a mãe se encontra envolta de uma “preocupação materna primária”, num estado de dedicação e devoção propiciada pela identificação com o bebê a partir de sua própria experiência de ter sido bebê. Portanto, o estado de fragilidade do Eu é também da mãe e, que em sua vulnerabilidade, precisa do apoio do pai ou dos membros da equipe médica e da família.

A função materna principal, se assim podemos dizer, é a de adaptar-se às necessidades do lactente, satisfazendo suas necessidades instintivas sem desapontá-lo. Isso não significa que ela deva ser perfeita, sem falhas, pelo contrário, a frustração também faz parte do bom desenvolvimento do bebê. As necessidades a serem satisfeitas são várias, mas Winnicott chama atenção para uma em especial, que seria a necessidade do bebê de ser segurado no colo. O *holding*, como comumente lemos, só pode ser realizado por aquele que pode se identificar com esse bebê. Winnicott (1963) utiliza uma passagem de Balint (1952) para ajudar em sua argumentação, afirmando que o holding funcionaria como o oxigênio que o bebê respira, mas nada sabe sobre ele, apenas aproveita para sua sobrevivência.

Neste sentido, a adaptação que a mãe oferece ao seu bebê proporciona o desenvolvimento seguro do que Winnicott chama de vir-a-ser (*going on being*), como se sua existência pudesse seguir o curso natural. Conseqüentemente, as falhas graves nessa adaptação comprometem tal experiência, incapacitando o desenvolvimento sadio do seu self e também do Eu corporal. Para que tal adaptação ocorra, é necessário que exista entre os dois uma comunicação para além daquela verbal, conhecida pelos adultos. Em uma conferência que tinha

como tema a comunicação entre inconscientes, Winnicott (1968) discursa a respeito da comunicação e da não-comunicação entre mãe e bebê, mas faz a ressalva de que tal comunicação só pode ser entendida como inconsciente no ponto de vista da mãe, pois o bebê não possui ainda essa divisão psíquica de forma clara.

A comunicação estabelecida entre mãe-bebê na fase da dependência absoluta é caracterizada pela não diferenciação entre os dois, como se ela ocorresse de forma instintiva. Winnicott afirma que tal comunicação está completamente fora do campo verbal, questionando, inclusive, a inserção da psicanálise no estudo de tal fenômeno, já que é uma teoria baseada nas interpretações verbais, como vemos a seguir:

Em síntese, eu diria que a psicanálise teve que partir de uma base de verbalização, e que tal método é perfeitamente adequado para o tratamento de um paciente que não seja esquizoide ou psicótico, ou seja, um indivíduo cujas experiências iniciais não tenhamos qualquer dúvida. Em geral, damos a tais pacientes o nome de psiconeuróticos, (...) (WINNICOTT, 1968, p. 81)

Será justamente para esta forma de comunicação tão precoce que as análises dos casos difíceis convergirão, no sentido de uma necessidade de se pensar o trabalho clínico fora do campo verbal. Na fase da dependência absoluta o estado materno de preocupação pressupõe uma capacidade perceptiva especial, característica de uma psicose. Neste momento, a mãe consegue se colocar no lugar do bebê em seu estado identificatório, conseguindo perceber e até mesmo antecipar as suas necessidades. Winnicott parte do pressuposto que essa mãe já foi um bebê e passou por tal dependência, tendo guardado dentro de si tal experiência.

Com isso, ousamos afirmar que o analista se identifica com seu paciente na medida em que foi um paciente, ou ainda, mais no sentido que vimos em Ferenczi, o analista que em sua análise realizou experiências de fragmentação, consegue acolher e perceber os núcleos fragmentados de seus pacientes. Uma comparação com o trabalho do analista o próprio Winnicott faz, afirmando que junto às interpretações que ele propõe existe a postura, uma maneira específica, algo que é do analista que participa da mesma forma que a proposição verbal apresentada:

Embora a psicanálise de temas pertinentes se baseie na verbalização, todo analista sabe que, junto ao conteúdo das interpretações, a atitude por trás da verbalização tem sua própria importância, e que esta atitude se reflete nas nuances, no ritmo, e em milhares de outras formas que podemos comparar à variedade infinita da poesia (WINNICOTT, 1968, p. 84).

Poderíamos dizer também das formas inconscientes de comunicação, ou até mesmo das comunicações entre partes do psiquismo inconscientes? Segundo Winnicott, sim. As

comunicações entre mãe e bebê que estão fora do campo da verbalização ocorrem no silêncio, mas dizem muitas coisas, principalmente, que o bebê pode confiar neste vínculo. A forma com que os cuidados maternos são estabelecidos comunicam que existe uma relação de confiabilidade, o que dará ao bebê a estabilidade necessária para desenvolver-se. Nesta relação de confiança, as falhas maternas são rapidamente solucionadas, gerando na criança a certeza de ser amado e a segurança no sentido da saúde. As irritações da criança, os seus ataques motores, são suportados pela mãe e ela sobrevive, confirmando a sensação de confiabilidade e confiança. É da mesma forma que o analista lida com seus pacientes difíceis, sobrevivendo aos ataques e permitindo-se falhar. E nós, analistas, também somos “capazes de, silenciosamente, transmitir confiabilidade, transmitir confiabilidade, e o paciente responde com o desenvolvimento que (...) poderia ter ocorrido nos estágios mais iniciais” (WINNICOTT, 1968, p. 91).

Também nesta comunicação, temos um elemento de fundamental importância para Winnicott: o brincar. O resultado da comunicação entre mãe e bebê propiciam a brincadeira que ocorre numa área comum entre eles que não é nem de um nem de outro, mas ao mesmo tempo é dos dois, em que pode vir a formar-se um objeto transicional. Winnicott teorizou a respeito do objeto e do fenômeno transicional em 1951 e 1953, mas explorou o tema em praticamente por toda sua carreira. Os termos designam, segundo ele, uma área intermediária entre o erotismo oral e a relação de objeto, ou seja, quando a criança passa do ato de levar seu próprio corpo à boca e começa a levar outros objetos, dando início a relação afetiva com alguns objetos e até a eleição de um predileto. Este objeto faria parte tanto da área interna do bebê quanto da área externa a ele, mas num lugar específico, uma área intermediária em que ele experimentaria o mundo a partir de sua realidade interna.

Esta área, segundo Winnicott possibilita a utilização do recurso da ilusão, que não é ainda a capacidade da criança de fazer teste de realidade, nem a ausência total desta capacidade. A experiência da ilusão permite a criança brincar e, mais ainda, é marca fundamental da saúde mental e social dela. O manejo de objetos “não-Eu” a partir da experiência ilusória compreende que o espaço entre sua realidade objetiva e sua subjetividade interna é minimamente saudável. A eleição do objeto transicional comporta a necessidade deste em sobreviver ao amor e ao ódio; ser externo a ele no nosso ponto de vista, mas interno segundo ele, apesar de não ter característica alucinatória; e principalmente, deve ser esquecido e descartável pelo bebê ao longo dos anos.

Segundo Winnicott, o objeto transicional é simbólico, pois representa parte da mãe, da relação entre eles. Para isto, ela precisa ser suficientemente boa, ou seja, uma mãe que se oferece

dedicadamente e adapta-se às necessidades de seu bebê, mas também permite que este tolere seus fracassos para adquirir autonomia. A adaptação da mãe dá ao bebê a possibilidade de, em sua onipotência constitutiva, acreditar que cria sua realidade externa, facilitando a experiência da ilusão. Para isto, a comunicação intuitiva entre os dois e a disponibilidade da mãe para que isso ocorra, como já vimos, é fundamental. Este espaço da ilusão formará o objeto transicional e é necessário para a criança possa relacionar-se com o mundo. Neste sentido, o objeto representa uma transição do mundo interno para o mundo externo, “de um estado em que ele está fundido com a mãe para um estado em que ele está em relação com a mãe como algo externo e separado” (WINNICOTT, 1951, p. 30), já fora de uma relação narcísica de objeto.

O espaço onde ocorrem a experiência da ilusão e, posteriormente, os fenômenos transicionais será nomeado por Winnicott como espaço potencial. Este espaço foi primeiramente pensado por ele a partir dos ensinamentos de seus pacientes regressivos e dependentes da relação transferencial, principalmente seus sonhos transferenciais. Chegamos, portanto, ao conceito que nos ajudará a pensar justamente essa relação estabelecida entre os pacientes regredidos e seus analistas, foco deste trabalho. Entendemos então que:

Espaço potencial é o termo genérico utilizado por Winnicott para se referir a área intermediária da experiência que reside entre a fantasia e a realidade. Formas específicas de espaço potencial incluem o espaço do brincar, a área do objeto transicional e seus fenômenos, o espaço analítico, a área da experiência cultural e a área da criatividade. (OGDEN, 1996, p.153)

Apesar de considerar o conceito um tanto enigmático, Ogden entende o espaço potencial de Winnicott como uma das bases do seu pensamento clínico. Winnicott (1967) afirma que o elemento fundamental para existência de tal espaço é a confiança, de forma que sem ela o bebê não percebe fidedignidade na disponibilidade materna que será introjetada. Esta confiança no período da dependência absoluta é estabelecida a partir da disponibilidade materna, da sua adaptação às necessidades do bebê de forma contínua, sem grandes rupturas. Neste sentido, o espaço potencial poderá se constituir como suporte para construção da relação objetal. Posteriormente, este espaço estará presente entre a criança e a família, entre indivíduo e seu mundo.

Em termos clínicos, o espaço potencial é fundamental no sentido da construção simbólica que o paciente faz das suas relações objetais e, nos casos mais graves, será justamente onde a diferenciação entre o dentro e o fora, a realidade e a fantasia, o Eu e o não-Eu, encontra-se fortemente comprometida. Também é no espaço potencial que a empatia se faz possível, pois ali o sujeito é capaz de brincar de ser o outro sabendo que não o é numa dialética identificatória

fluida. Ao descrever uma paciente *borderline*, a saber o famoso caso de Margareth Little (1958), Winnicott demonstra como as características objetais estão construídas numa relação de concretude e rigidez. Seus sentimentos são fatos reais e não construções subjetivas questionáveis, de forma que “A transferência assume qualidade mortalmente séria; a ilusão se torna delírio, pensamentos se tornam planos; sentimentos se tornam ações iminentes; (...) brincar se torna compulsão” (OGDEN, 1996, p.164).

Segundo Ogden (1986) o espaço potencial possui duas formas, o espaço onírico e o espaço analítico. O espaço onírico seria o lugar onde pode-se exercer o sonhar, onde um aspecto do *self* se comunica com outro aspecto do *self*, transformando a coisa-em-si em representação simbólica. Não nos ataremos ao espaço onírico em virtude de sua complexidade e por fugir ao nosso tema, porém, o espaço analítico nos é de imprescindível compreensão. Este espaço existente entre analista e analisando compreende a possibilidade de gerar significados e permitir o brincar criativo. Vemos isso de forma clara na passagem a seguir:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trará de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o tratamento efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é (WINNICOTT, 1971, p.59).

Mais adiante, Winnicott afirma que “o natural é o brincar, e o fenômeno altamente aperfeiçoado do século XX é a psicanálise” (ibid., p.63). A comparação da psicanálise com o brincar, entendendo que o espaço entre o par analítico configuraria um espaço potencial nos abre um campo de estudo bastante rico. A intersubjetividade no *setting* ganha um contorno metapsicológico, possibilitando novas formas de compreensão a respeito do vínculo transferencial. Neste sentido, Ogden entende que a relação entre fantasia e realidade presente no brincar precisa ser pensada também no analisar, de forma que a transferência estaria no campo tanto de um como de outro, real e irreal ao mesmo tempo.

Com o trabalho com pacientes *borderline* a compreensão desse espaço potencial entre analista e analisando é imprescindível. Segundo Ogden, o analista passa a participar, nesses casos, do mundo objetal do paciente não como objeto em separado, mas como parte expelida de seu Eu, perdendo em certo grau sua própria capacidade de separação Eu/não-Eu. Desta forma, o analista por vezes se sente obrigado a fazer algo pelo paciente ao invés de fazer o trabalho interpretativo, denunciando e recrudescendo o colapso do espaço potencial. Assim, os simbolismos, a brincadeira, as possibilidades de compreensão estarão comprometidos e só o que resta são as coisas em si e o analista num lugar concreto. Seria, portanto, segundo Ogden,

a instauração de uma identificação projetiva⁷, colocando a relação analítica fora do campo do simbolismo e introduzindo no campo da ação, da atuação, mais especificamente, assim como ocorre nas perturbações em relação ao brincar infantil.

Transformar o espaço analítico num espaço de brincadeira entre os símbolos é a tarefa do analista, pois é a partir disso que ele poderá criar possibilidades do paciente circular entre as representações e prender-se menos às questões factuais concretas. Ogden exemplifica isso com as frases comuns que dizemos muitas vezes com o objetivo de acalmar os pacientes ou até mesmo promover ativamente determinados avanços, como “Você vai se sentir melhor em algum tempo” ou “Eu concordo com isso”. Ao invés dessas frases fechadas em sentido, o analista deve preocupar-se menos com os fatos, sem afirmar a realidade exposta e óbvia, introduzindo ideias que produzem algum pensar criativo, com a abertura de possibilidades, tais como “me parece que...” ou “talvez...”. Desta forma, será possível que o paciente consiga criar sua própria história a respeito do seu passado, com dúvidas, opiniões e até mesmo afetos demarcados.

O espaço potencial produzido na análise, portanto, terá características próprias relativas ao vínculo produzido entre analista e analisando no sentido de possibilitar o brincar criativo e o jogo simbólico. Para Winnicott, “nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna à realidade externa, e o alívio para esta tensão é proporcionado pela área intermediária de experiências” (WINNICOTT, 1951, p.28). Pensar o espaço analítico como espaço potencial nos possibilita compreender de que forma a intersubjetividade, o encontro entre a subjetividade do analista e a do paciente, poderá produzir um setting onde potenciais criativos encontram rico terreno para desenvolver-se.

Em “O ódio na contratransferência” (1947), Winnicott trabalha com a implicação ativa do psiquismo do analista no processo terapêutico de seu paciente, sendo imprescindível a análise do analista e o reconhecimento de que a análise de pacientes psicóticos é diferente da de pacientes neuróticos. Principalmente em relação à contratransferência, pois, segundo Winnicott, os analisandos inferirão os afetos do analista de acordo com seus próprios afetos, de modo que na psicose os afetos em geral são aqueles os mais intensos possíveis. Muito mais comum no tratamento das psicoses o aparecimento do ódio e do amor e, conseqüentemente, o ódio também acaba sendo afeto contratransferencial comum. Sendo assim, é importante que o

⁷ Ogden utiliza-se do conceito kleiniano como maneira de explicitar a defesa psicótica, específica da posição esquizo-paranoide, em que o sujeito se utiliza da identificação de forma agressiva. Trataremos deste conceito mais adiante.

analista não negue tal afeto, mas que o guarde de modo que possa ser usado em alguma análise interpretativa futura. Este tipo de controle e acesso a afetos tão primitivos só são possíveis graças à profundidade da análise do próprio analista:

Se queremos ser capazes de analisar pacientes psicóticos, é necessário termos chegado às coisas muito primitivas dentro de nós mesmos, o que mais uma vez ilustra o fato de que muitos problemas obscuros da prática psicanalítica podem ser solucionados com uma maior análise do analista. A pesquisa psicanalítica talvez seja sempre, até certo ponto, uma tentativa por parte do analista de levar o trabalho de sua própria análise para além do que seu próprio analista conseguiu levar (WINNICOTT, 1947, p.344)

Neste mesmo texto, Winnicott traz uma situação muito curiosa, a respeito dos “sonhos curativos” que ele acredita terem o feito sair de situações de fracasso em sua clínica. Esses sonhos ocorriam ao longo de seu processo pessoal de análise, o que caracteriza o intenso trabalho psíquico em que Winnicott se entregou no desenvolvimento de sua clínica. O contato com ansiedades não-neuróticas em seus sonhos levou-o a conectar seu processo subjetivo ao de seus pacientes psicóticos, em especial, no caso do sonho relatado no texto, a uma paciente psicótica específica. A ansiedade psicótica, como ele afirma, é muito menos tolerável do que a ansiedade de castração, trazendo ao analista o encontro sofrido com seus próprios núcleos não-integrados. Deste modo, a ansiedade psicótica e o ódio na contratransferência devem ser incluídos na esfera do trabalho analítico do analista, para que seja possível a adaptação da análise ao analisando e não o contrário.

Em um texto específico sobre os aspectos metapsicológicos e clínicos da regressão no setting psicanalítico (1954-5), Winnicott enfatiza o crescente aparecimento em seu consultório de casos em que a regressão é assunto principal. Ele nos mostra também neste texto, como é imprescindível o trabalho psíquico do analista nesses casos, como uma exigência que o caso faz ao analista em sua dificuldade e sofrimento. Em exemplo, Winnicott traz o caso de uma paciente que havia feito análise “comum” antes de chegar ao seu consultório, mas que com ele foi necessária uma regressão em busca de seu *self* verdadeiro. O mais interessante do relato que Winnicott nos traz é sua implicação como analista e como indivíduo. Suas palavras são marcantes:

O tratamento e o manejo deste caso exigiu de mim tudo que eu possuía como ser humano, como psicanalista e como pediatra. Durante o tratamento tive que passar por um crescimento pessoal que foi doloroso e que eu teria de bom grado evitado. Em especial, tive que aprender a examinar minha própria técnica sempre que surgiam dificuldades e a causa das doze ou mais faces de resistência provou sempre ser um fenômeno de contratransferência que exigia mais autoanálise por parte do analista (WINNICOTT, 1954-5, p.462)

E é bem verdade como o manejo de casos em que a regressão é utilizada como técnica, ou como vimos em Ferenczi, que o trauma opera em níveis desestruturantes, o analista precisa estar sempre em contato com seus afetos e dificuldades contratransferenciais. O trabalho psíquico e afetivo do analista é essencial para o trabalho de seu paciente, sendo praticamente impossível ficar inabalável ao processo no lugar transferencial. É comovente a descrição de Winnicott, de como ele se permite modificar em sua subjetividade em prol do tratamento de seu paciente e, conseqüentemente, de seu próprio processo de desenvolvimento pessoal.

A regressão, segundo Winnicott, é o contrário da progressão, que é o caminho natural de desenvolvimento do indivíduo impulsionado pela sua biologia. A regressão, portanto, é um movimento antinatural, que implica na necessidade de que falhas graves tenham ocorrido nesse progresso. Neste sentido, o tratamento regressivo propicia um retorno ao momento em que esse desenvolvimento encontrou a falha ambiental e, a partir de uma experiência com um ambiente que não irá falhar com a mesma gravidade, um novo progresso possa ser construído. A semelhança com o trabalho de Balint e a falha básica é indiscutível e, conseqüentemente, com o trabalho de Ferenczi também. O maior diferencial, ao que parece, é a ideia que Winnicott defende de que a regressão é uma defesa altamente complexa do Eu, em virtude da existência de um falso *self*. A regressão é, portanto, fenômeno característico de um processo de cura.

É no espaço potencial criado pela situação analítica, portanto, que é possível que a regressão aconteça. Porém, como bem nos adverte Winnicott, não é qualquer analista em formação que pode fazer tal tipo de trabalho. É inadequado que tais pacientes, com este tipo de problemática, seja encaminhado para um analista em início de trabalho clínico (WINNICOTT, 1960). Um trabalho de análise profunda do analista é essencial para que consiga tolerar e trabalhar psiquicamente os conteúdos projetados pelo paciente. Em suma, o trabalho com pacientes regredidos e suas dificuldades exigem do analista uma participação subjetiva para além da neutralidade e da escuta consciente, de modo que seu aprofundamento em análise se torna fator decisivo para o andamento dos seus casos.

CAPÍTULO 3 - OS NOVOS ESPAÇOS DA TRANSFERÊNCIA

“Toda análise fracassada é uma falha não do paciente, mas do analista”.

WINNICOTT, 1955-68, p.488

Vimos como os autores das teorias das relações objetais entendem a relação transferencial a partir da inclusão da subjetividade do analista dentro do tratamento de seus pacientes considerados mais graves. Esta inclusão pressupõe a ideia da intersubjetividade, bastante difundida nos nossos dias. Existiria, portanto, uma comunicação entre os psiquismos do analista e analisando, inconsciente, que produziria efeitos no andamento da análise tanto em um quanto em outro. Mas esta comunicação ocorreria em um outro lugar, num espaço constituído por uma parte do psiquismo do analista e uma parte do psiquismo do analisando que não seria nem de um nem de outro, mas dos dois. Algo novo, um terceiro elemento psíquico que traria um novo olhar sob o *setting* analítico e seu enquadre.

O enquadre e do *setting* são organizações importantes no nosso campo de cuidado, de maneira que não podemos abrir mão totalmente de uma estrutura de trabalho, mas também não podemos nos ater radicalmente a uma estrutura só. Afinal, as necessidades de cada paciente são variadas e possuem as idiossincrasias de suas características psíquicas. Para compreender e organizar ao que estamos nos referindo ao falarmos de *setting*, utilizamos o artigo de Bleger (1968), que assim orienta a partir de sua leitura de Winnicott:

“Winnicott define o *setting* como ‘a soma de todos os detalhes da técnica’. Proponho, por razões que se explicitarão no desenvolvimento do tema, a adoção do termo situação psicanalítica para a totalidade dos fenômenos envolvidos na relação terapêutica entre analista e paciente. Tal situação abarca fenômenos que constituem um processo, ou seja, o que é objeto de nossos estudos, análises e interpretações; mas inclui também um enquadramento, isto é, um não-processo, constituído pelas constantes, pelos marcos, em cujo interior se desenvolve o processo” (Bleger, 1968, pg. 311).

A ideia aqui é tentar entender de que forma isto se processaria, a partir dos autores que propõem pensar a transferência fora da díade sujeito x objeto, e como esta mudança paradigmática seria incorporada como técnica dentro do *setting* analítico. Tratamos estas propostas como aquelas que entendem que os processos de trabalho clínico ocorrem num espaço intersubjetivo para além daquele da comunicação verbal e consciente. Começamos com Ogden que possui uma leitura winnicottiana, implicando numa certa continuidade com o capítulo anterior, e seu conceito de terceiro analítico subjetivo. Em seguida, trazemos a

psicanálise italiana e a ideia de um campo analítico introduzida por Willy Baranger e Madeleine Baranger.

A proposta é pensar o vínculo como um terceiro, algo que se produz do encontro entre duas subjetividades, que diz respeito a esses dois sujeitos, mas que não pertence a nenhum deles. Algo que se produz no espaço psíquico como consequência de um vínculo que tem objetivos próprios e específicos. Pensar a relação analítica fora do binômio sujeito x objeto, ou da transferência e da contratransferência, mas a partir de uma perspectiva triádica: sujeito x sujeito x espaço psíquico comum. Segundo Luís Cláudio Figueiredo e Nelson E. Coelho Jr (2004), pensar numa intersubjetividade é tentar superar uma tendência moderna de pensar em dualidades, sair do campo do “Eu x outro”, “sujeito x objeto”, herdeiras do pensamento cartesiano. É a partir de Husserl e Merleau-Ponty que os autores especificam a quebra de tal lógica, inaugurando dentro de campos diversos a perspectiva relacional.

3.1. O terceiro analítico

Thomas Ogden é considerado um dos principais psicanalistas contemporâneos, com vários livros e artigos publicados. Ele introduziu conceitos inovadores como a posição autista contígua e o terceiro analítico, este último, essencial para nosso trabalho. Suas referências kleiniana e winnicottiana são claras em suas obras, mas também se utiliza bastante de Freud e Bion para construir suas teorias. Suas hipóteses, sempre embasadas numa clínica sensível, são consistentes e coerentes com os movimentos mais atuais da teoria psicanalítica, como descreve Nelson Ernesto Coelho Jr:

A obra de Ogden é, acima de tudo, uma rigorosa e minuciosa reflexão teórico-clínica sobre as formas de comunicação (verbal e não verbal), que constituem a prática psicanalítica. O seu grande diferencial encontra-se na qualidade imagética e descritiva de situações clínicas complexas, que acabam por se constituir em um solo fértil para desenvolvimentos teóricos originais. (COELHO Jr, 2012, p.60)

De fato, Ogden torna fértil o terreno da teoria psicanalítica. O conceito de terceiro analítico, primeiramente desenvolvido em 1992, trouxe ao campo a possibilidade de entender os processos clínicos de uma perspectiva intersubjetiva bastante interessante. Ogden pensa no espaço constituído entre analista e analisando como a música que estaria no espaço entre as notas musicais, como um jogo dialético que propiciará ao analista uma técnica mais perspicaz e menos interpretativa. A presença da dialética hegeliana na construção do conceito de terceiro analítico é clara, sendo possível inclusive fazer um estudo minucioso dessa dialética nos

próprios escritos de Ogden, como quando a compara o conceito de espaço potencial de Winnicott (1968).

A ideia bioniana de *reverie* propõe uma capacidade que a mãe ou o cuidador do bebê possui de, num estado entre a consciência e a inconsciência, assimilar os elementos desintegrados do bebê, para que ele possa desenvolver a capacidade de pensar. Este estado de sonho, intuitivo, segundo Ogden, é também encontrado no *setting* analítico, pois o analista também deve ser capaz de dispor-se psiquicamente, consciente e inconscientemente, a processar aquilo que o paciente sozinho é incapaz de fazer. Desta forma, o processo analítico depende do entre jogo (*interplay*) dos estados de *reverie* do analista e do analisando, ao ponto destes estados se comunicarem inconscientemente.

As conversas decorrentes do encontro analítico ocorrem na fronteira do sonho e Ogden utiliza-se do espaço que Freud delimitou entre o pré-consciente e o inconsciente para localizar tal experiência. Neste lugar fronteiro ocorrem as *reveries*, o sonho, o processo criativo e o brincar. O espaço de encontro intersubjetivo entre mãe e bebê para existência da *reverie* materna na teoria de Bion, é o mesmo que encontramos no encontro analítico, no campo transferencial-contratransferencial (COELHO JUNIOR, 2013). Este espaço não está intrapsiquicamente delimitado no analista nem no analisando, não é nem de um nem de outro, mas sim, está entre um e outro, numa co-criação. Neste campo temos experiências conscientes e inconscientes do analista e do analisando, produzindo o verdadeiro sujeito da análise, como afirma Ogden: “Esta construção intersubjetiva inconsciente é o ‘sujeito da análise’. Um terceiro sujeito com uma vida própria, gerada pelo par analítico e mantido em tensão dialética com a existência do paciente e do analista, como indivíduos separados” (OGDEN, 2001, p.11-12).

Este “terceiro sujeito intersubjetivo” (OGDEN, 1992, 1994) é co-criado pelo par analítico de forma inconsciente e involuntária. Mas a participação de ambos não pode ser igual, precisa ser assimétrica, pois o objetivo do processo analítico deve ser único e exclusivamente a compreensão do psiquismo do analisando. Neste sentido, o analista empresta seu inconsciente com a finalidade de receber o fluxo do inconsciente do analisando, como já nos ensinou Freud (1923). Ogden pontua também que cada participante do par analítico terá uma experiência diferente com o terceiro analítico, pois este caracteriza-se por um “conjunto de experiências intersubjetivas conscientes e inconscientes” (OGDEN, 2013, p.105) e não um evento isolado.

Para que possamos entender o terceiro sujeito intersubjetivo ou terceiro analítico intersubjetivo, é preciso compreender de que forma Ogden estrutura o *setting*, a técnica e o ato de psicanalisar. Sua escrita é bastante clínica e parece estar estreitamente vinculada a sua forma

particular de ler e desvendar a psicanálise, levando-o a demonstrar de forma bastante clara seu modo de pensar em seus textos. Ogden utiliza-se profundamente da teoria freudiana, porém, inserindo, se assim podemos dizer, o componente intersubjetivo de seu ponto de vista. Em primeiro lugar, Ogden faz um estudo a respeito do uso do divã, entendendo este recurso técnico como um instrumento facilitador para que o terceiro analítico possa ser gerado. A privacidade que o divã permite ao analista e ao analisando, mas principalmente ao analista, possibilita que as *reveries* aconteçam.

As *reveries* são estados intuitivos em que a mãe ou o analista precisam estar para entrar em contato com seu filho, ou analisando, em um nível além do consciente verbal. É um termo cunhado por Bion (1971) e é comumente utilizado por autores como Ogden, que se preocupam com outras formas de comunicação dentro do *setting*. Neste sentido, é a partir das *reveries* que a mãe é capaz de “fazer a identificação introjetiva das identificações projetivas do seu filho (analisando); ou seja, é uma capacidade de fazer ressonância com o que é projetado dentro dela” (ZIMERMANN, 2007, p.74). Ou seja, Bion retira, a partir de ideia de identificação projetiva de Melanie Klein, a afirmação de que para todo conteúdo projetado deve haver um continente receptor.

Porém, o conceito de identificação projetiva em Klein possui caráter de agressividade, com objetivo de atacar o objeto. O mesmo conceito trabalhado por Bion (1962) traz outra ideia, a de uma tentativa de comunicação, não mais sendo compreendida como uma medida defensiva, mas como algo presente dentro dos vínculos mais intensos e primitivos. No trabalho analítico esta identificação é fundamental ao processo, pois possibilita que ao analista metabolize os conteúdos que seu analisando, naquele momento, não se encontra capaz de fazê-lo. Ao metabolizar esses conteúdos ou, em linguagem bioniana, transformar elementos beta em alfa, e devolvê-los ao paciente, nasce a chance dele pensar sobre esses conteúdos e não atuá-los (CASSORLA, 2007). E a estrutura do *setting* é fundamental para que tudo isso seja possível e, neste sentido, o divã parece fundamental.

Porém, Ogden é cuidadoso a esse respeito. A técnica psicanalítica não pressupõe necessariamente o uso do divã e seu uso não dá ao processo a certeza de que o terceiro analítico seja gerado. Consequentemente, apesar de ser um facilitador para as *reveries* e assim, para o terceiro analítico, o divã não deve ser imposto ao paciente, podendo até, se assim ocorrer, gerar mais entraves ao processo:

Há períodos da análise em que usar o divã fica assustador demais para ser tolerado. Nessas circunstâncias, seria antiterapêutico tentar ignorar e deixar de analisar a ansiedade do paciente, pressionando-o a usar o divã. Esse tipo de comportamento, por

parte do analista, representaria provavelmente uma atuação (*acting-out*) contratransferencial (OGDEN, 2013, p.110)

Em relação a este comentário do Ogden, devemos estar atentos às peculiaridades dos pacientes que se apresentam nos nossos consultórios. Como vimos, encontramos casos bastante comprometidos do Eu, considerados casos-difíceis por alguns autores, em que o uso do divã é por demais ansiogênico. Nesses casos, o olhar do analista é fundamental, mesmo que projetando um Eu imaginário ou até emprestando-se para que algo da ordem de uma organização possa ocorrer. Em um artigo de 1967, Winnicott desenvolve a ideia do espelho na constituição do Eu e discute da teoria do estágio do espelho de Lacan (1949). Segundo Winnicott, “o precursor do espelho é o rosto de mãe” (WINNICOTT, 1967, p. 153) e o analista em sua disponibilidade de atuar como suficientemente bom, pode e deve fazer o mesmo papel, olhando e permitindo que o analisando saiba que está sendo reconhecido em sua existência. O analista, antes de tudo, deve ser analista ambiente, para só depois constituir-se como analista objeto. Este olhar do analista parece apontar para a não utilização do divã, que justamente provoca o não olhar direto entre analista e analisando.

Entretanto, seguindo a ideia de Ogden, o divã propicia a privacidade para que as *reveries* do par analítico ocorram, produzindo uma área de sobreposição de duas áreas do brincar. Esta área ou espaço, é condição para que exista o “terceiro analítico intersubjetivo inconsciente” (OGDEN, 2013, p.111), como uma construção inconsciente compartilhada. Neste sentido, o aumento do número de sessões também facilita a criação desta área de sobreposição de *reveries*, embora não seja para Ogden, assim como o uso do divã, o elemento essencial e inseparável do processo. De maneira geral, Ogden afirma que o *setting* ideal para análise do terceiro analítico é aquele que a utilização do divã e o encontro da frequência das sessões se fazem presentes.

Em relação à regra fundamental da psicanálise, a associação livre, Ogden propõe que seja renovada, ou melhor, “reenunciada” (OGDEN, 2013, p.113). Introduzida por Freud em 1912, e em utilização desde 1900, a associação livre propõe que o analisando diga tudo que vem à sua cabeça, tentando vencer a censura sempre que possível. É a partir do questionamento de Winnicott quando diz que “devemos nos perguntar se nossa técnica permite ao paciente comunicar aquilo que ele não está comunicando” (WINNICOTT, 1963, p. 188), que Ogden se propõe a rever a regra. Assim, afirma que costuma deixar o paciente livre, tanto para dizer o que quiser, quanto para nada dizer, e, assim, entrega-se à sua escuta flutuante disponível para produção das *reveries*.

O elemento da interpretação não é útil, segundo Ogden, nos estados de *reverie* gerados a partir do terceiro analítico. As *reveries* do analista, apesar de serem particulares, são também intersubjetivas, e raramente são traduzíveis em palavras organizadas ou sentenças que possam ser utilizadas como interpretação. Ogden caracteriza a experiência de percepção da *reveries* para o analista como uma experiência de estar à deriva, num deslize em direção a algo ou algum lugar. Assim, para além da percepção intelectual, a *reverie* é muito mais um desequilíbrio afetivo, um estranhamento intuitivo:

A explosão emocional, ou despertar da *reverie*, geralmente é quase discreta e inarticulada, trazendo para o analista mais uma vaga sensação de inquietude do que a sensação de ter chegado a um entendimento. Acredito que o desequilíbrio emocional gerado pela *reverie* é um dos mais importantes elementos da experiência à disposição do analista para obter um sentido do que está acontecendo em um nível inconsciente da relação analítica. A *reverie* é uma bússola emocional com a qual eu conto intensamente (mas que não posso claramente interpretar) para me orientar na situação analítica (OGDEN, 2013, p.149)

E o mais difícil desta proposição é que:

Esta dimensão da experiência do analista é frequentemente sentida como manifestação de seu fracasso em ser receptivo, compreensivo, observador, atento, aplicado, inteligente, compassivo e assim por diante. Os distúrbios emocionais associados com a *reverie* geralmente são sentidos pelo analista como produto da interferência de suas preocupações do momento, de excessiva autoabsorção narcísica, imaturidade, inexperiência, fadiga, treino inadequado, conflitos emocionais não resolvidos etc. (OGDEN, 2013., p.150)

Para ilustrar as ideias do autor sobre o terceiro analítico e as *reveries* do analista, gostaria de apresentar uma vinheta clínica e sua discussão teórica.

Laura começa sua análise por conta própria, diz que precisa de ajuda e não aguenta mais viver em sofrimento. Traz consigo muita angústia e muito choro. Discursa a respeito de sua solidão e de sua falta de acolhimento nas suas relações familiares, de como seu pai fez sua família inteira sofrer com uma depressão que, apesar de ter sido diagnosticada por um psiquiatra, Laura discorda com a certeza de que o pai é esquizofrênico. Após algumas sessões, Laura começa a manifestar resistências bem marcadas: chega sempre atrasada e irritada, mal olha nos olhos e não cumprimenta. A hostilidade com a analista é colocada de forma cada vez mais clara e, após quatro sessões seguindo este padrão, resolvo apontar sua resistência através da análise da transferência.

A resposta a esta intervenção é desastrosa - Laura incrementa sua raiva e ataca, a si mesmo e a analista: "Eu não quero ser mais um dos seus pacientes fúteis, que chegam aqui e ficam reclamando da vida. Isso é bobagem, futilidade." Imediatamente sou acometida por semelhante raiva, saio da minha preocupada neutralidade e intervenho: "Eu não vou deixar você

falar dos meus pacientes dessa forma. Eu não vou deixar que fale de você dessa forma. Não há nada de futilidade no seu sofrimento. Você precisa repensar se quer mesmo minha ajuda".

Laura se vai e eu fico com a certeza de que ela não volta. Fico também com a frustração de sentir que saí do lugar analítico e deixei que a contratransferência assumisse o controle. Porém, alguns minutos depois, Laura manda uma mensagem de texto pedindo desculpas e solicitando que mantivesse seu horário. A partir daí, Laura retorna de forma diferente: estabelece um vínculo forte e confiante, começando um processo de análise profundo, sempre carregado de angústia, pedindo mais sessões por semana. São sessões fortes, difíceis, mas recheadas de trabalho e desejo de crescimento.

A dificuldade no tratamento de Laura é evidente, principalmente no sentido do trabalho da transferência. Laura consegue se vincular, mas esse vínculo está carregado de dificuldades muito primitivas, de difícil manejo no campo das palavras. Ela coloca na analista seu ódio e às vezes seu amor, projeta no *setting* o desamparo que vive internamente. Laura parece claramente estar presa numa dinâmica melancólica, se agredindo através de punições, vinculando-se sadicamente para que justifique sua solidão. Essa forma melancólica de viver, carregada de pulsão de morte, implica numa desvinculação do mundo externo, do mundo dos objetos reais. Laura não se relaciona com as pessoas reais, e sim com a projeção do que há internamente, esperando sempre o abandono e o desamparo como resposta a qualquer investimento que faça.

A vida de Laura é descrita por ela como repleta de uma angústia avassaladora, de um vazio desestruturante e uma solidão sem tamanho. Na verdade, esses três elementos parecem dizer do mesmo. Ainda, considero um deles o mais centralizador: aquele caracterizado pela palavra vazio. Vazio sim, e de muitas coisas: vazio de vínculo, vazio de vida, vazio de estima, vazio de palavras. Laura parece estar sozinha em toda sua vida, pois mesmo com amigas e familiares, ninguém parece chegar nem perto de conseguir entender o que se passa dentro de seu mundo de isolamento afetivo. Apesar disso, demanda afeto como um bebê faminto sem um cuidador para aplacar sua angústia. Aqui aparece outra palavra que cabe muito bem numa descrição minuciosa de Laura, uma angústia impensável, como diz Winnicott, quase que constante, um medo, um desespero, como se nada nem ninguém pudesse salvá-la de si mesma.

Na relação transferencial, chegamos num impasse. Laura projeta em todas as suas relações um modo de vinculação melancólico, com autodesvalorização, autorrejeição e principalmente a raiva de qualquer modo autêntico de expressão de sua própria existência. Porém, o "erro" da analista parece ter representado uma oportunidade de Laura refazer-se dentro de um vínculo, reestruturar-se. Laura não mudou com as pessoas em seu redor - ao menos ainda

- mas, em análise, conquistou o que talvez nunca houvesse sentido antes: a capacidade de confiar.

Agora vamos ao ponto nevrálgico da discussão: será que podemos chamar de "erro" a intervenção da analista? Após muita leitura, supervisão e análise pessoal, os três pilares essenciais para constituição de qualquer analista, chegamos à conclusão de que sim e não: sim, se levarmos em consideração a conceituação mais claramente construída por Freud a respeito da transferência; e não, se seguirmos a trilha de atores recentes que trabalham o vínculo analítico a partir do conceito de intersubjetividade, como Thomas Ogden.

Segundo Ogden, Freud (1917[1915]) em seu ensaio a respeito da melancolia, estava começando a desenvolver a linha de raciocínio que o levará a teorizar a respeito da teoria das relações objetais da seguinte forma:

Uso o termo das relações objetais para me referir a um grupo de teorias psicanalíticas, que têm em comum um conjunto de metáforas articuladas de forma aberta e que se referem aos efeitos intrapsíquicos e interpessoais do relacionamento entre objetos 'internos' inconscientes (isto é, partes inconscientes cindidas da personalidade) (OGDEN, 2004, p.85).

Ou seja, é a partir deste texto, seguindo a trilha do "Sobre o narcisismo: uma introdução" de 1914, que Freud começa a delinear uma estrutura psíquica de forma a entender a presença de objetos internos delimitados: Isso, Eu e Supereu. A relação entre esses objetos e a forma com que esta relação influencia na maneira como o sujeito vive, será o modo principal de pensar a dinâmica do comportamento humano. O autor interpreta o modo de escrever de Freud como uma indicação de um pensamento ainda em construção, apresentando, algumas vezes, até as suas dúvidas em relação ao que está raciocinando.

A última parte dessa definição de Ogden deve ser analisada com atenção especial, pois quando ele traz a possibilidade de entender os objetos internos através de um olhar voltado para a relação interpessoal para além da intrapsíquica, Ogden nos mostra a importância do vínculo no estudo das patologias. Desta forma, parece mais interessante pensar na leitura no texto sobre a melancolia, em termos de vínculo melancólico, ou até vínculo narcísico, como conclui no desenvolvimento final do texto:

A fidelidade ao objeto interno mau (aquele que odeia e que é odiado) frequentemente é associada tanto à estabilidade da estrutura patológica da organização da personalidade do paciente, quanto a alguns dos mais intrincados impasses na transferência/contratransferência que encontramos no trabalho analítico (OGDEN, 2004, p.93).

Ou seja, a organização melancólica de Laura, impõe pensarmos mais no seguinte sentido: quais tipos de vinculação ela é capaz de fazer e qual tipo de vínculo ela conseguiu estabelecer em análise? Sua vinculação melancólica parece óbvia, repetindo a relação sádica que seu Supereu tem com seu Eu, estabelecendo no mundo um protótipo de relação em que revive sua frágil constituição do Eu-narcísica. Mas parece que Laura também é capaz de vincular-se de forma diferente, a partir de um outro lugar. Suas características melancólicas ainda estão evidentes, mas não se impõem mais no setting como antes. Laura confia, sente angústia, sofre, pede ajuda e aceita a ajuda que lhe é oferecida, mas somente ali, comigo.

Neste sentido, se trabalharmos com a ideia de que existe uma intersubjetividade no vínculo analítico, é possível entender que Laura foi capaz de se vincular historicamente com sua analista a partir do momento que esta intervém com sua subjetividade. Ao mesmo tempo, se pensarmos em termos de transferência como nos moldes freudianos, o lapso de neutralidade da analista questiona inclusive a pertinência da continuidade desta análise. Como vimos numa passagem anterior, tais movimentos afetivos do analista são frequentemente compreendidos como erros contratransferenciais, afetos que devem ser descartados em prol da neutralidade. Porém, a neutralidade já havia sido objeto de sofrimento para Laura em outras tentativas de análise, pois o distanciamento a remetia imediatamente ao abandono que vivera.

A raiva estaria localizada num terreno intermediário entre analista e paciente, pois se apresenta a partir do que a subjetividade de cada uma foi capaz de produzir neste espaço proporcionado pelo setting. As *reveries* da analista, neste sentido, não eram algo passíveis de interpretação ou até mesmo apreensão simbólica elaborada, era algo que despontava como uma necessidade de Laura de ser defendida, salva de si mesma. Uma necessidade de que alguém interviesse colocando um limite em sua pulsão mortífera, um limite no qual o vínculo implicado da analista foi capaz de produzir. Da mesma forma que a mãe suficientemente boa coloca limite no impulso destrutivo da criança e sobrevive aos seus ataques em sua função de preocupação materna primária, utilizando-se de suas *reveries* para guiar seu cuidado.

Por fim, Ogden aposta na receptividade inconsciente do analista como imprescindível para o trabalho analítico, antes mesmo da regra fundamental proposta ao paciente. Seguindo as indicações de Freud (1923), Ogden entende que o inconsciente do analista deve estar em ressonância com o do paciente, deixando a escuta flutuante captar o fluxo inconsciente do paciente. Inclusive, compara o estado de escuta do analista às *reveries* de Bion (1962). Desta forma então, “analista e analisando, cada qual por sua vez, estão em situação de ‘posicionar seu inconsciente como órgão receptivo ao inconsciente transmissor’ do outro e receptivo às

construções inconscientes produzidas pelo terceiro analítico” (OGDEN, 2004, p.124). Neste sentido, Ogden acredita que se a exigência de tudo dizer ao paciente for feita complementarmente ao estado de escuta flutuante e receptividade inconsciente do analista, naturalmente uma relação intersubjetiva é estabelecida, gerando um fluxo inconsciente entre analista e analisando.

3.2. O campo analítico bipessoal

O campo analítico é um conceito que nasce das publicações de Madeleine e Willy Baranger na década de 1960, na Argentina, com uma proposta de ampliação da psicanálise da escola kleiniana, chegando à sua tradução para o inglês e publicação internacional somente em 2008. Porém, foi na Itália que o conceito ganhou força, tendo sido incorporado à psicanálise italiana de forma bastante interessante principalmente por um de seus principais autores, Antonino Ferro. Segundo Ferro, a noção de campo analítico permeará vários autores contemporâneos, inclusive Thomas Ogden e a ideia do terceiro analítico intersubjetivo, conforme vimos, e René Kâes, o qual veremos mais adiante.

O casal Baranger retira dos estudos da Gestalt e dos trabalhos de Merleau-Ponty as bases para propor a ideia de que existiria um campo formado a partir da situação analítica com características próprias, numa estrutura espacial e também temporal específicas. Neste sentido, portanto, “Este campo é nosso imediato e específico objeto de observação. Já que observação por parte do analista é tanto a observação do paciente quanto sua auto-observação, ela só pode ser definida como observação deste campo” (BARANGER & BARANGER, 1969, p.796, tradução nossa). O campo será, então, observado em sua estrutura e qualquer modificação da experiência espacial ou temporal do setting gerará modificações nele e, conseqüentemente, na relação analítica.

Pensar que existiria um campo bipessoal subjetivo para além do encontro percebido no setting, modifica alguns preceitos importantes da psicanálise, tais como a ideia de transferência e contratransferência principalmente:

O conceito de campo representou uma mudança significativa na maneira de conceber a relação terapêutica, uma vez que reconheceu que o analista pode não só ser afetado pela contratransferência, mas também ser incluído no campo que analisa. Trata-se de dois indivíduos que estão ligados e envolvidos na criação e elucidação dessa relação, na qual nenhum deles é inteligível sem o outro. Isso também permitiu compreender com mais precisão a relação de transferência-contratransferência, que não é mais concebida como uma resposta linear à transferência, pois resulta de algo criado no campo por ambos: a chamada contratransferência é o campo bipessoal, como pode ser

visto no ponto de vista do analista quando ele está incluído no campo” (SOPENA, 2013, p. 124)

O campo é habitado por inúmeros personagens, emoções e outros fenômenos ainda desconhecidos. Esses personagens são fruto da interação subjetiva do par analítico. Esse campo inclui partes clivadas, impensadas e, portanto, inconscientes. Os afetos inconscientes produzem os personagens da cena discursada pelo paciente, como um céu estrelado em que os pontos fixados no céu possuem histórias e vidas infinitas em nossa organização temporal, mas constituem a cena a qual, do nosso ponto de vista, é capaz de assimilar. O campo possui “uma matriz de geração própria, que se baseia em estados protoemocionais, arcaicos, fragmentados, e os processa em personagens. Esses magos da formação de ‘matéria psicanalítica’ são as funções que habitam o campo e, por nela habitarem, constituem-na” (FERRO; BASILE, 2013, p.15). Essas protoemoções ou protossensações, como diria Bion (1962), poderão sofrer ação construtiva produzindo elementos oníricos, ou ainda, os elementos beta seriam transformados em elementos alfa. Ferro e Basile acreditam que tal construção possa ser chamada de função alfa do campo ou até mesmo barreira de contato do campo, em referência a Freud (1895). Vemos uma descrição mais precisa na citação a seguir:

Os personagens da sessão são fruto de operações mentais realizadas pelo analista e pelo paciente, e refletem o funcionamento mental de ambos, bem como suas protoemoções, suas emoções e seus aspectos desconhecidos. Em outras palavras, são hologramas do funcionamento mental do par analítico, mas também incluem tipos de funcionamento que, em outras línguas, seriam chamados de clivados, ou ainda não acessíveis à pensabilidade” (FERRO; BASILE, 2013, p.13)

O grande perigo, segundo esses autores, seria o de, ao invés de serem produzidos sonhos, serem produzidas alucinações, ou seja, certezas que bloqueariam o campo⁸. A análise teria como objetivo, portanto, possibilitar que o paciente sonhe em detrimento da formação sintomática, digerindo e metabolizando as protoemoções e produzindo menos atuações. Esta possibilidade se daria através do campo, como se ele desse ao paciente a capacidade de utilizar-se da sua estrutura para realizar estruturações intrapsíquicas. Como a estrutura do campo depende da subjetividade, tanto do analista quanto do analisando, o estado mental do analista é de fundamental importância. Segundo Ferro e Basile, não há problema, caso a mente do analista

⁸ Este perigo nos lembra bastante o cuidado de Ogden ao trabalhar o setting analítico como um espaço potencial, de Winnicott, como vimos no capítulo anterior. Ogden também nos alerta para possibilidade das emoções transferenciais serem compreendidas não como produto do brincar, mas como percepções concretas carregadas de certeza.

esteja em conflito, desde que este entenda que o campo será estabelecido a partir destes conflitos também.

Cada participante do par analítico possui seu “campo psíquico”, constituído pelas possibilidades intrapsíquicas próprias de cada um. Quando ocorre o encontro analítico, tais campos pessoais psíquicos fluiriam no sentido de uma nova formação, um novo campo, que não é a soma dos dois, mas uma conformação nova, uma “entidade” diferenciada. Neste sentido, qualquer interpretação feita dentro do campo é necessariamente transferencial. As características desse campo, segundo Ferro, são:

O campo se torna um lugar e um momento em que se manifestam as turbulências emocionais ativadas pelo encontro analítico; o campo se torna hora e lugar de promoção de histórias e narrações que são resultado do processo de alfabetização das protoemoções presentes no par; o campo é a matriz que, por meio da capacidade de *reverie* da disponibilidade para estar em uníssono, promove o desenvolvimento da capacidade de conter e da função alfa (FERRO; BASILE, 2013, p.20).

Podemos observar nesta descrição das características do campo analítico desenvolvida por Ferro e Basile a presença do elemento da *reverie*, ou seja, a capacidade de entrar em contato com o pensamento onírico em vigília. O uso do termo, do estado de *reverie* por parte do analista, se assemelha bastante a ideia de Ogden, porém, com a diferença de que esses autores acreditam na necessidade de que as percepções geradas na *reverie* devem ser narradas para que haja modificação no campo. Assim, e somente assim, os elementos beta podem ser processados em elementos alfa, produzindo a tal metabolização das protossensações.

Outro aspecto fundamental do campo é a sua verticalidade. Quando tratamos da relação estabelecida entre analista e analisando dentro de um espaço analítico, estamos lidando com a dimensão horizontal do vínculo. A verticalidade do campo está presente nas influências dos personagens tridimensionais, a parentalidade, a família e suas várias gerações que permeiam o discurso do analisando. Assim, as histórias familiares e a transmissão psíquica geracional ganham protagonismo no campo, participando das cenas hologramadas. Aqui, nos permitimos pensar também na presença dessas mesmas questões familiares geracionais inconscientes no campo psíquico do analista participando da mesma forma do campo analítico formado com seu paciente. Seguindo a esteira de pensamento dos autores, que esta participação seja o mais consciente possível para o analista em consequência do seu consistente trabalho de análise pessoal.

Segundo o casal Baranger existiriam três níveis do campo: os aspectos formais, ou o contrato estabelecido para organização do setting; os aspectos referentes ao conteúdo manifesto

e à comunicação verbal e, por fim, a porção inconsciente do campo com suas fantasias. Este último nível é o que psicanalisa, se pudermos dizer assim, a ideia de campo, pois incorpora a ideia de uma porção inconsciente bipessoal, com as identificações projetivas de analista e analisando. Estas fantasias são o foco da psicanálise, como vimos, possibilita a fluidez dos processos de projeção e introjeção⁹. Diferentemente de outras propostas terapêuticas, enfocadas nos dois primeiros níveis de trabalho do campo, a psicanálise proporcionará a chance de trabalho do nível mais inconsciente e, conseqüentemente, de maior aprofundamento na análise do vínculo (NERI, 2013). Ou, como também podemos dizer, a psicanálise propõe transformar experiências sensoriais e emocionais em pensamentos e significados (CORRAO, 1986).

Faz-se importante ressaltar aqui a especificidade da psicanálise italiana, como pudemos perceber. A psicanálise italiana que estamos estudando aqui parece diferir bastante do modelo clássico, pois preocupa-se tanto com os aspectos verbais quanto com os aspectos menos perceptíveis à escuta do discurso verbal. Segundo Ferro (2005), o treinamento recebido pelos estudantes de psicanálise é realmente diferenciado, sendo treinados a monitorar qualquer momento da sessão, inclusive movimentos corporais e mudanças na atmosfera:

A anotação, a transformação e a posterior comunicação não se sobrepõem nem substituem a interpretação, e sim se situam junto a ela e lhe redefinem a posição e a importância. O resultado é uma mudança nas técnicas clássicas: a receptividade do analista, a atenção dada ao contexto, as transformações que ocorrem em elementos não verbais (extraverbais, ultraverbais) e a tolerância para com a dúvida se tornam uma importante chave terapêutica junto com a capacidade de interpretação e, acima de tudo, a modulação interpretativa (NERI, 2013, p. 49)

A noção de campo, portanto, serve bem ao estilo psicanalítico predominante na Itália, porém, não possui ainda suficiente reconhecimento no circuito internacional. Aqui mesmo no Brasil, podemos ver claramente uma predominância das escolas inglesa e francesa, com alguma abertura para psicanálise argentina, mas pouco ou nunca se fala de uma psicanálise italiana. Tanto em Ferro quanto em Neri, podemos encontrar uma importante ressalva quanto ao uso do conceito de campo: este não deve ser utilizado como uma teoria que basta em si, mas sim, sempre em conjunto com a conceituação transferencial, além de outros conceitos da teoria psicanalítica, principalmente às noções de vínculo de Pichón-Rivière (1979), alianças inconscientes de René Käs (2011) e o terceiro analítico de Thomas Ogden (1997).

⁹ Os termos projeção e introjeção colocados aqui referem-se, da mesma forma proposta por Ferro e Basile, à possibilidade de transformar protossensações em material onírico, ou da mesma forma de Ogden, de produzir espaço potencial para o brincar. De qualquer forma, a ideia é produzir trabalho psíquico para diminuição das atuações.

Sobre o terceiro analítico de Ogden já tratamos anteriormente e trabalharemos mais adiante também algumas teorizações de Käes, incluindo as alianças inconscientes. Mas para compreender melhor o conceito de campo, o conceito de vínculos segundo Pichón-Rivière é fundamental. Este autor se constitui como uma base essencial no estudo das relações terapêuticas e principalmente das que compreendem a primazia do estudo da intersubjetividade. Sua formação em psicologia social e seu interesse pela psicanálise nos trouxe uma combinação rica e fundamental de um olhar voltado para a coletividade, mas ao mesmo tempo interessado nos intermédios vinculares e psíquicos que sustentam as relações humanas. Ele afirma durante todo seu estudo da importância de se pensar o indivíduo e o estudo psicanalítico levando em conta uma tríplice direção: psicossocial, sociodinâmica e institucional. Desta forma, o autor identifica na psicanálise não só uma ciência capaz de desenvolver o estudo do inconsciente, mas também como importante ferramenta de compreensão sociocultural.

Para Pichón-Rivière, vínculo constitui uma “estrutura dinâmica em contínuo movimento, que engloba tanto sujeito como objeto, tendo esta estrutura características consideradas normais e alterações interpretadas como patológicas” (PICHÓN-RIVIÈRE, 1982, p.12). Ou seja, o vínculo é compreendido como uma estrutura fluida, em constante movimento, considerando duas pessoas ou mais que são influenciadas por ele. Neste sentido, considera o psicanalista um “observador comprometido” que influencia, mas também é influenciado, numa unidade dialética de mútua atuação inconsciente. Neste sentido, na introdução do livro que reúne o pensamento do autor a respeito de sua teoria do vínculo, Fernando Taragano, seu ex-aluno, resume o pensamento do autor a respeito da transferência da seguinte forma: “Pichón-Rivière interpreta que a relação transferencial que o paciente vier a estabelecer com o psicoterapeuta experimentará uma série de variações que dependerão das variações das relações internas com seus objetos internos” (TARAGANO, 1982, p.15).

A partir desta afirmação, acreditamos que além das variações trazidas a partir das relações entre os objetos internos do paciente, teremos também as variações trazidas pelo analista e suas relações internas inconscientes. Levando isso em conta, já que, segundo o mesmo autor, o analista nunca é de fato imparcial ou exterior à situação analítica, o que sustentará a qualidade e o andamento da análise será a constante análise do vínculo operante em cada relação terapêutica. Constante análise sim, pois estamos considerando um vínculo dinâmico, como nos ensinou Pichón-Rivière. E a qualidade da interpretação será equivalente à capacidade do analista de condensar a ambivalência do vínculo, pois este sempre possui uma vertente boa e

outra má. Estamos tratando aqui de uma possibilidade de pensar o vínculo com o outro sempre ambivalente¹⁰, estruturando o que o autor chama de objeto bom e objeto mau.

No processo dialético da análise, Pichón-Rivière considera que três serão os determinantes no vínculo transferencial, a chamada teoria dos três D: depositário, depositante e depositado. E assim ele explica: “A comunicação entre paciente e terapeuta se estabelece pela base daquilo que o paciente, como depositante, coloca sobre o analista, o qual funciona como depositário dos objetos internos ou depositado” (PICHÓN-RIVIÈRE, 1982, p.19). Neste sentido, a relação depende de uma confiança por parte do paciente e de um cuidado específico do analista com os objetos internos nele depositados. Mas, e o contrário? Como podemos pensar então a via contrária deste vínculo, nos quais os objetos internos do analista também estão colocados em cena, porém de forma menos explícita?

A análise do próprio analista, a sua formação, seus vínculos institucionais, suas relações transferenciais com seus autores de preferência, sua supervisão, etc. Tudo isso se constitui como participantes do processo analítico, participantes ocultos, porém ativos. O inconsciente do analista está tão presente e ativo quanto o inconsciente do analisando e é ferramenta do processo. No caso da interpretação, isso parece ficar ainda mais claro, pois implica necessariamente a questão vincular presente no setting. A passagem a seguir de Pichón-Rivière esclarece de forma importante essa questão: “(...) toda interpretação no outro é sempre determinada por um conhecimento prévio de si mesmo, sendo tanto mais operacional a interpretação quanto mais espontaneamente o analista aceitar seu emergente interno para interpretar”. (PICHÓN-RIVIÈRE, 1982, p.138).

A participação do inconsciente do analista parece ser evidente para autores como Pichón-Rivière, Ogden, os Baranger, etc. A ideia de que existe um campo intersubjetivo organiza a participação psíquica do par analítico a partir de uma outra coisa, para além das subjetividades individuais. Porém, é importante entendermos que vínculo e campo são dois conceitos diferentes: o campo é mais amplo que o vínculo, sendo que os efeitos deste se manifestam no campo. Neste sentido, o vínculo seria diferente para cada sujeito participante dele, mas o campo seria outra coisa, como uma interseção subjetiva que inclui o vínculo.

Outra característica muito importante do campo, segundo Sopena (2013), é seu lugar triangulador. Na realidade perceptiva, o encontro analítico é bipessoal. Porém, este campo

¹⁰ Esta ambivalência presente na relação transferencial já foi apontada por Freud em seu artigo de 1912 “A dinâmica da transferência” quando procura entender a utilização da transferência a serviço da resistência. Freud se refere neste momento ao termo “ambivalência” como sendo utilizado por Bleuler.

formado estrutura-se como um terceiro ausente nessa percepção, mas presente simbolicamente. Isso corresponde a configuração neurótica edípica, no sentido de que o campo poderia ser entendido como uma fantasia inconsciente criada por analista e analisando. Podemos indagar a função analítica desta característica, pois em algumas compreensões psicanalíticas a função simbólica de um terceiro caracteriza uma estrutura muito específica neurótica, e a sua ausência, conseqüentemente, uma estrutura fora do campo da neurose. Entender o campo como algo de uma organização edípica precisaria, ao nosso ver, de alguns cuidados, como a diferenciação deste conceito dentro das especificidades clínicas e suas apresentações sintomáticas.

Sopena (2013) também aponta para algo extremamente importante, que seria a ideia de inconsciente pensada dentro do aspecto conceitual do campo bipessoal. Segundo ele, o conceito de inconsciente colocado aqui é diferente:

Essas mudanças na prática clínica se baseiam em um conceito diferente do inconsciente, que é subjacente à estrutura e ao funcionamento do campo. Poderíamos dizer que, como a transferência, que é, ao mesmo tempo, um lugar e os conteúdos deslocados a ele, o campo é simultaneamente produtor e lugar atópico do inconsciente. O inconsciente do campo não é nem o do analisando nem o do analista, nem a soma de ambos, e sim o da sessão que inclui a ambos. Esse inconsciente feito a dois, que transcende os indivíduos, não é apenas algo dado, porque só está totalmente configurado quando acontecem os diálogos analíticos durante a sessão. (FERRO; BASILE, 2013, p.13)

A ideia de inconsciente que se apresenta na teorização do campo é proveniente dos estudos psicanalíticos de grupo, principalmente introduzidos por Bion. É como se existisse um inconsciente do grupo que não é de nenhum de seus participantes individualmente. O campo seria, então, estruturado numa ordem simbólica, com leis próprias, no qual o trabalho analítico o modificaria através do uso das palavras. Da mesma forma que inconsciente materno participa da estruturação psíquica do bebê, o inconsciente do analista participaria da reestruturação subjetiva do seu analisando. A comunicação entre os inconscientes de ambos aconteceria através deste terceiro inconsciente do campo bipessoal, de forma que as representações ali circulam e se encontram. Mas, esses processos não ocorreriam no inconsciente unicamente, mas sim, na fronteira entre o inconsciente e pré-consciente. O que faria mais sentido, pois desta forma é possível pensar o analista não somente recebendo representações e mantendo-se inconsciente a elas, mas sim, agente transformador destas. Como Sobena mesmo reconhece, não temos ainda teorizações suficientes a respeito deste suposto inconsciente, das suas características, seus processos, funções e estruturas – fato este que nos motiva a escrita. Madeleine Baranger nos dá uma pista: “Imaginar que o analista procura um conteúdo latente

que existe por trás do conteúdo manifesto seria reificar algo dinâmico. O inconsciente não está atrás, mas em outro lugar” (BARANGER, 1992, p.575).

Para aprofundarmos um pouco mais no tema exposto, vejamos por meio de uma vinheta de estudo de caso, como esses conceitos se articulam no espaço clínico.

Camila tem 21 anos e vem às sessões sempre muito angustiada, porém, desestimulada. Conta sempre como sofre na faculdade, como sente-se rejeitada, como não se encaixa naquele ambiente repleto de patricinhas e riquinhos. Diz que fica tão nervosa que gagueja e fica vermelha quando qualquer um deles lhe dirige atenção. Ao contar isso, lembra de como a mãe fica da mesma forma quando recebe visitas em casa e afirma: a minha mãe precisa agradar todo mundo, ela é servil, sempre vai ser. Pergunto o porquê desta conclusão e ela conta um pouco do passado da mãe, de como quando tinha 8 anos foi abandonada pelos pais e adotada por tios que a fizeram de empregada em troca de alimentação e moradia. Comparo as duas e relaciono o lugar de inferioridade ao medo de rejeição que as duas representam no corpo da mesma forma. Ao caminhar de volta para casa, percebo algo muito curioso: utilizo o dinheiro que Camila paga pelas sessões para pagar minha faxineira. Mais ainda, percebo que sou mais uma patricinha de acordo com a descrição de Camila, de família rica e constituição física caucasiana. Entendo que repito, ao repassar o dinheiro de Camila à minha faxineira, uma estrutura que não é só da história de Camila, mas de nós duas.

Como podemos perceber, a percepção da analista a respeito do uso do dinheiro convoca a um questionamento a respeito do vínculo estabelecido e um reposicionamento. Algo se estabeleceu a partir desse encontro que não foi simplesmente uma resposta contratransferencial a algo projetado por Camila, mas outra coisa, algo que se forma em consequência de duas histórias, de duas experiências subjetivas. Emoções brutas ou protossensações, como prefere Ferro, se impuseram de forma a causar uma repetição, um produto psíquico colocado em ato pela analista. Este ato, repetido inconscientemente por alguns meses, não era uma repetição só da analista ou só da paciente, mas sim, um ato que realizava a organização do campo daquelas sessões.

Pois então, o que fazer com tal percepção? A ideia que Ferro propõe, é que as percepções do analista devem ser comunicadas, afim de produzir a função alfa. Porém, antes que qualquer coisa ser comunicada ao paciente, faz-se imprescindível que analista entenda em sua análise pessoal aquilo que repete para que torne consciente e possa usar a estrutura do campo em favor do paciente. Neste sentido, supervisão também é de fundamental ajuda. A escolha acabou sendo no sentido de um reposicionamento da analista de forma que possibilitasse a função alfa, que

autonomamente não ocorre nos indivíduos: “Em primeiro lugar a mãe ‘digere’, através de sua própria função alfa, os sentimentos sensoriais que a criança, ainda imatura, não é capaz de metabolizar. Mais tarde, a criança – contando com a função da mãe – vai estruturar e ativar sua própria função alfa” (NERI, 2013, p.59).

Neste sentido, a função alfa não é produzida pela interpretação, pela ação racional intelectual, mas sim, pela função alfa de um outro através dessa função em sua própria estrutura subjetiva. Digerir a repetição em sua própria análise pessoal e trabalhá-la a serviço da paciente por meio da supervisão é, acima de tudo, contar com as funções alfas de outros personagens importantes pertencentes também do campo bipessoal estabelecido entre mim e Camila. As intervenções da analista, a partir daí, propuseram sempre uma reorganização vincular, uma nova possibilidade de Camila enxergar a si mesma, sua mãe e as pessoas ao redor. Olhar esse que nasceu de uma mudança no campo intersubjetivo que serviu de protótipo para mudanças em outros campos mais realísticos e conscientes.

CAPÍTULO 4 – ESPAÇO-ENTRE: A METAPSICOLOGIA DO VÍNCULO

Ser-nos-á, enquanto analistas, muito adequado sabermos o que se queria dizer com "transferência" e "contratransferência" ao serem usados por Freud, Abraham, Melanie Klein ou qualquer outro, mas apenas se ao mesmo tempo aprendermos a esquecer tudo isso de modo a estarmos abertos para o próximo movimento feito pelo paciente, a próxima estação de parada, por assim dizer.

Wilfred Bion

No capítulo anterior, vimos as contribuições de três autores contemporâneos na psicanálise, propondo novos espaços para a transferência no campo clínico. Com Madeleine e Willy Baranger, analistas argentinos, a ideia de campo analítico é colocada em evidência, ressaltando os conteúdos advindos do paciente, e, sobretudo, advindos do próprio analista colocados em cena pelo caráter bipessoal do encontro entre dois inconscientes. Com Thomas Ogden, a partir de uma leitura seminal de conceitos winnicottianos, bionianos e kleinianos, as diversas formas de comunicação inconsciente vividas no *setting* são rediscutidas e retrabalhadas pelo analista norte-americano. Os conceitos-chaves de *reverie* e terceiro analítico intersubjetivo, nesse sentido, são colocados em evidência não só para ressaltar a subjetividade como também a intersubjetividade do par analítico. Nesse sentido, os autores mostram como o vínculo produzido na análise é criador de um espaço psíquico comum e ao mesmo tempo compartilhado, ou dito de outro modo, um espaço o qual denominamos de “espaço-entre”. Este outro espaço psíquico produzido pelo vínculo, chamado por Ogden de terceiro analítico e pelos Baranger de Campo, é possuidor de uma estrutura específica, ao passo que também é um espaço extrapsíquico, mas que produz trabalho igualmente nos espaços intrapsíquicos.

A ideia de um espaço-entre foi tomada de empréstimo pelos escritos da teórica política Hannah Arendt, de origem judaica que, entre muitas outras ideias, pensou sobre a vida, o humano, o coletivo e as formações éticas. Hannah Arendt entendia que “a responsabilidade pessoal por *quem* somos, pelos outros e pela durabilidade do mundo conflui no *espaço-entre* (*Zwischen-Raum*)” (ASSY, 2015, p.XXXVII). Com efeito, o espaço-entre, configura-se como um lugar ético em que não pertence nem à uma esfera privada, íntima, nem à esfera pública, mas que possibilita um posicionamento criativo a respeito da identidade do sujeito e de seu papel ético-social. O empréstimo da expressão também considera seu papel filosófico e fundamental no campo de articulação pessoal e política, porém, permite uma tentativa de ampliação para que possamos pensar, assim como os limites entre privado e o público, os limites entre o Eu e o outro.

O “espaço-entre” pode emergir, nos conceitos psicanalíticos dos autores até agora aqui trabalhados de diversas formas. Ele pode se constituir por meio de um espaço de cuidado e afeto, conforme pontuado por FÉRENCZI. Ele pode assumir um espaço de continência e *reverie* materna, conforme a definição dada por BION. Ele está igualmente presente no conceito de “espaço potencial” de DONALD W. WINNICOTT, ou nas formulações teórico-clínicas de THOMAS H. OGDEN em seu terceiro analítico intersubjetivo. Ainda pode estar se constituindo na forma conferida pelo casal BARANGER ao formular o conceito de campo analítico. Em todos esses autores, vimos a presença de um “espaço intermediário” entre o analista e seu paciente, mas acreditamos que tudo isso já estava presente desde as primeiras formulações teóricas do pai da psicanálise.

Freud, ao formular a primeira e a segunda tópicos, propôs um modelo de aparelho psíquico sem uma topologia anatômica, mas organizada de forma a explicar o funcionamento subjetivo e suas possíveis patologias. Como vimos, os desafios clínicos o fizeram propor a primeira tópica, assim como o fizeram complexificá-la até chegar à segunda. São duas tópicos intrapsíquicas que se complementam, mas não se excluem. Da mesma forma encontramos a proposição de uma terceira tópica, a partir dos desafios clínicos atuais, complementando as duas tópicos anteriores. Como seria então, pensarmos na metapsicologia de uma terceira tópica? Como seria o funcionamento dinâmico e econômico deste lugar externo ao psiquismo individual, mas produzido por ele? Encontramos em René Kaës e Bernard Brusset, autores que se propõem a construir esta metapsicologia do vínculo e suas vicissitudes clínicas ressaltando o lugar privilegiado da análise por meio do cuidar.

É desse mesmo lugar que Luís Claudio Figueiredo (2012) fala de uma “teoria geral do cuidar de base analítica” (p.21) e de uma “metapsicologia do cuidado” (p.131). Segundo o autor, devemos construir uma teoria geral do cuidar que seja, em certa medida, acessível a qualquer cuidador, independentemente de sua profissão ou status social, pessoas que ele chama de “agentes do cuidado” (p.135). Esta tentativa é decorrente de uma reunião de vários conceitos e argumentos psicanalíticos, organizados com o objetivo de gerar conhecimento e compreensão a respeito das relações mais primitivas de todos nós. O vínculo é base constituidora da subjetividade humana e precisa ser melhor compreendida e teorizada nos dias atuais, a partir das patologias que recebemos em nossa clínica – as diversas patologias do vínculo nos obriga a pensar, por consequência, em uma metapsicologia do vínculo.

O que nos chama atenção neste estudo é pensar a transferência fora do campo vetorial, no sentido de um vetor projetivo do paciente em direção ao analista e um vetor inversamente colocado em resposta, que chamamos de contratransferência. Não se trata de um *setting* constituído por dois psiquismos, mas de um *setting* com esses dois psiquismos e uma interseção entre eles, formando uma aliança que não pertence nem a um, nem a outro, mas aos dois. Na verdade, aqui se insere uma “velha nova tópica”: a tópica do vínculo, e assim nasce a primeira parte do título desta tese: o Eu, o Isso e o Nosso.

O “Eu” diz respeito à primeira tópica freudiana, baseada em um entendimento de que a consciência e o Eu são equivalentes na organização do psiquismo. O “Isso” corresponde à inserção da segunda tópica, em 1923, em que o conceito de Isso (ou Id se seguirmos uma leitura inglesa), abre a compreensão da psicanálise para uma clínica da repetição, submetendo o Eu a não mais ser o senhor em sua própria morada. O “Nosso” propõe, por outro lado, o estudo de uma possível terceira tópica baseada no vínculo.

Pensar, portanto, em um espaço-entre, parece representar o que os autores em psicanálise tentam fazer ao desenvolver teorias a respeito de uma metapsicologia do cuidado, do vínculo, de uma clínica contemporânea. Não nos cabe aqui resumir todos os autores trabalhados e suas teorias a uma única expressão que desse conta da complexidade do que estamos tratando. Pelo contrário, é com grande respeito e gratidão que utilizamos dos termos e reconhecemos sua autoria, inclusive de sua amplitude e riqueza a ponto de utilizarmos em nosso estudo. Na verdade, trata-se muito mais de um movimento de desconstrução e (re) construção, do que de uma simplificação.

O estudo dos grupos constitui uma modalidade específica da psicanálise e é derivado principalmente de influências de outras disciplinas como a psicologia social e a teoria sistêmica. Didier Anzieu e, mais recentemente, René Kaës, são os autores responsáveis pela constituição de uma teoria psicanalítica dos grupos, criando novos constructos e buscando, nos escritos de Freud, as bases sólidas deste projeto. Entretanto, o estudo psicanalítico dos grupos não se restringe à análise grupal ou à terapia familiar. Ao contrário, as questões e conceitos trazidos por essa modalidade psicanalítica nos ajudam de maneira consistente a compreender a clínica de nossos dias, e será René Kaës o autor que possibilitará, a partir de seus estudos a respeito das relações vinculares inconscientes do grupo, imaginar a relação vincular inconsciente presente no par analítico. Suas principais contribuições teóricas são: a teoria do espaço comum

e compartilhado, as alianças inconscientes e a polifonia do sonho. A busca pelo aprofundamento desses conceitos se inicia a partir de desafios encontrados na clínica. Um deles, esboçaremos por meio de uma vinheta clínica.

Rita está em análise há mais ou menos três anos e as histórias terríveis de sua infância nunca chegam perto de se esgotar. Intensas brigas e humilhações marcam a relação de seus pais e sua mãe, amargurada e infeliz, descontava nela e em seus dois irmãos a agressividade que lhe restava. Um dia, durante uma sessão, Rita conta de uma vez em que, quando sua cadela estava no cio, sua mãe avisou a ela e os irmãos que não a deixassem sair de casa, pois não poderia dar conta de nenhum filhote. Naturalmente, diz Rita, eles não conseguiram prender a cadela em casa e alguns meses depois nasceram vários pequenos cãezinhos. Sua mãe, embebida de raiva, pegou alguns desses cães e enterrou-os vivos, batendo com uma pedra sobre o solo para que parassem de chorar mais rápido. Rita conta ainda, que os cachorrinhos que sobraram deveriam ser afogados no rio próximo à casa, e que ela e seus irmãos, como punição por terem deixado a cadela engravidar, deveriam fazer o trabalho.

Rita conta com riqueza de detalhes a situação toda e de como foi difícil assistir aqueles cachorrinhos se afogarem. Chora muito e me pede que termine a sessão antes, pois não estava suportando a dor daquela lembrança. Após deixar Rita partir alguns minutos mais cedo, lembro de uma vez que meu avô contou com orgulho de como afogou alguns gatinhos numa piscina, pois estavam em quantidade exagerada e poderiam gerar problemas para o bairro. Aquela lembrança também me suscita afetos, mas de raiva e rejeição em relação ao meu avô, afetos que senti na mesma época em que o ouvi contar. Alguns dias depois, tenho um sonho muito forte: sonho que mergulho numa piscina e resgato uma gatinha muito branquinha e de olhos azuis. Como ainda estava desacordada, faço os procedimentos de salvamento, como massagens cardíacas e sopro no focinho. A gatinha logo acorda e me olha com seus brilhantes olhos azuis. Ao longo do dia, ao pensar sobre o sonho, fica claro que foi um sonho contratransferencial, uma mistura da minha história com a de Rita, que é branca e de olhos azuis, assim como eu. Uma identificação óbvia a princípio, mas muito forte afetivamente no sonho da analista.

O afeto presente no sonho da analista era diferente do afeto presente na história de Rita. Rita conta com sofrimento, dor, quase sem conseguir colocar em palavras a cena que estava revivendo naquela sessão. Mas não sente raiva, não culpa sua mãe, pelo contrário, sente pena e compaixão, por compreender o sofrimento em que aquela mulher estava mergulhada com os maus-tratos do marido e de sua própria história pessoal. A mãe de Rita fora estuprada inúmeras vezes pelo próprio pai, tendo inclusive abortado um filho dessa relação incestuosa. É realmente

muito difícil sentir raiva desta pobre mulher, porém, parece ser um afeto esperado mediante todas as torturas às quais Rita era submetida.

Meu sonho também não possui o afeto da raiva, nem o da compaixão, mas sim o da esperança, da potência, da capacidade de trazer de volta a vida um pequeno animal abandonado à própria morte. O desejo de Rita não era o de matar aqueles animaizinhos, mas sim, de contrariar sua mãe, desobedecê-la, salvando-os e deixando-lhes viver. Meu desejo também, de alguma forma, passava pelo desejo de salvamento, mas não dos pequenos cachorros, pois estes estavam perdidos na história, mas sim, de Rita, que regredida a uma cena infantil de desamparo estava abandonada em sua cena traumática. Mas nada disso era possível ser dito, nada disso era possível de ser compartilhado conscientemente.

4.1.1. As alianças inconscientes

René Kaës observou em seus estudos com grupos, a presença de uma categoria de comunicação inconsciente que estaria para além dos mecanismos psíquicos individuais. Em vários escritos ele propôs um tipo de aliança entre sujeitos que funciona de forma independente do conhecimento consciente, ou seja, algo da ordem de uma “aliança inconsciente”. Em 2009, Kaës publica “*Les alliances inconscientes*” (“*As alianças inconscientes*”), em que aborda o que ocorre entre os espaços psíquicos dos sujeitos e é produzido na relação, ou seja, um inconsciente próprio da intersubjetividade. Kaës se baseia na seguinte proposição: o inconsciente se inscreve e produz seus efeitos em diversos espaços psíquicos, registros e linguagens, em cada sujeito e nos vínculos entre eles.

Chamei de aliança inconsciente uma formação psíquica intersubjetiva construída pelos sujeitos de um vínculo para reforçar, em cada um deles, certos processos, certas funções ou certas estruturas vindas do recalque, ou da recusa, ou do desmentido e da qual eles obtêm um benefício, tal que o vínculo que os liga adquire, para sua vida psíquica, um valor decisivo. As alianças inconscientes enodam-se para que os sujeitos de um vínculo estejam assegurados de nada saber sobre seus próprios desejos, nem daqueles que os precederam. O conjunto, assim ligado, só obtém sua realidade psíquica a partir das alianças, dos contratos e dos pactos inconscientes que esses sujeitos concluem e que, o seu lugar no conjunto obriga-os a manter (KAËS, 2011 [2005], p.133)

Entendemos, então, que uma aliança inconsciente é formada por duas necessidades psíquicas fundamentais: a de formar um vínculo subjetivo capaz de estruturar narcisicamente uma continuidade comum e, ao mesmo tempo, de negar a existência de conteúdos inadmissíveis. Tais vertentes caracterizam dois lados de uma mesma moeda. Esta definição das

alianças inconscientes foi desenvolvida pelo autor tendo como base o conceito de “pacto denegativo” (KAËS, 1989; 1994), ou seja, uma comunidade de mecanismos de defesa presentes em todos os vínculos intersubjetivos: recalque, denegação, recusa, desmentido, rejeição e enquistamento. Estes mecanismos são essenciais para que o vínculo se constitua e se mantenha.

As duas necessidades caracterizadas acima são, portanto, dentro da teoria do pacto denegativo, suas vertentes positiva e negativa. Assim, cada vínculo se organiza de acordo com as realizações de desejos, investimentos, identificações, ou dito de outro modo, o mundo se organiza positivamente em prol de uma continuidade narcísica, mas também organizados negativamente, através de renúncias e sacrifícios, rejeições, recalques e restos. O pacto denegativo tem como base a conceituação das alianças inconscientes, e estas estão fundamentadas nos vínculos intersubjetivos. Poderíamos pensar as alianças inconscientes como igualmente estruturantes do psiquismo individual e grupal, no qual as modalidades do negativo se apresentam como constituintes de todo laço intersubjetivo? Vejamos, a partir das proposições de Kaës.

Foi possível encontrar em Freud uma proposição muito próxima a que estamos estudando aqui. No artigo “*Psicologia das Massas e análise do Eu*” (FREUD, 1921), ele apresenta em vários momentos uma dimensão do quanto considera importante o estudo dos grupos e de suas influências no psiquismo individual. Na passagem a seguir, sobretudo, encontramos uma correspondência com o que estamos tratando:

Cada indivíduo é uma parte componente de numerosos grupos, acha-se ligado por vínculos de identificação em muitos sentidos e construiu seu ideal do ego segundo os modelos mais variados. Cada indivíduo, portanto, partilha de numerosas mentes grupais — as de sua raça, classe, credo, nacionalidade etc. — podendo também elevar-se sobre elas, na medida em que possui um fragmento de independência e originalidade (FREUD, 1921, p. 77).

O argumento de Freud gira em torno de uma herança muito mais abrangente comparada ao do sintoma familiar, como já nos parece bastante explorada. Neste trecho, ele trata de algo de uma estrutura psíquica constituída a partir de nossos antepassados mais distantes. Percebemos, através das proposições de Kaës, que foi a partir dessa e de outras afirmações de Freud que o autor conquistou seu estatuto teórico-clínico em relação à análise de grupos. Observamos o quanto o desenvolvimento teórico voltado para a intersubjetividade é uma marca dos textos de Kaës e, em virtude de seu aprofundamento prático, o encadeamento da sua teoria parece mostrar uma evolução de raciocínio bastante precisa. Observa-se, nesta publicação de 2009, que não haveria como pensar em transmissão psíquica sem essa noção de aliança

inconsciente, uma vez que, para o autor, “as alianças inconscientes estão no coração dos processos e das modalidades de transmissão psíquica intergeracional e transgeracional porque elas estão no princípio das passagens e dos laços entre os espaços psíquicos” (KAËS, 2009, p. 159).

Acreditamos que o avanço desta teoria, baseada na comunicação entre inconscientes, é de extrema relevância para o estudo da transmissão psíquica. O desenvolvimento do conceito de aliança inconsciente se deu a partir dos anos 60, na sua prática com psicanálise de grupo, tendo Didier Anzieu como seu principal orientador. Os dois faziam um trabalho voltado para os estudantes de psicanálise em formação, principalmente com grupos de duração breve. Dentro desta proposta, eles começaram a notar formações inconscientes muito específicas vinculadas à situação de grupo e à relação transferencial. Assim, Anzieu formulou o conceito de “ilusão grupal” (ANZIEU, 1971), enquanto Kaës, o de “posição ideológica”. Esta ideia de Kaës será o que mais tarde ele chamará de aliança inconsciente. Desse modo, propôs “(...) que o retorno de conteúdos inconscientes de alianças constitutivas do vínculo grupal se efetue a partir de seus efeitos no discurso associativo grupal, nas transferências e sintomas”. (KAËS, 2009, p. 115).

Para Kaës, a situação da formação de um grupo propicia que constituições específicas inconscientes relativas ao vínculo intersubjetivo sejam rerepresentadas e colocadas neste novo grupo, através, principalmente, da transferência e contratransferência. Após citar alguns exemplos de situações em que trabalhou com grupos, ele justifica o conceito de “posição ideológica” por meio de características que permaneceram constantes em suas análises: o medo da ameaça de uma catástrofe ou desaparecimento do grupo; a presença de um “ímagô” parental arcaico misto, onipotente, controlador e sedutor; a idealização de uma posição fálica; o fantasma de colisão, associado a angústias paranóicas; o recurso a mecanismos de defesa associados ao par idealização-perseguição, a clivagem e a negação. Na luta contra a perseguição e a ameaça de destruição do grupo, o autor aponta uma supervalorização narcísica em defesa, baseada no “saber”; uma temática dita igualitária, numa tentativa de controle pulsional, entre outros.

De maneira geral, após avançar nas pesquisas sobre o que observou manter-se constante em algumas situações grupais, Kaës questionou a respeito da relação entre a aliança inconsciente e o inconsciente considerado, neste momento, como tópico ou sistemático, buscando compreender o papel dessa relação nos processos de formação do próprio inconsciente. O autor precisava, por conseguinte, definir o inconsciente dentro de sua lógica, para construir sua teoria. E assim ele o faz:

É dentro deste quadro que sustentei que o inconsciente de cada sujeito porta traços, dentro de sua estrutura e de seus conteúdos, do inconsciente de um outro, de mais de um outro. Eu adotei como corolário desta proposição que o inconsciente se inscreve e produz seus efeitos em diversos espaços psíquicos, em diversos registros e em diversas linguagens, dentro de cada sujeito e seus vínculos (KAËS, 2009, p.34)

É a partir desta afirmação que fazemos nosso estudo das alianças inconscientes, sempre entendendo o inconsciente como uma constante construção intersubjetiva. Kaës afirma ainda que as alianças inconscientes se inscrevem em dois espaços psíquicos: no inconsciente do sujeito e no vínculo com um outro ou mais de um outro. Estamos apontando para uma perspectiva tópica, em virtude da necessidade de se pensar uma passagem possível entre a realidade psíquica individual e aquela que garante a consistência dos vínculos. Ainda assim, encontramos outra definição de aliança inconsciente que parece introduzir de forma bastante clara o seu ponto de vista.

Eu propus chamar de ‘alianças inconscientes’ as formações psíquicas comuns e partilhadas que se formam na conjunção das relações inconscientes que ligam os sujeitos do vínculo entre eles e com o conjunto ao qual eles estão ligados e são parte envolvida e constituinte. Uma de suas características gerais é assegurar por uma ação comum um interesse comum e alcançar, por este meio, um objetivo preciso que não poderá ser alcançado por cada sujeito considerado isoladamente. Nós diremos então que a aliança é um processo e um meio de cumprimento de objetivos inconscientes (KAËS, 2009, p.35).

Entendemos, assim, que as alianças exigem reciprocidade e uma composição de investimentos narcísicos e objetivos, tais como o de constituir uma comunidade de mecanismos de defesa para tratar de diversas modalidades do negativo na vida psíquica individual e coletiva. Para Kaës, grande parte das alianças são formadas, principalmente, para tratar dessa questão. Outra proposição importante é a de que as alianças inconscientes são concluídas por diferentes modos de produção inconscientes. As alianças são inconscientes, na medida em que estão sujeitas aos mesmos processos de constituição desse inconsciente, formadas conforme o efeito das grandes operações de defesa: através do recalque, em sua forma originária e secundária; e da negação, rejeição ou recusa e a forclusão.

Segundo Freud, o recalque está na origem da constituição do inconsciente, em uma tentativa de solução de conflitos (FREUD, 1926). Este processo é responsável por todas as produções psíquicas fundamentais, tais como as pulsões, conservação de traços mnésicos, identificações, ou seja, pelas formações intrapsíquicas. Kaës supõe que tais qualidades se aplicam igualmente às formações psíquicas comuns a vários sujeitos e retoma as duas demandas que efetuam o recalque do Eu e da vida comum. A primeira corresponde a uma necessidade do

Eu em lidar com representações intoleráveis, como o excesso de prazer, desprazer e transbordamento pulsional. Tal mecanismo está vinculado a uma defesa intrapsíquica, na qual o Eu da segunda tópica expulsa e mantém no inconsciente as representações ligadas às representações inaceitáveis. Estas representações inaceitáveis, por sua vez, são atraídas ao inconsciente por meio do recalçamento originário.

A segunda demanda se refere às exigências que a vida comum impõe, pois fundaria a subjetividade e os espaços intersubjetivos. Ela se caracteriza pela necessidade de que o recalçamento constitua uma aliança com um outro, diferentemente da primeira exigência, que pressupõe um espaço meramente interno. Pensamos, portanto, no recalque que se inscreve dentro do vínculo entre mãe e bebê, ela como um agente da função co-recalcante, juntamente com a presença do terceiro paterno. Desta segunda exigência, formam-se as instâncias psíquicas superiores, o Supereu e os ideais. O encontro entre essas duas demandas organizará o espaço psíquico e também o vínculo intersubjetivo.

Também podemos encontrar outras operações responsáveis pela formação das alianças inconscientes, relativas a outro mecanismo de defesa também constituinte do inconsciente e para além do recalque. O autor resgata em Freud o sentido da *Verleugnung*, referente à recusa da percepção de um fato que é imposto pelo mundo externo e é percebido como perigoso para o sujeito. A negação ou recusa estariam na origem dos processos de organização inconscientes extra-tópicos: exclusão, depósitos e criptas. Segundo Kaës, a negação estaria mais relacionada a uma interpretação desta percepção diante da ameaça de castração pelo pai, levando a uma construção imaginária que substitui tal interpretação/percepção por uma fantasia ou fetiche que, por consequência, a reconstruiria. Diante de tal angústia, o Eu realiza uma clivagem que nega a percepção perigosa e a faz sempre presente.

Desta forma, estaríamos diante do paradoxo de que tal percepção insustentável e a sua realidade inadmissível estariam negadas e, ao mesmo tempo, afirmadas, pois seu substituto marca sua existência. Esta defesa repousa sobre um conflito entre as instâncias superiores: o Eu e o Isso. A negação, porém, não estaria presente somente em casos patológicos, pois também poderíamos observar tais defesas em sujeitos que a utilizam para lidar com situações catastróficas. Kaës chama tal forma de utilização desta defesa de “uso funcional”. Já a rejeição ou foraclusão, estaria ligada ao outro conceito freudiano, a *Verwerfung*, a expulsão de conteúdos psíquicos para fora do psiquismo do sujeito. Tal processo é recuperado por Ferenczi em referência ao conceito de projeção. De qualquer forma, tais processos se colocam como uma tentativa de conservar os espaços psíquicos e os vínculos intersubjetivos.

Kaës afirma que, de maneira específica, tais operações que estão para além do recalque organizam a matéria fundamental de alianças em sua vertente de tipo negativa, de pactos perversos ou alianças denegadoras fundadas sobre alucinação. Tais alianças seriam patológicas e alienantes. O autor também afirma que as alianças inconscientes são, de maneira geral, uma combinação dessas diferentes composições. Teríamos, por exemplo, um mecanismo de negação que serviria para manter um recalque, sendo os dois processos necessários à manutenção de um determinado vínculo. Desta forma, ambos são efetuados conjuntamente por uns e por outros, ou somente por uns, mas com o acordo de outros, dentro do mesmo sentido e pelo benefício destes. O recalque, a negação ou a forclusão são exigidos de cada sujeito para servir aos seus próprios interesses e aos do conjunto ao qual ele está vinculado.

Kaës busca basicamente compreender, sobre efeito de quais necessidades psíquicas torna-se indispensável, que percepções, representações, movimentos pulsionais e até afeitos sejam negados, recalcados, reprimidos, rejeitados, abolidos, depositados, expulsos ou suprimidos pelos sujeitos do vínculo. Interrogamo-nos também a que preço, em busca de que benefício e de acordo com quais garantias. De acordo com o autor, a importância das alianças inconscientes está para além das formações tópicas, estando na base da constituição psíquica tanto individual como do grupo. Isto nos dá a noção do quanto estamos mobilizados a pensar no inconsciente em constante formação, não como algo dado, formado. Tal percepção é fundamental para a compreensão da teoria da transmissão psíquica inconsciente, conforme sua afirmação: “Sustentar que as alianças inconscientes criam o inconsciente, é optar por uma concepção de um psiquismo aberto ao inconsciente do outro, de mais de um outro” (KAËS, 2009, p.42).

O psicanalista parte desta premissa para discutir os espaços psíquicos presentes entre os sujeitos e como as formações recalçadas e não recalçadas retornam aos sujeitos do vínculo. A aliança inconsciente é um conceito importante por permitir uma análise mais minuciosa das diferenças entre o representável e o não-representável. Kaës se baseia, portanto, na hipótese de que os espaços intersubjetivos são extra-tópicos e que nesses espaços estão contidas formações por vezes irrepresentáveis para o sujeito e, por isso, as alianças seriam requeridas a serem formadas.

A partir dessa percepção, ele propôs a divisão didática das alianças de acordo com modalidades de produção inconsciente utilizadas pelas alianças; os processos que elas colocam em uso; suas estruturas; seus conteúdos; as funções psíquicas que as mobilizam e os objetivos que realizam. Com base nessa classificação, Kaës nomeou os principais tipos de alianças

inconscientes: alianças estruturantes primárias, alianças estruturantes secundárias, alianças inconscientes metadefensivas e alianças ofensivas. As duas primeiras são estruturantes e se encontram na base da constituição do psiquismo e, por isso, serão aqui priorizadas. As alianças metadefensivas compreendem os pactos denegativos, os quais já foram citados. Já as alianças ofensivas, são fundadas em função de uma necessidade de ataque, como de bandos, facções e psicopatias.

Uma aliança é considerada estruturante por agenciar, diferenciar e constituir a matriz psíquica, a realidade psíquica resultante tanto no espaço interno quanto no espaço intersubjetivo. Elas estruturam o espaço psíquico do sujeito e seus vínculos. As alianças estruturantes consideradas primárias estão na base de qualquer vínculo, entre mãe e bebê, entre casais, entre gerações e no espaço grupal. Elas constituirão o vínculo que funda a vida psíquica na intersubjetividade, na separação dos corpos, nas trocas fantasmáticas e na linguagem. Kaës utiliza a metáfora do cordão umbilical, que no momento de sua ruptura, abre espaço para que uma ligação de outra natureza se efetue e ocorra o nascimento de uma vida psíquica. São alianças concluídas pela realização de desejos que não poderiam ser satisfeitos sem um outro e sem o interesse que este teria em entrar em tais alianças, em realizar seus próprios desejos. Nas palavras do autor, “Elas (as alianças) só são possíveis se algo da ordem do negativo estiver em processo. Elas requerem de cada um de seus participantes que se recalque ou se rejeite o que estiver colocado como perigoso para si e para o vínculo com o outro” (KAËS, 2009, p. 55).

Esta afirmação nos é muito cara, pois entendemos que o autor defende a ideia fundamental de que ao entrar numa aliança inconsciente deste tipo, algo está sendo almejado e algo está sendo também automaticamente perdido. Podemos nos remeter à situação de desamparo ao qual viemos ao mundo, tão bem sublinhada por Freud. Não acreditamos se tratar de uma escolha, nem de uma condenação, mas de algo constitutivo, sem o qual não nos seria possível um psiquismo tal como conhecemos. Podemos afirmar que da mesma forma que o inconsciente de cada um é fundado através de um recalque instaurador, a aliança inconsciente também estaria na esteira desse processo. A aliança inconsciente estruturante primária poderia, portanto, ser indicada como aquela responsável pela formação psíquica do bebê e, conseqüentemente, constituidora do vínculo intersubjetivo em si. Essas alianças são também chamadas de “alianças de base”, e se sustentam na relação entre a mãe e o bebê, em um vínculo extremamente intenso e conflituoso. Elas são subdivididas em alianças de sintonia primária, alianças de prazer/desprazer partilhado e de ilusão criadora, alianças de amor e ódio e os contratos narcísicos.

As alianças de sintonia primária são as referidas na relação entre a mãe e o bebê. Kaës enfatiza aqui a questão do desamparo, bastante discutida desde sua aparição nos primeiros textos freudianos. A prematuração biológica do recém-nascido aponta para a necessidade de investimento e proteção por parte de um adulto, formando um tecido relacional entre o bebê, a mãe e o conjunto no qual eles se encontram inseridos. Este vínculo provisoriamente simbiótico possibilita a transmissão de experiências sensório-motoras, ecopraxias¹¹ e ecolalias, emoções e os primeiros significantes sobre os quais se apoiarão pulsões e as estruturas cognitivas, a capacidade de sonhar e de adquirir para-excitações. É importante apontar também que “através desse vínculo se constitui a matriz dos interditos e dos recalques, em outros casos, a matriz da negação e da rejeição, uma e outra contribuem à estruturação do inconsciente do bebê” (KAËS, 2009, p.45).

Entendemos, portanto, que a comunicação entre inconsciente da mãe e psiquismo do bebê é subjetivamente estruturante e colocará o bebê em um circuito pulsional, o qual constituirá seu próprio espaço interno. Esse tipo de aliança é, por definição assimétrica, sendo a mãe uma possível detentora do processo de recalque. Não nos parece estranha essa ideia proposta por Kaës, pois nos reportamos ao “*Projeto para uma Psicologia científica*” de Freud (1895), em que o autor aponta a necessidade de uma ação específica por parte de um outro sujeito para que se constitua o circuito pulsional e o estado de desejo do bebê. Este circuito pulsional estruturado através de um adulto poderia ser entendido como uma base para aquilo que Kaës denomina aliança estruturante de sintonia primária, apesar de o autor não citar tal aproximação.

O segundo tipo de aliança estruturante primária é o de prazer-desprazer partilhado e ilusão criadora, a qual se difere da primeira por incluir a presença paterna. Este tipo de aliança se funda na experiência de ser um bebê suficientemente bom capaz de ser reconhecido como tal pelo pai. Tal aliança se torna possível a partir de processos respaldados por investimentos pulsionais temperados com boa sintonia fantasmática e onírica, ou seja, com uma capacidade de sonhar em conjunto. Trata-se de uma aliança que possibilita, tanto para a criança quanto para os pais e a família, o estabelecimento de um laço de confiança e a realização de desejos por meio do vínculo. Este tipo de aliança e as experiências que ela sustenta atuam como pano de fundo para uma reflexão acerca das identificações mais primitivas, pois asseguram uma

¹¹ A **ecopraxia** (do grego echo (repetição) e praxia (ação)) é a repetição involuntária ou a imitação dos movimentos de outras pessoas.

continuidade dos investimentos narcísicos que se colocam entre os sonhos e desejos irrealizados dos pais e a sua “majestade”, o bebê (FREUD, 1914).

O terceiro tipo de aliança estruturante abrange as alianças narcísicas, de amor e de ódio. Kaës pouco fala a respeito desse tipo de aliança, mas explica que esta condensaria e combinaria os efeitos das principais pulsões e seus correlatos de objeto. São, portanto, alianças nas quais prevaleceriam o narcisismo em sua dupla polaridade, de vida e de morte (GREEN, 1988). Cada aliança contém em sua formação, o objetivo de evitar tanto o amor quanto o ódio, dependendo do que estaria ameaçando a estrutura narcísica em questão. O último tipo de aliança estruturante primária é o contrato narcísico, desenvolvido por P. Castoriadis-Aulagnier. Para Aulagnier, esse contrato seria uma forma de compreender a relação entre os pais e a criança para além das questões puramente edípicas, incluindo o discurso do meio social, como vemos a seguir: “Pouco poderia ser dito sobre o efeito da palavra materna e paterna, se não levássemos em conta a lei à qual elas estão submetidas e o discurso que a impõe” (AULAGNIER, 1975, p. 146).

Existe, então, um traço inerente à comunicação inconsciente entre os pais e o bebê, que é relativo ao discurso do meio que os cerca. Para que isso ocorra é importante que este casal partilhe dos ideais do grupo ou subgrupo. Neste sentido, o grupo investe em um lugar que o sujeito poderá ocupar e, assim, transmitir um modelo sociocultural. Desta forma, esse sujeito poderá se projetar em um futuro dentro desta sociedade. A autora ainda atenta para a possibilidade de que, quando houver uma opressão da sociedade ao casal, ocorra uma fantasia de rejeição na criança, gerando possíveis problemas de cunho identificatório. Ou seja, por identificação, a criança sente-se rejeitada pelo grupo em que sua família faz parte, podendo sentir-se dessa forma em quaisquer que sejam suas relações.

Aulagnier aponta para um tipo de sujeito ideal, diferente do Eu Ideal ou do Ideal do Eu, um ideal que o sujeito recebe do grupo e que o torna pertencente a ele. Desta forma, “o sujeito vê, no conjunto, o suporte oferecido a uma parte de sua libido narcísica” (AULAGNIER, 1975, p.150). A autora faz referência ainda a uma repetição de discurso imposta pelo grupo que, ao ser uma exigência constantemente colocada ao sujeito, compreende a existência de um traço que insiste em uma continuidade. Desta forma, a permanência do conjunto é identificada à permanência do indivíduo, em que o primeiro se torna o único possível em termos de temporalidade humana, uma vez que permanecerá independente desse indivíduo. Percebemos aqui certo ideal de imortalidade imantado pelo ideal do grupo e pelo ideal de cada sujeito, assim como o narcisismo parental investido na criança aponta para um desejo de imortalidade do Eu.

Além disso, esse sujeito ideal, que é investido antes mesmo da criança nascer, participa de uma temporalidade, na qual a criança será incluída. Aulagnier afirma que o conjunto dos enunciados desse discurso do meio, o qual possui o próprio grupo como objeto, deve conter os “enunciados do fundamento”. Estes enunciados se referem aos fundamentos da existência do grupo, eles variam de acordo com a cultura e, geralmente, são míticos, sagrados ou religiosos. Eles precisam ser compreendidos como palavras de certeza. As funções do discurso do mito, da ciência e do sagrado comportam enunciados que abordam a origem do modelo, como o discurso da ciência e suas teorias sobre a origem do universo e do homem.

O discurso do meio oferece ao sujeito uma certeza sobre a origem, necessária para que a dimensão histórica seja retroativamente projetável sobre seu passado, podendo ele, então, subtrair-se a uma referência, cujo saber materno ou paterno seria a garantia exaustiva e suficiente. O acesso a uma historicidade é um fator essencial no processo identificatório, sendo indispensável para que o Eu alcance o limiar de autonomia exigido para seu funcionamento (AULAGNIER, 1975, p.151).

Assim, esses enunciados de fundamentos definem leis de funcionamento do grupo, as quais sustentam a representação dos sujeitos. A partir daí a autora supõe que a relação entre sujeito e meio dependa do investimento do sujeito nesses enunciados, gerando uma certeza de discurso calcada em uma ideia de passado partilhada, desdobrada em um modelo de futuro. Em contrapartida, o grupo exige que o sujeito ocupe o lugar de um discurso morto, de uma voz extinguida como um dito de um antepassado, que assegura a continuidade do grupo.

Ao compreender a importância desse conceito, Kaës apresenta o contrato narcísico como a principal aliança inconsciente estruturante, acrescentando suas conclusões à teoria de Aulagnier: “o investimento narcísico, o que ele requer e o que ele dispensa, está na origem do vínculo e da aliança de acordo primária entre o bebê e seu primeiro meio subjetivo. O contrato narcísico é também uma das alianças estruturantes necessárias ao desenvolvimento da vida psíquica” (KAËS, 2009, p. 56). Desta forma, o meio garante ao sujeito um lugar para seu investimento e, em troca, o sujeito assegura a repetição do discurso do grupo, garantindo sua imutabilidade. Podemos concluir que o contrato narcísico possui cláusulas relevantes para o desenvolvimento psíquico da criança. A ruptura desse contrato pode, portanto, ter consequências graves e diretas no psiquismo deste sujeito.

4.1.2. O espaço comum e compartilhado

Segundo Kaës existem dois espaços psíquicos: o espaço intrapsíquico e o espaço intersubjetivo. O primeiro corresponde à segunda tópica freudiana, no qual as instâncias possuem características próprias dentro de uma organização consciente-inconsciente, como uma grupalidade interna. Já o segundo espaço é aquele que está para além desta tópica intrapsíquica, correspondendo aos espaços entre dois psiquismos ou mais. Segundo Kaës, o fechamento do espaço psíquico da tópica freudiana é uma proposição aceita apenas para fins metodológicos, posto que o próprio Freud afirma em várias partes de sua obra a necessidade de pensarmos o espaço psíquico como aberto para outros espaços psíquicos. Não é nada tão absurdo imaginarmos um espaço de interseção entre os espaços psíquicos abertos de cada sujeito, um espaço intermediário, ou, conforme nossa definição, um “espaço-entre”.

A primeira distinção essencial proposta por Kaës está no espaço comum e no espaço compartilhado, pois o fato de determinado traço ser comum a várias pessoas, isso não compreende a ideia de que tal traço seja também compartilhado. Com efeito, “o que transforma o comum em compartilhado é o que ativa o vínculo. Ativar um vínculo é entrar na lógica do ‘não um sem o outro’ nas trocas tópicas, dinâmicas e econômicas” (KAËS, 2004, p.56). É quando uma fantasia, por exemplo, encontra um correlato identificatório na fantasia do outro, emparelhando elementos psíquicos de um e de outro. É necessário que tenha uma participação no que é comum, um objeto que vincule, que organize esse espaço.

Uma condição fundamental para que possa haver compartilhamento do espaço em comum é que os traços comuns tenham sido compartilhados em momentos anteriores, e assim tornarem-se ativos no vínculo e atualizados para que pareçam novos: “entrar num espaço comum é já tê-lo compartilhado, assim como encontrar um objeto é reencontrá-lo” (KAËS, 2004, p.57). Segundo Kaës, o narcisismo é a referência básica para tal proposição, pois através dele a mãe instaura o psiquismo da criança no psiquismo comum da família e, posteriormente, no psiquismo do grupo social. Para Piera Castoriadis-Aulagnier (1975), o processo originário vincular é uma substância comum entre mãe e bebê o qual ela denomina de “espaço seio-boca”. Também André Missenard (1982) fala deste espaço intermediário do qual a criança precisa lidar a partir de sua necessidade de separação.

A ideia de que existe um espaço comum e compartilhado comporta preliminarmente que este espaço seja formado pelos psiquismos participantes segundo suas próprias necessidades, como a realização de desejos, defesas ou descargas. O espaço é formado por todos os sujeitos

ali propostos, mas não participam da mesma forma ou utilizam-se dele da mesma forma. Este espaço exige, tal como a pulsão, trabalho psíquico e também esforços para manutenção do vínculo, como sustentar limites, garantir os termos das alianças, dos pactos e contratos, proteção dos ideais, etc.

A consequência mais importante de pensarmos o espaço comum e compartilhado é a forma como vemos, a partir daí o vínculo transferencial. Contudo, precisamos antes adentrar o campo do espaço onírico comum e compartilhado, pois comporá uma parte metapsicológica fundamental do vínculo transferencial, como vemos na citação a seguir:

Fica clara a ideia de que não podemos mais considerar os sonhos apenas como a realização alucinatória de um desejo, em suas funções homeostáticas de descarga. As maneiras de conceber a vida psíquica, o processo do tratamento e o trabalho do analista com o analisando evoluíram desde 'A interpretação dos sonhos'. O eixo da investigação deslocou-se para questões que concernem à formação do sonho e suas funções nos espaços psíquicos comuns e compartilhados (KAËS, 2004, p.61).

O sonho, portanto, é um produto de dois espaços psíquicos: o espaço interno composto pelos desejos inconscientes e o espaço comum e compartilhado, ou dito de outro modo, o espaço do vínculo. Mas esse espaço onírico possui uma origem, um ponto mítico de nascimento ou um *continuum* do espaço psíquico familiar? Segundo Kães, Freud respondera essa pergunta com a teoria do narcisismo primário, afirmando que o pai e a mãe sonham com “sua majestade, o bebê” (FREUD, 1914) muito antes de seu nascimento e até mesmo durante sua concepção. O narcisismo primário do bebê está apoiado sob os sonhos não realizados de seus pais e, como não está ainda separado desses sonhadores a respeito de si, eles formam seu “berço psíquico” (KAËS, 2004, p.66). Desta forma, os primeiros vínculos, as primeiras identificações, as primeiras defesas e os ideais, estarão apoiados neste berço. O vínculo intersíquico que liga mãe e bebê faz introjetar, nesse bebê, a capacidade onírica da sua mãe¹². Existe para Kaës, então, um berço onírico originário ou um primeiro espaço comum, posteriormente também compartilhado. Segundo o autor, pensar esse contexto é também entendê-lo no espaço intersíquico do tratamento analítico.

A partir de exemplos clínicos, Kaës tenta nos ensinar a respeito da polifonia do sonho e do que seria o segundo umbigo do sonho, presente no espaço intersubjetivo estabelecido pelo processo analítico. Ele nos conta seus sonhos e de seus pacientes, mostrando como eles são produto de um vínculo inconsciente, contendo e respondendo a pactos e alianças imperceptíveis

¹² Aqui lembramos da teoria da função materna de devaneio de Bion (1963), que afirma existir um espaço onírico pré-natal no qual o bebê conseguiria introjetar a função alfa materna e, assim, produzir sua capacidade onírica.

à consciência dos desavisados. A matriz ou umbigo intersubjetivo do sonho, estariam no espaço transferencial-contratransferencial, um espaço muito específico e caro ao desenvolvimento do trabalho analítico. A dor e a impotência de sua paciente o remetem aos mesmos afetos vividos em sua situação traumática da perda de um filho. Segundo Kaës: “São esses afetos que desencadeiam meu sonho, e provavelmente o dela. A análise desperta nela [na paciente], assim como em mim, experiências de ameaça de desmoronamento: o sonho, aqui, é o objeto de socorro contra essa ameaça, ele a inclui em seu espaço e lhe dá uma configuração no drama que a suscitou” (KÄES, 2004, p.102).

O interessante das descrições desses trabalhos oníricos do espaço analítico de Kaës é como ele tenta utilizar-se deles para melhor compreensão do caso em questão. Segundo ele, é possível fazer modificações nesse espaço através do trabalho do pré-consciente do analista. Segundo o autor, a transferência é necessariamente um espaço psíquico compartilhado, organizado pelas transmissões inconscientes de conteúdos, os quais Freud já havia assinalado numa conferência de 1932. Neste sentido, o sonho no processo analítico possuiria sempre um destinatário próprio – analista ou analisando. O sonho é, então, polifônico por incluir em sua arquitetura além dos conteúdos do sonhador, aspectos do outro, e será assim tanto em relação ao sonho do analista quanto em relação ao sonho do analisando:

O mesmo acontece com os sonhos do psicanalista: alguns de seus sonhos incluem, como destinatário, objeto de cuidados, de amor ou de ódio, um (a) de seus (suas) analisandos(as). Devemos, contudo, constatar que raros são os estudos sobre a contratransferência do analista e sua própria atividade onírica. No entanto, temos algum outro instrumento mais fino e mais seguro a nossa disposição? Mais raras ainda são as indagações sobre as condições que tornam possível o sonho contratransferencial (KÄES, 2004, p.112).

Concordamos com Kaës de que é um instrumento maravilhoso de trabalho, mas que não recebe a devida atenção dos estudiosos de psicanálise. Ele consegue apontar M. e W. Baranger como principais autores responsáveis pelo trabalho de incluir o analista como co-protagonista da situação analítica, retirando-o do lugar de mero objeto de projeções transferenciais. Como vimos no capítulo anterior, os Baranger conseguem compreender o espaço intersubjetivo analítico utilizando-se do conceito de campo, possibilitando uma organização mais clara desta outra coisa que se formaria a partir do vínculo analítico.

Seguindo as ideias de Kaës, chegamos à sua proposição de que existem, na verdade, dois umbigos do sonho: aquele teorizado por Freud, no qual sempre há um resto não interpretado e desconhecido de todos os sonhos, e que seria justamente o limite da interpretação; e um segundo umbigo, aqui nomeado de umbigo intersubjetivo. Consequentemente, teríamos

dois berços: o espaço interno intrapsíquico e o “espaço onírico compartilhado e comum a vários sonhadores” (KÄES, 2004, p.263). Desta forma, os processos do sonho, todo seu trabalho, são determinados por esses dois condutos em proporções variadas. Neste espaço onírico comum e compartilhado, deste vínculo inconsciente, também temos o sonho repousando num desconhecido, assim como previa Freud.

Kaës confia que o espaço onírico comum e compartilhado pode ser caracterizado como um fenômeno transicional, seguindo o caminho de Winnicott e Masud Khan, que afirmavam o sonho ser um objeto transicional oscilando entre o Eu e o Não-Eu. Segundo Kaës, como vimos, o primeiro espaço psíquico é um espaço comum e compartilhado, e o contato entre os espaços oníricos dos sonhadores que constituem a teia de vínculos circundantes do *infans* formam nele a capacidade de sonhar. É neste sentido que ele afirma que este outro que empresta seu espaço onírico é também instigador da zona transicional. Na situação analítica, portanto, faz-se desnecessário num primeiro momento discernir o sujeito que produziu o sonho, possibilitando a experiência de ilusão que propiciará futuras separações.

A teoria de Kaës a respeito do espaço onírico não termina no espaço intersubjetivo produtor de um segundo umbigo do sonho. Segundo ele, ainda é possível pensar em um terceiro umbigo do sonho, aquele referente às relações sociais, à cultura, onde encontraríamos os ritos e os mitos. Essa seria a função dos filtros de sonhos, encontrados nas tradições indígenas norte-americanas:

O sonho é a comunicação essencial entre dois mundos paralelos em tensão, cujo equilíbrio é preciso preservar: o mundo dos vivos e o dos desaparecidos e dos espíritos, que transmitem aos primeiros sua vontade. O mito interpreta o sonho, assim como entre os gregos que se dirigiam a Delfos, e, por conseguinte, o sonho repousa sobre o material do mito que ele reinterpreta e cujo sentido oculto revela. É nesse sentido que os sonhos também são filtros de mitos” (KAËS, p.281)

Ousamos dizer que Kaës tenta basear-se bastante na teoria freudiana. Porém, ele mesmo reconhece a dificuldade de desenvolver sua teoria em contraste com a teoria dos sonhos de Freud. Entende também que é uma teoria ainda muito pueril, bruta, que necessita ainda de lapidação. Apesar de concordarmos com o estatuto inovador e ainda inacabado da teoria de Kaës, vemos grande potencial em seus questionamentos, principalmente ao colocar a relação transferencial em um nível bastante interessante de trabalho, voltado para os vínculos inconscientes. Até porque, como ele mesmo afirma, o estudo dos sonhos e afetos contratransferenciais precisam ainda de muita dedicação, apesar de serem extremamente ricos para o trabalho com pacientes, principalmente aqueles com questões narcísico-identitárias. É

uma ferramenta importante dada por Kaës para conseguirmos desenvolver um entendimento e uma técnica para esses casos considerados difíceis.

4.2. Uma terceira tópica?

Durante o 66º Congresso de Psicanalistas de Língua Francesa (CPLF) em 2005, cujo tema era justamente as novas relações transferenciais, um texto sobressaiu por sua ousadia: o relatório Brusset, intitulado “*Metapsicologia dos vínculos e ‘terceira tópica’?*”. O tal relatório contém a proposta formalizada de uma terceira tópica em que o aparelho psíquico é produzido por meio dos vínculos e, ao mesmo tempo, é produto deles. No livro de Brusset, com primeira publicação se deu em 1988, “*A Psicanálise do Vínculo*”, já encontramos um prelúdio desta proposta. Não se trata de uma terceira tópica no sentido desenvolvimentista, posterior à primeira e à segunda, mas uma tópica anterior às outras duas, mais primitiva e elementar. Ana Maria Andrade de Azevedo (2007) afirma que o relatório aponta para um funcionamento “em exterioridade” na clínica, seguindo na esteira da noção de um espaço psíquico entre sujeitos, tal como apontariam Winnicott, Ogden, o casal Baranger e Käs.

O controverso relatório Brusset, foi publicado na *Revue française de psychanalyse* (Revista Francesa de Psicanálise), no ano de 2006, com o título “*A metapsicologia dos vínculos e terceira tópica*”. Posteriormente, em 2013, Brusset publicou um livro pela editora Dunod em Paris, intitulado “*Au-delà de la névrose: vers une troisième topique*” (“*Além das neuroses: para uma terceira tópica*”), que ainda não temos notícias de sua chegada pelas terras latino americanas. Conseguimos acesso ao livro em francês e ao artigo publicado em 2006, assim como alguns outros artigos que comentam a proposição de Brusset: (LUCAS, 2014; DINIZ, 2006; KRZAKOWSKI, 2015; KHOURI, 2007; FALCÃO, 2007; SILVEIRA, 2007; AZEVEDO, 2007). Apesar de encontrarmos dentro desses artigos notícias de muitas críticas e ataques à proposta do autor, não encontramos nenhum artigo explicitamente o fazendo. Parece, de acordo com nossas pesquisas, que tais críticas vieram de um grupo mais específico da escola francesa de psicanálise, que não é citado diretamente nos artigos.

O relatório Brusset, como é chamado pelos seus comentadores, possui o objetivo de conduzir seus leitores a acreditarem na necessidade de pensarmos na construção de uma terceira tópica. Para isso, o autor começa por explicar a construção da primeira e da segunda tópica, de acordo com sua leitura de Freud, começando por um estudo da ideia de tópica e de aparelho psíquico. Segundo Brusset (2006), a psicanálise rompe com o pensamento cartesiano filosófico

ao distinguir dois planos possíveis de entendimento da relação do aparelho psíquico com o mundo externo, um plano referente a dicotomia sujeito x objeto e o outro referente a questão pulsão-objeto. Nota-se que o primeiro propõe uma oposição, seguindo a tradição filosófica cartesiana e respeitando seu pressuposto. O segundo diz respeito a uma ligação, proposta radicalmente oposta, segundo Brusset, que justificará toda a teoria do inconsciente e os fundamentos da metapsicologia.

Será nos autores pós-freudianos, que a questão da relação de objeto ganhará maior atenção, com nomes como Ferenczi, Balint, Spitz, Winnicott, Klein, entre outros. O objetivo em comum de tais autores, afirma Brusset, é a compreensão da construção do sujeito a partir de sua relação com a realidade externa. Enquanto em Freud (1923) observamos uma maior importância dada à construção intrapsíquica, esses autores ingleses priorizariam essa mesma construção, a partir do que o meio oferece, como vimos nos capítulos anteriores. A organização de uma teoria das relações objetais é mérito de William Ronald D. Fairbairn, autor escocês bastante valorizado por Brusset. A ideia de Fairbairn é sistematizar dentro do termo as teorias que entendem a constituição psíquica fora da teoria da sexualidade priorizada por Freud ao longo de sua construção teórica. O foco será o entendimento da constituição do Eu a partir das mais primitivas relações objetais em oposição à ideia de uma centralidade nos movimentos libidinais (CELES et al, 2008), o que, segundo Brusset, é exatamente o que a clínica contemporânea nos exige.

O autor aponta para a insuficiência das tópicas freudianas ao tratarmos de casos os quais surgem a problemática dos limites entre interior e exterior, Eu/não-Eu e da fragilidade do Eu diante do externo constantemente invasivo e causador de angústias de abandono impensáveis. Alguns autores, como Balint, falam da falha básica e dos estados primitivos; Ferenczi (1990) fala das personalidades narcísicas; Hellen Deutsch (1942) fala das personalidades “como-se” (“*as-if*”); Fairbairn (1952) fala das personalidades esquizoides; André Green (1975) fala dos estados limites; Tustin (1981) fala dos estados autísticos – inclusive em estados neuróticos; e assim por diante. De acordo com Bernard Brusset, foi preciso trazer ao campo psicanalítico a ideia de uma intersubjetividade, ou melhor, uma “alternativa intersubjetivista” (BRUSSET, 1988, p.241), rompendo novamente com a oposição sujeito x objeto, inserindo outro sujeito na constituição psíquica de forma quase que definitiva. Agora, o que está implicado na compreensão desses casos é a ideia de uma coatividade entre dois sujeitos, ambos participando mutuamente na construção do vínculo e, conseqüentemente, da constituição psíquica de cada um.

A ideia de intersubjetividade trazida pelo psicanalista francês é herdeira de Owen Renik (1995), autor com forte influência de Sándor Ferenczi, denunciando de forma bastante enfática a hipocrisia dos analistas que defendem uma neutralidade, ignorando às necessidades que o caso apresenta. Renik valoriza a empatia, a intuição, a “relação real” em oposição à relação transferencial tal como ensinou Freud, pois o termo “real” diz respeito a uma relação autêntica e realística entre o analista e o paciente. A inclusão da subjetividade do analista, portanto, é fundamental, como já vimos nos estudos de Ferenczi, e ainda, segundo Renik, “a subjetividade do analista dispara como se o paciente, não mais no exterior, mas no interior do analista, pudesse ser analisado e estudado objetivamente” (RENIK, 1995).

A intersubjetividade está situada, portanto, “na experiência consciente e pré-consciente, mas também dentro da lógica e ignorância do inconsciente pulsional, da conflitualidade intrapsíquica e a fortiori da transferência” (BRUSET, p.1222). Mas a intersubjetividade que interessa à psicanálise, segundo o autor, é aquela que está em relação com o intrapsíquico e, neste sentido, é menos ambíguo e nos é mais interessante falar em termos de interpulsivo e não intersubjetivo. Essa escolha de termos é importante para criarmos uma diferenciação das teorias existencialistas, que falarão das relações humanas sem o viés da teoria do inconsciente.

A partir de 1950, segundo Brusset, temos uma inserção de novos paradigmas clínicos no quadro psicanalítico, principalmente no que concerne o jogo transferencial-contratransferencial. As noções de par analítico, de relação transferencial e, conseqüentemente, de relações interpulsivas, trazem aos analistas a necessidade de uma releitura teórica para esses novos verbetes, para essas novas práticas. É neste sentido que Brusset afirma que existe uma dificuldade atual muito importante no que tange a metapsicologia da transferência, ou ainda, dos fenômenos multiformes da relação transferencial dentro do seu largo campo atual. Afirma também, que será esta abertura do conceito de transferência observada na atualidade que exigirá algum tipo de fechamento no campo teórico, no sentido da construção de uma metapsicologia que dê conta desse fechamento. Esta é sua proposta de uma terceira tópica, a qual inclua as organizações não neuróticas de funcionamento psíquico e suas idiossincrasias no campo da transferência, e nas quais imperam os fenômenos da negação, da clivagem, das passagens ao ato e das identificações projetivas.

Sua ideia de uma terceira tópica se deu a partir da inclusão de outros campos da psicanálise que ainda são considerados por muitos, como uma parte cindida do campo psicanalítico:

Falar de uma terceira tópica é levantar a questão do lugar dado na metapsicologia aos modelos teóricos advindos de práticas de psicanalistas de outros campos e de outros dispositivos técnicos que não sejam a cura dita clássica: a face a face, as mediações, a família, a instituição, o grupo e o casal. Dos modelos teóricos libertados da referência às pulsões, ao corpo, à memória inconsciente individual, que tendem a privilegiar, sejam novas noções que possuem um maior valor descritivo ou os modelos estruturais fundados sobre as noções de fantasias originárias e de identificações projetivas (BRUSSET, 2006., p.1229).

É fundamental, como vimos, a inclusão dessas outras perspectivas técnicas que, apesar de não serem novas no nosso campo, são ainda pouco consideradas na construção teórica psicanalítica, como se fossem campos distintos: o dispositivo clássico individual e os dispositivos da análise de grupo, da análise institucional, familiar, etc. No entanto, são esses dispositivos que trazem a possibilidade de pensar na construção de um modelo teórico que compreenda o vínculo em uma perspectiva intersíquica e que nos ajudará no trabalho com os casos “não neuróticos”. A partir de então, um duplo aspecto deve ser caracterizado: o do campo clínico dos funcionamentos em exterioridade e a da relação analítica necessária nas organizações não neuróticas, tal como se apresenta em posição central nas teorizações contemporâneas.

Brusset relembra as dificuldades de Freud ao localizar os argumentos transferenciais dentro da lógica dos casos situados fora das neuroses consideradas clássicas. Traz o texto “*Construções em psicanálise*” (FREUD, 1937), para mostrar a necessidade da criação de novas formas de intervenção sem ser tão fortemente baseadas na associação livre e na neutralidade. Logicamente, é a Ferenczi que Brusset recorre, mostrando sua importância para Freud perceber tais limites e para a abertura da psicanálise para novas formas técnico-clínicas. Brusset faz também uma dura crítica às propostas que enrijecem a postura analítica, afirmando que enxergar a função do analista como um espelho suporte de uma projeção, como um lugar morto, impõe um quadro indutor de traumas. Tais posturas evidenciariam o apego excessivo do analista à sua preferência teórica, colocando sua transferência maciça com a teoria antes das possibilidades transferenciais do seu analisando.

Ao defender o conceito de vínculo, Brussert (2006) adverte acerca da sua polissemia. Segundo o autor, existem várias formas de uso do termo, inclusive na matemática e na informática, sendo de suma importância que o utilizemos de maneira coerente com nossos objetivos. Falar de vínculo no contexto clínico é ter em mente sua vertente afetiva e não cognitiva, compreendendo, no contexto de cada sujeito, as suas capacidades emocionais, de amor, de ódio, de dependência, assim como sexuais. As ideias de Bion a respeito do vínculo

são muito valorizadas por Brusset, como a teoria do continente-conteúdo, as funções alfa e beta, entre outras. Ele se utiliza, inclusive, de sua definição de 1962 para embasar suas proposições a respeito do vínculo na clínica: o vínculo é a capacidade do analista de introjetar as identificações projetivas do paciente. Os ataques contra os vínculos são sinônimos, por consequência, de ataques contra a tranquilidade de espírito do analista e, na origem, da mãe (BION, 1962). A terceira tópica, portanto, é a tópica do vínculo, cujo nascimento se deu a partir de 1920 com o famoso texto da virada freudiana, “*Além do princípio do prazer*”.

Posteriormente, com os modelos teóricos introduzidos principalmente por Winnicott, Bion e Green, a urgência desta tópica tornou-se mais evidente, por demonstrarem a participação do meio, e dos vínculos incluídos nele, na constituição psíquica da criança, e também por serem autores que priorizaram uma proposta clínica voltada para os casos não neuróticos. Brusset traz ainda alguns autores pouco conhecidos em nossas terras, como W. Reid (1996), P.-C. Recamier (1992), e F. Guignard (1996), mas também cita René Kaës (1992), trabalhado por nós e um pouco mais conhecido por autores que trabalham psicanaliticamente a questão do grupo.

O processo de subjetivação, objetivo da psicanálise, se inscreve no trabalho da cura como uma busca de significado a partir do trabalho de identificação simultânea, comum e respectivo, entre os dois participantes: a área do jogo, metaforização e apropriação de sentido. É isso que possibilita ao analisando compreender a interpretação como advinda de um vínculo imaginário diferente, um espaço exterior ao encontro objetivo. Brusset inclusive afirma que “as interrelações primitivas sujeito-objeto se repetem no registro da dimensão intersubjetiva da relação analista-analisando” (BRUSSET, 2006 p.1235-6). Neste sentido, nas situações regressivas, o analista é confundido com objeto primário, sem diferenciação Eu-Outro, dentro-fora. A metapsicologia do vínculo, então, se constitui tanto como o vínculo primário e sua essencialidade na constituição psíquica, quanto o vínculo analista-analisando nos casos não neuróticos.

Já a metapsicologia referente ao funcionamento do analista em trabalho é creditada a autores como S. Ferenczi, A. Green, M. e W. Baranger, T. Ogden e A. Ferro – maioria deles apresentada no presente estudo. Tais autores, segundo Brusset, conseguem explicitar como o vínculo analítico pode ser entendido como um aparelho psíquico à parte. Os conceitos de terceiro analítico, campo analítico e espaço psíquico comum e compartilhado fazem referência justamente a este funcionamento externo ao psiquismo do analista e do analisando, e diz respeito a um lugar de mútua construção e entre jogo. É como se o trabalho analítico acontecesse em níveis de consciência, portanto:

É necessário distinguir no funcionamento interpessoal qual nível predominante que está em jogo: o nível consciente e pré-consciente correspondente à associação articulada de ideias, às imagens e às inferências semânticas (...). No outro nível, a atividade psíquica inconsciente do analisado é implicada e utilizada através de suas intuições e intervenções. Os problemas narcísicos e os estados limites colocam em evidência esta dimensão subjacente à problemática da transferência e das relações de objeto (BRUSSET, 2006, p.1253)

Esta dimensão inconsciente, como Brusset mostra, é de extrema importância na clínica dos casos difíceis. A proximidade psíquica com o analista ou com qualquer pessoa é fonte de extrema angústia para esses pacientes e, conseqüentemente, a capacidade de estabelecer um vínculo afetivo é bastante comprometida. A angústia é, nesses casos, fator gerador de retraimento e até promotora de defesas autísticas ou projetivas, sendo importante que alguma mediação ocorra no enquadre analítico. Essa mediação pode ser alcançada com o estilo de intervenção do analista, que seguirá a esteira do vínculo constituído com seu paciente. É neste sentido que observamos a influência desta terceira tópica no tratamento desses casos, no estilo do analista, mas, principalmente na sua escuta para algo para além dos discursos conscientes, para algo da ordem afetiva contratransferencial.

O que interessa a Brusset e aos autores já citados, é a necessidade de pensar uma metapsicologia características de casos que não se enquadram numa nosografia psicanalítica tradicional. Casos que ele, às vezes, chama de “novas doenças da alma” (referência ao livro de Julia Kristeva de 2002) ou de “novas economias psíquicas”, que indagam uma técnica não tradicional, porém ainda não muito bem mapeada pelos teóricos atuais, que acabam muitas vezes ampliando a clínica sem uma teoria que dê o embasamento necessário. Neste sentido, a proposta é a de uma “tópica externa”, ou uma “tópica da clivagem”, ou uma “tópica interativa” ou ainda uma terceira tópica para que possamos conquistar tal embasamento. Chamar de terceira tópica possui o objetivo de indicar uma continuidade com o pensamento freudiano e não uma ruptura, já que, segundo Brusset, é possível entender a emergência desta terceira tópica a partir de 1920.

O ponto de ancoragem na teoria freudiana para afirmar a terceira tópica é a postulação de Freud de que, diferente das neuroses, na psicose e na perversão o conflito situa-se entre o Eu e a realidade. Ou seja, numa exterioridade. Neste sentido, os pontos de vista dinâmico e econômico baseados no recalque não podem ter mais o mesmo lugar. Em suma, de uma forma mais didática, Brusset nomeia três pontos de ancoragem principais na teoria freudiana para sua terceira tópica: a projeção, principalmente no mecanismo da paranoia onde a identificação projetiva ganha concretude, desarticulando os limites entre o Eu-Outro, mundo interno e mundo

externo; a dupla polaridade do narcisismo e da objetividade, mais especificamente a pluralidade dos níveis de identificação e diferenciação entre o Eu, o objeto e a função terciária; e por último, o funcionamento psíquico do paciente e do analista a partir dos referenciais dos princípios do prazer e de realidade, articulados a ideia de intermediário ou até a transicionalidade e o espaço potencial de Winnicott, na criação de um espaço analítico no qual o jogo e a brincadeira possibilitam a criação e o vínculo (um “espaço-entre”, do nosso ponto de vista).

A ideia é pensar em uma psicanálise que não se limite aos espaços psíquicos individuais, mas também compreenda os espaços *entre* os psiquismos. Mas não será possível, adverte o autor, criar uma teoria unificada e totalizante, fechada, pois assim estaríamos indo contra o campo de conhecimento psicanalítico, que propõe justamente uma abertura constante para a produção de questões e busca de estranhamentos em relação às subjetividades encontradas nas nossas clínicas. Levar em conta o ponto de vista intersíquico dentro da clínica, é considerar o funcionamento do analista dentro da sessão, algo pouco comum na psicanálise dita clássica. Assim, sua proposta é

De fundar, na medida do possível, a tese de uma nova tópica a partir das aberturas deixadas por Freud, das quais eu já fiz um resumo que poderia ser prolongado e refinado (...). A terceira tópica não é um modelo redutível ao espaço interpessoal ou intersubjetivo e chama-la de terceira não implica que as duas tópicas freudianas são exclusivas da neurose, perigo que corremos ao propormos novos paradigmas a partir dos estados limites. Se trata de tentar dar conta das alterações dos limites dentro-fora, eu e objeto, representação e percepção, a partir de uma metapsicologia dos vínculos que integre os modelos pulsionais e os modelos de relação de objeto (BRUSSET, 2006, p. 1278)

Uma proposta ousada e difícil, mas que de alguma forma, reúne e organiza pensamentos presentes em muitos dos estudos clínicos contemporâneos. Não é proposta de Brusset criar uma teoria universal, mas ele acredita que sua terceira tópica seja um modelo mais geral do que a clínica, ultrapassando inclusive a nosografia que ela implica. O psicanalista francês ainda não sabe se a terceira tópica dará conta de uma tópica primitiva ou de uma potencialidade mais abrangente, se pode explicar os traumatismos ou se certos fatores socioculturais favoreceriam certos estilos de vínculos. Na verdade, “a ideia proposta aqui é a da especificidade metapsicológica das organizações ou dos níveis de funcionamento não neuróticos que requerem a definição de uma terceira tópica como quadro geral de uma metapsicologia dos vínculos” (BRUSSET, 2006, p.1279)

4.2.1. Ilustração clínica

Brusset traz em seu relatório um exemplo clínico que ilustra, segundo ele, a forma como o analista possui algumas funções: de duplo, de continente e Eu-auxiliar, mas também de Supereu interditor e protetor. Este caso lhe mostrou como é possível pensar a expulsão psicótica do que está do lado de dentro e é colocado no vínculo analítico dando lugar à um processo de simbolização dentro do espaço intermediário do *setting* analítico. Ele afirma que, apesar de seu desejo contratransferencial levá-lo a procurar construções interpretativas imaginárias, seu objetivo teve de se adaptar às possibilidades da paciente, transformando-se em investigação e reconstruções traumáticas.

Christine tinha 35 anos, enfermeira, casada há 2 anos, possuía depressão grave e desorganização psicótica, com mecanismos e temas delirantes, mas também questões obsessivas, premonições e pensamento mágico. Segundo ele, psicanaliticamente Christine estava em estado de regressão narcísica com movimento melancólico, sentindo-se responsável pelos malefícios e mortes que ocorriam em seu entorno e no mundo. Precisava, portanto, se afastar de todos e de tudo para protegê-los de sua influência maléfica, e também proteger-se das ameaças obscuras que as pessoas traziam a ela. Segundo Brusset, tudo isso estava relacionado aos elementos de sua história que foi progressivamente tornando-se claras em análise. Três anos antes, havia terminado com Christophe, um homem que a tratava como uma boneca e não lhe proporcionava nenhuma satisfação sexual. Christine descobriu em seguida, que ele estava cuidando de seu pai muito doente, desenvolvendo, em virtude de uma atualização traumática de suas questões edípicas, uma paixão idealizada por ele.

Envolvendo-se com a situação de Christophe e decidindo por ele a respeito da eutanásia de seu pai, Christine estava longe de imaginar as implicações posteriores desta relação e da culpa que determinaria seus conflitos subjetivos. A relação com Christophe e toda a situação decorrente dela cristalizaria seu núcleo traumático, cerca de dois anos depois. Pouco conseguia relatar a respeito desses acontecimentos e desta relação em virtude de seu estado confuso e desintegrado, estando sempre muito presa às suas próprias fantasias a respeito dele. Seu vínculo com Christophe estava mais próximo de um estado de encontro narcísico que oscilava entre vida e morte do que de uma relação com desejo sexual adulto. Outro fato curioso era a repetição do nome em suas relações posteriores, tendo sido necessário numerar nas sessões os Christophes para compreender suas histórias.

Segundo o psicanalista, a repetição do nome diz mais respeito a uma identificação do que uma busca amorosa, inclusive porque passaria por uma dessexualização. Deste modo, ela é ele, e assim, ela volta a ser objeto de seu pai. Este núcleo traumático foi pouco acessado em termos de memória ao longo de seus dez anos de análise, porém, apareceu diversas vezes em forma de passagens ao ato e somatizações. O tratamento psiquiátrico concomitante à análise promoveu uma redução da angústia e do risco de vida decorrente da depressão grave, mas trouxe de início uma repartição do processo transferencial, a qual, com o tempo, concentrou-se na figura de Brusset. Desse modo, foi construída uma relação de confiança, propiciando a segurança de uma experiência inédita e estruturante.

“Fazia tempo que não era possível falar de si mesma, de tomar consciência de sua própria atividade de pensamento como existindo a partir de um mundo interior. (...) esse tipo de atividade projetiva determinante de uma série de funções psíquicas em exterioridade sugere o modelo da tópica externa” (BRUSSET, 2006, p.1257). A contratransferência foi bastante difícil para o analista, o qual afirmou sentir sempre muito tédio em suas sessões, em virtude de seu discurso melancólico a respeito de sua ausência de sorte. Brusset também percebia que seu discurso delirante possuía componentes românticos e idealizados, tendo sido importante que ele conseguisse não se deixar seduzir por sua narrativa.

Suas interrogações levaram Christine a verbalizar lembranças fundamentais para o seu processo de cura, como, por exemplo, uma situação em que se afogou quando tinha 6 anos. Nesta situação, a paciente regrediu a uma época fusionada com sua mãe, sentindo-se abandonada diante da sua indiferença e sua indisponibilidade materna. Com vivacidade, Christine descreveu como foi socorrida por uma pessoa desconhecida enquanto sua mãe se recusava a entrar na água em virtude de suas calças de pantalone branca. Além disso, lembrou de como era obrigada a dormir com seus avós na mesma cama durante toda sua infância e, com a morte de seu avô, passava a dormir com sua avó no lugar que era dele, enquanto sua mãe dormia sozinha na própria cama.

A postura do analista e sua função continente foram fundamentais para que o processo regressivo pudesse encontrar saída protegida na realidade:

A incapacidade de pensar na coalescência das angústias paranoides e das angústias depressivas é aliviada pela função continente do analista, na condição de estar presente na realidade. É desta maneira que a projeção veio a funcionar como processo de elaboração (como no sonho), dando figurabilidade não somente aos fantasmas inconscientes, mas também ao irrepresentável das moções pulsionais sexuais e destrutivas. (BRUSSET, 2006, p.1262).

Após alguns anos de análise, aparece no enquadre um ataque ao vínculo, uma acusação de Christine destinada a Brusset. Ela o acusa de julgá-la culpada de não dar importância a uma amiga doente assim como não havia dado à sua mãe no passado. Lembrando-a de que ali dentro não existiria nunca nenhum tipo de julgamento, Brusset mostrou que é um sentimento projetado, que ela se sente culpada e usa-o como agente julgador. Christine entrou em um discurso defensivo, trazendo à consciência pela primeira vez sua culpa avassaladora, assim como a raiva e a tristeza. Desta forma, foi possível uma elaboração analítica de conflitos intrapsíquicos. Ao fim, os processos projetivos compulsivos foram dando lugar a formas de pensamento produtoras de introjeção, no entre jogo dentro x fora, Eu x Outro.

Segundo Brusset, é possível organizar o caso de Christine em três fases: a primeira caracterizada pelos delírios, fundamentados nas relações primitivas mais traumáticas com seus objetos primários. A capacidade de pensamento extremamente comprometida, função alfa invertida, ataques constantes aos vínculos, fragilidade e desorganização pulsional. A projeção excessiva supunha um comprometimento na função do Eu de delimitação entre o dentro e o fora, o Eu e o outro, de uma organização primitiva de espaço. A segunda fase seria aquela em que a paciente começa a estabelecer uma regressão narcísica e dependência ao analista. Em um terceiro momento, Christine identifica-se melancolicamente com o pai morto, e fica tomada de muita angústia e sentimento de culpa. O trabalho analítico, possibilitou a emergência da dimensão depressiva originária, chave da organização patológica subjetiva.

Tal caso coloca um problema metodológico à psicanálise clássica. A riqueza de detalhes românticos e masoquistas poderiam levar facilmente o analista à uma compulsão interpretativa acerca da triangulação edípica e das reações frente a castração. Assim como o delírio paranoide é perfeitamente construído e convence o mais astuto cético, mas é construído em bases de premissa falsa. Brusset afirma que as associações do analista poderiam parecer ricas e cheias de significado ao paciente, mas ocultariam uma dissociação fundamental entre a tópica externa e a intrapsíquica, gerando mais ataques aos vínculos ao seu redor. Desta forma:

O analista não é obrigado, até agora, a aplicar um saber, mas adicionar à sua análise da contratransferência, à sua disponibilidade psíquica e à sua escuta metapsicológica, os recursos da sua participação compreensiva, do pensamento clínico e da atenção voltada para a tópica dos vínculos pulsionais, das relações entre o *self* e os objetos tanto internos quanto externos, assim como para o traumático e aos modos heterogêneos de simbolização e subjetivação (BRUSSET, 2006, p.1274).

Brusset defende que, a partir do ponto de vista de uma terceira tópica, será de fundamental importância trazer à análise a economia e a dinâmica dos processos regressivos,

trabalhando lado a lado a tão pertinente e defendida análise edípica. Chamar de terceira tópica tem por vantagem justamente a fundamentação na teoria freudiana, recuperando aquilo que nos ajuda nesta clínica mais adversa e repensando conceitos que necessitam assim o ser. Esta tópica é revelada na clínica psicanalítica pelos funcionamentos psíquicos em exterioridade¹³, como no caso de Christine. Precisamos aceitar, afirma o autor, que o nosso objeto de conhecimento é complexo e requer toda riqueza e pluralidade que as novas teorias podem oferecer, assim como reconhecer em todas elas os seus limites. Ele aconselha que tomemos cuidado, tanto com um “ecletismo inconsistente” como com “abstrações desconectadas da clínica” (BRUSSET, 2006, p.1275).

4.2.1. Comentários ao relatório

Alguns artigos foram produzidos aqui no Brasil em resposta ao relatório de Brusset. Ana Maria Andrade de Azevedo (2007) acredita que a proposta de Brusset possui algumas dificuldades, mas aponta para uma tarefa que deveremos enfrentar em algum momento. Ela entende que a mensagem principal do autor é colocar em questão a discussão em torno do vínculo, do relacionamento analítico ampliado e dos aspectos transferenciais e contratransferenciais.

A possibilidade de reconhecer a existência de um interior (determinado psíquica e biologicamente), de um exterior (que obedece às leis da realidade) e de um espaço intermediário (onde o outro pode ser percebido, onde um mundo imaginário se constrói) é o que tornará possível o desenvolvimento da intersubjetividade. (...) daí o interesse de Brusset por uma metapsicologia dos vínculos, pois para ele os vínculos externos, estabelecidos com a realidade, e os vínculos internos, ou seja, os da pessoa com ela mesma, caracterizam-se por um mesmo funcionamento psíquico. (AZEVEDO, 2007, p.87)

Esta citação é muito esclarecedora, pois nos permite entender a interação de um interno e um externo que constituem a subjetividade. A psicanalista Ana Maria Andrade de Azevedo nos lança luz à ideia de que Brusset entende um espaço intermediário com caráter imaginário, um mundo próprio constituído de realidades internas compartilhadas. Ainda nos mostra como para Brusset e, em geral, os autores que trabalham com a noção de intersubjetividade, o funcionamento de um vínculo externo obedece às mesmas leis que os vínculos internos. A

¹³ Brusset explica que a palavra em francês *extériorité* é escolhida em detrimento de *extériorization*, em virtude de a segunda designar um movimento de dentro para fora, dando a entender que existira algo interno anterior.

relação dos objetos internos é projetada no espaço intermediário, produzindo novas interações possíveis com os objetos internos projetados do outro sujeito do vínculo. Precisamos pensar na proposta de Brusset de acordo com a nossa realidade, com as comunicações virtuais e eletrônica, etc. talvez possa fazer mais sentido, por justamente entender um espaço entre o psíquico já experimentado pelos meios de comunicação atuais.

Já Ana Maria Brias Silveira (2007) se preocupa em organizar o relatório de Brusset no sentido de visualizar as teorias imbricadas em sua proposta, priorizando uma compreensão winnicottiana dessa metapsicologia do vínculo. Ela afirma que Brusset tentou organizar as questões introduzidas pelas teorias das relações de objeto junto com o modelo pulsional, produzindo uma teoria bem estruturada que desse conta dos casos não-neuróticos. A autora argumenta que

A terceira tópica proposta seria então um aspecto abrangente da metapsicologia dos vínculos e dos limites do self, ao deter-se no estudo do espaço entre gerado no encontro do self com seus objetos. Ao falar em limites do self, a referência não é apenas espacial, na verdade o essencial é o que se refere aos processos de transformação e simbolização que ocorrem nesse espaço. (SILVEIRA, 2007, p.53).

Segundo Ana Maria, a referência a André Green é nítida nos escritos de Brusset, indicando inclusive uma certa falta de originalidade na proposta do autor. Ela nos lembra que Green (2002) ressaltou a importância da construção de uma metapsicologia dos limites, focada justamente na noção de espaço psíquico comum e das operações de união e separação entre Eu-objeto. Porém, apesar de apontar para a necessidade de uma nova tópica que abarque as patologias narcísicas de tipo *borderline*, Green não ocupou-se de construir ou desenvolver tal tópica, preocupando-se mais especificamente na construção das noções de processos terciários (JUNQUEIRA & COELHO JR, 2017).

Outra crítica feita pela autora é a ausência do componente sexual e da noção de Isso. Mas, tal crítica já pode ser encontrada em muitos textos que preocupam-se com o desvio proposto pelas teorias das relações objetais em relação à teoria freudiana. Além disso, a autora nos traz à cena a crítica que Lacan faz a ideia de intersubjetividade, afirmando que a relação nunca poderia ser descrita como sujeito x sujeito, e sim, a partir da tríade simbólico, real e imaginário. Mas encontramos em Brusset uma resposta a esta crítica, quando ele afirma que “há menos ambiguidade quando falamos do interpsíquico do que quando falamos do intersubjetivo” (BRUSSET, 2006, 1222).

Luciane Falcão (2007) acredita que existe uma preocupação importante com a metapsicologia dos vínculos, mas não concorda com a criação de uma nova tópica por não

considerar ser uma novidade teórica. Segundo a autora, a noção de vínculo é antiga em psicanálise, desde o projeto de 1895, sendo também assunto já compreendido nas duas tópicas freudianas. Ela se baseia na ideia de *Bindung* (ligação), no texto sobre o narcisismo (FREUD, 1914) e a melancolia (FREUD, 1917[1915]) para construir sua argumentação de que a noção de objeto e sua importância foi desenvolvida por Freud desde sua conceituação fantasmática até sua elaboração acerca de um objeto real. Posteriormente, lembra que a ideia de um espaço psíquico também estaria presente em *Totem e Tabu* (FREUD, 1912[1913]), quando ele se debruça na questão da identificação primária, a qual ocorre uma dessexualização em relação ao pai primitivo.

Neste artigo, parece estar presente uma tentativa constante de embasamento, tanto argumentativo quanto conceitual, em uma estrutura freudiana. A autora pareceu tentar provar a essencialidade do retorno aos textos de Freud, como que numa tentativa de refutar as ideias de Brusset caso elas não estejam de acordo com a teoria psicanalítica tal qual ensinada pelo seu fundador. Assim, podemos ver em sua argumentação conclusiva:

As discussões e os aprofundamentos desses congressos revelam que devemos dar atenção à psicanálise em movimento. Principalmente porque ela continua imprimindo a necessidade da permanente leitura de Freud e porque atribui à pulsão papel determinante na teorização, sempre mantendo presente o que a psicanálise freudiana mantém como base de sua teoria, ou seja, a noção de pulsão e de desejo: uma força psíquica que ignora sua própria determinação e leva a realizações que, seguidamente, são percebidas como não-distintas pela consciência e escapam ao controle da vontade (FALCÃO, 2007, p.117).

Já Magda Guimarães Khouri (2007) preocupa-se em explorar com mais cuidado o aspecto clínico das ideias de Brusset e enfatiza que o que estaria se buscando com uma terceira tópica é pensar numa ancoragem metapsicológica para a escuta do analista. Ela analisa o caso de Christine, o qual acredita ter sido possível perceber o quanto o olhar atento de Brusset para a contratransferência e o trabalho incessante de dez anos produziu atividades de pensamento e críticas a respeito das crenças delirantes. Ela conclui que aquela substituiu um processo projetivo compulsivo por uma transicionalidade capaz de fazer introjeções e projeções, com boa distância nas relações de objetos internos e externos.

Bensidoun (2008) entende que Brusset denuncia uma contradição dentro do campo psicanalítico, pois mostra como as teorias das relações objetais construíram uma clínica baseada no vínculo, mas mantém-se baseada numa teoria intrapsíquica, individual. Segundo ele, desde 1909 com Ferenczi, a psicanálise vem sofrendo um certo processo de ruptura, principalmente a partir da valorização do lugar do objeto, entendido antes de tudo como outra pessoa. A procura

do sujeito é essencialmente e primariamente pelo objeto e não por uma satisfação pulsional¹⁴ e, desta forma, Bensidoun afirma que a angústia originária é, na verdade, angústia de separação. Ele concorda com Brusset, ao entender que a finalidade do aparelho psíquico não é a busca do prazer a partir da realização das fantasias sexuais, mas sim, um vínculo com um outro da realidade externa.

Em relação ao livro de Brusset publicado em 2013, com a formalização do que foi apresentado no relatório em 2006, Gérard Lucas (2014) afirma da sua dificuldade em compreender a questão da clivagem e da metapsicologia no caso de Christine. Porém, elogia a complexidade e pertinência da proposta de uma terceira tópica, reiterando a importância de pensarmos numa função terciária presente no vínculo entre paciente e analista. Lucas inclui em sua descrição os casos de perversão, de forma que ficamos nos questionando se a perversão estaria também dentro da ideia do funcionamento em exterioridade. Não encontramos nos textos de Brusset nenhuma afirmativa clara a respeito disso, porém, vimos que ele inclui dentro dos fenômenos característicos dos casos de funcionamento em exterioridade a denegação e a clivagem de tipo fetiche. Por fim, insiste na importância do livro de Brusset para organização de uma psicanálise contemporânea e em como acredita na permanência de sua teoria na história do movimento psicanalítico.

Já Piotr Krzakowski (2015) reconhece que Brusset abre a importante possibilidade da construção de uma teoria que dê conta das possibilidades clínicas dos casos de psicose. Para além da psicose, a rica semiologia dos casos de psicopatologias narcísicas e das adições, demandam uma metapsicologia para além daquela constituída para a clínica da neurose. Segundo ele, a clínica desses casos é caracterizada por dois tipos de angústia, a de intrusão e a de separação, justamente por comportarem elementos de diferenciação e constituição narcísicos. Krzakowski relembra o interesse de Freud pela transmissão de pensamento, pelo ocultismo, pelos sonhos e fenômenos parapsicológicos, mas que precisaram ser deixados em segundo plano em virtude de seu objetivo de tornar a psicanálise uma ciência.

Krzakowski também explica que a referência à ideia de identificação projetiva é uma chave importante para bem embasarmos a metapsicologia do vínculo. Segundo ele, Bion teria revisto o conceito kleiniano, como já vimos, mas inserindo um elemento fundamental. Os elementos alfa projetados na mãe pelo bebê são processados, digeridos, e devolvidos ao bebê que faz então uma introjeção destes elementos. Porém, nesses casos de funcionamento em

¹⁴ Este é o mesmo pensamento proposto por Fairbairn, ao afirmar que a libido não procura pela satisfação do prazer, e sim, pelo objeto (FAIRBAIRN, 1952/1980)

exterioridade¹⁵ a projeção ocorre sem a introjeção posterior, gerando o caos, a confusão, a desorganização. O sentido dado por Bion a partir do conceito kleiniano é o de uma possibilidade de construção e de vinculação, em virtude da chance que uma introjeção saudável ocorra. Assim, nos casos em que a organização subjetiva funciona em exterioridade, a identificação projetiva sem a introjeção substitui o conflito intrapsíquico, o recalque.

Krzakowski conclui: “Em suma, a preocupação com o rigor, a ausência de especulações perigosas, efeitos literários e neologismos caracterizam este livro bem pesquisado que quer ajudar a abrir novas perspectivas na psicanálise” (KRZAKOWSKI, 2015, p.910). Assim, Brusset procura, de maneira sistemática, mostrar como a questão da terceira tópica está presente nos grandes autores da psicanálise contemporânea, procurando situar esta questão numa posição de maior destaque. Podemos afirmar que, apesar de ousado, Brusset consegue denunciar uma lacuna contemporânea na teoria psicanalítica já esboçada por Freud em 1910, quando afirma a incapacidade psicanalítica de tratamento das psicoses. O mais importante, talvez, possa ser esta denúncia, esta inquietação no sentido de transpor as barreiras impostas por radicalismos dentro do campo psicanalítico. Acreditar que a teoria freudiana e suas duas tópicos dão conta de todas as modalidades subjetivas independentemente da passagem de tempo e das mudanças da cultura, talvez seja uma maneira ingênua e idealista de vincular-se com a teoria. Neste sentido, Brusset abre as portas para um possível avanço teórico e, ao mesmo tempo, para a colocação de limites no processo de abertura da técnica psicanalítica.

¹⁵ O termo “funcionamento em exterioridade” é bastante utilizado por Brusset para marcar a diferença dos casos narcísicos, referindo-se, portanto, à terceira tópica como a “tópica em exterioridade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo buscar alguma compreensão a respeito do novo estatuto que o conceito de transferência na psicanálise assumiu com a chegada de casos nos quais a técnica clássica não encontrava aplicação. Ao invés de reorientar do que se tratava esta nova modalidade transferencial, encontramos a possibilidade de trabalhar no sentido de uma nova tópica, uma terceira tópica denominada metapsicologia do vínculo. Algumas perguntas foram feitas ao longo do trabalho e nem todas encontraram uma solução, como já era esperado. Na verdade, a escrita pareceu suscitar mais perguntas do que respondeu as já existentes, abrindo alguns caminhos para mais aprofundamento e estudo.

A tese se iniciou com uma busca pela pré-história da clínica, antes mesmo da psicanálise nascer como proposta terapêutica. Percorremos desde as experiências de Mesmer até a teorização freudiana, o modo pelo qual se dá o vínculo entre o médico com poder de cura, e seu paciente, detentor do sofrimento do qual deseja se desfazer o mais rápido possível. Passamos por Breuer, o qual descobriu e relatou a importância desse vínculo sem mesmo saber que o estava fazendo, dando pistas valiosas das implicações do seu lugar no tratamento de sua paciente mais cara, Ana O. Juntamente com Breuer, ela promoveu a abertura do campo de estudos dos afetos, os quais encontravam-se em excesso nela, precisando de um vínculo real e presente para que encontrassem alguma descarga possível ou atuassem na certeza do perdão que só a loucura permitia.

Ao adentrar na teoria psicanalítica, percebemos a importância da construção do modelo clínico e do conceito de transferência para o desenvolvimento da proposta de tratamento das neuroses. Freud percebeu a necessidade de incluir o médico nas séries psíquicas do paciente. Este, ao se apaixonar pelo seu médico, estava na verdade trazendo para o *setting* a sua neurose. Desta forma, o manejo da transferência representou o manejo da neurose em sua forma mais bruta e complexa. A construção do modelo clássico, portanto, respeitou a necessidade de um espaço asséptico para que a neurose se presentificasse, de modo que a neutralidade e a abstinência eram fundamentais. Para compor o enquadre, o divã foi inserido como meio de alcançar uma associação mais livre, por parte do paciente, e para que o médico pudesse escutar de maneira flutuante, sem a interferência do olhar demandante do paciente.

Ao longo do tempo, com os desafios que a clínica impunha, Freud foi ampliando a teoria psicanalítica, criando o conceito de metapsicologia para organizar o embasamento conceitual que daria suporte para a clínica. Estudar um fenômeno a partir dos pontos de vista econômico,

dinâmico e tópico deu ao analista a segurança de conhecer a organização psíquica de seu paciente de maneira a entender os caminhos de seu processo analítico. Foi necessária a elaboração de uma segunda tópica, uma nova estrutura teórica para dar conta dos casos que não podiam ser analisados a partir somente do processo defensivo recalcante.

Com efeito, foram os conceitos de narcisismo e de melancolia que deram a Freud a inspiração e o trabalho necessário para a virada que acontecera em 1920. O texto de 1920, “Além do princípio do prazer”, abre o caminho para a instauração da segunda tópica, de maneira que o conceito de compulsão à repetição e a ideia de uma pulsão mortífera organizaram uma nova teoria traumática. Porém, na construção da técnica psicanalítica voltada para os casos não neuróticos, em que o trauma é assunto fundamental, foi Ferenczi quem se destacou nas suas experiências clínicas, algumas inclusive bastante arriscadas. Não foi à toa que foi considerado louco por Ernest Jones e até hoje encontra algumas resistências dentro da academia. Ferenczi foi o autor que estabeleceu os alicerces da teoria das relações objetais e nos ensinou a respeito do lugar contratransferencial e da responsabilidade do analista diante de casos em que a técnica clássica não dava conta. Podemos dizer que Ferenczi mostrou a importância da análise do analista e de sua formação para a construção de uma técnica que fosse capaz de abarcar o tratamento de casos mais graves também. Desta forma, sua traumatogênese permitiu que tenhamos um estudo mais claro a respeito do lugar do analista nesses casos, um lugar no qual um adulto de confiança permitia o trabalho com a criança desmentida, descreditada, com objetivo de recuperar alguma saúde no lugar da linguagem da ternura.

Para isto, a análise contratransferencial se faz imprescindível, uma vez que tais casos demandam uma disponibilidade psíquica do analista para além de sua escuta flutuante e neutra. Ao contrário, será o analista permitindo-se ser uma presença sensível quem possibilitará o acesso a esses pacientes cujo sofrimento e angústia são verdadeiramente avassaladores. Os afetos do analista estão mais acessíveis a esses pacientes, segundo Ferenczi, produzindo identificações e atuações das mais variadas, e isto não é ruim! Este acesso é via de mão dupla, possibilitando que o analista também consiga acessar afetos e conteúdos inconscientes do analisando. Mas tudo isso deve ser feito e pensado com muito cuidado, levando em conta o nível de desestruturação que esses pacientes apresentam, mas também o trabalho de análise do próprio analista, que acaba sendo capaz de estar disponível afetivamente para o encontro intersubjetivo.

Seguindo os passos de Ferenczi, seu sucessor teórico, Balint, trabalhou a falha básica e a clínica com pacientes regressivos. Mostrou-nos como o lugar do analista é lugar de constante

análise no tratamento desses pacientes, principalmente porque são análises em que não é um conflito edípico que é projetado no enquadre, mas uma repetição de uma situação *twoperson*. A demanda do paciente é por uma situação em que possa reparar sua falha básica numa possível mistura harmoniosa interpenetrante, ou seja, em que não haveriam objetos separados, mas sim, uma espécie de unidade dual. Este retorno a uma época muito primitiva da constituição subjetiva proposta por Ferenczi, é fortemente efetivado nos estudos de Balint.

Neste sentido, a análise edípica com o analista em posição distante e neutra, pode causar mais traumas à estrutura do paciente regressivo, pois proporcionaria uma invasão de conteúdos impossíveis deste digerir, simbolizar, metabolizar. A relação entre o analista e seu paciente, portanto, pode reparar falhas fundamentais, da mesma forma que pode causar mais efeitos iatrogênicos. Além disso, Balint denunciou de forma clara, a forma como o analisando percebe a disponibilidade do analista e suas fragilidades psíquicas. A subjetividade do analista, portanto, participa do processo de maneira intensa, sendo indispensável que ele consiga perceber isso para que faça as separações e ajustes necessários.

Em continuidade com Ferenczi e Balint, Winnicott oficializou o rompimento com a técnica clássica, construindo as bases da clínica contemporânea afirmando o solo das teorias das relações objetais. Seu trabalho com crianças e com pacientes regressivos instigaram-no a construir uma sólida teoria a respeito das relações primitivas e as possíveis falhas ambientais que gerariam problemas graves de constituição subjetiva. Seu olhar sensível e atento compôs os moldes de uma clínica baseada no acolhimento e no ambiente seguro, de confiança. Winnicott admitiu a comunicação inconsciente entre a mãe e o bebê e, conseqüentemente, entre o analista e o analisando em trabalho regressivo. É justamente esta comunicação que ocorre na fase da dependência absoluta, em que não há uma diferenciação clara entre o bebê e o ambiente que o protege e nutre.

A comunicação inconsciente entre mãe e bebê possibilita a criação de uma área intermediária entre os dois psiquismos, um espaço potencial, onde os fenômenos transicionais ocorrem. Este espaço só ocorre diante da disponibilidade afetiva da mãe e do estabelecimento de uma relação de confiança e cuidado, de modo que o bebê consegue constituir uma relação com os objetos a partir de sua experiência de ilusão. O ambiente precisa que exista uma tentativa constante de adaptação dele em relação às necessidades do bebê para que a experiência de ilusão se estabeleça. Assim, estrutura-se um mundo mais seguro e estável para o desenvolvimento saudável do bebê, conseguindo diferenciar o dentro e o fora, a fantasia e a realidade e uma relação de confiança com os objetos de afeto em seu ambiente.

Na clínica dos casos que Winnicott chama de *borderline*, este espaço potencial pode ser construído entre analista e analisando a partir de uma relação de confiança e de disponibilidade adaptativa do *setting*. O espaço potencial na clínica é, da mesma forma, nem de um nem de outro, mas dos dois ao mesmo tempo, numa co-criação mútua, onde significados e o brincar criativo podem acontecer. Esta área intermediária de experiência possibilita a reparação de traumas muito primitivos, mas exigem do analista uma carga de investimento muitas vezes insuportável. A sensibilidade que Winnicott descreve os desafios que encontrou durante seu percurso clínico e a forma com que precisou se reconstruir constantemente como analista, serviu de grande inspiração para este trabalho.

Acreditar que o paciente não analisável é, na verdade, um caso com o qual a teoria falha e precisa ser revista, foi a premissa dos autores estudados no segundo capítulo. O desenvolvimento de uma clínica que consiga tratar destes casos foi tarefa conquistada por esses três autores e outros, mas entendemos que a metapsicologia desta clínica foi deixada em segundo plano.

Talvez não exista tal necessidade e a metapsicologia seja, de fato, mera especulação hipotética, como Freud mesmo indicou quando propôs falar da pulsão de morte. Talvez a pura existência desta clínica e sua teoria baseada nas observações seja suficiente. Mas encontramos alguns autores que acreditam na importância de que tenhamos um suporte metapsicológico que sustente nossa clínica, seguindo mais fielmente o desejo científico de Freud. Talvez seja esta ausência de uma metapsicologia que motive os críticos das teorias das relações objetais, gerando as querelas conhecidas no nosso campo de conhecimento, como a distinção entre as psicoterapias e a análise clássica que citamos na introdução. De fato, a psicanálise clássica possui uma metapsicologia muito bem fundamentada, construída por Freud e desenvolvida por seus seguidores mais fiéis, como Lacan. Entendemos, portanto, que existe um fundamento nas críticas e que devemos ouvi-las no sentido de questionarmos possíveis posicionamentos cômodos.

Afinal, a elaboração da metapsicologia freudiana em 1915, logo após seu texto sobre o narcisismo, teve por objetivo justamente construir embasamento teórico para sustentar seus argumentos teóricos e fugir de críticas que subvertiam seu objetivo de tornar a psicanálise uma ciência. Elisabeth Roudinesco e Michel Plon afirmam, no verbete a respeito da metapsicologia, que esta era a única defesa epistemológica contra as “derivas psicologizantes ou organicistas, que já naquela época, constituíam o principal perigo para sua nova ciência” (ROUDINESCO E PLON, 1998, p.513). Pois, não é justamente o que encontramos hoje, uma crítica radical às

teorias de relações de objeto afirmando que não se trata de psicanálise? De fato, se para chamarmos de psicanálise precisamos de uma metapsicologia que oriente, a crítica não é sem fundamento.

O que as teorias das relações de objeto nos indicam, entre outras coisas, é a importância do ambiente na constituição subjetiva dos indivíduos em momentos muito primitivos. O vínculo desse sujeito com os objetos do mundo, com o mundo em si, é altamente doloroso, fonte de muito sofrimento e angústia. Consequentemente, o lugar do analista é foco constante de investimentos intensos, tanto de fantasias, como de afetos e atuações. Neste sentido, a inclusão do psiquismo do analista no processo, criando uma análise que ocorre num meio intersubjetivo, parece ser imprescindível. Mas quando saímos da organização sujeito x objeto, nos quais o analista é objeto das projeções edípicas do analisando, e começamos a entender a situação analítica como sujeito x sujeito, saímos de uma análise clássica, baseada na neutralidade e abstinência e caminhamos para um outro lugar. Que lugar seria esse?

Saímos do meio interpretativo racional para o meio afetivo. O analista não é mais o alvo de projeção das repetições intrapsíquicas do paciente, mas sim, é convocado a participar subjetivamente do jogo, recebendo conteúdos de identificações projetivas, não simbolizados e brutos. Paciente e analista se comunicam não somente no nível verbal consciente, mas num outro nível, inconsciente para ambos, mas que pode ser percebido em fenômenos contratransferenciais, tais como o sonho, os afetos intensos, as repetições intra e extra *setting*. Tais fenômenos não poderiam ser considerados apenas uma resposta contratransferencial, mas uma interação psíquica gerada por um encontro entre psiquismos. Como um espaço potencial criado entre analista e analisando, criando uma zona intermediária, uma outra coisa, um terceiro lugar.

Ogden chama esta zona intermediária de terceiro analítico e organizará uma teoria a respeito deste de forma a provar sua consistência clínica. O analista, segundo ele, deve estar disponível para as *reveries* do analisando, como a mãe estaria para seu bebê. Mas esses momentos de *reveries* não devem ser utilizados no sentido de produção de conteúdo interpretativo, pois raramente são fáceis de serem verbalizadas e podem não ser processáveis do Eu ainda pelo paciente, o que ficou mais claro na descrição clínica que apresentamos. Laura não conseguia verbalizar muitos dos conteúdos traumáticos que a assombravam desde muito pequena, mas atuava abandono e rejeição nas sessões numa tentativa inconsciente de testar o vínculo. O “erro” da analista sobreveio em detrimento de sua escuta consciente e suas tentativas

de acolhimento, gerando desconforto e instabilidade dentro da sessão. Porém, por um ato analítico que poderia ter colocado todo o processo a perder, Laura consegue confiar no vínculo.

Podemos dizer que a analista defendeu seus pacientes dos ataques de Laura, e defendeu ela dela mesma, numa intervenção desesperada, uma tentativa de tirá-la daquele ciclo autodestrutivo. Podemos dizer também que a analista injetou pulção de vida no ciclo mortífero que Laura repetia, lutando por ela, pela sua saúde, pelo vínculo. Obviamente, conteúdos importantes contratransferenciais suscitados pela atuação de Laura apareceram com pouca crítica por parte da analista. Seu desejo de salvar, de lutar por alguém que parece precisar de sua ajuda, seu mal-estar em perceber o ataque com conteúdo de desvalorização a seu trabalho, entre outras coisas. A analista queria salvar Laura, assim como queria salvar-se, proteger o enquadre e fugir do buraco negro que aquele discurso melancólico representava.

Entendemos as colocações de Ogden no sentido de que algo foi produzido a partir de um lugar de encontro entre as subjetividades de cada um, analista e analisando, um desequilíbrio, como Ogden pontua: “Acredito que o desequilíbrio emocional gerado pela *reverie* é um dos mais importantes elementos da experiência à disposição do analista para obter um sentido do que está acontecendo em um nível inconsciente da relação analítica” (OGDEN, 2013, p.149). Assim, esta instabilidade gerada pelo encontro intersubjetivo gerou a reação da analista que, ao reagir em ato, permitiu a elaboração de conteúdos rejeitados por Laura. Talvez também possamos afirmar que a analista saiu do lugar que Laura a estava colocando, recusando-se a participar do seu teatro melancólico. De fato, erro ou acerto, Laura criou um laço de confiança que a manteve em trabalho analítico até a escrita do presente trabalho.

Em seguida, trabalhamos com um conceito muito difundido na psicanálise italiana, a ideia de campo subjetivo bipessoal, de Willy e Madeleine Baranger. No campo bipessoal existiria, como vimos no conceito de terceiro analítico de Ogden, um encontro subjetivo inconsciente no *setting* analítico. Neste campo de interação intersubjetiva, os elementos não digeridos do paciente encontram possibilidade de trabalho e transformação a partir do encontro com elementos psíquicos do analista. Bionianamente, os elementos alfa podem ser transformados em elementos beta. Mas também se encontra no campo, elementos clivados do analista, protoemoções e afetos que não são ainda pensáveis, sendo estritamente necessária que sua análise pessoal seja contínua. O encontro dos dois psiquismos geraria um campo que não é resultado de uma soma, mas uma construção nova, autêntica do vínculo.

As *reveries* geradas a partir do campo devem ser interpretados, segundo o casal Baranger, diferentemente do que afirma Ogden, que acredita que as *reveries* são apenas a

bússola emocional e não devem ser utilizadas no processo interpretativo. Outro aspecto interessante do campo é a presença da parentalidade, do discurso vertical presente no psiquismo do sujeito. Segundo os autores, esse discurso faz parte do campo e constitui o vínculo. O campo, no entanto, não é um lugar, não possui localização, mas é como se fosse um novo inconsciente produzido no encontro do par analítico. A comunicação entre os psiquismos no *setting* ocorreria a partir do campo, e produz efeitos analíticos estruturantes, da mesma maneira que o psiquismo da mãe ajuda a estruturação subjetiva do bebê.

O campo analítico parece uma teoria ainda em construção, sem muitos determinantes conceituais especificados. No entanto, nos parece clinicamente bastante claro. No exemplo clínico que trouxemos, pudemos perceber a maneira como elementos psíquicos de analista e analisando se encontraram produzindo uma repetição extra *setting*. Apesar da analista não ter produzido conteúdo interpretativo, como direciona os autores do conceito de campo, uma reorganização subjetiva pôde se efetuar, causando uma reorganização também do vínculo. A principal mudança, por parte da analista, foi a de procurar igualar-se à sua paciente no sentido de não ocupar mais o lugar de “patroa”. Reconhecer falhas na sua própria formação fez Camila se permitir falhar diante de seus colegas e professores também, com menos sentimento de humilhação e inferioridade.

Ao chegarmos ao estudo de Kaës, percebemos a possibilidade de um aprofundamento teórico maior do que nos autores anteriores. Kaës parece preocupar-se em construir uma base teórica bastante freudiana e organizada em conceitos bem aceitos pela comunidade psicanalítica. Seu trabalho com grupos e famílias levou-o a entender o funcionamento psíquico sempre em par. É muito difícil ver nos textos do autor um estudo muito aprofundado do psiquismo individual, pelo contrário, parece entender sempre que o psiquismo é resultado do vínculo. O conceito de aliança inconsciente é pioneiro na psicanálise, apesar de ser uma clara consequência dos ensinamentos de Anzieu. Sua preocupação em organizar uma proposta intersubjetiva com objetividade e sustentação teórica nos estimula a acreditar na ideia de uma metapsicologia do vínculo.

Afinal, o sonho contratransferencial é muito comum e recebe pouca atenção teórica. Talvez seja o fenômeno no qual consigamos perceber mais claramente o trabalho psíquico gerado pelo vínculo analítico, conforme vimos no exemplo clínico a teoria de Kaës, podemos entender que o vínculo entre Rita e sua analista estava configurado para além das modalidades conscientes. Os conteúdos inconscientes da cena retratada por Rita e dos afetos presentes naquela sessão, combinaram-se com os conteúdos inconscientes da analista, de sua própria

história pessoal a partir dos pontos de identificação entre as duas. Havia um espaço comum e, quando pudemos produzir o sonho, nasce também um espaço compartilhado, um “espaço-entre”. Um espaço onírico compartilhado capaz de trabalhar no sentido da representação de afetos brutos e conteúdos não simbolizáveis. Talvez possamos dizer que o desejo presente neste sonho era o desejo da Rita salvar seus filhotes, e da analista de salvar Rita.

Mas de que forma a percepção destes conteúdos oníricos produzidos a partir do vínculo com Rita poderia ajudar no seu tratamento analítico? Para a analista, não foi possível ainda entender no que isso tudo poderia ser aplicado em termos de técnica. Esta foi uma dificuldade encontrada no estudo de Kaës: muita preocupação com o aprofundamento da teoria e poucos registros de seu uso prático. É possível compreender a sensibilidade de sua teoria quando ocupados com a escuta e o entendimento dos casos, mas ainda está um pouco distante de nossas mãos o que fazer com ela. Talvez por ainda nos faltar experiência clínica ou até mesmo uma leitura mais atenta, mas principalmente em Ogden, esta parte mais técnica pareceu mais clara.

Na verdade, a tese pareceu caminhar em dois sentidos: encontrar uma base metapsicológica para a clínica das teorias das relações objetais e entender a aplicação técnica de uma outra abordagem da transferência, do vínculo intersubjetivo. Tivemos que deixar de lado dois autores que não conseguimos aprofundar neste estudo: Michel de M'Uzan e o conceito de “quimera” (“*la chimère*”); e o trabalho em duplo (Botella & Botella, 2001). No último capítulo, formalizou-se a proposta de uma metapsicologia do vínculo com a ideia de uma terceira tópica, anunciada por Brusset (2006). Como ele mesmo organiza: “a ideia proposta aqui é a da especificidade metapsicológica das organizações ou dos níveis de funcionamento não neuróticos que requerem a definição de uma terceira tópica como quadro geral de uma metapsicologia dos vínculos” (BRUSSET, 2006, p.1279)

Brusset parece entender que precisamos de novos paradigmas para a clínica dos casos não neuróticos a partir da insuficiência dos paradigmas freudianos voltados para clínica da neurose. O estudo de Freud mostra que sua segunda tópica, construída a partir de textos centrais como o do narcisismo de 1914 e da melancolia de 1917, oferece um rico terreno de compreensão da clínica das psicoses, dos casos traumáticos, das subjetividades que não se organizam apenas por meio da defesa recalcante. Foi um período marcado por um certo devaneio filosófico, mas ao mesmo tempo, bastante apreensível por uma escuta clínica mais sensível e atenta. O texto de 1920 em que Freud insere a compulsão à repetição e a pulsão de morte, assim como o texto de 1923, em que temos a inserção da segunda tópica propriamente dita, são textos muito pouco ou quase nada técnico-clínicos.

Depois da entrada na segunda tópica não encontramos muitos textos com descrições de casos clínicos com detalhes, como antes Freud fazia com mais frequência. Parece-nos que Freud era mais assertivo em relação à técnica nos primórdios do desenvolvimento da psicanálise. A clínica fora da neurose, a clínica da loucura, se pudermos generalizar um bocado, talvez nunca possa ser da ordem da assertividade ou da organização técnica. Mas se pensarmos em diferentes graus de loucura, nesses casos que nos embasamos durante toda a tese, em que a loucura aparece de forma menos desorganizada e um pouco mais próxima da neurose, ou que encontram-se num limite entre uma e outra, vemos que existe bastante efetividade nas técnicas de algumas abordagens. Como lemos e observamos, a clínica que não aposta na neutralidade radical, no *setting* rígido, na estrutura mais fria e racional, mas na contratransferência como recurso analítico, é possível que algo aconteça no sentido de trazer um pouco mais perto ainda a subjetividade para o campo da neurose.

Como se, adaptando a clínica e a postura do analista pudermos chegar mais perto da loucura, mas para isso, precisaríamos chegar mais perto da nossa loucura também. Para acessar um pouco mais dos núcleos psicóticos de nossos pacientes talvez precisemos estar mais íntimos desses núcleos em nós mesmos. Talvez este tenha sido o maior atrativo na escrita desta tese, a possibilidade de usar a parte menos neurótica de nosso psiquismo, menos controlada pelo Eu e suas defesas, a serviço de, no mínimo, perceber o sofrimento de nossos pacientes de um lugar mais útil. E assim, talvez só assim, “sentir com”.

Mas como nos proteger deste vínculo que criamos tão fora do controle do Eu, em que alcançamos níveis de alianças inconscientes, ou até mesmo, uma mistura interpenetrante, como diz Balint, no sentido de preservarmos nosso lugar de cuidado e não enlouquecermos junto com o paciente? Acreditamos que a busca por uma metapsicologia que sustente um alicerce minimamente organizado seja uma tentativa de garantir alguma segurança neste sentido. Talvez seja nosso Eu buscando o controle desta parte louca de nossa clínica, até para que seja possível a emergência de defesas menos narcísicas, como por exemplo, dizer que o caso não é analisável, ou que o paciente resiste demais.

Esperávamos ter alcançado um nível de profundidade muito maior nos nossos estudos, principalmente em relação aos aspectos mais teóricos desta suposta terceira tópica. Encontramos alguns indícios em Freud que poderíamos usar para sustentar tal possibilidade, como o esquema psíquico desenhado em 1933[1932] na conferência de número 31, no qual ele mostra que na parte inferior do psiquismo, logo abaixo do Isso, haveria uma abertura. Alguns atribuem esta abertura à filogenética, ao fato do isso ser herdado. Para nós, uma interpretação

possível é a de que o psiquismo está aberto em virtude da perspectiva de uma comunicação com outro psiquismo. Como se pudéssemos pensar num caminho de entrada e saída para trocas de conteúdos no que há de mais profundo no esquema psíquico freudiano.

Afinal, consideramos a abertura do psiquismo do bebê e daquele que lhe oferece função materna produzindo uma comunicação, uma troca de conteúdos, de maneira que a mãe faria função de tradução, como explica Aulagnier (1975), e após algum tempo experimentando o momento do narcisismo primário o Eu do bebê se fecharia numa unidade (FREUD, 1914), fazendo a separação entre o dentro e o fora, ele e os outros. Quando algo neste processo falha, esse fechamento é bastante comprometido, gerando essas patologias que Roussillon (2012) chama de narcísico-identitárias. Como vimos, observamos aberturas psíquicas de fato em nossos pacientes. O Eu frágil e muitas vezes incapaz de fazer teste de realidade e função limite, proporciona ao indivíduo a capacidade de acessar conteúdos e expô-los de maneira curiosa.

Neste sentido, se o analista está exposto a este tipo de abertura e troca de conteúdos psíquicos, como pudemos ver nos estudos aqui registrados, será que existiria o risco de chegarmos à conclusão de que os analistas que dispõem deste recurso, na verdade, são também, eles mesmos, casos narcísico-indentitários? Ou, como uma forma menos radical de direcionar nosso pensamento, a análise profunda e incansável do analista produziria tal abertura sem que para isso estivéssemos tratando de uma patologia subjetiva grave? De qualquer forma, não nos parece desde o início que este tipo de abordagem da transferência como “espaço-entre” possa ser generalizado, nem por parte da postura analítica, nem por parte da utilização em qualquer caso.

Pensar a transferência a partir da ideia de um “espaço-entre” parece, ao menos por enquanto, estar associado à uma clínica específica, aos casos que todos os autores aqui estudados priorizaram: casos narcísico-indentitários, casos limite, *borderlines*, etc. Casos que, como nos indicam, fazem parte de uma organização social contemporânea e, portanto, aparecem com certa frequência em nossos consultórios. Não temos a pretensão de resolver querelas teóricas e acadêmicas, até porque os conflitos são importantes e constantemente são produtores de mais conhecimento. Mas acreditamos ter sido possível organizar uma problemática que tem gerado algumas discussões no nosso campo. A proposta de uma terceira tópica não pode ser ignorada, pois denuncia uma lacuna em nosso alicerce teórico. Enfim, nos sentimos ainda mais instigados a buscar autores e leituras que desenvolvam e aprofundem o tema, principalmente diante dos desafios clínicos que encontramos todos os dias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, N.; TOROK, M. *A Casca e o Núcleo*. Tradução: Maria José R. Faria. Coracini. São Paulo: Editora Escuta, 1995.
- ALVARADO, C.S. et al. Perspectivas históricas da influência da mediunidade na construção de idéias psicológicas e psiquiátricas. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 42-53, 2007
- ANZIEU, D. (1975) *Le groupe et l'inconscient: l'imaginaire groupal*. Paris: Dunod, 1993.
- _____. *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.
- ARENDDT, H. *A condição humana*. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ASSY, B. Ética, responsabilidade e juízo em Hannah Arendt. Ed Perspectiva, Coleção Estudos Vol.334, São Paulo, 2015.
- AULAGNIER, P. (1975a). Nota Preliminar. In: *A Violência da Interpretação – do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- _____. (1975b). O processo Originário e o Pictograma. In: *A Violência da Interpretação – do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- _____. (1975c). A Representação Fantasmática do Processo Primário: imagem de coisa e imagem de palavra. In: *A Violência da Interpretação – do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- _____. (1975d). O espaço no qual o Eu pode constituir-se. In: *A Violência da Interpretação – do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- AZEVEDO, A. M. A. Uma terceira tópica? *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo 41(1), mar. 2007 p. 84-90.
- BALINT, M. *Primary Love and Psychoanalytic Technique*. London: Hogarth Press, 1952.
- _____. (1959) *Thrills and Regressions*. Connecticut, International University Press, 1987
- _____. (1984) *O medico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1988
- _____. (1968) *A falha básica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993
- BARANGER, M.; BARANGER, W. (1961-1962). A situação analítica como um campo dinâmico. *Livro Anual de Psicanálise*, 24, 2010, 187-214
- _____. *The analytic situation as a dynamic field*. *Institute of Psychoanalysis*, UK, 2008.

BARANGER, M. A mente do analista: da escuta à interpretação. *Rev. Bras. Psic.*, v. 26, n. 4, p. 573–86, 1992.

BENSIDOUN, B. Psychanalyse du lien de Bernard Brusset. *Revue française de psychanalyse*, vol. 72 (2), 2008, p.543-549

BEZERRA JR, B. A elasticidade para além da técnica. In: *Elasticidade e limite na técnica contemporânea*. São Paulo, Escuta, 2013, p. 325-33.

BION, W. R. (1952). *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1975.

_____. (1962). *O aprender com a experiência*. (Tradução de Jayme Salomão e Paulo Dias Corrêa). Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

_____. (1963). *Elementos de psicanálise*. (Tradução de Jayme Salomão; revista por Ester Hadassa Sandler e Paulo Cesar Sandler) (2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1965). *Transformações: do aprendizado ao crescimento*. (Tradução de Paulo Cesar Sandler). (2ª ed.) Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1967). *Estudos psicanalíticos revisados (second thoughts)*. (Tradução Wellington M de Melo Dantas) Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BIRMAN, J. Freud e Ferenczi: Confrontos, continuidades e impasses. In: KATZ, C. (Org.) *Férenczi: história, teoria, técnica*. São Paulo: Ed. 34, 1996, p.65-90.

_____. "Que droga!!!", in *O mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999, p.247-266.

BLEGER, J (1968). *Psicanálise do Enquadramento Psicanalítico*. In: *Simbiose e Ambiguidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988

BONAMINIO, V.. O não-interpretar: algumas considerações sobre a contribuição de M. Balint e dois fragmentos clínicos. *Rev. bras. psicanál*, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008, p. 172-186.

BOTELLA, C.; BOTELLA, S. (2001). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

BRANDT, J. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. *Vínculo – Revista do NESME*, 2, 6, 2009, p. 113-219

BRUSSET, B. Métapsychologie du lien et “troisième topique”? *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris. 66ème Congrès des Psychanalystes de Langue Française*. Paris, 2005.

_____. (1988). *Psychanalyse du lien, les relations d’object*. Paris: PUF, 2005

CASADORE, M. *Sándor Ferenczi e a Psicanálise: pela errância das experimentações*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

CASSORLA, Roosevelt M.S.. Reflexões sobre não-sonho-a-dois, enactment e função alfa implícita do analista. *Rev. bras. psicanál*, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009, p. 91-120.

_____. Do baluarte ao enactment: o "não-sonho" no teatro da análise. *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007, p. 51-68.

CELES, et al. Teoria das relações de objeto em Freud e Fairbairn. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 291-310, set. 2006.

_____. Uma concepção psicanalítica de personalidade: teoria das relações objetais de Fairbairn. *Psicologia em Estudo*, 13 (1), 2008, p.53-61

COELHO JR., N. E.; FIGUEIREDO, L. C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. In: *Interações*. São Paulo. v. IX, n. 17, p.9-28, jan.-jun. 2004.

COELHO JR., N. E. Psicanálise ou Psicoterapia? Delineamentos para um debate contemporâneo. In: *Elasticidade e limite na técnica contemporânea*. São Paulo, Escuta, 2013, p. 96-107.

_____. Tempo do sonho, tempo da rêverie e o terceiro-analítico. *Cad. psicanal*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 28, p. 49-60, 2013.

_____. Thomas Ogden e a alteridade em psicanálise. Piracicaba: *Impulso*. v. 22, n. 55, p. 59-76, 2012.

_____. Da intercorporeidade à co-corporeidade: elementos para uma clínica psicanalítica. *Rev. bras. Psicanálise.*, v. 44, n.1, p.51-60, 2010.

_____. Intersubjetividade: conceito e experiência em Psicanálise. *Psicologia Clínica (PUC)*, 14(1), 2002, p. 61-74.

CORRAO, F. Il concetto di campo come modello teorico. *Gruppo e Funzione Analitica*, 7, 1986, p.9-21.

DEUTSCH, H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 1942, p.301-321.

DEJOURS, C. Psychosomatique et troisième topique, *Le Carnet PSY*, 2008/4, 126, p. 38-40

DINIZ, J. S. Discussion du rapport de Bernard Brusset. *Revue française de psychanalyse*, v. 70), 2006, p. 1283-1288 FAIRBAIRN, R (1952). Estudos Psicanalíticos da Personalidade. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

_____. (1944). Endopsychic structure considered in terms of objectrelationships. In: *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications Limited, 1986.

_____. (1941) A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. In: *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications Limited, 1986.

FALCAO, L. Considerações sobre "Metapsicologia dos vínculos e 'terceira tópica'?", de B. Brusset. *Rev. bras. psicanál.*, São Paulo, v. 41, n. 1, mar. 2007, p. 108-118.

FÉDIDA, P. Préface. In BINSWANGER, L. *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne: discours, parcours, et Freud*. Paris: Gallimard, 1970

FERENCZI, S. (1934). Reflexões sobre o trauma. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 109-117.

_____. (1932a). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 97-106.

_____. (1932b). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. (1931). Análises de crianças com adultos. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 69-83

_____. (1930) Princípio de relaxamento e neocatarse. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 53-68.

_____. (1927-28) A elasticidade da técnica psicanalítica, In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 29-43.

_____. (1921) Prolongamentos da técnica ativa em psicanálise, In: *Psicanálise III*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 109-127.

_____. (1919) Dificuldades técnicas de uma análise de histeria, In: *Psicanálise III*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 1-8.

_____. (1918) A técnica psicanalítica, In: *Psicanálise II*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 357-369.

_____. Notas e fragmentos. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 235-284.

_____. (1909). O conceito de introjeção. In: *Escritos psicanalíticos 1909-1933*. Rio de Janeiro: Editora Taurus, 1988, p 61-63.

_____. (1901) Transferência e introjeção. In: *Escritos psicanalíticos 1909-1933*. Rio de Janeiro: Editora Taurus, 1988, p. 29-60.

FIGUEIREDO, L. A clínica psicanalítica e seus vértices: continência, confronto, ausência. *Reverie: Revista de Psicanálise*, v. 5, 2012, p. 33-54.

_____. As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo, Escuta. 212. 232p.

_____. A situação analisante e a variedade da clínica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 45, n. 1, 2011, p. 137-150.

_____. Convergências e divergências: A questão das correntes de pensamento em psicologia. *Trans-in-formação*, 4(1,2,3), 1992, p. 15- 26.

FERRO, A. & BASILE, R. O universo do campo e seus habitantes. In: *Campo Analítico*. Porto Alegre. Artmed, 2013, p.13-35.

FERRO A. *Fatores de doença, fatores de cura. Gênese do sofrimento e da cura psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, 2005. 177p.

FREUD, S. e BREUR, J. (1893-1895). Estudos sobre a histeria: Casos Clínicos. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. II.

FREUD, S.; BREUR, J. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. II.

FREUD, S.; FERENCZI, S. *The correspondance of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi, 1920-1933*. Edited by Ernst Falzeder and Eva Brabant. London: The Belknap Press of Harvard Uiv. Press, 2000. v. 3

FREUD, S. (1940[1938]). Esboço de Psicanálise. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXIII.

_____. (1937). Construções em análise. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXIII.

_____. (1937). Análise terminável e interminável. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXIII.

_____. (1936). Um distúrbio de memória na Acrópole. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXII.

_____. (1933 [1932]). Conferência XXXI. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXII.

_____. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XXI.

_____. (1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XX.

_____. (1923) O eu o isso. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Trabalho original publicado em 1923). v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1922). Sonhos e telepatia. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVIII.

_____. (1921). Psicologia de grupo e análise do ego *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVIII.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVIII.

_____. (1919). O Estranho. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVII.

_____. (1918 [1914]). História de uma neurose infantil. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVII.

_____. (1917 [1916-1917]). Conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXVIII – Transferência. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XVI.

_____. (1917 [1915]). Luto e melancolia. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIV.

_____. (1916). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIV.

_____. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1915). Recalque. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIV.

_____. (1915). O inconsciente. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIV.

_____. (1914a). Recordar, repetir, elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1914b). Sobre o narcisismo: uma introdução. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1913a). O interesse científico da psicanálise. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XIII.

_____. (1913b). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1912a). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1912b). A dinâmica da transferência. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XII.

_____. (1910) as perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica (1910) *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. XI.

_____. (1909). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. X.

_____. (1906). Delírios e sonhos na “Gradiva” de Jensen. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. IX.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. VII.

_____. (1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. VII.

_____. (1900). A interpretação dos sonhos. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. IV.

_____. (1950[1895]). Projeto para uma psicologia científica. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. I.

GARCIA-ROZA, L. A. *O Mal Radical em Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

_____. *Acaso e Repetição em Psicanálise: uma Introdução à Teoria das Pulsões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

- _____. *Introdução à Metapsicologia Freudiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- _____. (1995). *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001
- GAY, P. *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Cia das Letras, 1989
- GREEN, A. A intuição do negativo em O Brincar e a Realidade In: ABRAM, J. (Org.). *André Green e a Fundação Squiggle*. São Paulo: Rocca, 2003
- _____. *Idées directrices de la psychanalyse contemporaine*. Paris: PUF. 2002.
- _____. The Intrapsychic and Intersubjective in Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*. LXIX(1), 2000, p.1-39.
- _____. *Narcisismo de vida. Narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.
- _____. (1975). O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago, 1986, p. 36-65.
- GUIGNARD, F. *Au vif de l'Infantile, Lausanne*, Delachaux & Niestlé, 1996.
- HAYNAL, A. *A técnica em questão: controvérsias em psicanálise de Freud e Ferenczi a Michael Balint*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- JUNQUEIRA, C.; COELHO JUNIOR, N. Acerca da metapsicologia dos limites. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2017, p. 85-101,
- KAËS, R. *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- _____. *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. Tradução: Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- _____. *Les aliances inconscientes*. Paris: Dunod, 2009.
- _____. *A polifonia do sonho*. Aparecida, SP: Ideias&Letras, 2004.
- _____. A polifonia do sonho e seus dois umbigos.: Os espaços oníricos comuns e compartilhados. *Rev. SPAGESP*. Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, dez. 2003, p. 01-14.
- _____. *Transmissão da vida psíquica entre gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- _____. *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1999.
- KOHUT, H. *A restauração do self*. Rio de Janeiro, Imago: 1988.
- KRISTEVA, J. *As novas doenças da alma*. Rocco Editora, Rio de Janeiro, 2002.

KRZAKOWSKI, P. Au-delà de la névrose (vers une troisième topique?) de Bernard Brusset. *Revue française de psychanalyse*, v. 79, 2015, p. 902-910.

KUPERMANN, D. *Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático*. São Paulo: Zagodoni, 2017.

_____. *Transferências cruzadas*. São Paulo: Escuta, 2014

_____. A via sensível da elaboração: caminhos da clínica psicanalítica. *Cadernos de psicanálise*, 23, 2010, p.31-45.

_____. Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 41, n. 75, dez 2008, p. 75-96,

_____. *Ousar rir: humor, criação e psicanálise*. Rio de Janeiro: *Civilização Brasileira*, 2003

KHOURI, M. Brusset: ilustração clínica. *Rev. bras. psicanál.*, São Paulo, v. 41, n. 1, mar. 2007, p. 61-68.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. –B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *ESCRITOS*. São Paulo, Perspectiva, 1978a. p.223-59.

_____. O seminário sobre a carta roubada. In: *ESCRITOS*. São Paulo, Perspectiva, 1978b. p.17-67.

LEJARRAGA, A. L. *O amor em Winnicott*. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

_____. *O trauma e seus destinos*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

LEVINE, H.B. e FRIEDMAN, R.J. “Intersubjectivity and Interaction in the analytic relationship: a mainstream view”, *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. LXIX, n. 1, 2000, p. 63-92.

LOPARIC, Z. De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Winnicott e-prints*, São Paulo, v. 1, n. 1, 2006. p. 1-29.

_____. Esboço do paradigma winnicottiano. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, v. 11, n. 2, 2001. p. 7-58.

_____. Winnicott: uma psicanálise não-edipiana, *Percurso*, vol. 9, n. 17, 1996, pp. 41-7.

LUCAS, G. Au-delà de la névrose. Vers une troisième topique de Bernard Brusset, *Revue française de psychosomatique*, n. 46, 2014, p. 141-158.

MEZAN, R. O símbolo e o objeto em Ferenczi. In: KATZ, C. H (Org.) *Ferenczi: história, teoria e técnica*. São Paulo: Editora 34, 1996.

_____. Psicanálise e psicoterapias. *Estudos Avançados*, 10(27), 1996, p. 95-108.

MISSENARD, A. (1982) *A experiência Balint: história e atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, 194p.

MONEY-KYRLE, R. Contratransferência normal e alguns de seus desvios. In: HOJE, Melanie Klein. *Desenvolvimento da teoria e da técnica*. V2. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 35-46.

M'UZAN, M.. *La chimère des inconscients. Débat avec Michel de M'Uzan*. Presses Universitaires de France, 2008, pp. 39-48.

NAFFAH NETO, A. O Caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), dez. 2008, p. 107-121.

_____. René Roussillon e D. W. Winnicott: encontros e desencontros nos interstícios da construção teórica. In: *Elasticidade e limite na técnica contemporânea*. São Paulo, Escuta, 2013, p. 123-147.

NERI, C. A noção ampliada do campo em psicanálise. In: *Campo Analítico*. Porto Alegre. Artmed, 2013, p.47-79

OGDEN, T. *A matriz da Mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico*. Tradução: Giovanna Del Grande Silva. São Paulo: Edgard Blücher, 2016.

_____. Tempo do sonho, tempo da rêverie e o terceiro analítico. *Cad. Psicanal.-CPRJ*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 28, p. 49-60, 2013.

_____. Uma nova leitura das origens da teoria das relações de objeto. *Jornal de Estudos Psicanalíticos*, Brasília, v. XXII n. 2, p. 175-95, dez. 2003.

_____. *Conversations at the frontier of dreaming*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 2001.

_____. *Reverie e interpretação*. São Paulo, Escuta, 2013.

_____. O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. In: *Campo Analítico*. Porto Alegre. Artmed, 2013, p.145-171.

_____. Os sujeitos da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

_____. The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 75, p. 3-19, 1994.

_____. The Dialectically Constituted/decentred subject of psychoanalysis I. the Freudian Subject. *International Journal of Psycho-Anal*, v. 73, p. 517-526, 1992.

OGDEN, B; OGDEN, T. *O ouvido do analista e o olho do crítico - repensando psicanálise e literatura*. São Paulo: Escuta, 2014, p. 164.

OLIVEIRA, Fátima Cristina Monteiro de. Pensando a sessão de análise como um espaço potencial. *J. psicanal*, São Paulo, v. 43, n. 78, p. 99-116, jun. 2010.

PEIXOTO JR, C. A. As relações objetais primárias no contexto da falha básica. *Natureza Humana*, v. 6, n. 2, p. 235-253, jul.-dez. 2004.

PENOT, B. O circuito pulsional como gerador de subjetivação. In: *Livro Anual de Psicanálise*. (Trabalho original publicado em 2001). Tomo XVII. São Paulo: Escuta. 2003.

PICK, I. (1990). Elaboração na contratransferência. In; Melanie Klein hoje. *Desenvolvimentos da teoria e da técnica*. (Trabalho original publicado em 1985). v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

PICHON-RIVIÈRE, E. (1982). *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 2000

PINHEIRO, T. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/Editor/ Editora UFRJ, 1995.

Racamier P.-C. *Le génie des origines*. Paris, Payot, 1992

REIS, E.; GONDAR, J. *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2017. 230p.

REID, W., L'analyse du transfert limite ou la limite du transfert analysable : la valeur heuristique de la notion d'utilisation de l'objet. In: *La psychothérapie psychanalytique*. 1996, p. 199-219.

RENIK, O. (1998). A subjetividade e a objetividade do analista. In: *Livro Anual de Psicanálise*. Tomo XIV. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. The Ideal of the Anonymous Analyst and the Problem of Self-Disclosure. *The Psychoanalytic Quarterly*. V. 64, 1995, p.466-495.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. (1998) *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ROUSSILLON, R. Teoria da simbolização: a simbolização primária. In L. C. Figueiredo, B. B. Saviato, & O. Souza (org). *Elasticidade e limites na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2013.

_____. As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias. *ALTER – Revista de estudos psicanalíticos*, Brasília, v.30, n. 1, p. 7-32, 2012

_____. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: Puf, 1999.

_____. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: Puf, 1991.

SCHMIDT, E.; MATA, E. Transferência e iatrogenia na relação médico-paciente. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 18, n. 1, 2008, p. 37-40.

SILVEIRA, A. M. Notas sobre o relatório Brusset. *Rev. bras. psicanál*, São Paulo, v. 41, n. 1, mar. 2007, p. 53-60.

SOPENA, C. O campo dinâmico da psicanálise: uma virada nas teorias do inconsciente. In: *Campo Analítico*. Porto Alegre. Artmed, 2013, p.123-137.

SOUZA, O. As relações entre psicanálise e psicoterapia e a posição do analista. In: *Elasticidade e limite na técnica contemporânea*. São Paulo, Escuta, 2013, p. 21-37.

STENGERS, I. & CHERTOK, L. (1989). O coração e a razão: a hipnose de Lavoisier a Lacan. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1990

Tustin, F. (1981). Estados autísticos em crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

VERZTMAN, J. et al. Sofrimentos narcísicos. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012

_____. O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. *Revista Ágora*, v. 5, nº 1, 2002, p. 59-78.

WINNICOTT, D. W. (1971a) Sonhar, Fantasiar e Viver: uma História Clínica que descreve uma Dissociação Primária. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

_____. (1971b) O Brincar: Uma Exposição Teórica. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

_____. (1969) Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago, 1975

_____. (1968). L'interprétation en psychanalyse. In: *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard, 2000.

_____. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1966) A Criatividade e suas Origens. In: O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975

_____. (1963). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes médicas, 1983, p. 163-174

_____. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes médicas. 1983, p. 152-255.

_____. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. (1958). A capacidade para estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes médicas, 1983, p. 31-37

_____. (1955-1956). Formas clínicas da transferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 393-398.

_____. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. 2000, p. 374-392

_____. (1952). Psicoses e cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. 2000. p. 305-315

_____. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 316-331

_____. (1947). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 277-287.

_____. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. 2000, p. 218-232.

ZIMERMAN, D. *Bion, da teoria à prática: uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. Uma Ampliação da Aplicação, na Prática Psicanalítica, da Noção de Continente em Bion. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, [S.l.], n. 13, out. 2007.

