

## O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos

---

Thomas H. Ogden

### INTRODUÇÃO

Neste capítulo, são apresentadas duas sequências clínicas, em um esforço para descrever os métodos pelos quais o analista tenta reconhecer, compreender e simbolizar verbalmente, para si e para o analisando, a natureza específica da interação, momento a momento, da experiência subjetiva do analista, da experiência subjetiva do analisando e da experiência gerada intersubjetivamente pelo par analítico (a experiência do terceiro analítico). A primeira discussão clínica descreve como a experiência intersubjetiva criada pelo par analítico se torna acessível ao analista, em parte, por meio da experiência deste com “suas próprias” *reveries*, formas de atividade mental que muitas vezes parecem ser nada mais do que autoabsorção narcisista, distração, ruminação compulsiva, pensamentos oníricos em vigília e afins. Uma segunda descrição clínica se centra em um caso em que o delírio somático do analista, em conjunto com as experiências sensoriais e as fantasias relacionadas ao corpo do analisando, serviu como principal meio para o analista vivenciar e conseguir entender o significado das principais ansiedades que estavam sendo geradas (intersubjetivamente).

E ele terá poucas probabilidades de saber o que deve ser feito, a menos que viva naquilo que não é apenas o presente, mas o momento presente do passado, a menos que esteja consciente, não daquilo que está morto, mas do que já está vivo. (T. S. Eliot, 1919, p. 11)

Nesta ocasião da celebração do 75º aniversário de fundação do *International Journal of Psychoanalysis*, tentarei abordar um aspecto do que entendo ser “o momento presente do passado” da psicanálise. Acredito que uma faceta importante desse “momento presente” para a psicanálise é o desenvolvimento de uma conceituação analítica sobre a natureza da interação entre subjetividade e intersubjetividade no *setting* analítico e a exploração das implicações desse desenvolvimento conceitual para a técnica.

Neste capítulo, apresentarei material clínico de duas análises, em um esforço para ilustrar algumas das maneiras em que o entendimento da interação da subjetividade e da intersubjetividade (Ogden, 1992a, 1992b) influencia a prática da psicanálise e a maneira como se gera a teoria clínica. Como se verá, considero o movimento dialético de subjetividade e intersubjetividade um fato clínico central da psicanálise, que todo o pensamento clínico analítico tenta descrever em termos cada vez mais precisos e produtivos.

A concepção do sujeito analítico, conforme elaborado na obra de Klein e Winnicott, gerou cada vez mais ênfase na interdependência entre sujeito e objeto em psicanálise (Ogden, 1992b). Acredito ser possível dizer que o pensamento psicanalítico contemporâneo se aproxima de um ponto onde não se possa mais simplesmente falar do analista e do analisando como sujeitos separados que tomam um ao outro como objeto. A ideia do analista como uma tela branca neutra para as projeções do paciente ocupa uma posição cada vez menos importante nas concepções atuais do processo analítico.

Nos últimos 50 anos, os psicanalistas têm mudado seu ponto de vista sobre seu próprio método. Atualmente, está amplamente difundido que, em vez de se tratar da dinâmica intrapsíquica do paciente, a interpretação deve ser feita sobre a interação de paciente e analista em um nível intrapsíquico (O’Shaughnessy, 1983, p. 281)<sup>1</sup>

Minha própria concepção de intersubjetividade analítica dá uma ênfase central à sua natureza dialética (Ogden, 1979; 1982; 1985; 1986; 1988; 1989). Esse entendimento representa uma elaboração e uma extensão da noção de Winnicott de que “não existe bebê” [fora da provisão materna] (Winnicott, 1960, p. 39). Acredito que, em um contexto analítico, não existe analisando fora da relação com o analista, nem analista fora da relação com o analisando. A afirmação de Winnicott é, creio eu, intencionalmente incompleta. Ele pressupõe que se entenderá que a ideia de que não existe bebê é ludicamente hiperbólica e representa um dos elementos de uma afirmação paradoxal mais ampla. A partir de outra perspectiva (do ponto de vista do outro “polo” do paradoxo), obviamente existe um bebê e uma mãe que constituem entidades físicas e psicológicas separadas. A unidade mãe-bebê coexiste em tensão dinâmica com a mãe e o bebê separados.

Da mesma forma, a intersubjetividade analista-analisando coexiste em tensão dinâmica com o analista e o analisando como indivíduos separados, com seus próprios pensamentos, sentimentos, sensações, realidades corpo-

rais, identidades psicológicas e assim por diante. Nem a intersubjetividade da mãe-bebê nem a do analista-analisando (como entidades psicológicas separadas) existe na forma pura. O intersubjetivo e o individualmente subjetivo criam, negam e preservam um ao outro (ver Ogden, 1992b, para uma discussão sobre a dialética de unidade e dualidade no início do desenvolvimento e na relação analítica). Em ambas as relações, da mãe com o bebê e do analista com o analisando, a tarefa não é separar os elementos que constituem a relação, em um esforço para determinar quais qualidades pertencem a cada participante, mas sim, do ponto de vista da interdependência entre sujeito e objeto, a tarefa analítica envolve uma tentativa de descrever, tanto quanto possível, a natureza específica da experiência de interação entre subjetividade individual e intersubjetividade.

Neste capítulo, tentarei traçar, com algum detalhamento, as vicissitudes da experiência de estar simultaneamente dentro e fora da intersubjetividade analista-analisando, o que chamarei de “terceiro analítico”. Essa terceira subjetividade, o terceiro analítico intersubjetivo (o “objeto analítico” de Green [1975]), é um produto de uma dialética singular gerada pelas (entre) subjetividades separadas de analista e analisando dentro do *setting* analítico.<sup>2</sup>

Vou apresentar partes de duas análises que destacam diferentes aspectos da interação dinâmica das subjetividades que constituem o terceiro analítico. O primeiro fragmento centra-se na importância dos aspectos mais mundanos e cotidianos do funcionamento de segundo plano (*background*) da mente (que parecem não ter qualquer relação com o paciente) a serviço de reconhecer e abordar a transferência-contratransferência.

A segunda vinheta clínica permite examinar um exemplo em que o terceiro analítico foi vivenciado por analista e analisando, em grande parte, por meio de ilusão somática e outras formas de sensações corporais e fantasias relacionadas ao corpo. Discutirei a tarefa do analista de usar símbolos verbais para falar com uma voz que viveu dentro do terceiro analítico intersubjetivo, foi modificada por essa experiência e é capaz de falar sobre ela, em sua própria voz, como analista ao analisando (que também fez parte da experiência do terceiro).

## ILUSTRAÇÃO CLÍNICA: A CARTA ROUBADA

Em uma recente sessão com o Sr. L. – um analisando com quem eu vinha trabalhando há cerca de três anos – eu me vi olhando para um envelope na mesa ao lado da minha cadeira, em meu consultório. Durante a semana ou os dez dias anteriores, eu vinha usando esse envelope para anotar números de telefone deixados em minha secretária eletrônica, ideias para as aulas que estava dando, coisas que tinha que fazer e outras anotações para mim mesmo. Embora o envelope estivesse à vista por mais de uma semana, até aquele momento eu não notara uma série de linhas verticais na parte inferior direita da

sua frente, que pareciam indicar que a carta tinha sido parte de uma mala direta. Fui surpreendido por um sentimento nítido de decepção: a carta que havia chegado naquele envelope era de um colega na Itália, que escrevera sobre um assunto que considerava delicado e deveria ser mantido em absoluto sigilo entre nós.

A seguir, olhei os selos e, pela primeira vez, notei mais dois detalhes. Os selos não tinham sido carimbados, e um dos três selos tinha palavras que, para minha surpresa, eu conseguia ler. Enxerguei “Wolfgang Amadeus Mozart” e percebi, com um momento de atraso, que as palavras eram um nome que eu conhecia e eram “as mesmas” em italiano e em inglês.

Enquanto me recuperava desse *reverie*, eu me perguntava qual poderia ser a relação disso com o que acontecia atualmente entre o paciente e eu. O esforço para fazer essa mudança de estado psicológico se parecia com a difícil batalha na tentativa de “lutar contra a repressão” que eu sofria ao tentar me lembrar de um sonho que vai escapando ao acordar. Nos últimos anos, tenho deixado de lado esses “lapsos de atenção” e me dedicado ao esforço de entender o que o paciente está dizendo, uma vez que, ao retornar desses *reveries*, estou inevitavelmente um pouco atrás do paciente.

Percebi que desconfiava da autenticidade aparentemente transmitida pela carta. Minha fantasia fugaz de que a carta fazia parte de uma mala direta refletia um sentimento de que eu fora enganado, e me senti ingênuo e crédulo, disposto a acreditar que me estavam confiando um segredo especial. Eu tinha algumas associações fragmentadas, que incluíam a imagem de uma sacola de correio cheia de cartas com selos que não tinham sido carimbados, um ninho de aranha, *A Menina e o Porquinho (Charlotte's Web)*, a mensagem de Charlotte na teia de aranha, o rato Templeton e o inocente Wilbur. Nenhum desses pensamentos parecia penetrar minimamente na superfície do que estava ocorrendo entre o Sr. L. e eu: eu me sentia como se estivesse simplesmente atravessando os movimentos da análise de contratransferência de uma maneira que parecia forçada.

Enquanto ouvia o Sr. L. – um homem com 45 anos, diretor de uma grande organização sem fins lucrativos – eu estava ciente de que ele estava falando de uma forma muito característica dele, parecia cansado e sem esperança, e ainda assim avançava obstinadamente com sua produção de “associações livres”. Durante todo o período da análise, o Sr. L. vinha lutando bravamente para escapar dos limites de seu extremo distanciamento emocional de si e de outras pessoas. Pensei em seu relato de como dirigiu até a casa onde mora e não conseguiu sentir que era sua casa. Quando entrou, foi saudado pela “mulher e as quatro crianças que moram lá”, mas não conseguia senti-los como sua esposa e seus filhos. “É uma sensação de que eu mesmo não estou no quadro e, no entanto, eu estou lá. Nesse segundo de reconhecimento de não se encaixar, é um sentimento de estar separado, o que está bem próximo de se sentir sozinho”.

Experimentei, em minha própria mente, a ideia de que talvez eu tenha me sentido enganado por ele e tenha sido tomado pela aparente sinceridade de seu esforço para falar comigo; mas essa ideia me soou vazia. Lembrei-me da frustração na voz de Sr. L. quando me explicava, uma e outra vez, que sabia que devia estar sentindo alguma coisa, mas não tinha ideia do que poderia ser.

Os sonhos do paciente eram regularmente preenchidos com imagens de pessoas paralisadas, prisioneiros e mudos. Em um sonho recente, ele tinha conseguido, depois de gastar uma energia enorme, romper e abrir uma pedra, encontrando hieróglifos esculpidos em seu interior (como um fóssil). Sua alegria inicial foi extinta pelo reconhecimento de que não conseguia compreender um único elemento do significado dos hieróglifos. No sonho, sua descoberta foi momentaneamente emocionante, mas acabou em uma experiência vazia, de um sofrimento tantalizante, que o deixou em profundo desespero. Mesmo o sentimento de desespero foi quase imediatamente destruído após ele despertar, e se transformou em um conjunto de imagens de sonho sem vida que ele me “relatou” (em vez de contar). O sonho tinha se transformado em uma memória estéril e não mais parecia vivo como conjunto de sentimentos.

Eu cogitei que minha própria experiência na sessão pudesse ser pensada como uma forma de identificação projetiva, na qual eu participava da experiência de desespero do paciente por não conseguir discernir e vivenciar uma vida interior que parecia estar atrás de uma barreira impenetrável. Essa formulação tinha sentido intelectual, mas parecia clichê e insuficiente emocionalmente. Então, fui levado a uma série de pensamentos competitivos e narcisistas relativos a questões profissionais, que começaram a assumir uma qualidade reflexiva. Estas reflexões foram desagradavelmente interrompidas pela percepção de que o meu carro, que estava em uma oficina, teria que ser retirado antes das seis horas, quando a loja fechava. Eu teria que ter cuidado para terminar a última hora analítica do dia precisamente às 17h50min, para ter qualquer chance de chegar à oficina antes de fechar. Em minha mente, eu tinha uma vívida imagem em que estava em frente às portas da oficina fechada, com o tráfego rugindo atrás de mim. Senti muito desamparo e raiva (além de um pouco de autopiedade) com relação à forma como o dono da oficina tinha fechado a porta precisamente às seis horas da tarde, mesmo eu tendo sido um cliente regular por anos e ele sabendo que eu preciso do meu carro. Nessa experiência fantasiada, havia um sentimento profundo e intenso de desolação e isolamento, bem como uma sensação física palpável da dureza do pavimento, do fedor da fumaça do escapamento e da textura rugosa do vidro sujo da porta da garagem.

Embora eu não estivesse plenamente consciente daquilo na época, olhando agora, consigo ver melhor que estava muito abalado por essa série de sentimentos e imagens, que tinha começado com minhas reflexões narcis-

sistas/competitivas e terminado com as fantasias de encerrar impessoalmente a sessão do meu último paciente do dia e, em seguida, o proprietário da garagem me fechar a porta na cara.

Ao voltar a ouvir o Sr. L. com mais atenção, trabalhei para juntar as coisas que ele estava discutindo atualmente: a imersão de sua esposa no trabalho e o esgotamento que ele e ela sentiam no final do dia, os problemas financeiros e a falência iminente de seu cunhado, uma experiência enquanto praticava corrida, na qual o paciente foi envolvido em um pequeno acidente com um motociclista que andava de forma imprudente. Eu poderia ter tomado qualquer uma dessas imagens como símbolo dos temas que tínhamos discutido anteriormente, incluindo o próprio distanciamento, que parecia permeiar tudo o que o paciente falava, assim como a desconexão que eu sentia tanto em relação a ele quanto a mim mesmo. No entanto, decidi não intervir, porque achava que, se fosse tentar oferecer uma interpretação neste momento, só estaria me repetindo e dizendo algo para garantir que tinha o que dizer.

O telefone do meu escritório tocara no início do encontro e a secretária eletrônica tinha clicado duas vezes para gravar a mensagem, antes de retomar sua vigília silenciosa. No momento da chamada, eu não tinha pensado conscientemente em quem poderia ter ligado, mas, neste momento, olhei o relógio para ver quanto tardaria até eu poder ouvir a mensagem. Senti alívio ao pensar no som de uma voz nova na fita da secretária eletrônica. Não que eu imaginasse encontrar uma boa notícia específica; eu ansiava por uma voz nítida e clara. Havia um componente sensorial na fantasia – eu podia sentir uma brisa fresca lavar meu rosto e entrar nos meus pulmões, aliviando o silêncio sufocante de uma sala superaquecida e mal ventilada. Lembrei-me dos selos novos no envelope – claros, de cores vibrantes, sem serem obscurecidos pelas marcas sombrias, mecânicas, indelévels, feitas pelas máquinas de carimbar.

Olhei de novo para o envelope e percebi algo de que eu tinha tido consciência apenas subliminar o tempo todo: meu nome e endereço haviam sido digitados em uma máquina de escrever manual e não em computador, não por rotulagem mecânica, nem mesmo com uma máquina de escrever elétrica. Senti-me quase alegre com o tom pessoal em que meu nome tinha sido “dito”. Eu quase podia ouvir as irregularidades idiossincráticas de cada letra datilografada: a inexatidão da linha, a forma com que faltava a parte superior acima da barra de cada “t”. Isso me pareceu como o sotaque e a inflexão de uma voz humana falando comigo, sabendo o meu nome.

Esses pensamentos e sentimentos, bem como as sensações associadas a essas fantasias, trouxeram à mente (e ao corpo) algo que o paciente tinha me dito meses antes, mas não voltara a mencionar. Ele me disse que se sentia mais próximo de mim não quando eu dizia coisas que pareciam certas, e sim quando eu me enganava, quando eu errava. Eu levava esses meses para entender de maneira mais ampla o que ele queria dizer com isso. Naquela altura

do encontro, comecei a conseguir descrever para mim mesmo os sentimentos de desespero que eu vinha sentindo sozinho, e a busca frenética do paciente de algo humano e pessoal em nosso trabalho juntos. Também comecei a achar que entendia um pouco do pânico, do desespero e da raiva associados à experiência de colidir de novo e de novo com algo que parece humano, mas que se sente mecânico e impessoal.

Lembrei-me da descrição que o Sr. L. fez de sua mãe como “morta cerebral”. O paciente não conseguia se lembrar de um único caso em que ela tivesse demonstrado evidências de raiva ou um sentimento intenso de qualquer espécie. Ela mergulhava no trabalho doméstico e “na culinária completamente sem inspiração”. As dificuldades emocionais eram respondidas constantemente com platitudes. Por exemplo, quando o paciente, aos 6 anos, ficava apavorado todas as noites por achar que havia criaturas debaixo da sua cama, sua mãe lhe dizia: “Não há nada aí para ter medo”. Essa declaração se tornou símbolo, na análise, da discórdia entre a precisão da declaração, por um lado (não havia, de fato, criatura alguma debaixo da cama), e, por outro, da falta de vontade/incapacidade de sua mãe de reconhecer a vida interior do paciente (havia algo de que ele tinha medo e que ela se recusava a reconhecer, identificar-se, ou mesmo ficar curiosa a respeito).

A cadeia de pensamentos do Sr. L., que incluía a ideia de se sentir esgotado, a falência iminente do cunhado e os acidentes potencialmente graves ou mesmo fatais, impressionavam-me agora como reflexo de suas tentativas inconscientes de falar comigo sobre a sensação que começava a surgir nele, de que a análise estava esgotada, falida e moribunda. Ele estava experimentando os rudimentos de uma sensação de que ele e eu não estávamos falando um com o outro de forma que parecesse viva; em vez disso, eu lhe parecia incapaz de ser algo além de mecânico com ele, assim como ele não conseguia ser humano comigo.

Eu disse ao paciente que achava que nosso tempo juntos deveria lhe parecer um exercício obrigatório triste, algo como um emprego em uma fábrica, onde ele bate o ponto para entrar e sair. Acrescentei que tinha a impressão de que, às vezes, ele se sentia tão desesperadamente reprimido nas horas que passava comigo que deveria parecer como se estivesse sufocando em algo que parece ar, mas é vácuo.

A voz do Sr. L. ficou mais alta e mais cheia, como eu não ouvira antes, quando ele disse: “Sim, eu durmo com as janelas escancaradas por medo de sufocar durante a noite. Costumo acordar apavorado com alguém me sufocando, como se tivessem posto um saco plástico na minha cabeça”. O paciente continua dizendo que, quando entrava no meu consultório, costumava sentir que a sala era muito quente e que o ar estava preocupantemente viciado. Ele disse que nunca lhe tinha ocorrido me pedir para desligar o aquecedor ao pé do divã, nem para abrir uma janela, em grande parte porque não tinha consciência plena, até então, de se sentir assim. Ele disse que foi muito de-

sanimador perceber o quão pouco ele se permitia saber sobre o que estava acontecendo dentro de si, a ponto de não saber quando uma sala estava muito quente para ele.

O Sr. L. ficou em silêncio durante os 15 minutos restantes da sessão. Um silêncio tão longo não tinha ocorrido antes na análise. Durante esse tempo, não me senti pressionado a falar. Na verdade, houve um sentimento considerável de tranquilidade e alívio nessa pausa naquilo que agora eu considerava como a "atividade mental ansiosa" que tantas vezes preencheria as horas. Tomei consciência do tremendo esforço que o Sr. L. e eu fazíamos regularmente para impedir que a análise caísse no desespero: eu imaginava a nós dois no passado, freneticamente tentando manter uma bola de praia no ar, jogando um para o outro. Mais próximo ao final da sessão, fiquei com sono e tive que me esforçar para não dormir.

O paciente começou a próxima sessão dizendo que tinha sido despertado por um sonho, cedo da manhã. No sonho, ele estava debaixo d'água e podia ver as outras pessoas, completamente nuas. Ele notou que também estava nu, mas não se sentia constrangido por isso. Estava prendendo a respiração e sentia pânico de se afogar quando não conseguisse mais. Um dos homens, que obviamente respirava debaixo d'água sem dificuldade, disse-lhe que não havia problema em respirar e ele, muito cautelosamente, respirou fundo e descobriu que conseguia. A cena mudou, embora ele ainda estivesse debaixo d'água. Estava chorando, em soluços profundos, e sentia uma enorme tristeza. Um amigo, cujo rosto não conseguia discernir, falou com ele. O Sr. L. disse que se sentia grato ao amigo por não tentar tranquilizá-lo nem animá-lo.

O paciente contou que, quando acordou do sonho, sentia-se à beira das lágrimas. Ele disse que tinha saído da cama porque só queria sentir o que estava sentindo, embora não soubesse por que estava triste. O Sr. L. notou o início de suas tentativas conhecidas de transformar o sentimento de tristeza em sentimentos de ansiedade com relação a problemas do trabalho ou se preocupar com quanto dinheiro tinha no banco, ou outros assuntos com os quais se "distrai".

## Discussão

A descrição acima foi apresentada não como exemplo de um divisor de águas em uma análise, e sim na tentativa de transmitir uma sensação de movimento dialético de subjetividade e intersubjetividade no *setting* analítico. Tentei descrever um pouco a maneira como minha experiência de analista (incluindo o funcionamento em segundo plano [*background*] quase imperceptível e frequentemente mundano da minha mente) é contextualizada pela experiência intersubjetiva criada por analista e analisando. Nenhum pensamento, sentimento ou sensação pode ser considerado o mesmo que foi ou será fora do

contexto específico (e em permanente mudança) da intersubjetividade criado por analista e analisando.<sup>3</sup>

Eu gostaria de começar a discussão dizendo que estou bem ciente de que a forma com que apresentei o material clínico foi um pouco estranha, no sentido de que quase não ofereço informações, do tipo usual, sobre o Sr. L., até um momento bastante posterior na apresentação. Isso foi feito como tentativa de dar uma ideia de até onde o Sr. L., às vezes, estava completamente ausente de meus pensamentos e sentimentos conscientes. Minha atenção não esteve nem um pouco voltada para ele durante esses períodos de "reverie" (eu uso o termo *reverie*, de Bion, para me referir não apenas àqueles estados psicológicos que refletem claramente a receptividade ativa do analista ao analisando, mas também a um conjunto variado de estados psicológicos que parecem refletir a autoabsorção narcisista do analista, sua reflexividade obsessiva, seus pensamentos oníricos em vigília, fantasias sexuais e assim por diante).

Voltando-me aos detalhes do material clínico em si, da maneira com que se desenrolou, minha experiência com o envelope (no contexto dessa análise) começou por eu notá-lo. Apesar de ter estado fisicamente presente por semanas, naquele momento ele ganhou vida como evento psicológico, portador de sentidos psicológicos, que não existia antes disso. Considero esses novos sentidos não como reflexo de um alívio de uma repressão dentro de mim, mas sim, entendo o evento como reflexo do fato de que um novo sujeito (o terceiro analítico) estava sendo gerado por (entre) o Sr. L. e eu, que resultou na criação do envelope como "objeto" analítico (Bion, 1962; Green, 1975). Quando notei esse "novo objeto" na minha mesa, fui atraído a ele de uma forma que era completamente egossintônica, a ponto de ser um evento quase totalmente inconsciente para mim. Fui tocado pelas marcas mecânicas no envelope, que, mais uma vez, até então não haviam estado ali (para mim): vivenciei essas marcas, pela primeira vez, no contexto de uma matriz de sentidos relacionada à decepção por não sentir que me falavam de uma maneira que parecesse pessoal. Os selos não carimbados foram igualmente "criados" e tomaram seu lugar na experiência intersubjetiva que estava sendo elaborada. Os sentimentos de distância e estranheza aumentaram até o ponto em que eu mal reconheci o nome de Mozart como parte de uma "linguagem comum".

Um detalhe que requer alguma explicação é a série de associações fragmentadas que estão relacionadas a *A menina e o porquinho*. Apesar de altamente pessoais e idiossincráticos em relação à minha própria experiência de vida, esses pensamentos e sentimentos também estavam sendo recriados dentro do contexto da experiência do terceiro analítico. Eu sabia conscientemente que *A menina e o porquinho* era muito importante para mim, mas o significado específico do livro estava não só reprimido, mas ainda não tinha chegado a tomar forma de modo a existir naquela hora. Somente semanas após a sessão que está sendo descrita eu me dei conta de que o livro havia estado, no início (e estava no processo de se tornar), intimamente associado a senti-

mentos de solidão. Percebi, pela primeira vez (na semana seguinte), que eu lera esse livro várias vezes durante um período de intensa solidão na minha infância, e que tinha me identificado completamente com Wilbur como um desajustado e marginalizado.

Considero essas associações (em grande parte, inconscientes) com *A menina e o porquinho* não como lembrança de uma memória que havia sido reprimida, mas como criação de uma experiência (na e através da intersubjetividade analítica) que não existiam anteriormente na forma que assumiam agora. Essa concepção de experiência analítica é fundamental para este capítulo: a experiência analítica ocorre no auge do passado e do presente, e envolve um “passado” que está sendo criado de novo (para analista e analisando), por meio de uma experiência gerada entre analista e analisando (ou seja, no terceiro analítico).

Cada vez que minha atenção consciente passava da experiência de “meus próprios” *reveries* ao que o paciente estava dizendo e como estava me dizendo e estando comigo, eu não estava “voltando” ao mesmo lugar do qual tinha saído segundos ou minutos antes. Em cada caso, fui modificado pela experiência de *reverie*, por vezes, apenas de modo imperceptivelmente pequeno. No decorrer da *reverie* que acabamos de descrever, ocorrera algo que não deve, de forma nenhuma, ser considerado mágico nem místico. Na verdade, o que ocorreu foi tão comum, tão discretamente mundano, que é quase inobservável como evento analítico.

Ao voltar a me concentrar no Sr. L. após a série de pensamentos e sentimentos relacionados ao envelope, eu estava mais receptivo à qualidade esquizoide de sua experiência e ao vazio das tentativas dele e das minhas próprias de criar algo em conjunto que parecesse real.

Eu tinha mais consciência do sentimento de casualidade associado ao sentido que ele tinha de seu lugar na família e no mundo, bem como o sentimento de vazio associado ao meu próprio esforço de ser analista para ele.

Então, dei início a uma segunda série de pensamentos e sentimentos autoenvolvidos (seguindo a minha tentativa apenas parcialmente satisfatória de conceituar o meu próprio desespero e o do paciente em termos de identificação projetiva).<sup>4</sup> Meus pensamentos foram interrompidos pelas fantasias e sensações de ansiedade com relação ao fechamento da oficina e minha necessidade de terminar a última hora analítica do dia “pontualmente”. Meu carro tinha passado o dia na oficina, mas foi só com o Sr. L., precisamente nesse momento, que o carro foi criado como objeto de análise.

A fantasia que envolve o fechamento da oficina foi criada naquele momento, não por mim de forma isolada, mas através da minha participação na experiência intersubjetiva com o Sr. L. Os pensamentos e os sentimentos sobre o carro e a oficina não ocorreram em qualquer das outras horas analíticas de que participei nesse dia.

Na *reverie* sobre o fechamento da oficina e minha necessidade de encerrar “pontualmente” a última hora analítica do dia, a experiência de esbarrar em desumanidade mecânica imóvel em mim e em outros se repetiu de várias formas. Entrelaçadas às fantasias estavam sensações de dureza (pavimento, vidro e textura) e asfixia (a fumaça do escapamento). Essas fantasias geraram em mim um sentimento de ansiedade e urgência, que me era cada vez mais difícil ignorar (apesar de que, no passado eu pudesse muito bem ter desconsiderado essas fantasias e sensações como algo que não tem qualquer significado para a análise, exceto como uma interferência a ser superada).

“Voltando” a ouvir o Sr. L., eu ainda me sentia muito confuso com relação ao que estava ocorrendo na sessão e tentado a dizer alguma coisa para dissipar meus sentimentos de impotência. Nesse momento, algo que tinha “ocorrido” mais cedo dentro da mesma hora (o telefonema gravado pela secretária eletrônica), ocorreu pela primeira vez como evento analítico (ou seja, como evento que tinha sentido dentro do contexto da intersubjetividade que estava sendo elaborado). A “voz” gravada na fita da secretária eletrônica, agora prometia ser a voz de uma pessoa que me conhecia e falava a mim de uma forma pessoal. As sensações físicas de respirar livremente e de sufocamento eram portadoras de sentidos cada vez mais importantes. O envelope se tornou um objeto analítico ainda mais diferente do que havia sido no início da sessão: agora, tinha um sentido de representação de uma voz idiossincrática e pessoal (o endereço datilografado com um “t” imperfeito).

O efeito cumulativo dessas experiências dentro do terceiro analítico levou à transformação de algo que o paciente havia me dito meses antes sobre sentir-se mais próximo a mim quando eu cometia erros. A declaração do paciente assumiu um novo significado, mas eu acho que seria mais preciso dizer que a declaração (lembrada) era agora uma nova declaração para mim, e nesse sentido, estava sendo feita pela primeira vez.

Nesse momento da sessão, comecei a conseguir usar a linguagem para descrever a mim mesmo um pouco da experiência de confrontar um aspecto de outra pessoa, e de mim mesmo, que parecia assustador e irrevogavelmente inumano. Um certo número de temas de que o Sr. L. vinha falando assumia agora, para mim, uma coerência que não tivera até então: os temas me pareciam convergir à ideia de que o Sr. L. estava vivenciando a mim e ao discurso entre nós como falido e moribundo. Novamente, esses “velhos” temas estavam agora (para mim) se tornando novos objetos analíticos que eu acabara de encontrar. Tentei conversar com o paciente sobre como eu sentia sua experiência comigo e com a análise como algo mecânico e desumano. Antes de começar a intervenção, eu não planejava conscientemente usar as imagens de máquinas (a fábrica e o relógio de ponto) para transmitir o que tinha em mente; eu estava inconscientemente usando as imagens de meus *reveries* sobre o final mecânico (determinado pelo relógio) de uma hora analítica e o

fechamento da oficina. Considero minha “escolha” de imagens um reflexo da maneira com que eu estava “falando a partir” da experiência inconsciente do terceiro analítico (a intersubjetividade inconsciente que estava sendo criada pelo sr. L. e eu). Ao mesmo tempo, eu falava sobre o terceiro analítico a partir de uma posição externa a ele (como analista).

Continuei, de modo igualmente não planejado, falando ao paciente sobre a imagem de uma câmara de vácuo (outra máquina), em que algo que parecia ser oxigênio que sustenta a vida era, na verdade, vazio (aqui, eu estava inconscientemente aproveitando as imagens-sensação da experiência fantasiada com o ar cheio de escapamento na frente da oficina e do ar fresco respirado em associação à fantasia da secretária eletrônica).<sup>5</sup> A resposta do Sr. L. à minha intervenção envolveu uma plenitude de voz que refletia a plenitude da respiração (um dar e receber mais pleno). Seus próprios sentimentos conscientes e inconscientes de ser privado do humano tinham sido vivenciados na forma de imagens e sensações de sufocamento nas mãos da mãe/analista que mata (o saco de plástico [seio] que o impedia de ser enchido com oxigênio que sustenta a vida).

O silêncio ao final da sessão era, em si, um novo evento analítico e refletia a sensação de repouso em contraste marcante com a imagem de ser violentamente asfixiado em um saco plástico ou de se sentir perturbadoramente sufocado pelo ar parado do meu consultório. Ainda houve dois outros aspectos da minha experiência durante esse silêncio que tinha importância: a fantasia de uma bola de praia mantida freneticamente no alto ao ser jogada entre o Sr. L. e eu, e minha sensação de torpor. Embora eu me sentisse bastante aliviado pela maneira com que conseguimos ficar em silêncio juntos (em uma combinação de desespero, exaustão e esperança), havia um elemento na experiência do silêncio (em parte, refletido na minha sonolência) que parecia um trovão distante (que eu via agora como raiva repelida).

Comentarei brevemente o sonho com que o Sr. L. começou a sessão seguinte. Eu o entendo simultaneamente como resposta à sessão anterior e o início de uma delimitação mais nítida de um aspecto da transferência-contratransferência, em que o medo que o Sr. L. tinha do efeito de sua raiva em mim e de seus sentimentos homossexuais em relação a mim estavam se tornando ansiedades predominantes (mais cedo, eu tinha tido pistas sobre eles, que consegui usar como objetos analíticos, por exemplo, a imagem e a sensação de barulho de tráfego atrás de mim, na minha fantasia com a oficina).

Na primeira parte do sonho, o paciente estava debaixo d'água com outras pessoas nuas, incluindo um homem que lhe disse que não haveria problema em respirar, apesar de seu medo de se afogar. Ao respirar, ele tinha dificuldade de acreditar que realmente conseguisse. Na segunda parte do sonho do Sr. L., ele soluçava de tristeza enquanto um homem, cujo rosto não conseguia discernir, ficou com ele, mas não tentava animá-lo.

Considero esse sonho, em parte, como expressão do sentimento do Sr. L. de que, na hora anterior, nós dois tínhamos vivenciado juntos e começado

a entender melhor algo importante sobre a vida inconsciente dele (“debaixo d’água”) e de que eu não tinha medo de ser dominado (afogado) por seus sentimentos de isolamento, tristeza e futilidade, nem sentia medo por ele. Como resultado, ele se atreveu a deixar estar vivo (inspirar) o que antes temia que o sufocasse (o seio-vácuo/analista). Além disso, houve uma sugestão de que a experiência do paciente não lhe parecia totalmente real, na medida em que, no sonho, ele achava difícil acreditar que realmente conseguiria fazer o que estava fazendo.

Na segunda parte do sonho, o Sr. L representou mais explicitamente sua maior capacidade de sentir tristeza, de tal forma que ele se sentiu menos desconectado de si mesmo e de mim. O sonho me parecia, em parte, uma expressão de gratidão a mim por não lhe ter roubado os sentimentos que ele estava começando a sentir, ou seja, por não interromper o silêncio no fim do encontro do dia anterior com uma interpretação nem tentar de outra forma dissipar ou mesmo transformar sua tristeza com minhas palavras e ideias.

Eu achava que, além da gratidão (misturada com dúvida) que o Sr. L. estava sentindo em conexão com esses eventos, havia menos sentimentos admitidos de ambivalência em relação a mim. Eu fui alertado para essa possibilidade, em parte, por minha própria sonolência no final da sessão anterior, o que muitas vezes reflete meu estado defensivo.

A fantasia de bater na bola de praia (seio) sugeria que poderia muito bem ser a raiva que estava sendo repelida. Eventos subsequentes na análise me levaram a me convencer cada vez mais de que a ausência de rosto do homem na segunda parte do sonho era, em parte, uma expressão de raiva que o paciente (transferência materna) tinha de mim, por ser tão evasivo a ponto de ser disforme e indefinido (como ele sentia a si próprio). Essa ideia foi confirmada nos anos seguintes de análise, à medida que a raiva que o Sr. L. tinha de mim por “ser ninguém em particular” foi expressada diretamente. Além disso, em um nível mais profundamente inconsciente, o fato de o paciente ser convidado pelo homem nu a respirar na água reflete o que eu sentia como uma intensificação da sensação inconsciente do Sr. L. de que eu o estava seduzindo para que estivesse vivo na sala comigo, de uma forma que muitas vezes provocava ansiedade homossexual (representada pelo incentivo do homem nu para que o Sr. L. recebesse o fluido compartilhado em sua boca). A ansiedade sexual refletida nesse sonho só foi interpretada muito mais tarde na análise.

### **Alguns comentários adicionais**

Na sequência clínica descrita acima, não foi uma simples casualidade que minha mente “vagasse” e chegasse a se concentrar em um conjunto de marcas feitas por uma máquina em um envelope coberto de números de telefone riscados, anotações para aulas e lembretes sobre coisas a fazer. O envelope

em si, além de portar os sentidos já mencionados, também representava (o que tinha sido) o meu próprio discurso privado, uma conversa privada que não era dirigida a qualquer outra pessoa; escrito nele estavam anotações em que eu falava comigo mesmo sobre os detalhes da minha vida. O funcionamento da mente do analista durante horas analíticas dessas formas “naturais”, não constrangidas, são aspectos altamente pessoais, privados e embaraçosamente mundanos da vida, os quais raramente se discutem com colegas, muito menos se comentam em relatos publicados de análise. É necessário um grande esforço para apreender esse aspecto do pessoal e do cotidiano na área de *reverie* que não é autorreflexiva, com o propósito de falar conosco mesmos sobre a maneira como esse aspecto da experiência foi transformado de forma a se tornar uma manifestação da interação dos sujeitos analíticos. O “pessoal” (o individualmente subjetivo) nunca volta a ser o que fora antes da sua criação no terceiro analítico intersubjetivo, nem é totalmente diferente do que tinha sido.

Acredito que uma importante dimensão da vida psicológica do analista no consultório com o paciente assume a forma de devaneio sobre os detalhes ordinários e cotidianos de sua própria vida (que são, muitas vezes, de grande importância narcísica para ele). Nessa discussão clínica, tentei demonstrar que esses devaneios não são apenas de reflexos de desatenção, autoenvolvimento narcisista, conflitos emocionais não resolvidos e assim por diante; essa atividade psicológica representa formas simbólicas e protossimbólicas (baseadas em sensação) dadas à experiência não expressada (e, muitas vezes, ainda não sentida) do analisando ao tomarem forma na intersubjetividade do par analítico (ou seja, no terceiro analítico).

Esta forma de atividade psicológica muitas vezes é vista como algo por que o analista deve passar, que deve pôr de lado, superar, etc., em seu esforço para estar emocionalmente presente e atento ao analisando. Estou sugerindo que uma visão da experiência do analista que desconsidera essa categoria de fato clínico o leva a diminuir (ou ignorar) o significado de grande parte (em alguns casos, da maior parte) de sua experiência com o analisando. Minha opinião é que um fator importante para a desvalorização de uma parcela tão grande da experiência analítica é o fato de que tal reconhecimento envolve uma forma perturbadora de autoconsciência. A análise desse aspecto da transferência-contratransferência exige um exame da maneira como falamos a nós mesmos e do que nos dizemos sobre um estado psicológico privado, relativamente sem defesas. Nesse estado, a interação dialética de consciência e inconsciência foi alterada de formas que se assemelham a um estado de sonho. Ao nos tornarmos autoconscientes dessa forma, estamos mexendo com um santuário interior essencial da vida privada e, portanto, com uma das pedras angulares da nossa sanidade. Estamos pisando em território sagrado, uma área de isolamento pessoal na qual, em grande medida, estamos nos comunicando com objetos subjetivos (Winnicott, 1963; ver, também, Og-

den, 1991). Essa comunicação (como as anotações feitas para mim mesmo no envelope) não se destina a mais ninguém, nem a aspectos de nós mesmos que residem fora desse “beco sem saída” sofisticadamente privado/mundano (Winnicott, 1963, p. 184). Esse domínio da experiência transferencial-contratransferencial é tão pessoal, tão arraigado na estrutura de caráter do analista, que é preciso um grande esforço psicológico para entrar em um discurso consigo mesmo, de um modo que é necessário para reconhecer que mesmo esse aspecto do pessoal foi alterado por nossa experiência no terceiro analítico e com ele. Se quisermos ser analistas em um sentido pleno, é preciso tentar conscientemente trazer até mesmo esse aspecto de nós mesmos para o processo analítico.

## **A PSIQUE-SOMA E O TERCEIRO ANALÍTICO**

Na próxima parte deste capítulo, vou apresentar um relato de uma interação analítica em que uma ilusão somática vivida pelo analista e um grupo relacionado de sensações corporais e fantasias relacionadas ao corpo vivenciadas pelo analisando constituem o principal meio pelo qual o terceiro analítico foi experimentado, compreendido e interpretado. Como ficará evidente, a conduta dessa fase da análise dependia da capacidade do analista de reconhecer e fazer uso de uma forma de fato clínico intersubjetivo manifestado em grande parte através da sensação/fantasia corporal.

### **Ilustração clínica: o coração revelador**

Nessa discussão clínica, vou descrever uma série de eventos que ocorreram no terceiro ano da análise da Sra. B., uma advogada casada de 42 anos e mãe de duas crianças em idade de latência. A paciente havia começado a análise por razões que não estavam claras para nós dois; ela sentia uma vaga insatisfação com sua vida, apesar de ter “uma família maravilhosa” e estar se saindo bem no trabalho. Ela me disse que nunca teria imaginado que “acabaria no consultório de um analista”, “parece que eu saí de um filme do Woody Allen”.

O primeiro ano e meio de análise foi marcado por um sentimento forçado e vagamente perturbador. Eu estava intrigado com as razões pelas quais a Sra. B. vinha a suas sessões diárias e ficava um pouco surpreso a cada dia, quando ela aparecia. A paciente quase nunca faltava, raramente se atrasava e, na verdade, chegava a tempo de usar o banheiro do meu consultório antes de quase todas as sessões.

A Sra. B. falava de forma organizada, um tanto obsessiva, mas pensativa: sempre havia temas “importantes” a discutir, incluindo o ciúme que a mãe sentia até mesmo de pequenas quantidades de atenção dadas à paciente por

seu pai. A Sra. B. achava que isso estava ligado a dificuldades do presente, tais como sua incapacidade para aprender (“assimilar as coisas”) de sócias seniores no trabalho. No entanto, havia uma superficialidade nesse trabalho e, com o passar do tempo, a paciente parecia ter que fazer mais e mais esforço para “encontrar coisas para falar”. Ela falava sobre não se sentir totalmente presente nos encontros, apesar de seus esforços para “estar aqui”.

No final do segundo ano de análise, os silêncios se tornaram cada vez mais frequentes e consideravelmente mais longos, muitas vezes com duração de 15 a 20 minutos (no primeiro ano, raramente havia um silêncio). Tentei falar com a Sra. B. sobre como ela se sentia por estar comigo durante um período de silêncio. Ela respondia que se sentia extremamente frustrada e emperrada, mas não conseguia aprofundar o assunto.

Apresentei minhas próprias tentativas de pensar sobre o possível relacionamento entre um silêncio e a experiência de transferência-contratransferência que pode ter precedido imediatamente o silêncio ou, talvez, tenha ficado mal resolvida no encontro anterior. Nenhuma dessas intervenções parecia alterar a situação.

A Sra. B. pedia desculpas repetidamente por não ter mais a dizer e se preocupava por estar falhando comigo. Como o passar dos meses, houve uma sensação crescente de cansaço e desespero associado com os silêncios e com a falta de vitalidade geral da análise. A paciente continuava se desculpendo comigo por esse estado de coisas, mas de modo cada vez mais tácito e transmitido por sua expressão facial, sua maneira de andar, seu tom de voz, etc. Além disso, neste momento da análise, a Sra. B. também começou a retorcer as mãos durante as horas analíticas, e ainda mais vigorosamente durante os silêncios. Ela puxava com força os dedos das mãos e apertava muito os nós dos dedos e os dedos, até suas mãos ficarem avermelhadas ao final da sessão.

Descobri que minhas próprias fantasias e meus pensamentos oníricos em vigília eram extraordinariamente esparsas durante esse período de trabalho, e também notei que tinha menos sentimento de proximidade com a Sra. B. do que eu esperava.

Certa manhã, enquanto dirigia para o consultório, estava pensando nas pessoas que atenderia naquele dia e não consegui me lembrar do primeiro nome da Sra. B. Eu racionalizei que tinha anotado apenas seu sobrenome na minha agenda e nunca me dirigia a ela pelo primeiro nome, e ela tampouco mencionava o primeiro nome ao falar de si, como fazem muitos pacientes. Imaginei-me como uma mãe incapaz de dar nome a um bebê depois do nascimento, como resultado de uma profunda ambivalência em relação a esse nascimento. A Sra. B. me contara muito pouco sobre seus pais e sua infância, afirmando ser muito importante para ela me falar dos pais de forma “justa e precisa”. Ela disse que iria me falar deles quando encontrasse as palavras e o jeito certos.

Durante esse período, desenvolvi o que pensava ser uma leve gripe, mas consegui manter meus compromissos com todos os pacientes. Nas semanas que se seguiram, percebi que eu continuava não me sentindo bem fisicamente durante minhas sessões com a Sra. B., sentindo náuseas, mal-estar e vertigem. Eu me sentia como um homem muito velho e, por razões que eu não conseguia entender, essa imagem de mim mesmo me dava algum conforto, ao mesmo tempo em que me incomodava profundamente. Eu não tinha conhecimento de sentimentos e sensações físicas semelhantes durante qualquer outra parte do dia. Concluí que isso refletia uma combinação do fato de que os encontros com a Sra. B deviam ser particularmente desgastantes para mim, com os longos períodos de silêncio em suas sessões, que me permitiam ter mais consciência do meu estado físico do que com outros pacientes.

Agora eu consigo reconhecer que, durante esse período, comecei a sentir uma ansiedade difusa nas horas que passava com a Sra. B., mas, na época, eu sabia apenas subliminarmente dessa ansiedade e não conseguia diferenciá-la das sensações físicas que estava experimentando. Pouco antes de minhas sessões com a Sra. B., eu costumava encontrar coisas para fazer, como dar telefonemas, organizar papéis, encontrar um livro, etc., todas com o efeito de retardar o momento em que teria que encontrar a paciente na sala de espera. Como resultado, às vezes eu me atrasava um minuto ou mais para começar a sessão.

A Sra. B. parecia me olhar atentamente no início e no fim de cada hora. Quando lhe perguntei sobre isso, ela se desculpou e disse que não estava ciente de fazê-lo. O conteúdo das associações da paciente parecia estéril e altamente controlado, e era centrado em suas dificuldades no trabalho e preocupações com os problemas emocionais que ela achava que os filhos podiam estar tendo – ela levou o filho mais velho a uma consulta com um psiquiatra infantil por se preocupar com sua falta de concentração na escola. Comentei que achava que a Sra. B. estava preocupada com seu próprio valor como mãe, da mesma forma como se preocupava com seu valor como paciente (essa interpretação era parcialmente correta, mas não conseguia tratar da ansiedade central da sessão porque, como vou discutir, eu estava me defendendo inconscientemente de reconhecer isso).

Logo depois de minha intervenção sobre as dúvidas que a paciente tinha acerca de seu valor como mãe e analisanda, tive sede e me inclinei na cadeira para tomar um gole de um copo d'água que deixo no chão, ao lado da cadeira (em muitas ocasiões, eu tinha feito a mesma coisa durante as sessões da Sra. B., bem como com outros pacientes).

Quando eu ia pegar o copo, a Sra. B me assustou ao se virar abruptamente (e pela primeira vez na análise) no divã para olhar para mim. Ela tinha uma expressão de pânico no rosto e disse: “Eu sinto muito, eu não sabia o que estava acontecendo com você”.

Foi apenas na intensidade desse momento, em que houve um sentimento de terror de que algo catastrófico estava acontecendo comigo, que consegui dar nome ao terror que vinha carregando há algum tempo. Tomei consciência de que a ansiedade que eu vinha sentindo e o medo (predominantemente inconsciente e primitivamente simbolizado) dos encontros com a Sra. B. (refletido em meu comportamento protelatório) tinha relação direta com uma sensação/fantasia inconsciente de que os meus sintomas somáticos de náuseas, mal-estar e vertigem eram causados pela Sra. B., e que ela estava me matando. Eu agora entendia que, por várias semanas, vinha sendo emocionalmente consumido pela convicção inconsciente (uma "fantasia no corpo", Gaddini, 1982, p. 143) de que tinha uma doença grave, talvez um tumor cerebral, e que, durante esse período, eu tinha medo de estar morrendo. Senti uma imensa sensação de alívio naquele momento da sessão em que vim a entender esses pensamentos, sentimentos e sensações como reflexo de eventos da transferência-contratransferência que ocorre na análise. Em resposta à atitude de se virar para mim com medo, eu disse à Sra. B. que achava que ela tinha medo de que algo terrível estivesse me acontecendo e que eu pudesse até estar morrendo. Ela disse que sabia que parecia loucura, mas quando ouviu eu me mover na cadeira, foi tomada pela sensação de que eu estava tendo um ataque cardíaco. Ela acrescentou que vinha me achando pálido há algum tempo, mas não queria me insultar nem me preocupar dizendo isso (a capacidade da Sra. B. de falar comigo dessa maneira sobre suas percepções, sentimentos e fantasias refletia uma importante mudança psicológica que já havia começado a acontecer).

Enquanto isso estava ocorrendo, percebi que era a mim que Sra. B. queria levar ao médico, e não seu filho mais velho. Reconheci que a interpretação que eu apresentara na sessão sobre as dúvidas que ela tinha de si mesma estava consideravelmente equivocada e que a ansiedade sobre a qual a paciente estava tentando me falar era o seu medo de que algo catastrófico estivesse ocorrendo entre nós (que mataria a um ou aos dois) e que deveria ser encontrada uma terceira pessoa (um pai ausente) para evitar o desastre. Muitas vezes eu me movera na cadeira nas sessões da Sra. B., mas foi só no momento descrito acima que o barulho do meu movimento se tornou um "objeto analítico" (portador de sentido analítico gerado pela intersubjetividade) que não existia anteriormente. A capacidade da paciente e a minha própria de pensar como indivíduos separados havia sido cooptada pela intensidade do delírio fantasioso/somático inconsciente compartilhado em que ambos fomos enredados. A fantasia inconsciente refletia um conjunto importante e altamente conflituoso das relações objetivas internas inconscientes da Sra. B., que estavam sendo criadas de novo na análise, na forma de meu delírio somático em conjunto com seus temores delirantes (sobre o meu corpo) e suas próprias experiências sensoriais (p. ex., a torção das mãos).

Eu disse à Sra. B. que achava que ela tinha medo não apenas de que eu estivesse morrendo, mas também de ser a causa direta e imediata. Eu disse que assim como tinha se preocupado por estar tendo um efeito nocivo sobre seu filho e o levava ao médico, ela estava com medo de ter me deixando muito doente e que eu fosse morrer. Nesse momento, as torções das mãos e puxões dos dedos da Sra. B. recuaram, e eu percebi, quando ela começou a usar os movimentos das mãos para acompanhar a expressão verbal, que eu não conseguia me lembrar de jamais ter visto suas mãos funcionarem (isto é, nem tocar uma à outra, nem se mover de uma maneira rígida, desajeitada). A paciente disse que o que estávamos dizendo lhe parecia verdadeiro de forma importante, mas ela estava preocupada com esquecer tudo o que tinha acontecido no nosso encontro daquele dia.

O último comentário da Sra. B. me trouxe à memória minha própria incapacidade de me lembrar de seu primeiro nome e da minha fantasia de ser uma mãe não disposta a reconhecer plenamente o nascimento de seu bebê (ao não lhe dar nome).

Agora eu achava que a ambivalência representada pelo meu próprio ato de esquecer e a fantasia associada (assim como a ambivalência da Sra. B., representada em sua ansiedade que iria destruir toda a memória desse encontro) refletiam um medo, que ambos tínhamos, de que lhe permitir “nascer” (ou seja, tornar-se verdadeiramente viva e presente) na análise representaria um sério perigo para nós dois. Eu achava que tinha criado uma fantasia inconsciente (em grande parte, gerada na forma de experiência corporal) de que se ela ganhasse vida (seu nascimento) eu poderia ficar doente e morrer. Por nós dois, era importante que fizéssemos todos os esforços para evitar que esse nascimento (e morte) ocorresse.

Eu disse à Sra. B. que achava que agora entendia um pouco melhor por que ela sentia que, apesar de todo o esforço que fazia, não conseguia se sentir presente aqui comigo e cada vez menos era capaz de pensar em qualquer coisa para dizer. Eu lhe disse que achava que ela estava tentando ser invisível em seu silêncio, como se não estivesse realmente aqui, e que esperava que, ao fazê-lo, fosse menos um fardo para mim e me impedisse de adoecer.

Ela respondeu que estava ciente de se desculpar continuamente e que, em um momento, sentiu-se tão farta de si mesma que pensou, mas não me disse, que lamentava ter “se metido nisso” (a análise) e desejou poder “apagar, fazer com que nunca tivesse acontecido”. Acrescentou ter pensado que eu também ficaria melhor e imaginou que eu devia estar arrependido de ter concordado em trabalhar com ela. Ela disse que isso parecia um sentimento que tinha tido desde que conseguia se lembrar. Embora sua mãe repetidamente lhe assegurasse que vibrara ao engravidar dela e tinha esperado muito o seu nascimento, a Sra. B. se achava convencida de ter “sido um erro” e de que sua mãe nem queria ter tido filhos. A mãe dela tinha 30 e tantos anos e o pai, 40 e poucos, quando a paciente nasceu; ela era filha única e, até onde

sabia, não houve outra gravidez. A Sra. B. me contou que seus pais eram pessoas muito “dedicadas” e, portanto, ela se sentia extremamente ingrata por dizer isso, mas a casa de seus pais não lhe parecia um lugar para crianças. Sua mãe guardava todos os brinquedos no quarto da Sra. B. para que seu pai, um “acadêmico sério”, não fosse perturbado enquanto lia e ouvia música à noite e nas tardes de fim de semana.

O comportamento da Sra. B. na análise parecia refletir um imenso esforço para se comportar “como adulta” e não fazer uma bagunça emocional na “minha casa” (a análise) ao enchê-la de pensamentos, sentimentos ou comportamentos irracionais ou infantis. Eu me lembrei de seus comentários no primeiro encontro sobre a estranheza e o sentimento de irrealidade que sentia no meu consultório (sensação de ter saído de um filme do Woody Allen). A Sra. B. tinha estado inconscientemente dividida entre a necessidade de obter ajuda de mim e seu medo de que o próprio ato de reivindicar para si um lugar comigo (em mim) me esgotasse ou matasse. Eu consegui entender a minha fantasia (e as experiências sensoriais associadas) sobre ter um tumor cerebral como reflexo de uma fantasia inconsciente de que a própria existência da paciente era uma espécie de crescimento que, de forma ávida, egoísta e destrutiva, assumiu um espaço que não deveria ocupar.

Tendo me falado de seus sentimentos sobre a casa dos pais, a Sra. B. reiterou sua preocupação com a possibilidade de apresentar uma imagem imprecisa deles (particularmente a mãe) e me fazer ver a mãe de uma forma que não refletia com precisão a totalidade de quem ela era. No entanto, a paciente acrescentou que dizer isso parecia mais reflexivo do que real dessa vez.

Durante essas interações, pela primeira vez na análise, senti que havia duas pessoas na sala, conversando uma com a outra. Pareceu-me que não só a Sra. B. conseguiu pensar e falar mais plenamente como um ser humano vivo, mas eu também senti que estava pensando, sentindo e experimentando sensações de uma maneira que tinha uma qualidade de realismo e espontaneidade da qual que eu não havia sido capaz nessa análise. Em retrospecto, meu trabalho analítico com a Sra. B. até ali parecia, às vezes, envolver uma identificação excessivamente obediente com o meu próprio analista (o “velho”). Eu tinha não só usado frases que ele usara regularmente, mas também, às vezes, falara com uma entonação associada a ele. Foi só após a mudança na análise que acabamos de descrever que eu reconheci isso integralmente. Minha experiência nessa fase do trabalho analítico tinha “me obrigado” a experimentar a fantasia inconsciente de que a plena realização de mim mesmo como analista só poderia ocorrer à custa da morte de outra parte minha (a morte de um objeto interno analista/pai). Os sentimentos de conforto, ressentimento e ansiedade associados à minha fantasia de ser um velho refletiam tanto a segurança que eu sentia em ser como (estar com) meu analista/pai quanto o desejo de estar livre dele (na fantasia, de matá-lo). O último desejo trazia consigo o medo de morrer no processo. A experiência com a Sra. B., incluín-

do o ato de colocar em palavras meus pensamentos, sentimentos e sensações, constituía uma forma especial de separação e luto da qual eu não tinha sido capaz até esse ponto.

## COMENTÁRIOS FINAIS SOBRE O CONCEITO DE TERCEIRO ANALÍTICO

Para encerrar, vou tentar reunir uma série de ideias sobre a noção de terceiro analítico que foram desenvolvidas explícita ou implicitamente no decurso das duas discussões clínicas.

O processo analítico reflete a interação de três subjetividades: a do analista, a do analisando e a do terceiro analítico. O terceiro analítico é uma criação do analista e do analisando e, ao mesmo tempo, analista e analisando (enquanto analista e analisando) são criados pelo terceiro analítico (não existe analista, analisando nem análise na ausência do terceiro).

Como o terceiro analítico é vivido por analista e analisando no contexto de seu próprio sistema de personalidade, história pessoal, configuração psicossomática, etc., a experiência do terceiro (embora ele seja criado conjuntamente) não é idêntica para cada participante. Além disso, o terceiro analítico é uma construção assimétrica, porque gerada no contexto do *setting* analítico, o qual é fortemente definido pela relação entre os papéis do analista e do analisando. Como resultado, a experiência inconsciente do analisando é privilegiada de uma maneira específica, ou seja, é a experiência passada e presente do analisando que é tomada pelo par analítico como principal tema (embora não exclusivo) do discurso analítico. A experiência do analista no e do terceiro analítico é usada principalmente como veículo para compreender a experiência consciente e inconsciente do analisando (analista e analisando não estão envolvidos em um processo democrático de análise mútua).

O conceito do terceiro analítico fornece um quadro de ideias sobre a interdependência entre sujeito e objeto, de transferência-contratransferência, que auxilia o analista em seus esforços para prestar muita atenção e refletir claramente sobre a miríade de fatos clínicos intersubjetivos que encontra, sejam eles aparentemente divagações internas à sua mente, sensações corporais que aparentemente nada têm a ver com o analisando ou qualquer outro "objeto analítico" intersubjetivamente gerado pelo par analítico.

## NOTAS

1. Está fora do alcance deste capítulo apresentar uma ampla revisão da literatura sobre o desenvolvimento de uma compreensão intersubjetiva do processo analítico

e da natureza da interação de transferência e contratransferência. Uma lista parcial das grandes contribuições a esses aspectos do diálogo analítico inclui: Atwood e Stolorow (1984); Balint (1968), Bion (1952; 1959; 1962); Blechner (1992); Bollas (1987); Boyer (1961; 1983; 1992); Coltart (1986); Ferenczi (1920); Gabbard (1991); Giovacchini (1979); Green (1975); Grinberg (1962); Grotstein (1981); Heimann (1950); Hoffman (1992); Jacobs (1991); Joseph (1982); Kernberg (1976); Khan (1974); Klein (1946; 1935), Kohut (1977); Little (1951); McDougall (1978); McLaughlin (1991); Meltzer (1966); Milner (1969); Mitchell (1988); Money-Kyrle (1956); O'Shaughnessy (1983); Racker (1952; 1968); D. Rosenfeld (1992); H. Rosenfeld (1952; 1965; 1971); Sandler (1976); Scharff (1992); Searles (1979); Segal (1981); Tansey e Burke (1989); Viderman (1979) e Winnicott (1947; 1951). Para revisões recentes dos aspectos desse grande *corpus* de literatura sobre transferência-contratransferência, ver Boyer (1993) e Etchegoyen (1991).

2. Embora, por conveniência, eu às vezes me refira ao "terceiro analítico intersubjetivo" como "terceiro analítico" ou simplesmente "o terceiro", esse conceito não deve ser confundido com o terceiro edípico/simbólico (o "nome do pai" de Lacan [1953]). Este último conceito se refere a um "meio termo" que fica entre símbolo e simbolizado, entre a própria pessoa e sua experiência sensorial imediata vivida, criando, assim um espaço em que se gera o sujeito que interpreta, reflete sobre si mesmo, simboliza. Em termos do início do desenvolvimento, é o pai (ou o "pai-na-mãe", Ogden, 1987) que intercede entre a mãe e o bebê (ou, mais precisamente, a mãe-bebê), criando o espaço psicológico no qual ocorre a elaboração da posição depressiva e da triangulação edípica.
3. O que eu disse aqui sobre os pensamentos e sentimentos do analista serem, em todos os casos, contextualizados e, portanto, alterados pela experiência com o paciente pode parecer levar à conclusão de que tudo o que o analista pensa e sente deve ser considerado contratransferência. No entanto, acredito que o uso do termo contratransferência, para se referir a tudo o que o analista pensa, sente e vivencia, sensorialmente obscurece a simultaneidade da dialética de unidade e dualidade, da subjetividade individual e da intersubjetividade, que é a base da relação psicanalítica. Dizer que tudo o que o analista vivencia é contratransferência é apenas fazer a afirmação, evidente por si só, de que estamos presos cada um em sua própria subjetividade. Para que o conceito de contratransferência tenha mais sentido do que isso, devemos ressitua-lo continuamente na dialética do analista, como entidade separada, e o analista, como criação da intersubjetividade analítica. Nenhum desses "polos" da dialética existe na forma pura, e nossa tarefa é fazer declarações cada vez mais completas sobre a natureza específica da relação entre as experiências do sujeito e do objeto, entre contratransferência e transferência a qualquer momento.
4. Acredito que um aspecto da experiência que estou descrevendo pode ser entendido em termos de identificação projetiva, mas a forma com que foi utilizada, no momento em que surgiu, estava predominantemente a serviço de uma defesa intelectualizante.
5. Foi dessa forma indireta (isto é, permitindo-me usar livremente a minha experiência inconsciente com o paciente na construção de minhas intervenções) que "eu contei" ao paciente sobre minha própria experiência com o terceiro analítico. Essa

comunicação indireta da contratransferência contribui de maneira fundamental para o sentimento de espontaneidade, vitalidade e autenticidade da experiência analítica.

## REFERÊNCIAS

- Atwood, G. & Stolorow, R. (1984). *Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. London: Tavistock.
- Bion, W. (1952). Group dynamics: A review In *Experiences in Groups* New York: Basic Books, (1959). p. 141-192[à].
- Bion, W. (1959). Attacks on linking. *Int. J. Psychoanal.*, 40: 308-315[à].
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. New York: Basic Books.[à].
- Blechner, M. (1992). Working in the Countertransference. *Psychoanal. Dial.*, 2: 161-179[à].
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia Univ. Press.
- Boyer, L. B. (1961). Provisional evaluation of psychoanalysis with few parameters in the treatment of schizophrenia. *Int. J. Psychoanal.*, 42: 389-403[à].
- Boyer, L. B. (1983). *The Regressed Patient*. New York: Jason Aronson.
- Boyer, L. B. (1992). Roles played by music as revealed during countertransference-facilitated transference regression. *Int. J. Psychoanal.*, 73: 55-70[à].
- Boyer, L. B. (1993). Countertransference: history and clinical issues. In *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*, Volume 2 (ed.), L.B. Boyer & P.L. Giovacchini. Northvale, NJ: Jason Aronson, pp. 1-22.
- Coltart, N. (1986). 'Slouching towards Bethlehem' ... or thinking the unthinkable in psychoanalysis. In *The British School of Psychoanalysis: The Independent Tradition* (ed.), G. Kohon. New Haven: Yale Univ. Press, pp. 185-199.
- Eliot, T. S. (1919), Tradition and individual talent. In *Selected Essays*. New York: Harcourt, Brace and World, 1960. p. 3-11.
- Etchegoyen, R.H. (1991). *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London: Karnac.[à].
- Ferenczi, S. (1920). The further development of an active therapy in psychoanalysis. In *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. New York: Brunner Mazel, 1980, p. 198-217.
- Gabbard, G. (1991), Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients. *Int. J. Psychoanal.*, 72: 625-639[à].
- Gadini, E. (1982). Early defensive phantasies and the psychoanalytic process. In *A Psychoanalytic Theory of Infantile Experience: Conceptual and Clinical Reflections*. London and New York: Routledge, 1992, pp. 142-153.

- Giovacchini, P. (1979). *Treatment of Primitive Mental States*. New York: Jason Aronson.
- Green, A. (1975). The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (On changes in analytic practice and analytic experience.) *Int. J. Psychoanal.*, 56: 1-22[à].
- Grinberg, L. (1962). On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, 43: 436-440[à].
- Grotstein, J. (1981). *Splitting and Projective Identification*. New York: Jason Aronson.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31: 81-84[à].
- Hoffman, I. (1992). Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanal. Dial.*, 2: 287-304[à].
- Jacobs, T. (1991). *The Use of the Self: Countertransference and Communication in the Analytic Setting*. Madison, CT: Int. Univ. Press.
- Joseph, B. (1982). Addiction to near death. *Int. J. Psychoanal.*, 63: 449-456[à].
- Kernberg, O. (1976). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1985). *Internal World and External Reality*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Khan, M. M. R. 1974. The Privacy of the Self. New York: Int. Univ. Press.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In *Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963* New York: Delacorte, 1975, p. 1-24[à].
- Klein, M. (1955). On identification. In *Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963*, New York: Delacorte, 1975, pp. 141-175[à].
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
- Lacan, J. (1953). The function and field of speech and language in psychoanalysis. In *Écrits: A Selection trans. A. Sheridan*. London: Tavistock, 1977, pp. 30-113.
- Little, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *Int. J. Psychoanal.*, 32: 32-40[à].
- McDougall, J. (1978). Countertransference and primitive communication. In *Plea for a Measure of Abnormality*, New York: Int. Univ. Press, p. 247-298.
- McLaughlin, J. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 39: 595-614[à].
- Meltzer, D. (1966). The relation of anal masturbation to projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, 47: 335-342[à].
- Milner, M. (1969). *The Hands of the Living God*. London: Hogarth Press.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Money-Kyrle, R. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *Int. J. Psychoanal.*, 37: 360-366[à].
- Ogden, T. (1979). On projective identification. *Int. J. Psychoanal.*, 60: 357-373[à].
- Ogden, T. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. New York: Jason Aronson.

- Ogden, T. (1985). On potential space. *Int. J. Psychoanal.*, 66: 129-141[à].
- Ogden, T. (1986). *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ogden, T. (1987). The transitional oedipal relationship in female development. *Int. J. Psychoanal.*, 68: 485-498[à].
- Ogden, T. (1988). On the dialectical structure of experience: some clinical and theoretical implications. *Contemp. Psychoanal.*, 24: 17-45[à].
- Ogden, T. (1989). *The Primitive Edge of Experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ogden, T. (1991). Some theoretical comments on personal isolation *Psychoanal. Dial.*, 1: 377-390[à]
- Ogden, T. (1992a). The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. I. The Freudian subject. *Int. J. Psychoanal.*, 73: 517-526[à].
- Ogden, T. (1992b). The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis. II. The contributions of Klein and Winnicott. *Int. J. Psychoanal.*, 73: 613-626[à].
- O'Shaughnessy, E. (1983). Words and working through. *Int. J. Psychoanal.*, 64: 281-290[à].
- Racker, H. (1952). Observaciones sobre la contra-transferencia como instrumento clínico; comunicación preliminar. *Rev. Psicoanál.*, 9: 342-354.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. New York: Int. Univ. Press.[à].
- Rosenfeld, D. (1992). *The Psychotic: Aspects of the Personality*, London: Karnac.
- Rosenfeld, H. (1952). Notes on the psycho-analysis of the super-ego conflict of an acute schizophrenic patient. *Int. J. Psychoanal.*, 33: 111-131[à].
- Rosenfeld, H. *Psychotic States: A Psycho-Analytical Approach*. New York: Int. Univ. Press.
- Rosenfeld, H. (1971). Contribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the psychotic patient. In *Problems of Psychosis* (Ed). P. Doucet & C. Laurin. Amsterdam: Excerpta Medica, pp. 115-128.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and roleresponsiveness. *Int. J. Psychoanal.*, 3: 43-47[à].
- Scharff, J. (1992). *Projective and Introjective Identification and the Use of the Therapist's Self*. Northvale: NJ: Jason Aronson.
- Searles, H. (1979). *Countertransference and Related Subjects*. New York: Int. Univ. Press.
- Segal, H. (1981). *The Work of Hanna Segal: A Kleinian Approach to Clinical Practice*, New York: Jason Aronson.
- Tansey, M. & Burke, W. 1989 *Understanding Countertransference: From Projective Identification to Empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Viderman, S. (1979). The analytic space: meaning and problems. *Psychoanal. Q.*, 4: 257-291[à].
- Winnicott, D. W. (1947). Hate in the countertransference. In *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1975, pp. 194-203[à]

Winnicott, D. W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. In *Playing and Reality*. New York: Basic Books, 1971, pp. 1-25[à].

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: Int. Univ. Press, 1965, pp. 37-55[à].

Winnicott, D. W. (1963). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: Int. Univ. Press, 1965, p. 179-192[à].

# CAMPO ANALÍTICO

Um conceito clínico

Antonino Ferro  
Roberto Basile  
Organizadores

**Tradução:**

Roberto Cataldo Costa

**Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:**

Patrícia Fabrício Lago

*Psiquiatra pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

*Membro da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.*



2013

Obra originalmente publicada sob o título *The analytic field: a clinical concept*  
ISBN 978-1-85575-781-3

© Antonino Ferro and Roberto Basile, 2009

First published by Karnac Books Ltd, London  
All rights reserved

Capa

*Maurício Pamplona*

Leitura final

*Lara Frichenbruder Kengeriski*

Coordenadora editorial

*Mônica Ballejo Canto*

Gerente editorial

*Letícia Bispo de Lima*

Projeto e editoração

*Armazém Digital<sup>®</sup> Editoração Eletrônica – Roberto Carlos Moreira Vieira*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à  
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.  
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana  
90040-340 – Porto Alegre – RS  
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,  
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,  
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO

Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5

Cond. Espace Center – Vila Anastácio

05095-035 – São Paulo – SP

Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – [www.grupoa.com.br](http://www.grupoa.com.br)

IMPRESSO NO BRASIL

PRINTED IN BRAZIL