



Julia Braga do Patrocínio Fernandes

**O terceiro-analítico intersubjetivo e a
posição autista-contígua:
novas modalidades de escuta e comunicação na
clínica psicanalítica contemporânea**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2016



Julia Braga do Patrocínio Fernandes

**O terceiro-analítico intersubjetivo e a posição
autista-contígua:
novas modalidades de escuta e
comunicação na clínica psicanalítica contemporânea**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior
Orientador
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra Zornig
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Octavio Almeida de Souza
Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ

Profª. Denise Berruezo Portinari
Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2016.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

Julia Braga do Patrocínio Fernandes

Graduou-se em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Ficha Catalográfica

Fernandes, Julia Braga do Patrocínio

O terceiro-analítico intersubjetivo e a posição autista-contígua: novas modalidades de escuta e comunicação na clínica psicanalítica contemporânea / Julia Braga do Patrocínio Fernandes ; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior. – 2016.

109 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2016.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Terceiro-analítico. 3. Posição autista-contígua. 4. Linguagem não-verbal. 5. Thomas Ogden. 6. Enquadre. I. Peixoto Junior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

À memória de Nelly Barros

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Augusto Peixoto Junior pela orientação instigante, por sua leitura atenta, e pela valiosa parceria ao longo dos anos de trabalho.

À minha mãe Márcia, por me ajudar nos momentos de maior angústia e me amparar silenciosamente com seu carinho materno incondicional;

À Célia Cavalcanti, que me incentivou incansavelmente, acreditando sempre em mim, mesmo quando eu mesma não acreditava.

À Nelly Barros, que me apresentou a possibilidade de conviver com a psicanálise desde a infância, lapidando minha criatividade e viabilizando o encontro com o conhecimento psicanalítico;

À minha avó, Therezinha, que sempre esteve presente, incentivando, apoiando e alimentando o futuro de todos os netos.

Aos meus familiares pelo acolhimento, suporte e compreensão.

À Sonia Monteiro de Barros que me permite, dia após dia, viver uma experiência analítica pautada no afeto, na compreensão e na mutualidade.

À Elizabeth Paulon que me ensina diariamente a arte de clinicar e de acolher o sofrimento alheio acima de tudo.

À Escola Brasileira de Psicanálise e Etologia (EBPE), principalmente à Constança e Elza, por proporcionar ricos debates e constantes aprendizados durante as aulas.

À Silvia Zornig pela generosidade em compartilhar seu saber, dentro e fora da sala de aula.

Ao Octavio Souza por proporcionar a diversidade de férteis encontros e discussões.

Aos meus amigos pela compreensão nos momentos difíceis e delicados nestes dois intermináveis anos.

Ao CNPq e à PUC-Rio pelos incentivos concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos meus pacientes. Sem eles, nada disso seria sequer possível de sentir, pensar e sonhar.

Resumo

Fernandes, Julia Braga do Patrocínio; Peixoto Junior, Carlos Augusto (orientador). **O terceiro-analítico intersubjetivo e a posição autista-contígua: novas modalidades de escuta e comunicação na clínica psicanalítica contemporânea.** Rio de Janeiro, 2016, 109 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente trabalho tem como objetivo central discutir as diversas modalidades de escuta e comunicação presentes na clínica psicanalítica atual. Amparados nos conceitos de Thomas Ogden *de terceiro-analítico intersubjetivo e posição autista-contígua*, buscaremos apresentar as transformações da técnica psicanalítica ao longo dos anos e o conseqüente surgimento da relevância do campo analítico como dimensão essencial da relação entre analista e analisando, principalmente no que se refere a pacientes severamente traumatizados. A partir das contribuições de Melanie Klein, Donald Winnicott e Wilfred Bion, veremos a inauguração de um modelo de constituição psíquica pautada pela intersubjetividade e nas experiências primitivas reguladas pela linguagem não-verbal.

Palavras-chave

Terceiro-analítico; posição autista-contígua; linguagem não-verbal; Thomas Ogden; enquadre.

Abstract

Fernandes, Julia Braga do Patrocínio; Peixoto Junior, Carlos Augusto (Advisor). **The intersubjective analytic-third and the autistic-contiguous position: new modalities of listening and communication in contemporary psychoanalytical clinic.** Rio de Janeiro, 2016, 109 p. MSc. Dissertation. Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This work is mainly aimed to discuss the various listening modes and communication present in the current psychoanalytical clinic. Supported in the Thomas Ogden's concepts of intersubjective analytic third and autistic-contiguous position, we will seek to present the transformations of psychoanalytic technique over the years and the consequent emergence of the relevance of analytical field as an essential dimension of the relationship between analyst and analysand, especially as regards the severely traumatized patients. From the contributions of Melanie Klein, Donald Winnicott and Wilfred Bion, we will see the inauguration of a psychic constitution model guided by the intersubjective and in primitive experience regulated by the non-verbal language.

Palavras-chave

Analytic third; autistic-contiguous position; non-verbal language; Thomas Ogden; framework.

Sumário

1. Introdução	11
2. As bases do pensamento psicanalítico contemporâneo sob a ótica das relações objetais	15
2.1. Melanie Klein: divergências com o modelo freudiano, a noção de posição e o mecanismo de identificação projetiva	15
2.2. Donald Winnicott: desenvolvimento infantil, intersubjetividade e espaço transicional.....	23
2.3. Wilfred Bion: a clínica do continente, reverie materna e a revisão do conceito de identificação projetiva.....	32
3. Posição autista-contígua e a comunicação não-verbal na clínica	41
3.1. A gênese da comunicação humana: aspectos não verbais	42
3.2. A posição autista-contígua.....	51
3.3. O espaço analítico e a comunicação não-verbal.....	60
4. O terceiro-analítico intersubjetivo: novas modalidades de comunicação e escuta psicanalíticas	67
4.1. O terceiro-analítico Intersubjetivo.....	67
4.2. Aspectos da comunicabilidade: para além da transferência-contratransferência.....	78
4.3. A escuta psicanalítica contemporânea frente aos casos difíceis.....	88
5. Conclusão	97
6. Referências Bibliográficas.....	100

*Meu assunto por enquanto é a desordem
o que se nega
à fala*

*o que escapa
ao acurado apuro
do dizer
a borra
a sobra
a escória
a incúria
o não-caber*

*ou talvez
pior dizendo
o que a linguagem
não disse
por não dizer
porque
por mais que diga
e porque disse
sempre restará
no dito o mudo
o por dizer
já que não é da linguagem
dizer tudo*

Ferreira Gullar, *Desordem*

1. Introdução

Ouve-me, ouve meu silêncio. O que falo nunca é o que falo e sim outra coisa. Quando digo "águas abundantes" estou falando da força de corpos nas águas do mundo. Capta essa outra coisa que na verdade falo porque eu mesma não posso. Lê a energia que está no meu silêncio.

Clarice Lispector, *Água Viva*

Este trabalho se debruçará sobre as múltiplas e variáveis modalidades de escuta e comunicabilidade que se apresentam na clínica psicanalítica, através das teorias de Thomas Ogden. Nossa intenção será a de demonstrar como a comunicação não-verbal serve de ferramenta para o analista em sua trajetória com cada paciente, principalmente os mais comprometidos, que constroem sua subjetividade a partir de experiências severamente traumáticas. Este ensaio busca esclarecer, através da palavra escrita, aquilo que talvez seja impossível de transcrever. Na leitura de Ogden, a experiência analítica – e toda e qualquer experiência – não pode ser contada ou escrita. “Uma experiência é o que é” (OGDEN, 2005, p. 110). Ainda assim, na tentativa de explorarmos os detalhes presentes na situação analítica, ingressaremos naquilo que Ogden nomeia de trabalho artístico. Este tipo de experiência não nos chega através das palavras e por isso não é possível descrevê-la *ipsis litteris*. O trabalho artístico, ao qual o autor se refere, é o fato de que, em uma escrita psicanalítica, é preciso usar a linguagem na sua forma mais habilidosa, criando para o leitor a noção não só dos elementos críticos da experiência analítica (que o analista teve com o paciente), mas também a “música do que aconteceu” (HEANEY apud OGDEN, 2005, p. 109) (qual era a sensação de estar presente). O trabalho artístico encontra-se justamente na transformação de uma dada experiência em um conjunto de palavras que possam dar sentido a ela, e isto, por si só, cria algo novo – anteriormente inexistente. Portanto, este empreendimento não tem como objetivo esmiuçar todas as nuances do tratamento psicanalítico nem tornar claro e totalmente compreensível através da escrita aquilo que se localiza fora do registro verbal, mas sim contemplar a inclusão dos vários aspectos da comunicação no processo analítico.

A comunicação verbal sempre foi valorizada pela psicanálise desde os seus primórdios. Freud cria a psicanálise e a nomeia de *talking cure* justamente com a intenção de caracterizá-la como um procedimento terapêutico que só alcançaria o êxito através da narrativa do paciente de seus fatos históricos. O trabalho lingüístico estaria no centro do processo analítico e serviria de veículo para a exposição do inconsciente do paciente. Em 1893, Breuer e Freud analisam o caso de Anna O., chegando a conclusão de que falar sobre seus sentimentos e recordar as cenas nas quais os sintomas se originavam produziam alívio e remissão de tais sintomas. A “cura pela fala” se tornou o pilar da psicanálise que, após a substituição da hipnose pela associação livre, destinou à palavra um lugar ainda mais destacado, tornando todo silêncio uma forma de resistência à comunicação das lembranças dolorosas. Freud enxergava este silêncio do analisando um impeditivo do processo analítico que deveria ser enfrentado e ultrapassado com a ajuda do analista. A psicanálise, portanto, constrói suas regras e técnicas fundamentais sobre a base sólida da comunicação verbal. A associação livre impõe o compromisso de verbalização por parte do paciente de tudo que lhe vier à cabeça, configurando o silêncio como um descumprimento da regra fundamental.

A partir de uma leitura pautada nas contribuições de Thomas Ogden, entenderemos como a psicanálise vem transformando suas regras e instaurando novos modelos técnicos. Em sua concepção da experiência analítica subjaz a ideia de que o analista deve estar disposto a sempre reinventar a psicanálise com cada paciente e a cada momento, no curso de todo este processo. Ela é singular para cada sujeito e necessita das capacidades de ambos os participantes para fazer um trabalho inconsciente com suas experiências. De acordo com Ogden, privilegiar o falar em detrimento do silêncio, a comunicação em detrimento da não-comunicação, parece tão não-analítico quanto privilegiar a transferência positiva e secundarizar a negativa, ou até mesmo enaltecer o amor e coadjuvar o ódio (OGDEN, 1996). Suas teorias sobre o *terceiro analítico intersubjetivo* (1994) e a *posição autista-contígua* (1989), nos oferecerão uma compreensão ampliada sobre as novas modalidades de escuta e comunicabilidade na clínica psicanalítica contemporânea. Além disso, aprofundaremos a ideia de que não se pode privilegiar determinados aspectos sobre outros em um processo analítico, assim como não se pode determinar quais produções inconscientes são do analista e

quais são do analisando. Tanto a comunicação quanto a privacidade devem ser avaliadas como dimensões da experiência humana, criando e preservando a vitalidade do indivíduo, em constante tensão dialética (OGDEN, 1998).

Este trabalho foi dividido em três capítulos que se comunicarão constantemente ao longo de seu desenvolvimento. No primeiro capítulo, denominado “As bases do pensamento psicanalítico contemporâneo sob a ótica das relações objetais”, abordaremos os autores que mais influenciam Thomas Ogden na construção de suas teorias. As ideias de Melanie Klein serão as primeiras a serem discutidas. Destacaremos três pontos-chaves de seu percurso teórico, acreditando serem os mais decisivos para as formulações de Ogden acerca do conceito de *terceiro analítico intersubjetivo* e *posição autista contígua*. As divergências com o modelo freudiano, a noção de *posições* e o mecanismo de *identificação projetiva* trazem para a discussão aspectos essenciais da teoria kleiniana e servem de alicerce para grande parte daquilo que se tornou a base do pensamento psicanalítico contemporâneo em relação à teoria das relações objetais. A seguir abordaremos o pensamento de Donald Winnicott no que se refere ao desenvolvimento emocional infantil, a noção de intersubjetividade e a importante ideia de espaço transicional. As três elaborações winnicottianas serão de suma importância principalmente para a compreensão da construção do conceito de *terceiro analítico intersubjetivo*. Por último, chegaremos às teorias de Wilfred Bion sobre a clínica do continente, a capacidade materna para reverie e a revisão do conceito de identificação projetiva tal como proposta pelo autor.

No segundo capítulo, “A posição autista-contígua e a comunicação não-verbal na clínica”, nos dedicaremos ao conceito de posição autista-contígua elaborado por Thomas Ogden com o intuito de apresentar uma forma mais primitiva de atribuição de sentido à experiência, anterior ao advento das representações simbólicas, e onde a predominância recai sobre as sensações corporais. Abordaremos em primeiro lugar a gênese da comunicação humana e seus aspectos disparadores, levando em consideração o desenvolvimento psíquico e emocional do indivíduo, bem como o gradual surgimento de suas relações com o objeto. Chegaremos ao aprofundamento do conceito de posição autista-contígua, que nos levará à discussão sobre a presença da comunicação não-verbal no espaço analítico.

No terceiro e último capítulo, “O terceiro analítico intersubjetivo: novas modalidades de comunicação e escuta psicanalíticas”, nos dedicaremos ao conceito de *terceiro analítico intersubjetivo* tal como elaborado e articulado por Thomas Ogden. Em um primeiro momento tentaremos esmiuçar o desenvolvimento desta ideia e trilhar os passos do autor em sua construção. Em seguida abordaremos mais detalhadamente os aspectos da comunicabilidade que se encontram para além da transferência-contratransferência, dando um enfoque especial à sua dimensão não-verbal. Por último, discutiremos as questões referentes à escuta psicanalítica contemporânea frente aos casos difíceis, incluindo toda a dimensão clínica de pacientes severa e precocemente traumatizados.

2.

As bases do pensamento psicanalítico contemporâneo sob a ótica das relações objetais

Neste capítulo, nos dedicaremos prioritariamente aos autores que serviram de base para a construção de um pensamento intersubjetivo pautado na teoria das relações objetais. Os autores apresentados neste capítulo regem, em maior ou menor grau, o pensamento psicanalítico contemporâneo e suas teorias norteiam de forma consistente as formulações teóricas de Thomas Ogden. Em um primeiro momento, entenderemos como os trabalhos de Melanie Klein estabelecem uma mudança de paradigma nas concepções psicanalíticas daquela época, levando a psicanálise a novos caminhos, a partir de uma teoria centrada na importância do objeto. Em seguida veremos como as posturas de Donald Winnicott inauguram um pensamento intersubjetivo sobre o desenvolvimento infantil e consequentemente sobre a relação analítica. Por último, tentaremos entender como as concepções de Bion reformulam e reafirmam as noções de intersubjetividade, a partir das teorias das funções de da reformulação do conceito de identificação projetiva.

Para Thomas Ogden, estes três autores representam a pedra angular do pensamento psicanalítico contemporâneo e devem ser profundamente estudados para uma real compreensão da intersubjetividade. A concepção de um sujeito que se encontra sempre em relação dialética com seu meio estará presente nos trabalhos de Ogden, o que nos fará retornar com frequência às teorias e técnicas desenvolvidas pelos autores a seguir.

2.1.

Melanie Klein: divergências com o modelo freudiano, a noção de posição e o mecanismo de identificação projetiva

A teoria de Melanie Klein acerca da análise de crianças e do desenvolvimento infantil inaugura um novo modelo psicanalítico, que possui suas raízes em Freud, mas que aponta para uma nova forma de se enxergar a relação inicial entre mãe e bebê, ou seja, os momentos pré-edípicos desta relação. Klein

deve ser considerada uma das pioneiras da teoria das relações objetais precoces, tendo em vista que o período que antecede seus trabalhos ainda era marcado por uma intensa valorização do complexo de Édipo e pela pouca importância atribuída ao objeto na constituição psíquica da criança. É sabido que Ferenczi (1928a, 1928b, 1930, 1931, 1932 e 1933) já havia apontado para uma clínica mais voltada para a interação ressaltando a importância do objeto, tanto no desenvolvimento infantil quanto na relação analista/analizando. Porém foram os trabalhos de Melanie Klein que começaram a esboçar em linhas mais precisas, embora ainda não notoriamente intersubjetivas, o papel do objeto na constituição do sujeito. A partir de então a articulação entre ego e objeto ganha valor indispensável para o pleno exercício das funções de simbolização. Klein pressupõe que na medida em que o impulso é um desejo, ele é sempre desejo de algo, ou seja, o fato de haver um desejo no bebê sinaliza que há um objeto com o qual ele já estabeleceu uma relação (REIS, 2012).

A teoria kleiniana pode ser dividida em três etapas, que segundo Bleichmar & Bleichmar (1992), começariam no período de 1919 a 1932, onde Klein estaria mais voltada para a elaboração inicial de sua técnica de jogos, juntamente com a análise de crianças. Em seguida, teríamos o período de 1932 a 1946, onde o foco recairá principalmente sobre a formulação dos conceitos de posição depressiva e esquizo-paranóide, bem como a importância dos processos de projeção e introjeção que resultam no mecanismo de identificação projetiva. Por último, chegamos ao período de 1946 a 1960, onde o ponto teórico principal é a inveja primária (BLEICHMAR & BLEICHMAR, 1992). Aqui, daremos enfoque à segunda etapa, principalmente por concentrar as formulações mais importantes da autora e mais relevantes para as formulações e discussões atuais que farão parte do tema deste trabalho.

As contribuições kleinianas que servirão de solo para a teoria das relações objetais e, conseqüentemente, para uma concepção dialética da intersubjetividade, serão os conceitos de posição (esquizo-paranóide e depressiva) e de identificação projetiva como mecanismo de defesa. O primeiro diz respeito a uma mudança na concepção de estágios e fases. Ao introduzir o conceito de posições Klein apresenta uma nova compreensão do sujeito que “não existe em uma determinada posição ou nível hierárquico de posições, mas numa tensão dialética criada *entre* posições” (OGDEN, 1994b/1996, p. 30). Apesar de ter sido pouco enfatizada por

Klein, esta concepção dialética e sincrônica da noção de posição, instaura uma mudança de paradigma, não só relativa à concepção de fases, proposta por Freud, como também àquela relacionada à importância das relações com o objeto, anteriores ao Édipo. Em seu texto “Contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos” (1935), Klein esboça em linhas pouco precisas a noção de posições esquizo-paranóide e depressiva, trazendo para a discussão a idéia de que o bebê nasce dotado de ansiedades muito primitivas e intensas devido ao impacto do nascimento, e que no decorrer de suas experiências iniciais ele será obrigado a lidar com a ansiedade persecutória advinda do medo em relação ao objeto mau (seio mau). Neste mesmo texto Klein também chama a atenção para um momento posterior onde a criança passa a sentir culpa em função da aquisição da capacidade de perceber que a mãe é um objeto inteiro e que todos os ataques dirigidos ao objeto mau e retaliador foram também dirigidos para a mãe boa. Em linhas gerais, Klein observa a existência uma vivência muito primitiva da criança com os objetos parciais encarnados na mãe e uma posterior integração; ela nos mostra que a relação objetal opera desde o primeiro momento da vida pós-natal.

Alguns anos mais tarde, no artigo “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides” (1946), Klein trata da importância dos mecanismos e ansiedades arcaicas de natureza paranóide e esquizóide. Ela pontua que “as relações de objeto existem desde o início da vida, sendo o primeiro objeto o seio da mãe, o qual, para a criança, fica cindido em um seio bom (gratificador) e um seio mau (frustrador); essa cisão resulta numa separação entre amor e ódio” (KLEIN, 1946/2006, p. 21). Ela sugere ainda que a relação com este primeiro objeto implica em sua introjeção e projeção, e que por isso as relações de objeto são desde o início moldadas por uma interação entre esses dois mecanismos e entre objetos e situações internas e externas. Segundo ela, o impulso destrutivo se volta contra o objeto e se expressa primeiramente em fantasias e ataques sádico-orais ao seio materno, que logo evoluirão para ataques violentos contra o corpo da mãe com todos os meios sádicos. A idéia de que o bebê ataca o corpo da mãe com o desejo de introduzir-se dentro dela, para controlá-la de dentro, será o que, posteriormente, ela chamará de identificação projetiva, um mecanismo defensivo próprio da posição esquizo-paranóide.

Toda esta fase inicial foi denominada por Klein de posição esquizo-paranóide e será composta por todas as dificuldades inerentes ao desenvolvimento

do ego – que neste momento ainda é arcaico – e sua relação com as ansiedades persecutórias, que surgem da operação da pulsão de morte dentro do organismo, sentidas primeiramente como medo de aniquilamento e em seguida tomam a forma de medo de perseguição. Desta forma, a necessidade vital de lidar com a ansiedade força o ego arcaico a desenvolver mecanismos de defesas, ou seja, o impulso destrutivo é projetado para fora e prende-se ao primeiro objeto externo, o seio da mãe. Segundo Klein “o ego é incapaz de cindir o objeto, interno e externo, sem que ocorra uma cisão correspondente dentro dele. Deste modo, as fantasias e sentimentos sobre o estado do objeto interno influenciam vitalmente a estrutura do ego” (Idem, p. 25). Estes processos descritos acima estão ligados a vida de fantasia do bebê, sendo as ansiedades que estimulam o mecanismo de cisão também de natureza fantasiosa. É em fantasia que o bebê cinde o objeto, porém o efeito desta fantasia é real, pois leva sentimentos e relações a ficarem isolados uns dos outros. O mecanismo de cisão opera juntamente com os de projeção e introjeção desde o início da vida, com o objetivo comum de lidar com a ansiedade persecutória.

À medida que o processo maturacional se dá, o bebê amplia a variedade de suas gratificações e aumenta sua capacidade de expressar emoções e de se comunicar, o que evidencia o gradual desenvolvimento do ego. Por volta do segundo trimestre do primeiro ano de vida, a relação com a mãe se fortalece e o bebê já é capaz de percebê-la e introjetá-la como uma pessoa inteira, o que dará início ao momento chamado por Klein de posição depressiva. É neste período que os vários aspectos do objeto, amados e odiados, bons e maus – vistos anteriormente pelo bebê como objetos separados – se aproximam e passam a fazer parte de uma pessoa inteira. Desta forma, o ego é levado a diminuir a discrepância entre mundo externo e interno, e será nesta integração que aparecerá o conflito entre amor e ódio, dando origem a novas formas de ansiedade e provocando uma alteração na natureza das defesas.

O surgimento da posição depressiva traz consigo as tentativas de reparação. Ao se dar conta de que a mãe boa e a mãe má são, na realidade, um objeto inteiro, o bebê também se dá conta de que os ataques dirigidos à mãe má foram dirigidos também à mãe boa, o que gera o sentimento de culpa e a necessidade de reparar os danos infringidos ao objeto. A relação com o objeto total passa a ser central na

vida do bebê, deixando a relação com os objetos parciais em segundo plano.

Segundo Klein:

A ansiedade relativa à mãe internalizada, sentida como danificada, sofrendo, em perigo de ser aniquilada ou já aniquilada e perdida para sempre, leva a uma maior identificação com o objeto danificado. Essa identificação reforça tanto o impulso a reparar quanto as tentativas do ego de inibir os impulsos agressivos (KLEIN, 1952/2006, p. 98).

Para lidar com a ansiedade persecutória, na posição esquizo-paranóide, o ego faz uso de mecanismos de defesa como negação, idealização, cisão e controle dos objetos internos e externos. Tais métodos onipotentes são mantidos, em certa medida, quando surge a posição depressiva, mas são utilizados agora predominantemente para contrapor-se a ansiedade depressiva. Na medida em que a ansiedade depressiva ascende, o controle dos objetos e impulsos é utilizado pelo ego principalmente para evitar frustração, impedir a agressão e o perigo resultante dos objetos amados, ou seja, para manter afastada a ansiedade depressiva.

Com a gradual e recorrente reintrojeção de um mundo externo mais realista e reassegurador, o bebê estabelece dentro de si objetos completos e não danificados, o que ajudará no desenvolvimento da organização do superego. Como dito acima, nesta fase a tendência a reparar o objeto encontra-se em plena atividade, estando ligada, inexoravelmente ao sentimento de culpa. “Quando o bebê sente que seus impulsos e fantasias destrutivos são dirigidos a pessoa completa de seu objeto amado, a culpa surge em plena força e junto com ela, a necessidade premente de reparar, preservar ou fazer reviver o objeto amado danificado” (Idem, p. 99). A onipotência diminui à medida que o bebê ganha gradativamente uma confiança maior em seus objetos e em sua capacidade de reparação. Em nota de pé de página, Klein ressalta que na vivência da depressão surgem sentimentos de esperança, tanto na análise de adultos quanto de crianças; traçando um paralelo com o desenvolvimento inicial, este é um dos fatores que ajudam o bebê a superar a posição depressiva.

Outra diferença em relação à posição esquizo-paranóide é a de que, na medida em que o sentido de realidade aumenta na relação do bebê com seus objetos, ele se torna mais capaz de distinguir entre a frustração imposta de fora e os perigos internos fantasiados. Ódio e agressão tornam-se mais ligados a frustrações reais ou a danos provenientes de fatores externos, o que demonstra avanço em direção a um método mais realista e objetivo para lidar com a própria

agressividade. Consequentemente, este método despertará menos culpa e capacitará a criança vivenciar e/ou sublimar sua agressão de um modo mais egossintônico. Esta atitude mais realista em relação à frustração conduz a uma maior capacidade do bebê de restabelecer a boa relação com a mãe e com os outros objetos ao seu redor. Na posição depressiva, a criança renuncia cada vez mais seu poder mágico para re-criar aquilo que danificou ou destruiu, ao mesmo tempo em que desenvolve uma nova qualidade de relação objetal, que envolve o desejo para compensar aquilo que fez anteriormente. Desta forma, um *self* histórico passa a existir pela primeira vez (OGDEN, 1986). De acordo com Klein,

os passos fundamentais na elaboração da posição depressiva são dados, no entanto, quando o bebê está estabelecendo o objeto completo – isto é, durante, a segunda metade do primeiro ano – e poder-se-ia afirmar que, se tais processos são bem sucedidos, está preenchida uma das condições para o desenvolvimento normal (KLEIN, 1952/2006, p. 105).

Em seguida ela afirma que estas experiências iniciais vivenciadas pelo bebê, se aplicam, em alguma medida, à vida como um todo. A ideia é a de que estes modos fundamentalmente diferentes de produzir experiência se sobrepõem ao longo da vida do sujeito; mesmo conservando em si sua característica sincrônica elas ganham um componente diacrônico na experiência. Este duplo caráter é o que dá ao conceito de posição sua natureza dialética. Para Thomas Ogden, “Os conceitos de Klein sobre a posição esquizo-paranóide e depressiva representam contribuições importantes para o entendimento psicanalítico sobre os estados psicológicos básicos de ser, que se desenvolvem na infância e persistem ao longo da vida” (OGDEN, 1986, p. 42). No trabalho intitulado *Os sujeitos da psicanálise* (1994/1996), Ogden afirma: “Entendo as posições kleinianas como organizações psicológicas que determinam formas de atribuir significado à experiência” (p. 30), acrescentando que “cada uma das posições é entendida como uma ficção, um ideal inexistente que nunca é encontrado em sua forma pura” (p. 31). Esta noção será de suma importância para a construção do conceito de *posição autista-contígua*, que busca acrescentar às contribuições kleinianas uma nova e mais primitiva forma de se atribuir significado à experiência. Mais adiante veremos de forma detalhada como Ogden cria este conceito, baseado não só nas postulações kleinianas mas também em trabalhos de autores como Donald Meltzer, Esther Bick, Francis Tustin, dentre outros.

Entrelaçado à posição esquizo-paranóide, o conceito de identificação projetiva, proposto em 1946, destaca um dos mecanismos de defesa mais importantes deste modo de vivenciar a realidade. Desde os estágios iniciais da vida, aspectos do *self* são projetados *para dentro* do objeto, de modo que se tenha a sensação de controlar o objeto desde dentro, fazendo com que o projetor os vivencie como parte dele mesmo. Apesar de intimamente ligado à posição esquizo-paranóide, este conceito permeia toda a obra de Melanie Klein e, mesmo não tendo sido profundamente discutido pela autora, tornou-se o disparador para muitas formulações posteriores, inclusive à própria noção de intersubjetividade e a idéia de empatia, fortemente discutida na atualidade. No texto “Sobre a identificação” (1955), Klein apresenta, através da história de Julian Green, um exemplo vívido de uma experiência subjetiva envolvendo o processo de identificação projetiva. Nela, o demônio dá ao herói o poder de deixar seu próprio corpo e, em seguida, entrar e assumir o controle do corpo e da vida de outra pessoa. Ao longo da história, o personagem principal experimenta a sensação, ora tranquilizante e ora apavorante, de deixar partes ruins de sua própria personalidade no corpo de outra pessoa e incorporar personalidades mais agradáveis. Apesar disto o personagem nunca abandona inteiramente suas raízes. A metáfora utilizada por Klein ilustra a essência de como seria habitar o corpo de outra pessoa e ainda assim não perder totalmente a noção de quem o sujeito realmente é. É essencial que o sujeito não se perca inteiramente no outro, é preciso que ele permaneça enraizado em si (SOUZA, 2012).

Para formular em linhas mais precisas o que seria a identificação projetiva, Klein retorna ao trabalho de Freud, “Luto e melancolia” (1917), onde o autor mostra a conexão entre identificação e introjeção. As principais conclusões extraídas por Klein, a partir da releitura do texto freudiano, são as de que o desenvolvimento do superego está reportado à introjeção nos estágios iniciais da infância; os objetos primários internalizados formam a base de complexos processos de identificação; a ansiedade persecutória, surgida da experiência do nascimento, é a primeira forma de ansiedade, seguida da depressiva; e que a introjeção e a projeção operam desde o início da vida pós natal, interagindo constantemente e construindo o mundo do bebê. Este mundo será influenciado pelas boas e más experiências que estarão intimamente ligadas à relação do bebê com a mãe (seio); ela será o objeto primário tanto para os processos introjetivos

quanto projetivos. Quanto mais a mãe for investida libidinalmente, mais seguramente o seio bom internalizado será estabelecido na mente do bebê e isto influenciará tanto a força como a natureza das projeções. Desta forma, compreendemos que não são apenas as partes do *self* sentidas como más ou destrutivas que são projetadas para dentro de outra pessoa, mas também as partes que são sentidas como boas e valiosas. O investimento libidinal na mãe está intimamente relacionado ao mecanismo psíquico do bebê de projetar, para dentro dela, sentimentos bons e partes boas do *self*. Desta forma, o bebê sente que mantém protegido de si, os aspectos bons de suas fantasias, ao projetá-las e inseri-las na mãe boa e gratificante. As partes más e destrutivas seriam projetadas igualmente, com o objetivo de salvaguardar o ego do bebê – ainda cindido e arcaico – dos perigos e perseguições, além de tentar aniquilar ou “envenenar” a mãe má e frustradora. Para a autora, a identificação projetiva envolve apenas o inconsciente, a fantasia intrapsíquica do bebê.

Thomas Ogden, em *Projective identification and psychotherapeutic technique* (1982) aborda profundamente o tema da identificação projetiva, tendo como ponto de partida a teoria kleiniana, sem deixar de levar em consideração os desdobramentos posteriores deste conceito na história da psicanálise. Ele diz que a identificação projetiva é o modo como uma pessoa usa a outra para experienciar certos aspectos de si mesma. Na relação transferencial,

não só o paciente vê o terapeuta de uma forma distorcida, que é determinada pelas relações objetivas anteriores do paciente; além disso, uma pressão também é exercida sobre o terapeuta fazendo com que ele se experimente de uma forma congruente com as fantasias inconscientes do paciente (OGDEN, 1982, p. 2-3).

Em linhas gerais, para Ogden, o conceito de identificação projetiva oferece ao analista uma forma de integrar o conhecimento/compreensão de sua experiência interna com aquilo que ele está percebendo no paciente.

Ogden divide em três passos o mecanismo de identificação projetiva. Em primeiro lugar, a fantasia inconsciente é em parte projetada na outra pessoa. Em seguida, uma espécie de pressão é enxertada no ‘receptor’, no âmbito da relação interpessoal, para que ele possa sentir, pensar e se comportar de forma congruente com o ‘projetor’. Por último, depois de psicologicamente processados pelo ‘receptor’, os sentimentos projetados são reinternalizados pelo ‘projetor’. Apoiados nesta perspectiva, compreendemos que o mecanismo de identificação

projetiva é primeiramente um tipo de defesa, própria da posição esquizo-paranóide, que surge como ferramenta para lidar com as ansiedades e partes do próprio self não assimiláveis pelo sujeito. Mais tarde veremos como este mecanismo passa a ser visto também como um modo de comunicação, uma forma primitiva de relação objetal e um caminho para a mudança psicológica, que estará presente tanto na vida primitiva do sujeito quanto na relação transferencial com o analista. Será com Bion que a identificação projetiva ganhará o estatuto de um fenômeno intersubjetivo

2.2.

Donald Winnicott: desenvolvimento infantil, intersubjetividade e espaço transicional

Dedicado ao cuidado de crianças desde o início de sua vida profissional, o pediatra britânico D. W. Winnicott conciliou a prática pediátrica à clínica psicanalítica, desenvolvendo uma abordagem pautada principalmente na importância do ambiente. Seguindo ao seu modo a linha de pensamento de Melanie Klein, começa a explicitar as diversas funções do objeto intersubjetivo bem como do encontro do sujeito com tal objeto. Winnicott constrói um novo enfoque sobre os primórdios da vida infantil, além de se preocupar com o desenvolvimento de técnicas voltadas para o tratamento de pacientes psicóticos e *borderlines*. Em seu artigo sobre os “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico” (1954), Winnicott oferece uma perspectiva original sobre estes pacientes. Ele divide os casos que atende em três categorias distintas: em primeiro lugar estão os pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira e que se beneficiam da técnica psicanalítica clássica desenvolvida por Freud, já que seus dilemas e dificuldades se localizam no âmbito das relações interpessoais. Em segundo lugar, teremos aqueles nos quais “a personalidade recém-começou a integrar-se e a tornar-se algo com o qual se pode contar” (WINNICOTT, 1954/2000, p. 375). A técnica para este tipo de paciente não se diferencia totalmente da empregada com os da primeira categoria, porém surgem novos problemas relacionados ao manejo, o que introduzirá no campo a questão da sobrevivência do analista. Em terceiro e último lugar, encontraremos aqueles

pacientes cuja análise deverá lidar com estágios iniciais do desenvolvimento emocional. Neste grupo, a ênfase recairá quase que exclusivamente sobre o manejo, deixando de lado, por longos períodos, o trabalho analítico normal. No decorrer de sua obra, observaremos que seu trabalho será dirigido com frequência aos pacientes do segundo e terceiro grupos, permitindo a ampliação de conceitos e flexibilizando abordagens clínicas.

Notamos que no centro do pensamento winnicottiano está a noção de que sujeito não vive nem na realidade nem na fantasia e sim em um espaço potencial entre os dois, ou seja, em uma dialética constante entre mundo interno e mundo externo que permite constatar as tensões dialéticas que surgem dos estados de unidade e de separação do objeto (OGDEN, 1994c). Interessado de forma clara pelos dilemas do psiquismo infantil, Winnicott parte da observação direta de bebês recém-nascidos para a formulação de processos pertencentes ao desenvolvimento emocional em sua forma mais primitiva. O autor se utiliza do termo *dependência* para tecer suas considerações acerca dos processos de maturação do indivíduo. Segundo ele, o bebê encontra-se em estado de *dependência absoluta* ao nascer, o que exige um alto grau de adaptação do ambiente às suas necessidades. A mãe é quem deve proporcionar ao recém-nascido um ambiente suficientemente bom, ou seja, favorável à evolução do ego e dos processos de maturação, onde não sejam exigidas reações à intrusão. Nem toda falha é propriamente sentida pelo bebê como uma intrusão; o que conta são as reações àquelas vividas como intrusão. O excesso de reações não provoca frustração e sim uma ameaça de desintegração. (WINNICOTT, 1963a).

Constitui-se, portanto uma *unidade dual* entre a mãe e o bebê. É neste momento de *dependência absoluta* que a mãe encontrar-se-á em um estado de espírito extremamente particular, onde deverá fornecer os cuidados necessários ao seu filho. Em seu texto sobre “A preocupação materna primária” (1956), Winnicott se debruça sobre o relacionamento peculiar do qual fazem parte a mãe e seu bebê, mostrando que existe, por um lado, a identificação da mãe com o bebê e por outro uma dependência dele em relação à sua mãe. Nesta fase a mãe vive em um estado de sensibilidade exacerbada (que dura desde o final da gravidez até algumas semanas após o nascimento do bebê). Nela, ela se coloca como aquilo que o autor chamou em outro trabalho (1949) de

‘mãe devotada comum’, com sua capacidade de adaptar-se ativamente às necessidades de seu bebê proveniente de sua devoção, tornada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas memórias, que a capacitam saber através da identificação quais são as necessidades do bebê (Winnicott, 1954 [1949]/2000, pág. 335).

No artigo de 1956, o autor salienta a importância do termo ‘necessidade’, já que elas precisam ser atendidas, diferentemente dos impulsos do id que se encontram na expectativa de satisfação ou frustração. Este estado tão peculiar no qual se encontra a mãe, e que foi denominado por Winnicott de *preocupação materna primária*, é caracterizado como uma ‘doença normal’, já que ela deve ter saúde suficiente tanto para desenvolvê-lo quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera.

Da mesma maneira em que a mãe encontra-se em uma condição particular de sensibilidade, o bebê também apresenta um determinado estado de ser, caso haja uma adaptação ativa por parte dela. O cuidado materno que se instaura com o desenvolvimento da *preocupação materna primária* fornece um contexto para que a gradual constituição psíquica do bebê se desenvolva, ou seja, a formação do ego se dará sobre o solo destes primeiros momentos de intensa simbiose e disponibilidade materna. Isto fará com ele experimente movimentos espontâneos pertencentes a esta etapa inicial da vida, anterior àquela relacionada aos instintos. De forma análoga, a mãe deve proporcionar à criança uma adaptação suficientemente boa, tornando a vida de seu bebê pouco perturbada por intrusões, que, caso ocorram precocemente, interrompem o seu ‘*continuar a ser*’. Para Winnicott a ‘*linha de continuidade do ser*’ é onde os processos de desenvolvimento do bebê ocorrem, sendo eles normais (necessários ao desenvolvimento da criança) ou intrusivos (provenientes de falhas no cuidado/ambiente). Ele explica que quando estes processos vão bem o lactente não tem meios de saber que esta sendo cuidado ou provido, diferentemente de quando eles não se dão de maneira satisfatória, tornando o bebê perceptivo aos resultados da falha materna.

Como resultado disso, no cuidado materno há a ereção no lactente de uma continuidade do ser que é a base da força do ego; enquanto que o resultado de cada falha no cuidado materno é que a continuidade de ser é interrompida por reações às conseqüências desta falha, do que resulta o enfraquecimento do ego (WINNICOTT 1960a, p. 51).

As reações provenientes de intrusões são sentidas por ele como *ameaças de aniquilação*, ou seja, ameaças à existência pessoal do eu. De acordo com Winnicott, “o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com as necessidades inerentes à vida” (Winnicott, 1956/2000, pág. 403).

O momento caracterizado como dependência absoluta é marcado pela total adaptação do meio à criança. Entende-se aqui que a mãe deve ser capaz de não desapontar seu bebê, embora ela possa e deva frustrá-lo quando necessário no que diz respeito às suas necessidades instintivas. Ela deve ser suficientemente boa e capaz de exercer a função que Winnicott denominou de *holding*. Neste estágio inicial, a mãe deve desempenhar o papel de corpo-auxiliar para o seu bebê, sustentando-o no tempo e no espaço.

No artigo intitulado “Teoria do relacionamento paterno-infantil” (1960a), Winnicott se dedica de forma mais específica ao conceito de *holding*, fundamental para o amadurecimento emocional e para a clínica psicanalítica. Ele comporta tanto um aspecto físico, como o segurar o bebê nos braços, levando em consideração o tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, como também um aspecto simbólico que inclui a relação espacial em conjunto com o aspecto temporal, gradualmente adicionado na vida do recém-nascido, ou seja, para Winnicott:

O termo *holding* é utilizado aqui para significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com. Em outras palavras, se refere à relação espacial ou em três dimensões com o fator tempo gradualmente adicionado. Isso se superpõe mas na verdade se inicia antes das experiências instintivas que com o tempo determinam as relações objetais. Inclui a elaboração de experiências que são inerentes à existência, tais como completar (e portanto o não-completar) de processos, que de fora podem parecer puramente fisiológicos, mas que fazem parte da psicologia da criança e ocorrem em um campo psicológico complexo, determinados pela percepção e pela empatia da mãe (WINNICOTT, 1960, p. 44).

Neste contexto, o ego do bebê – que inicia seu processo de desenvolvimento a partir do nascimento indicando fragilidade nos primeiros meses de vida – é apoiado pelo ego da mãe. Por identificar-se com o infante ela é capaz de prover quase exatamente o que ele necessita em termos de *holding* e

provisão do ambiente em geral. No momento referido, a fisiologia e a psicologia ainda não se tornaram separadas, ou ainda estão em processo de se tornarem. É por este motivo que o cuidado físico será eficaz para uma provisão ambiental na medida em que implica a empatia materna. Isto possibilitará um *holding* consistente, que servirá de solo para a futura constituição psíquica do bebê, da qual fará parte a sensação de estar inserido no tempo e no espaço.

O *holding* é seguido de outra importante função exercida pela mãe, que Winnicott denominou de *handling*. Ele diz respeito ao manuseio ou manejo do bebê, ou seja, ao modo como ele é tratado, manipulado e cuidado. Nestas condições ele entra em contato com as diversas partes de seu próprio corpo através das mãos delicadas da mãe. Elas perpassam o corpo do bebê facilitando a experiência de um estado interligado entre psique e soma. Desta forma, a mãe protege a *continuidade do ser* de seu bebê, tornando-o capaz de ter um ego com passado, presente e futuro, o que possibilitará o surgimento de falhas menores na adaptação do meio ao lactente, ou seja, a mãe retomará sua vida de forma gradual abrindo espaço para que o mundo externo seja apresentado à criança. Este momento receberá o nome de *dependência relativa* (WINNICOTT, 1963a).

Neste segundo momento a criança passa a tomar consciência de sua condição dependente, diferentemente do estado anterior, onde não existia essa capacidade de percepção. Aqui começa a surgir uma capacidade de adaptação por parte do bebê a uma falha gradual do ambiente e a mãe deverá promover uma desadaptação gradativa do estado anterior. Um dos exemplos mencionados por Winnicott para ilustrar este estágio e distingui-lo do anterior é o seguinte:

Quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade [do bebê] de crer em sua sobrevivência, aparece a ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe. Antes disso, se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial para evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos (WINNICOTT, 1963a/1983, pág. 84).

Diante disto a criança entrará em um estágio que seguirá *rumo à independência*. Ela então se torna gradativamente capaz de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades, justamente por enxergar nele o que já está presente dentro de si. Ainda aqui caberá a mãe exercer a função de apresentação dos objetos. Ela deverá mostrar-se substituível, oferecendo à criança um encontro

com novos objetos e marcando o início mais explícito das relações interpessoais. É aqui que permanecemos até o final da vida, visto que a independência nunca é atingida por completo. Segundo o autor, estaremos sempre em um processo de amadurecimento que nunca se encerra, nos deixando sempre dependentes em alguma medida.

Concomitantemente aos estágios descritos acima, Winnicott identifica em seu trabalho “O desenvolvimento emocional primitivo” (1945) três processos cujo início ocorre muito cedo, a saber, a integração, a personalização e a realização. Neste início de vida, a personalidade do bebê encontra-se não-integrada. Seu processo de integração iniciará logo após o nascimento estando ancorado em experiências que mantenham a criança aquecida e segura nos braços de quem lhe fornece cuidados. Desta forma, o ambiente circundante – que se caracteriza a princípio por rostos, sons e cheiros – passa a reunir estes elementos de forma gradual e transformá-los em um único ser chamado mãe (WINNICOTT, 1945). Como nos mostra Winnicott:

A tendência a integrar-se é ajudada por dois conjuntos de experiências: a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro (WINNICOTT, 1945/2000, p. 224).

Winnicott estabelece uma diferenciação importante entre estados de não integração e desintegração. O primeiro estaria ligado a um momento inicial da vida, onde o estado de integração ainda não foi experienciado. Ele aponta que na clínica, um dos exemplos de fenômenos de não integração é dado pela experiência muito comum do paciente que fornece todos os detalhes do fim de semana e no final se sente satisfeito se tiver contado tudo embora o analista sinta que não houve trabalho analítico. “As vezes é preciso interpretar isto como a necessidade do paciente de tornar-se conhecido em todos os seus mínimos detalhes por uma pessoa, o analista. Ser conhecido significa sentir-se integrado ao menos na pessoa do analista” (WINNICOTT, 1945/2000, p. 224). O estado não integrado primário, fornecerá a base para os estados de desintegração, ou seja, carências neste cuidado inicial devido à falha ou atraso na integração primária predispõe, dentre outras possibilidades, uma desintegração da personalidade. Os estados de desintegração são vivenciados por um forte sentimento de despedaçamento e fragmentação do

eu. Em mesmo grau de importância estaria o processo de personalização, através do qual a criança experimenta o sentimento de estar dentro do próprio corpo. Assim como a desintegração, o fenômeno da despersonalização estará intimamente relacionado ao retardamento no processo de personalização, no início da vida. Novamente, o autor pontua que “é a experiência instintiva e a repetida e silenciosa experiência de estar sendo cuidado fisicamente que constroem, gradualmente, o que poderíamos chamar de personalização satisfatória” (Winnicott, 1945/2000, pág. 225). Este fenômeno pode se esconder atrás de sintomas como um sono profundo ou ataques de prostração. Um dos problemas ligados à despersonalização observados por Winnicott é o dos companheiros imaginários. Segundo ele, não se trata de uma simples construção da fantasia e que muitas vezes eles são construídos por um outro eu, muito primitivo. O autor não desenvolve este tema de forma detalhada, porém, alerta para o fato de que a criação mágica do companheiro imaginário é utilizada como defesa, na medida em que contorna magicamente algumas ansiedades.

No decorrer de tais processos o bebê entra em contato com algo que se configura como uma realidade externa. Na medida em que o bebê se torna mais integrado e com a sensação de habitar o próprio corpo, os diversos aspectos da realidade começam se apresentar, culminando no processo de realização. Porém, existe um momento na vida do indivíduo onde ele se depara com uma nova experiência, que se dá em uma região intermediária de experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto o mundo externo. Segundo o autor,

trata-se de uma área não questionada, pois nenhuma reivindicação é feita em seu nome, salvo a de que ela possa existir como um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas (Winnicott, 1951/2000, pág. 318).

Para designar esta área intermediária da experiência, Winnicott introduziu a noção de espaço potencial, que incluiria o brincar, a criatividade, os objetos e fenômenos transicionais, o espaço analítico e a experiência cultural. É a partir do contato com este espaço que a criança adquire a capacidade de reconhecer o objeto como *Não-eu*, identificando seu lugar (dentro, fora, na fronteira). O bebê inicia uma relação com aquilo que o autor descreve como primeira posse, onde ele

adota algum objeto especial e se torna ‘viciado’ nele. Diferentemente do primeiro objeto (seio), o objeto transicional tanto representa o seio da mãe quanto também representa aquilo que não o é. Um objeto que se instaura entre mundo interno e o mundo externo do bebê, algo que se configura como um intermédio entre o subjetivamente concebido e o objetivamente percebido. No trabalho “Sobre o espaço potencial” (1994), Thomas Ogden apresenta a idéia de que:

O objeto transicional é ao mesmo tempo o bebê (a extensão onipotentemente criada de si próprio) e o não-bebê (um objeto descoberto por ele que se acha fora de seu controle onipotente). O surgimento do relacionamento com um objeto transicional não é apenas um marco do processo de separação-individuação. O relacionamento com esse objeto é também, significativamente, um reflexo do desenvolvimento da capacidade de estabelecer um processo dialético psicológico (OGDEN, 1994, p. 83).

Esta noção será central na criação do conceito de *terceiro-analítico intersubjetivo* do autor. Ogden se baseia na construção do espaço transicional para formular aquilo que no processo analítico se configurará como uma possibilidade do analista e do analisando fazerem um trabalho dialético com suas subjetividades. No mesmo trabalho, Ogden diz: “Paradoxalmente a individualidade é tornada possível pela outra pessoa. (...) Isto constitui uma dialética interpessoal na qual a individualidade e a alteridade criam-se mutuamente e são preservadas uma pela outra. A mãe cria o bebê e o bebê cria a mãe” (Ibidem, p. 82). Assim como o analista cria o analisando e o analisando cria o analista na experiência do *terceiro-analítico*. Eles funcionarão em uma lógica semelhante àquela vivida pela díade mãe-bebê, já que o deslocamento da mãe/analista como ambiente para a mãe/analista como objeto exige o estabelecimento da capacidade de uma dialética psicológica unicidade/separação, em que cada estado cria e dá informações para o outro. Mais adiante veremos de forma mais detalhada a construção deste conceito juntamente com seu valor clínico.

O estudo apresentado por Winnicott substancia-se no aspecto ilusório da experiência infantil, ou seja, aquele que se admite em toda criança e que está intimamente ligado à adaptação da mãe às necessidades do seu bebê. É esta experiência inicial que lhe possibilitará ter a *ilusão* de que o seio da mãe é parte dele e que pode ser criado e recriado quantas vezes for preciso. O autor explica

que “a mãe coloca o seio real justamente ali onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento certo” (WINNICOTT, 1951/2000, pág. 327). De forma análoga, há uma superposição entre o que a mãe oferece e o que o bebê é capaz de conceber. Portanto, o encontro com o objeto transicional é também a criação deste objeto, já que para esta terceira área – a área da transicionalidade e da experimentação – contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. A questão da descoberta/criação nunca chega a ser formulada, deixando sempre em pauta a ideia do paradoxo existente, que permeia toda a obra de Winnicott. O uso desta noção, para descrever o espaço no qual a subjetividade é criada, promove uma revolução no pensamento psicanalítico. Será a primeira vez que uma concepção paradoxal e dialética da constituição intersubjetiva do sujeito é plenamente articulada. Segundo Ogden:

A concepção de Winnicott da criação do sujeito num espaço entre o bebê e a mãe envolve vários tipos de tensões dialéticas de unidade e separação, de internalidade e externalidade, por meio das quais o sujeito é simultaneamente constituído e descentrado de si mesmo (OGDEN, 1994c/1996, p. 45).

Essas dialéticas se sobrepõem, cada uma delas representando uma faceta diferente da interdependência entre subjetividade e intersubjetividade.

O objeto e os fenômenos transicionais inauguram aquilo que representará uma região neutra da experiência que não será questionada. É sobre ela que firmamos um acordo com o bebê, razão pela qual jamais questionaremos se aquilo foi concebido por ele ou se lhe foi apresentado. Portanto, a ilusão se mostra indispensável para a experiência de onipotência, vivenciada pelo bebê em sua relação com a mãe, bem como no seu gradativo encontro com o mundo externo. Em contrapartida, a mãe possui uma importante tarefa: a de proporcionar a gradual desilusão, após ter podido oferecer de maneira suficientemente boa a possibilidade de ilusão. Isto antecede à tarefa do ‘desmame’, que consistirá em uma experiência satisfatória caso tudo corra bem neste processo.

Portanto, é com Winnicott que vemos a ideia de intersubjetividade ganhar fundamentos teóricos juntamente com sua aplicabilidade na clínica. Foi a partir dele que a ideia de empatia – discutida em psicanálise e valorizada na relação analítica – ganha seu lugar nos primórdios da vida infantil, na relação entre a mãe e o bebê, sendo possível comprovar seu papel no desenvolvimento emocional do indivíduo.

2.3.

Wilfred Bion: a clínica do continente, reverie materna e a revisão do conceito de identificação projetiva

A obra de Bion, com suas proposições teóricas e seu posicionamento clínico, é de fundamental importância para o posterior desenvolvimento da psicanálise em suas bases teórico-clínicas. Entretanto, a escrita de Bion não é de fácil compreensão para o leitor que deseja assimilar suas contribuições, tendo sido recorrentemente explicada por diversos psicanalistas que se lançaram nesta tarefa. Se por um lado, há uma tentativa de “traduzir” Bion de uma forma mais acessível, por outro, pode ocorrer, ao longo deste processo, uma diminuição do impacto da reconfiguração radical que Bion fornece a muitos princípios fundamentais da teoria e da técnica psicanalíticas (OGDEN, 2005). Deste modo, o objetivo desta exposição é observar como o uso clínico e teórico dos conceitos de Bion pode ajudar a clarear nossa compreensão sobre os processos interpessoais da relação paciente e analista.

Na introdução do livro *O aprender com a experiência* (1962b), Bion explica ao leitor como gostaria que seu livro fosse lido além de atentar para o fato das obscuridades que serão encontradas no decorrer do processo da leitura:

O livro foi concebido para ser lido diretamente sem conferir partes que a princípio podem ser obscuras. Algumas obscuridades se devem à impossibilidade de escrever sem pressupor familiaridade com certos aspectos de um problema que só será trabalhado depois. Se o leitor fizer uma leitura direta, essas questões se esclarecerão na medida em que prosseguir. Infelizmente, as obscuridades também existem devido à minha incapacidade de torná-las mais claras. O leitor pode considerar recompensador o esforço de esclarecê-las por si próprio e não simplesmente como tarefa a que foi forçado por eu ter deixado de fazê-la (BION apud OGDEN, 2012/2014, p. 145).

Para Bion, o leitor deve estar engajado em algo a mais do que meramente ler seu livro, ele deve se tornar o autor de seu próprio conjunto de pensamentos, que se basearão mais ou menos nos dele. Só depois é que ele terá a possibilidade de aprender com a sua própria experiência da leitura. Ela deve ser vivenciada e aprendida por cada leitor em particular. Segundo Bion:

Eu não tenho confiança suficiente em minha capacidade de contar ao leitor o que aconteceu quanto tenho em minha capacidade de fazer algo para o leitor que eu tenha feito a mim. Eu tive uma experiência emocional; sinto confiança em minha capacidade de recriar essa experiência emocional, mas não de representá-la (BION, 1992, p. 219).

Diante desta introdução, a tentativa de expor a obra de Bion – principalmente as ideias relacionadas à clínica do continente, *reverie* materna e a revisão do conceito de identificação projetiva – seguirá as indicações do próprio autor, ou seja, se baseará na minha própria e particular experiência de leitura e aprendizagem. A forma como Bion escreve possui íntima relação com seu modo de encarar a experiência analítica; ele a vê como única e verdadeira, na qual analista e analisando compartilham um momento singular, cada um extraído para si o que aprendeu desta experiência. Sobre a verdade da experiência, Bion formula o conceito de “O” da experiência, que não será abordado neste trabalho, mas que é de extrema importância para a ampla compreensão de sua obra. Apenas para fins meramente ilustrativos, vejamos o que Ogden diz a seu respeito:

na psicanálise o analista e o analisando fazem ‘coisas’ (objetos analíticos tais como interpretações) em forma verbal e não verbal que emerge de, e gesticula em direção, ao que é verdadeiro na experiência emocional presente. O (a verdade do que se é) é extremamente específico à situação emocional gerada por um analista específico e um paciente específico em um dado momento da análise (OGDEN, 2012/2014, p. 155).

Amparado pela teoria kleiniana, o pensamento de Bion é composto por alguns conceitos chaves, sendo um deles suas formulações acerca da capacidade de sonhar do sujeito. Algumas ideias posteriores do autor estarão intimamente ligadas a ele. Para Bion, sonhar envolve uma forma de trabalho psicológico que oferece um lugar para uma conversa entre os aspectos pré-conscientes da mente e os pensamentos perturbadores, sentimentos e fantasias que são impedidos de entrar na consciência. Sua concepção sobre o sonhar é oposta a de Freud. Para o último esta operação mental serve para disfarçar os pensamentos oníricos inconscientes de modo a realizar desejos. Sendo assim, sob a forma de disfarce, tais pensamentos são disponibilizados à consciência. Para Bion o processo é inverso; sonhar é uma operação mental que permite que uma experiência consciente seja alterada de tal modo que se torne disponível ao inconsciente. Fundamental para o pensamento de Bion é a ideia de que sonhar é a primeira forma de fazermos um trabalho psicológico inconsciente com a nossa experiência vivida (OGDEN, 2005).

Em *O aprender com a experiência* (1962b), Bion explora a ideia de “teoria das funções”, onde o termo função se refere a uma forma de operação mental que

determina o resultado de todo o evento psíquico regulado por esta mesma operação. Aproximando funções psicológicas de funções matemáticas, Bion formula a noção de *função alfa*, ou seja, a função de transformar dados sensoriais brutos (*elementos beta*) em unidades de experiência significativa (*elementos alfa*), que podem ser armazenadas como memória ao se ligarem no processo de pensar. Na tentativa de elucidar a teoria de Bion, Ogden aponta:

Para Bion, sonhar é uma forma de *função alfa*. Sonhar não é reflexo da diferenciação da mente consciente e inconsciente, mas a atividade/função psicológica que gera a diferenciação (e consequentemente, responsável pela manutenção da sanidade de si). Se a pessoa não puder transformar elementos sensoriais brutos em elementos inconscientes, não consegue dormir nem acordar (OGDEN, 2012/2014, p. 149).

Desta forma, o “aparelho mítico” (MELTZER, 1998) formulado por Bion para explicar as funções mentais e processar experiências emocionais geraria “pensamentos do sonho” (*dream thoughts*). Se este “aparelho mítico” fracassar, seja falhando em funcionar, seja funcionando em reverso, o analista poderá analisar as consequências clínicas advindas daí. Bion denomina *elemento beta* aquilo que aparecerá na mente quando a *função alfa* falhar em seu funcionamento. Os *elementos beta* se caracterizariam como aquelas “impressões sensórias da experiência emocional” que não foram trabalhadas pela função alfa, sendo a matéria prima dos pensamentos, não digeríveis pelo aparelho mental, não podendo ser armazenados como memória, mas como acumulação de fatos não simbolizados. Assim, a experiência emocional, tanto no sono quanto na vigília precisam ser trabalhadas pela *função alfa*, antes que possam ser utilizadas como pensamento do sonho. O modelo de mente proposto por Bion sugere uma substituição daquele elaborado por Freud. O “processo primário” passaria a ser visto como “impressões da experiência emocional”, e o “processo secundário” cederia lugar ao “pensamento do sonho”, o que criaria uma abordagem radicalmente diferente da análise dos sonhos (MELZER, 1998). Entretanto, o que Bion propõe é apenas um modelo mais complexo que permite a inclusão de fenômenos mais complexos. Fica claro, portanto, que a ideia de pensar sobre os sonhos, reconhecendo seu sentido e construindo seu significado, ao invés de decodificá-los como no modelo freudiano, tornou-se mais atraente aos analistas contemporâneos.

A noção introduzida por Bion de função alfa – que transforma *elementos β* em *elementos α* – possui relação íntima com o conceito de identificação projetiva. Inicialmente compreendida como uma fantasia inconsciente, ela passa a ser concebida como dotada de uma dimensão intersubjetiva juntamente com a sua aplicabilidade clínica. Todo o mecanismo descrito acima, opera no modo como o bebê (paciente) deposita na mãe (e posteriormente no analista) partes não digeridas de sua experiência e de seu mundo interno (*elementos β*). O ‘receptor’ destas partes possui a função (*alfa*) de absorvê-las, desintoxicá-las e refiná-las, devolvendo-as de um modo mais assimilável e dotado de sentido para o bebê – que reintrojetará *elementos α* . Isto é feito através de um estado de *reverie* – conceito elaborado por Bion (1962) que se equipara a uma espécie de devaneio/sonho – onde a mãe/analista deve ser capaz de sonhar com e por seu bebê/paciente. Seria uma espécie de calma receptividade a serviço de sentir e acolher o que chega do bebê/paciente, atribuindo-lhe um significado. A mãe que se mostra incapaz de ser emocionalmente disponível para o bebê (a mãe incapaz de protagonizar estados de *reverie*), devolve à criança seus pensamentos intoleráveis em uma forma despida de qualquer significado. Os medos projetados pela criança em tais circunstâncias são devolvidos a ela sob a forma de um “terror sem nome”. Caso o analista também seja incapaz de oferecer uma disponibilidade emocional ao seu paciente, algo similar poderá ocorrer.

A experiência do bebê em relação à incapacidade de sua mãe para conter seus sentimentos é internalizada como uma forma de pensamento (mais precisamente, uma inversão do pensamento), caracterizada por ataques contra o próprio processo pelo qual o significado é atribuído à experiência (função-alfa) (Ibidem, p.102).

Ou seja, a criança adquire sérias dificuldades relacionadas à capacidade de digerir, assimilar e simbolizar as experiências vividas.

É, portanto, a construção de um estado de *reverie* que oferece à identificação projetiva um lugar de fenômeno intersubjetivo, já que o trabalho psíquico e emocional da mãe passa a fazer parte de um processo dialético, dialogando com os mecanismos de defesa operados pelo bebê. O esforço da mãe para assimilar e sonhar aquilo que não pode ser assimilado e sonhado pelo bebê permite que ambos possam vivenciar algo comum. Esta dialética se repetirá no processo analítico, onde o analista deverá ser capaz de sonhar com e pelo seu

paciente que não é capaz de fazer um trabalho psicológico inconsciente. Segundo Ogden (2005)

Na medida em que ele [o paciente] é incapaz de sonhar sua experiência emocional, o indivíduo é incapaz de mudar, ou de crescer, ou de se tornar qualquer outra coisa diferente daquilo que ele tem sido. O paciente e o analista se engajam em um experimento nos termos de uma situação psicanalítica que esta designada a gerar condições nas quais o analisando (com a participação do analista) pode se tornar mais capaz de sonhar seus sonhos insonháveis e interrompidos (p. 2).

O conceito de *reverie* tal como proposto por Bion servirá como um dos balizadores para o conceito de *terceiro analítico intersubjetivo* de Thomas Ogden. Na experiência do *terceiro analítico*, será de suma importância que o analista amplie sua capacidade de vivenciar estados de *reverie* em relação ao seu paciente. Ogden expande o significado do termo *reverie*, demonstrando que ele se refere também a variada coleção de estados psicológicos que refletem a “absorção narcísica do analista, ruminções obsessivas, sonhos diurnos, fantasias sexuais, etc” (OGDEN, 1994/1996, p. 71). Em seguida ele pontua de forma mais precisa como este conceito se relaciona com a ideia de *terceiro analítico*:

Creio que uma dimensão importante da vida psicologia do analista com o paciente no consultório adota a forma de *reveries* relativas aos detalhes comuns, cotidianos da sua própria vida (que muitas vezes são de grande importância narcísica para o analista). (...) essas *reveries* não são simples reflexos de desatenção, absorção narcísica, conflitos emocionais não-resolvidos e coisas semelhantes. Essa atividade psicológica representa, antes, formas simbólicas e proto-simbólicas (baseadas em sensações) atribuídas à experiência não-articulada (e muitas vezes ainda não sentida) do analisando, quando estas estão ganhando forma na intersubjetividade do par analítico (isto é, no terceiro-analítico) (Ibidem, p. 78).

Será, portanto, através de estados de *reverie* protagonizados pelo analista, que o par analítico poderá vivenciar a experiência do *terceiro analítico*.

Sonhar, para Bion, é o que nos permite criar e manter a estrutura da nossa mente organizada em torno da diferenciação – e da conversa – entre a nossa vida consciente e a nossa vida inconsciente. Sendo assim, se uma pessoa é incapaz de sonhar, ela também será incapaz de distinguir as construções psíquicas inconscientes (sonhos) das percepções conscientes (OGDEN, 2005). Desta forma, ao revisar a formulação original da identificação projetiva proposta por Klein, e acrescentar a ela elementos comuns à díade mãe-bebê/analista-analisando, Bion a modifica radicalmente, estendendo o conceito de um mecanismo esquizoide

intraprésiquico para outro implicado em uma técnica de comunicabilidade e de trocas intersubjetivas.

É a partir destas noções que deriva a ideia, vastamente elaborada por Bion (1962a, 1962b), de *continente-conteúdo*. Ela está endereçada à forma como pensamos, como processamos a experiência vivida e o que ocorre psiquicamente quando somos incapazes de fazer um trabalho psicológico com esta experiência. Este conceito possui importante aplicabilidade clínica, utilizada e discutida por diversos autores contemporâneos. Thomas Ogden em seu texto “Holding and containing, being and dreaming” (2005) oferece um bom panorama desta formulação conceitual conjugando-a com sua clínica. Inspirado nas concepções de Bion, ele pontua que:

o continente não é uma coisa e sim um processo. É a capacidade para um trabalho psicológico inconsciente do sonhar, operando em conjunto com a capacidade pré-consciente para sonhar-como pensar (*reverie*), e a capacidade para um processo secundário de pensamento mais completo (OGDEN, 2005, p.101).

Em outras palavras, ele consiste na capacidade para sonhar, tanto dormindo quanto acordado, ou seja, comporta em si três tipos de pensamento: o sonho inconsciente, a *reverie* pré-consciente e a reflexão consciente. Já o *conteúdo* se refere aos pensamentos e sentimentos que se encontram em vias de se tornarem derivados da experiência emocional vivida. “assim como o continente, ele não é algo estático, mas um processo vívido, que na saúde, continua expandindo e mudando” (OGDEN, 2005, p.101).

Os conceitos de continente e conteúdo estão diretamente relacionados com as funções mentais exercidas pela mãe e, posteriormente, pelo analista. No trabalho já citado, *O aprender com a experiência* (1962b), Bion demonstra que é através da relação entre continente e conteúdo que se cria a possibilidade de gerar *elementos α* , ou seja, eles serão um dos fatores responsáveis pela capacidade posterior do sujeito de exercer uma *função α* . Neste caso, a mãe opera como continente para o bebê, recebendo seus conteúdos dispersos e não metabolizados (*elementos β*) que, através dos estados de *reverie*, serão trabalhados pela *função α* e devolvidos ao bebê sob a forma de *elementos α* . O continente materno, portanto, funciona como algo capaz de conter uma emoção (conteúdo), dotando-a de um significado mais assimilável e transmitindo-a ao bebê. As falhas provenientes do exercício da função continente geram danos no estabelecimento do self, já que o bebê será

obrigado a lidar sozinho com seus conteúdos brutos, sem possuir um continente que os acolha e sirva de receptáculo para as emoções não-digeridas.

Para Bion, a preocupação central da psicanálise é a interação dinâmica entre sentimentos e pensamentos derivados da experiência emocional vivida (conteúdo) e a capacidade para sonhar e pensar esses pensamentos (continente). Sendo assim, a tarefa do analista seria criar condições no campo analítico que irão permitir o crescimento mútuo dos aspectos continentes e dos conteúdos. Ambas as funções se complementam, ou seja, uma não funciona sem a outra; a capacidade para sonhar requer pensamentos do sonho e os pensamentos do sonho requerem a capacidade para sonhar. O analista frequentemente terá que exercer a função de continente, acolhendo os conteúdos do paciente que não foram possíveis de ser simbolizados e assimilados na infância por conta de falhas no continente materno.

Grande parte da obra de Bion exposta nesta seção dedica-se à questão da empatia. A revisão do conceito de identificação projetiva, os estados de *reverie* operados pela mãe e principalmente os conceitos operativos de *continente-conteúdo*, exploram em linhas concretas e práticas a ideia de empatia, que seria considerada a faculdade de se colocar no lugar do outro. De maneira análoga, os conceitos de Bion aqui citados, explicitam as diversas funções do objeto intersubjetivo nos processos de simbolização das moções pulsionais do id e de seus encontros traumáticos com o meio ambiente (SOUZA, 2012). Traçando um paralelo com a abordagem de Winnicott, Octavio Souza demonstra que:

Enquanto para Bion, o motor da empatia é a identificação projetiva pela qual o bebê descarrega no objeto materno suas emoções desprazerosas, para Winnicott, este motor é a antecipação das necessidades do bebê pela preocupação materna primária em sua função de holding (SOUZA, 2012, p. 239).

Em ambos os autores existe a ideia da formação de um solo de comunicação empática proto-representacional, e é sobre este solo que, mais tarde, a função empática do analista fincará suas raízes. O analista empático deverá ser capaz de perceber a necessidade do paciente e exercer sua função empática, que não necessariamente passará pelo conteúdo de uma interpretação. Com o aparecimento cada vez maior de pacientes que apresentam distúrbios originados de sintomas psicóticos e *borderlines*, a chamada clínica do continente ganha espaço crescente nas formulações teóricas e na prática clínica. A dificuldade de tais pacientes na capacidade de pensar e sonhar pensamentos (em desempenhar

uma *função α*) demonstra a precariedade simbólica e a necessidade de que o analista opere esta função, ao longo do processo analítico, oferecendo um continente para que os pensamentos e sonhos possam ser sonhados e pensados até o momento em que o próprio paciente seja capaz de fazê-lo.

As formulações de Bion ancoram-se principalmente nas ideias de Melanie Klein, que através da importância concedida ao objeto na constituição psíquica do sujeito, possibilitou a emergência de novas abordagens clínicas, notoriamente mais voltadas para a relação tranferencial/contratransferencial. O papel do analista torna-se muito mais complexo e significativo e será a partir da clínica do continente que Bion demonstrará como as funções exercidas pelo analista serão imprescindíveis para que o paciente possa viver no processo analítico – na relação com o analista – aquilo que não foi possível de ser vivenciado na infância com a figura materna. Partindo do conceito kleiniano de identificação projetiva e realocando-o à esfera de fenômenos intersubjetivos, Bion participa da transformação do cenário psicanalítico ao criar teorias e abordagens clínicas que permitam ao analista o manejo das manifestações inconscientes do paciente, ou seja, suas identificações projetivas, conteúdos brutos e mal elaborados. Baseado nas concepções de Bion, Ogden aponta em seu livro *Projective identification and psychotherapeutic techniques* (1982) que “o manejo da identificação projetiva (...) é destinado a tornar disponível para o paciente, de uma forma levemente modificada, o que já era dele mas havia sido anteriormente inutilizável, para fins de integração e crescimento psicológico” (p. 40). Ou seja, ao ganhar o estatuto de fenômeno intersubjetivo, a identificação projetiva recebe novos olhares e novas aplicabilidades clínicas, começando pelas próprias concepções bionianas já apresentadas e seguidas por autores como Thomas Ogden. A criação do conceito de *terceiro-analítico intersubjetivo* apóia-se também idéia de que o analista deverá servir de continente para o paciente, emprestando suas capacidades para realizar um trabalho mental por ele até o momento em que o próprio paciente sentir-se-á mais integrado e confiante para fazê-lo. Este empréstimo, nos termos de Ogden, se dará não só através dos aspectos intersubjetivos da relação entre a dupla analítica, mas também dos aspectos de vida privados do analista, seus medos, desejos e memórias.

Desta forma, veremos de forma aprofundada como as postulações apresentadas neste primeiro capítulo, serviram de base para os trabalhos de Thomas Ogden acerca dos conceitos por ele criados de *posição autista-contígua* e *terceiro analítico intersubjetivo*. Estas formulações teóricas se relacionarão no decorrer dos próximos capítulos com o intuito de apontar e principalmente levantar questões relevantes sobre as novas modalidades de escuta e comunicação na clínica psicanalítica atual. Thomas Ogden, influenciado principalmente por Klein, Winnicott e Bion, destaca a importância da comunicação entre paciente e analista, não só aquela que se dá através das formas explícitas de diálogo clínico, como também, as sutilezas e nuances que se encontram para além da linguagem verbal. Os gestos, tons, vibrações do paciente, mas também as vivências do analista – na relação analítica contratransferencial, incluindo seus desejos, medos e angústias particulares – indicam o caminho que o processo analítico deve tomar.

3. Posição autista-contígua e a comunicação não-verbal na clínica

No capítulo anterior tratamos de apresentar de maneira descritiva autores que, a sua maneira, serviram de base para a construção do pensamento psicanalítico contemporâneo acerca das relações objetais. Para Thomas Ogden, os autores anteriormente trabalhados – Klein, Winnicott e Bion – representam no cenário psicanalítico, novos pontos de partida para se pensar o desenvolvimento infantil pré-edipiano e suas posteriores e respectivas manifestações clínicas. Consequentemente, eles apontam para uma nova postura do analista, relegando a ele não mais o lugar de neutralidade e impessoalidade e sim um lugar ativo, onde sua vitalidade é parte essencial do tratamento. Ao assumir este posto, o analista remonta a vitalidade materna, também essencial para o desenvolvimento sadio do bebê, e oferece ao paciente uma relação confiável, dando-lhe justamente aquilo que falhou em suas relações primordiais.

Neste capítulo nos dedicaremos prioritariamente ao conceito de posição autista-contígua elaborado por Thomas Ogden. Para isso, será preciso recorrer não só aos autores já abordados no capítulo anterior, como a outros que se dedicaram à elaboração de ideias referentes à gênese da comunicação humana. A partir das formulações de Donald Meltzer (MELTZER, 1975; MELTZER et al., 1975), Francis Tustin (1972, 1981, 1986) e Esther Bick (1968, 1986), Ogden cunha este conceito no intuito de apresentar uma forma mais primitiva de atribuição de sentido à experiência, anterior ao advento das representações simbólicas, e onde a predominância recai sobre as sensações corporais. Neste sentido, pressupomos que a comunicação humana antecede o surgimento da linguagem verbal e que há, desde muito cedo, um potencial para a comunicação com os outros. Abordaremos, portanto, os aspectos disparadores da comunicação, levando em consideração o desenvolvimento psíquico e emocional do indivíduo, bem como o gradual surgimento de suas relações objetais.

3.1.

A gênese da comunicação humana: aspectos não verbais

Em 1965, no livro *O primeiro ano de vida*, René Spitz já havia trazido à luz problemáticas referentes à observação de bebês durante o primeiro ano de vida. O autor aponta para a importância das primeiras experiências do bebê na relação com a mãe, atribuindo uma importância decisiva aos aspectos sensoriais, identificados por ele como estados cenestésicos da experiência. Alertando para o fato de que o bebê nasce sem uma personalidade organizada e desprovido da capacidade de percepção de um outro diferente dele, Spitz desenvolve teoricamente o caminho percorrido pelo bebê, rumo à construção das relações objetais e, posteriormente, do ego. Os estágios do desenvolvimento infantil distinguidos pelo autor são: 1) o estágio pré-objetal ou “sem objeto”; 2) o estágio do precursor do objeto; e 3) o estágio do próprio objeto libidinal.

Spitz introduz uma mudança de paradigma em relação à teoria kleiniana quando aponta para um estado indiferenciado no início da vida, colocando as relações objetais como um processo a ser construído ao longo das experiências com a mãe. Para Klein, a diferenciação eu/outro está operando desde o nascimento, definindo desde muito cedo a qualidade da relação objetal. A primeira experiência subjetiva da criança já seria vivida no contexto da posição esquizo-paranóide, que vigora até aproximadamente os três primeiros meses. Com ela a diferença objetal se instaura subjetivamente na criança, provocando angústias e defesas imediatamente após o nascimento. Klein compreende, portanto, que as relações objetais existem desde o início da vida, assim como os mecanismos de defesa derivados das boas e más relações com os objetos. Já para Spitz:

Relações objetais são relações entre um sujeito e um objeto. Em nosso caso particular, o recém-nascido é o sujeito. (...) no início o recém-nascido está em estado de não-diferenciação. Até o momento, não pôde ser demonstrada a existência de psique ou de funcionamento psíquico em recém-nascidos. De acordo com a nossa definição, não há objeto nem relações objetais no universo do recém-nascido. Ambos desenvolver-se-ão progressivamente, passo a passo, no decorrer do primeiro ano, na última parte do qual o próprio objeto libidinal será estabelecido. (SPITZ, 1965/1979, p. 32).

Thomas Ogden, em seu livro *Projective identification and psychotherapeutic technique* (1982), retoma o pensamento de Spitz (1965) ao falar sobre a comunicação “quase-telepática” que ocorre entre a mãe e o bebê. Ela acontece a partir daquilo que ele chama de “modo cenestésico”, onde os estímulos e a sensibilidade visceral são “recebidos” pelo bebê ao invés de serem “percebidos”. Spitz diferencia as experiências através das quais os bebês recebem e percebem os fenômenos denominando-as, mais especificamente, de “recepção cenestésica” e “percepção diacrítica”. A primeira estaria ligada a um sistema de sensações de característica extensiva, que através de modalidades sensoriais periféricas – como a superfície da pele – seriam sentidas e recebidas pelo recém-nascido. Segundo ele, certas zonas e órgãos sensoriais caracterizam-se como transicionais, ou seja, mediadores entre o interior e o exterior, formando uma ponte entre a recepção cenestésica e a percepção diacrítica. Esta última possuiria característica intensiva e derivaria dos processos de recepção cenestésica e, através de um processo de aprendizagem e maturação, começaria a se formar em torno do terceiro mês de vida. A partir da reação do bebê ao sorriso de alguém que se aproxima, é possível notar que a percepção começa a se formar. A reação de sorriso é, para Spitz, um indicador de que o precursor do objeto se estabeleceu e de que um ego rudimentar já está operando, rumo à formação do ego propriamente dito. É também o momento em que o bebê atinge a capacidade de suspender temporariamente o funcionamento incondicional do princípio de prazer, dando lugar ao funcionamento do princípio de realidade, além do estabelecimento de traços de memória, ou seja, um momento em que o ponto de vista tópico¹ passa a ser aplicável. Há, portanto, a passagem de uma passividade para uma atividade dirigida, instaurando o início embrionário das relações de objeto. De todo modo, a organização cenestésica continua a funcionar durante toda a vida, desempenhando um papel determinante nos sentimentos, pensamentos e ações da vida adulta.

A importância conferida por Spitz à díade mãe-bebê o leva ao aprofundamento de questões referentes à comunicação que se estabelece entre os dois. Retomando Freud, o autor demonstra como a gênese da comunicação jaz na descarga de tensão eliminada pelo bebê em situações de desprazer. “O recém-nascido apenas pode descarregar a tensão que surge de sua necessidade, por

¹ Aqui Spitz se refere à divisão do aparelho psíquico em Cs, Pcs e Ics, a partir da formulação de Freud sobre a primeira tópica.

manifestação de emoções difusas, causais, através de gritos, de enervação dos vasos sanguíneos, etc.” (SPITZ, 1965/1979, p. 124). Segundo Freud, esta via de descarga ganha uma função secundária importante, isto é, a de ocasionar um entendimento por parte de outras pessoas. Desta forma, a comunicação na díade mãe-filho se estabelece nos primeiros meses de vida, antes da formação das relações de objeto, baseando-se na filogenética. A comunicação entre animais serve de base para a compreensão da comunicação humana se levarmos em consideração que a linguagem animal é egocêntrica, ou seja, que ela não se destina a outro animal, sendo apenas uma expressão de um processo interior. “A mesma situação aparece no recém-nascido cujo ego não existe. Suas vocalizações são a expressão de processos interiores e não se destinam a ninguém” (Idem, p. 126). A comunicação volitiva dirigida (alocêntrica) aparecerá mais tarde, operada por sinais e signos semânticos que culminarão no desenvolvimento da função simbólica. Desta forma, a comunicação que se estabelece nos primórdios da vida será calcada na organização cenestésica, ou seja, respondendo a signos não-verbais, não dirigidos e expressivos. Eles pertencem a categorias como: equilíbrio, tensão, postura, temperatura, contato de pele e corporal, ritmo, intervalos, duração, som, timbre, rumor, ressonância, dentre outras.

No adulto as manifestações supracitadas aparecem de maneira camuflada. Por conta da aquisição da linguagem verbal e da percepção diacrítica, o adulto passa a privilegiar os símbolos semânticos em detrimento dos signos não-verbais. Entretanto, a sensibilidade materna pode aumentar a capacidade potencial de reação cenestésica, ou seja, através de inúmeros processos regressivos ocorridos no curso da gravidez, parto e lactância, a mãe torna-se capaz de compreender os sinais do bebê e atribuir-lhes sentido. Em outras palavras, a capacidade empática da mãe fará com que o sinal não dirigido e não verbal emitido pelo bebê se transforme em um diálogo afetivo, dando início à comunicação mais elementar. O estado afetivo da mãe em relação ao seu bebê recém-nascido foi descrito anteriormente por Winnicott como preocupação materna primária (WINNICOTT, 1956).

No livro *O não e o sim: a gênese da comunicação humana* (1957), Spitz aponta para o fato de que as identificações da criança em relação aos seus pais só serão possíveis se, em alguma medida, estes pais também se identificarem com a infância. Segundo ele:

Quando os pais imitam o gesto ou as palavras do bebê, precisam realizar uma identificação a um nível muito primitivo. Trata-se de um nível que, usualmente, é inacessível ao adulto devido à amnésia infantil. Ultrapassar os limites desse território se torna possível apenas porque os pais realizam esta regressão temporária no interesse da criança. (...). Penso que podemos dizer, sem exagero, que estas identificações dos pais, em um nível arcaico, foram uma ponte com a ajuda da qual a criança, revertendo o processo, se torna capaz de identificar-se com os pais (SPITZ, 1957/1978, p. 60).

Sendo assim, os processos de comunicação através de símbolos semânticos só se darão de forma satisfatória se, em um nível mais primitivo do desenvolvimento infantil, a mãe pôde identificar-se com o seu bebê e, acima de tudo, com a sua própria infância. Ou seja, a regressão da mãe a um estágio narcísico torna-se necessária para o estabelecimento de uma relação objetal satisfatória para o bebê.

Assim como Spitz, o etólogo e psicanalista Daniel Stern também se dedicou ao estudo das formações subjetivas pré-verbais da criança. No livro *O mundo interpessoal do bebê* (1992) o autor cria o termo ‘afetos de vitalidade’ com o intuito de definir certas qualidades de sensação experienciadas pelo bebê fora do âmbito linguístico, ou seja, experiências afetivas que não se ajustam ao vocabulário de afetos existente. Segundo ele, essas qualidades indefiníveis da experiência seriam mais bem capturadas por termos como “surgindo”, “desaparecendo”, “passando rapidamente”, “crescendo”, “decrecendo”, “explodindo”, dentre outros, que comportam qualidades linguísticas mais dinâmicas (PEIXOTO JUNIOR e ARÁN, 2011). Partindo desta ideia, Stern propõe uma teoria voltada para o papel dos comportamentos afetivos e reflexivos das figuras parentais no desenvolvimento emocional primitivo da criança. Utilizando o termo ‘sintonia do afeto’, o autor nomeia as interações normais que ocorrem entre mãe-bebê e indica como as brincadeiras da mãe refletem algum aspecto das ações de seu bebê, “proporcionando uma equiparação parcial do comportamento do bebê em outra modalidade” (PEIXOTO JUNIOR e ARÁN, 2011, p. 733). A ideia de Stern é a de que “sintonizar” com o bebê não significa simplesmente proporcionar uma réplica imitativa de seus comportamentos e sentimentos. O papel da mãe neste sentido seria o de oferecer ao bebê uma comunhão interpessoal, compartilhando e participando de sua experiência afetiva interna. Segundo Golse (2003), a comunicação emocional e a interação afetiva se

fundam sobre contornos rítmicos e dinâmicos de sintonia afetiva, processos definidos por ele como uma *harmonização de afetos*.

A sintonia afetiva vale, nos parece, como função especular micro-comportamental dado que oferece à criança uma sinalização em eco, um espelho de sua própria vivência emocional ou afetiva, e essa permite um acesso a si mesmo pela via do outro (desvio pelo outro, sobre o qual insistiram alguns autores como Winnicott, Bion e mesmo Green) (GOLSE apud PEIXOTO JUNIOR e ARÁN, 2011, p. 735).

Do ponto de vista de Stern, os afetos são tanto o meio primário como o assunto primário da comunicação. Neste sentido, as trocas afetivas ainda são, nos primeiros meses de vida, as substâncias predominantes das comunicações com a mãe. O que indica para Stern que “o compartilhar dos estados afetivos é o aspecto mais universal e clinicamente relevante do relacionar-se intersubjetivo” (STERN, 1992, p. 123). O autor relaciona tais aspectos com a clínica psicanalítica, alertando que “A interafetividade é principalmente aquilo que os terapeutas querem dizer quando falam do ‘espelhar parental’ e da ‘responsividade empática’” (STERN, 1992, p. 123)

Na concepção de Stern, a troca intersubjetiva dependerá de três aspectos indispensáveis da comunicação. Em primeiro lugar a mãe deve ser capaz de ler o estado afetivo de seu bebê a partir de suas manifestações comportamentais. Em seguida, ela deve apresentar algum comportamento que não seja uma imitação exata, mas sim correspondente, em alguma medida, ao comportamento do bebê; “trata-se de uma forma de imitar, a partir do interior, como parece ser uma experiência, e não como ela foi expressa numa ação” (STERN, 2004, p. 241). Por último, o bebê deve ser capaz de ler essa resposta materna correspondente como tendo a ver com a sua experiência afetiva original e não como sendo apenas uma imitação do seu comportamento. Estas três condições permitem que a comunicação não-verbal aconteça, gerando modos de interação afetiva entre a díade primordial.

Somente um ser humano que sabe o que o bebê sentiu pode emitir uma expressão vocal que seria análoga e não uma cópia de sua experiência, o que faz com que o bebê entenda que sua mensagem chegou à mãe. Esse tipo de correspondência analógica ocorre fora da consciência como uma manifestação especial de empatia (PEIXOTO JUNIOR e ARÁN, 2011, p. 737).

Stern acredita que a maioria de nós faz isso intuitivamente, nos mostrando que o desenvolvimento da capacidade para empatizar depende diretamente das

trocas afetivas iniciais; elas estabelecem os modos de comunicação específicos da idade, que formam um solo de interações sensoriais, não-verbais e intuitivas, as quais se transformarão, mais tarde, nas características principais da empatia. Ele observa que o filho de pais incapazes de entrar neste tipo de manifestação empática provavelmente se sentirá fisicamente mais solitário, mesmo na presença destes pais, em sua relação com o mundo. Ou seja, sua aptidão para comunicar-se com o ambiente ao seu redor torna-se precária, suas experiências primitivas o desencorajam a buscar contato com um meio que provavelmente não o escutará genuína e empaticamente.

Seguindo uma linha de raciocínio próxima, Frances Tustin aborda a temática do autismo, levando em consideração não apenas o autismo patológico, mas também o estado de autismo normal, necessário a todo o desenvolvimento saudável. Identificando-o como *autismo primário normal*, a autora pontua que:

o bebê é, naqueles primeiros dias da sua existência, a própria corrente de sensações da qual vão emergir, quais entidades ainda inominadas, os pontos de referência internos que lhe permitirão estruturar numa visão de mundo, podendo dizer que passará a interpretá-lo nos termos das ditas entidades, assim que adquirir a possibilidade de tolerar um certo sentimento interno de que está parcialmente separado (TUSTIN, 1972/1975, p. 68).

Em referência à Spitz, Tustin reafirma que “a inundação é a regra que regula cada hora” (SPITZ apud TUSTIN, 1972/1975, p. 68), neste primeiro estado de diferenciação. Neste momento, tudo que o bebê vivenciará pode ser expresso em termos de matéria ou coisas ilimitadas do próprio corpo. Dito de outra forma, as partes da mãe são experimentadas como zonas do próprio corpo em estado de excitação. A boca, neste sentido, mostra-se a zona mais excitável do corpo, sendo denominada por Spitz de “cavidade primária” (SPITZ, 1955). Para que o bebê possa caminhar em direção à integração psicológica será necessário que possua um sentimento interno de que é capaz de “ligar”. Ele derivará das inúmeras experiências de satisfação, sentidas principalmente quando circunda o mamilo com a boca ou quando se sente envolvido nos braços da mãe e “contido no clima criado pela atenção afetuosa desta” (TUSTIN, 1972/1975, p. 67).

No livro *Estados autísticos em crianças* (1981), Tustin comenta que o termo autismo é usado para designar

um estado de sensação dominada e centrada no corpo que constitui a essência do eu (self). (...) é o estado em que a auto-sensualidade mantém movimento, sendo a atenção focalizada quase que exclusivamente em ritmos e sensações corporais. (...) Em resumo, o autismo é o estado em que a experiência não é diferenciada ou objetivada em qualquer extensão apreciável. (TUSTIN, 1981/1984, p. 13-14)

A idéia apresentada por Tustin é a de que a fase autística deve ser diferenciada do que Freud chamou de narcisismo primário. O predomínio das sensações, presente no autismo, forma a base para o desenvolvimento do “eu” rudimentar, diferentemente do narcisismo primário, predominantemente associado às emoções e que surge mais tarde, após a estruturação de um ego primitivo e elementar. Em outras palavras, o estado autístico constrói um solo para o surgimento do narcisismo primário, não havendo concomitância entre os dois tipos de experiência.

Tustin marca uma característica importante da fase autística, a saber, que ela está associada com auto-sensualidade relativamente diferenciada. Ou seja, se por um lado esta fase não está totalmente desprovida de objeto – como acreditava Freud – por outro, as relações objetais não parecem estar operando desde o início – como pensam os teóricos das relações objetais – desenvolvendo-se gradualmente, a partir das experiências com a mãe. Neste período inicial, a criança parece reagir ao mundo em termos de seu próprio corpo e disposições internas. Para Tustin:

Esse tempo primitivo é um estágio em que a experiência com ‘objetos-sensação’ centradas no corpo e com a mãe experimentada como um ‘objeto-sensação’ que constitui parte de seu corpo, prepara o bebê para relacionamentos posteriores com objetos ‘não-eu’ (not-self), experimentados como separados de seu corpo e aos quais ele tem que aprender a se ajustar (IBIDEM, p. 15).

Tustin sustenta a ideia de que o autismo primário não é absoluto, ou seja, haverá provavelmente estados vacilantes de consciência de separação que preparam a criança para uma transição do estado primário dominado por sensações para um estágio em que o relacionamento emocional com pessoas separadas e diferentes de si pode começar a se desenvolver. Sendo assim, a sensualidade do bebê no estado de *autismo primário normal* e sua relativa indiferenciação, combinadas à adaptabilidade da mãe, protegem o recém-nascido

das experiências *não-eu*. “Elas provém um estágio protetor intermediário entre ser dentro do útero e ser fora dele” (IBIDEM, p.18).

Entretanto, nem sempre esta transição mostra-se eficaz e gradual para o bebê. A autora demonstra através de exemplos que, ao se deparar com o mundo não-eu antes da aquisição da capacidade para suportar a separação da mãe, a criança pode lançar mão de defesas primitivas para aplacar o sofrimento e a angústia advindos desta experiência. O surgimento de objetos autísticos – identificados por Tustin como partes do corpo da própria criança ou como partes do mundo externo experimentadas por ela como partes de si mesma – têm como finalidade obscurecer a quebra de continuidade. Eles visam manter a distancia o reconhecimento do terrível e ameaçador não-eu, tendo como função neutralizar toda e qualquer percepção da existência de algo distinto de si mesmo, e por isso caracterizam-se como anormais e patológicos. Tais objetos são peculiares a cada criança individualmente e usados obsessivamente de modos idiossincráticos que impedem o desenvolvimento mental. Além disso, possuem uma qualidade ritualística e bizarra, retirando a real função para qual o brinquedo se propõe; nestes casos a criança mostra uma preocupação rigidamente intensa com eles. É importante frisar que os objetos autísticos são objetos dominados pelas sensações, ou seja, estão diretamente associados aos estados de autismo primário, onde também há o predomínio das sensações. Tustin afirma que o aparecimento de objetos autísticos na mais tenra infância pode ser considerado normal, já que este seria um estágio onde a criança faria pouca distinção entre seu corpo e o mundo externo. Eles se equiparariam aos objetos-sensação, anteriormente citados, mas logo perdem sua função caso o desenvolvimento seja satisfatório.

Em casos como estes, os objetos-sensação se transformarão posteriormente no que Winnicott chamou de objetos transicionais. Para Tustin, nos estágios primitivos da mais tenra infância, a criança faz pouca distinção entre seu corpo e o mundo exterior. De certa forma, tudo é sentido e vivenciado como “eu”, inclusive o mundo externo “não-eu”. A autora afirma que, neste momento inicial, padrões internos operam no bebê e permanecem relativamente não modificados pela experiência com o meio. Neste sentido, a tendência interior de sugar objetos similares ao mamilo, conduz a criança para uma busca de outros objetos tais como

ponta de casaco, chupeta, franja de uma manta, experimentando-os como o dedo, o polegar, a mão, ou seja, como parte do seu próprio corpo. Segundo ela:

Todos eles produzem a mesma sensação excitante e, como tais, os objetos-sensação. Esses objetos produtores de sensação constituem o âmago do eu (self) e assim podem ser chamados de ‘*Objetos Autísticos*’, ou ‘Objetos Eu (self)’ como Fordham (1966) e Kohut (1971) os denominam. São *Objetos Autísticos normais* (TUSTIN, 1981/1984, p. 138, grifado no original).

O que Tustin considera problemático é quando uma mãe deprimida ou muito insegura não se mostra capaz de reunir firmeza e elasticidade suficientes para atrair seu bebê. Ela falharia na função de afastá-lo dos prazeres ilusórios dos objetos-sensação de que lançou mão e aproximá-lo da alegria real do seio materno, mantendo-o envolvido com tais objetos por não apresentar seu seio como um objeto mais satisfatório e gratificante. É neste sentido que a autora observa os objetos autísticos sendo utilizados de forma patológica e impedindo a substituição destes por objetos transicionais que, segundo Winnicott, atuam como *tranquilizadores* para a criança, diferentemente dos objetos que atuam como *confortadores*. Estes últimos se aproximam do que Tustin chama de objetos autísticos patológicos e nunca se configuram como sendo mais importantes do que a mãe. Uma das características mais marcantes do objeto autístico patológico é a de que ele pode ser facilmente substituído por outro, contanto que a função permaneça a mesma, ou seja, o que importa é que a sensação trazida pelo objeto continue existindo para a criança.

A diferenciação entre os objetos autísticos patológicos e os objetos transicionais é de suma importância para a compreensão dos processos que operam em crianças que sofrem de autismo patológico e aquelas que demonstram um desenvolvimento normal rumo à aquisição da capacidade para suportar a separação. Os objetos transicionais, diferentemente dos objetos autísticos, conjugam um misto de eu e não-eu. Segundo Thomas Ogden (1989), “no fenômeno transicional, a experiência está centralizada no paradoxo de que o objeto é, ao mesmo tempo, criado e descoberto pelo sujeito, e que, por conseguinte, o objeto sempre tem um pé fora da onipotência do indivíduo” (p. 36). O objeto transicional não afasta a criança completamente da percepção do não-eu, apenas a diminui. Um dado importante na elaboração de Tustin sobre os objetos autísticos e transicionais é que ambos podem se interpenetrar, um podendo se

transformar no outro ao longo do desenvolvimento infantil. Segundo a autora é possível que

a ausência de um objeto transicional evidente se deva ao fato de a criança ter continuado a usar objetos autísticos compulsivamente, numa época em que sua importância deveria estar já em declínio. A maioria dos objetos do mundo externo serão, nesse caso, imbuídos das características de objetos autísticos, ou seja, se ancorarão, total e inseparavelmente, no 'eu', não deixando que as experiências transicionais se desenvolvam satisfatoriamente. (...) a criança não fará grande uso das palavras ou repetirá em ecos as dos outros – sua forma de preservar a idéia delirante de que as palavras 'não-eu' fazem parte de sua boca, transformando-se por isso em 'eu' (TUSTIN, 1972/1975, p. 77).

Ogden, ao retomar o pensamento de Tustin, aponta para o uso defensivo dos objetos autísticos em face da ameaça de perturbação da continuidade sensorial do eu. Como vimos, eles oferecem uma função auto-calmante para a criança. As atividades derivadas desta função possuem sempre a mesma qualidade sensorial e ritmos, o que dá ao indivíduo o absoluto controle sobre elas.

A partir desta exposição, concluímos que a maneira como a criança atravessará este estágio, definido por Tustin como *autismo primitivo normal*, determinará seus desenvolvimentos posteriores. Caso a criança se depare com a separação entre ela e seu objeto primordial antes da aquisição da capacidade para assimilá-la, as angústias decorrentes desta experiência se localizarão no reino das vivências sensoriais e, portanto, anteriores à conquista da linguagem verbal. A este modo sensorial de atribuir sentido à experiência, Ogden denomina posição autista-contígua, que será amplamente discutida a seguir.

3.2.

A posição autista-contígua

Próximo da tradição kleiniana e dos autores da escola britânica de psicanálise, Thomas Ogden procura dar forma a um nível bastante primitivo de experiência psíquica. Ele acrescenta às formulações de Melanie Klein sobre as posições esquizo-paranóide (1946, 1952b, 1957, 1958) e depressiva (1935, 1948, 1952b, 1958) um estado denominado posição autista-contígua, caracterizando-o como o modo mais primitivo, pré-simbólico e sensorial de atribuir sentido a experiência. É nesta forma mais elementar de experiência humana, onde há a predominância da vivência sensorial, que o mais rudimentar senso de *self* é

construído. Esta construção será calcada sobre o ritmo das sensações, mais especificamente das sensações de superfície da pele. O ritmo e a experiência de contiguidade serão decisivos e essenciais para as relações primitivas do bebê com seus objetos neste momento, onde a experiência sensorial é o bebê (OGDEN, 1989). Para forjar este conceito Ogden se apoia principalmente em três outros autores cujas teorizações lhe serviram de base: Esther Bick (1968, 1986), Frances Tustin (1972, 1981, 1986) e Donald Meltzer (MELTZER, 1975; MELTZER et al., 1975). As formulações destes três autores possuem íntima relação com a teoria de Bion a respeito da noção de continente-conteúdo e com suas ideias relacionadas à teoria do pensamento. A noção de posição autista-contígua se constituirá, portanto, a partir de constelações específicas de ansiedade, mecanismos de defesas, organizações de pensamento, qualidade das relações de objeto e graus de subjetividade.

A proposição de Ogden sobre o termo *posição autista contigua* parte da ideia de que, em primeiro lugar, a palavra *posição* possui a intenção de opor este tipo de organização psicológica àquela determinada por fases do desenvolvimento. A ideia de *posição* trás consigo uma concepção dialética da constituição da experiência humana, diferentemente da noção de fase, que setoriza as vivências, restringindo-as a um determinado momento da vida. O estado de ser que é vivenciado neste tipo de organização psicológica se encontra em relação tanto sincrônica quanto diacrônica com as posições esquizo-paranóide e depressiva. Sobre este viés, Ogden acrescenta que as qualidades de experiência em cada posição – autista-contígua, esquizo-paranóide e depressiva – são interdependentes, cada uma provendo o contexto para a outra. Portanto, há uma relação cronológica sequencial entre as posições ao mesmo tempo em que há uma simultaneidade interativa entre elas, na medida em que os três modos de experiência representam dimensões de toda a experiência humana. Em suas palavras:

Eu usei o termo posição porque vejo esta organização psicológica como um modo de desenvolvimento contínuo de gerar experiência em oposição a uma fase de desenvolvimento. Eu considero-o como tendo a mesma importância organizadora que as posições esquizo-paranoide e depressiva e oferecendo a mesma poderosa contribuição à dialética que constitui a experiência humana (OGDEN, 1989, p.48).

O autor utiliza a palavra *autista* para designar a mais primitiva organização psicológica, a despeito do fato deste termo ser usualmente associado com os estados de autismo patológico. Tais estados são caracterizados como um sistema psicológico patologicamente fechado, enclausurado, que se diferencia do que Ogden acredita ser característico da posição autista-contígua. Ele utiliza este termo por acreditar que as formas patológicas de autismo “envolvem uma versão hipertrofiada dos tipos de defesa, do método de atribuir sentido à experiência, e do modo de relação objetal característico da organização normal autista-contígua” (OGDEN, 1989, p. 50.). A palavra *contígua* é acrescentada pelo autor por acreditar que ela descreve ainda melhor esta organização, já que a experiência de toque entre as superfícies corporais do bebê e da mãe é o principal meio pelo qual as conexões são formadas. “*Contígua* provê a antítese necessária às conotações de desconexão e isolamento que a palavra *autista* carrega” (IDEM, p.50).

É importante ressaltar que Ogden diferencia o conceito de posição autista-contígua da concepção de Mahler sobre “autismo normal” (1968, p. 7) que existe nos primeiros meses de vida em um “sistema monádico fechado, auto-suficiente em seus desejos alucinatórios de preenchimento” (IDEM). Para ele, a posição autista-contígua não deve ser vista como um sistema no qual a criança está isolada de seu mundo objetal, sem responder a ele. A relação objetal, neste tipo de experiência, é vivida em termos de “superfícies sensoriais geradas pela interação do indivíduo com seus objetos e pelas transformações sensoriais que ocorrem com ele no curso dessas interações” (OGDEN, 1989, p. 51). Sendo assim, a ideia de Ogden é que o interjogo das experiências de *unicidade* e de *estar separado* da primitiva relação mãe-bebê, torna tolerável os momentos de consciência deste *estar separado* para o bebê. Em outras palavras, a elaboração normal da posição autista-contígua depende, sobretudo, da capacidade da mãe e do bebê gerarem formas de experiências sensoriais, que “cicatrizam” ou “tornam suportáveis” a consciência da separação que é um componente intrínseco da experiência inicial infantil (TUSTIN, 1986).

Neste modo de experiência, a contiguidade sensorial da superfície da pele, juntamente com a ritmicidade, são sensações básicas para o desenvolvimento de todo o conjunto que formará as relações objetais infantis, que estariam relacionadas com experiências nas quais a criança se vê, antes de tudo, segurada, cuidada, e falada pela mãe. A experiência sensorial no modo autista-contíguo

oferece à criança o início da experiência de um lugar onde se sente, pensa e vive, através de certos recursos como forma, contorno, dureza, frieza, calor e textura, que são o começo das qualidades de quem se é (OGDEN, 1989).

Na posição autista-contígua, a relação com os objetos é aquela em que a organização de um senso rudimentar de "Eu-dade" surge a partir de relações de contigüidade sensorial (i.e., toque), que ao longo do tempo gera a sensação de uma superfície sensorial limitada onde a experiência do sujeito ocorre (OGDEN, 1989, p. 53).

Ogden salienta que os conceitos de posição depressiva, esquizo-paranóide e autista-contígua, se constituem, preservam e negam o contexto uma das outras. Desta forma, torna-se claro que o delineamento da posição autista-contígua não visa diminuir a importância da formulação kleiniana das duas outras posições e sim acrescentar uma nova dimensão da experiência, não organizada simbolicamente e residindo no reino das sensações corporais. Para Ogden, a experiência predominantemente sensorial da posição autista contigua se baseia em “dados sensórios brutos”, ainda não assimilados pelo bebê.

Ogden retoma o pensamento de Tustin para descrever dois tipos de experiência com objetos que constituem significados importantes para a definição da experiência no modo autista-contíguo. A primeira estaria relacionada à criação de “formas autísticas”, que surgem da experiência de toques delicados na superfície e que formam impressões sensoriais. Elas seriam idiossincráticas a cada um de nós e se associam a substâncias corporais como saliva, urina e fezes.

Experiências de formas (*shapes*) em um modo autista contíguo contribuem para um senso de coesão do *self* e também à experiência da percepção daquilo que esta se tornando um objeto. Mais tarde, no desenvolvimento, palavras como ‘conforto’, ‘calmante’, ‘segurança’, ‘conectividade’, ‘sustentação’, ‘afago’ e ‘gentileza’, serão ligadas à experiência de formas (*shapes*) em um modo autista-contíguo (OGDEN, 1989, p.55).

O segundo modelo de uma definição muito primitiva de experiência sensorial descrita por Tustin é a experiência com “objetos autísticos” que marcam um contraste com a experiência de “formas autísticas”. Um objeto autístico caracteriza-se como uma experiência sensorial de superfície dura, angular, criada quando um objeto é fortemente pressionado contra a pele do bebê. Nesta forma de experiência, o indivíduo experimenta suas superfícies como uma crosta dura ou armadura que lhe protege contra o indizível e o inominável. Um objeto autístico é uma impressão sensorial de contorno que gera segurança, delinea e protege a superfície do indivíduo que se encontra exposta e vulnerável (OGDEN, 1989).

Deste modo, é possível afirmarmos que as experiências relativas às “formas autísticas” se encontrariam no campo das impressões sutis, ao passo que àquelas relativas aos “objetos autísticos” estariam ligadas ao reino das impressões rígidas.

Tustin acredita, portanto, que o uso de objetos autísticos é necessário em um determinado momento da vida do bebê, onde ele precisa de alguma maneira manter-se isolado e protegido do mundo exterior. Tais objetos aparecem no momento descrito por Tustin como autismo primário normal e possivelmente na passagem deste momento para um segundo onde o meio externo e os indícios de não-eu começam a aparecer. Neste momento é que o bebê precisará abdicar deles para assim lançar mão de objetos transicionais, que, como foi dito na seção anterior, darão a noção de um não-eu em consonância com o eu, ainda rudimentar e em processo de formação. Portanto, eles só se tornarão patológicos quando continuarem a ser utilizados (psicologicamente) para repelir um sentimento de desastre.

Para Ogden, as experiências vivenciadas na superfície da pele são de suma importância durante a infância. Elas constituem uma área em que ocorre algo como uma convergência entre o mundo de impressões sensoriais pré-simbólicas da criança e o mundo interpessoal feito por objetos que possuem existência separada – e fora do controle onipotente – da criança. Segundo ele, é nesse momento que a criança poderá construir uma forma de estar no mundo em frequente relação com a mãe e com os outros objetos, ou elaborar um modo de ser onde haja uma predominância sensorial que acaba por isolar um *self* potencial de tudo que se encontra fora de seu mundo predominantemente sensorial.

Na medida em que o sistema corporal se fecha diante de experiências mutuamente transformadoras com seres humanos, há uma ausência do espaço potencial entre o sujeito e o outro (um espaço psicologicamente potencial entre a experiência-do-eu [*self-experience*] e a percepção sensorial) (OGDEN, 1989, p. 60).

Diante disto, constatamos que a ansiedade relativa à posição autista-contígua está associada à ruptura da coesão sensorial e da delimitação corporal. Segundo Ogden, a ansiedade neste modo experiencial envolve a vivência de desintegração iminente das superfícies sensoriais do bebê e de seus “ritmos de segurança” (TUSTIN, 1986), que resultam no sentimento de estar vazando, se dissolvendo, desaparecendo, ou caindo em espaços não delimitados, disformes. O autor nos mostra que podem ser observadas, em alguns pacientes, manifestações

comuns de ansiedade autista-contígua, como por exemplo, a sensação de não controlar os esfíncteres e outras substâncias corporais, não conseguir adormecer por medo de cair em espaços, infinitos e disformes. Muitos destes pacientes, na tentativa de aliviar a ansiedade se cercam de cobertores, travesseiros, mantém as luzes acesas ou colocam músicas familiares para tocar a noite inteira (OGDEN, 1989).

Giuseppe Civitarese (2008) – que retoma o pensamento de Ogden, associando-o a outros autores – afirma que nesta fase autística, a importância do processo de subjetivação recai sobre a sucessão rítmica, ou seja, sobre a ritualização do comportamento materno que deve operar de maneira circular e previsível. A função de repetição será responsável pelo que, mais tarde, permitirá o surgimento das capacidades de simbolização. Segundo Marcelli (1983),

Não é a ausência em si que permite o pensamento e o acesso à atividade simbólica, mas a sensação regular de ausência e presença, as experiências regulares de repetição (...). Ritmicidade aparece para ser a base sobre a qual a atividade da criança é constituída (MARCELLI apud CIVITARESE, 2008/2010, p. 27).

Neste sentido, a quebra na ritmicidade e contiguidade das experiências gerará estados de “não-ser” (*not-being*), responsáveis por ansiedades primitivas e fortemente caracterizadas pela ausência de limites corporais. Vazar, neste sentido, corresponde ao medo real de estar se desfazendo, sem contornos suficientemente delimitados, não ancorados em equações simbólicas amparadas por linguagem verbal. Isto indicará uma falha nesta primeira forma de contenção, que cria, na visão de Ogden, uma “pele psíquica” (*psychic skin*). Didier Anzieu, também abordou esta temática, introduzindo a ideia de ‘envelope psíquico’ em seu livro *O eu-pele* (1988), onde aponta para uma constituição do eu apoiada nas diversas funções da pele, ou seja, nas sensações de superfície sensorial. Para ele, a pele é o envelope do corpo assim como a consciência procura “envelpear” o aparelho psíquico. Se levarmos em consideração que a constituição psíquica *caminha junto* e é *afetada pelo* desenvolvimento corporal, podemos concluir que o envelope psíquico se constitui a partir das experiências sensoriais de superfície da pele, relacionando o corpo unificado à mente integrada. O toque dará limites não só ao corpo concreto como também ao psiquismo ainda em formação e conseqüentemente não integrado.

Ogden também aponta para os modos de defesa específicos da experiência autista-contígua. Eles são dirigidos ao restabelecimento da continuidade da delimitação de superfície sensorial e à ritmicidade ordenada, sobre a qual a integridade inicial do *self* repousa. Observam-se pacientes que tentam manter esta coesão corporal através de atividades musculares rítmicas, incluindo longos períodos de exercícios físicos como andar de bicicleta, nadar, entre outros. Esther Bick (1968, 1986) criou o termo “formação de segunda pele” (*second skin formation*) para designar o modo como o indivíduo cria um substituto para a sensação de deterioração da coesão da superfície da pele. Segundo Ogden, “muitas vezes, o indivíduo tenta utilizar a experiência sensorial de aderir à superfície do objeto, a fim de ressuscitar a integridade da sua própria superfície” (OGDEN, 1989, p. 71). O sujeito cria soluções excessivas e disfuncionais para evitar experiências de separação e perda. Mostra-se como uma tendência em certas pessoas que procuram constantemente por algo ou alguém que “mantenha as coisas juntas”. Isto garante a integração do *self* através de uma dependência baseada nas qualidades de superfície de um objeto externo. Meltzer (1975) utilizou o termo “identificação adesiva” para designar justamente a aderência defensiva ao objeto com a intenção de aplacar a ansiedade de desintegração, típicas nestes casos. Qualidades parciais do objeto, como odor, voz ou elementos visuais, podem se tornar um recurso de estimulação sensorial na qual o sujeito pode se apegar. A função interna de conter as partes do *self*, a capacidade para estar só ou de consolar a si mesmo pode não se desenvolver suficientemente (CIVITARESE, 2008).

Na perspectiva de Ogden, cada modo de experiência, autista-contígua, esquizo-paranóide e depressiva,

representa um pólo de um processo dialético entre os quais a experiência é gerada. Psicopatologia pode ser pensada como um colapso dos modos de experiência gerados pelo interjogo dialético. Colapso na direção do modo autista-contíguo resulta em um aprisionamento tirânico em um sistema fechado de sensações corporais que impede o desenvolvimento do ‘espaço potencial’. Colapso na direção do modo esquizo-paranóide resulta em uma sensação de encarceramento em um mundo de coisas-nelas-mesmas onde o sujeito não pode experienciar a si mesmo como o autor de seus próprios pensamentos e sentimentos; ao invés disso, pensamentos, sentimentos e sensações são experimentados como objetos ou forças bombardeando, invadindo o sujeito (...). Colapso na direção do modo depressivo resulta na experiência de um sujeito alienado de suas sensações corporais e da proximidade e espontaneidade da experiência vivida (OGDEN, 1989, p. 77-78).

O conceito de posição autista-contígua nos oferece, portanto, uma interessante perspectiva da comunicação não verbal que constantemente se estabelece entre paciente e analista. O analista deverá estar atento para esta forma de experiência, principalmente com pacientes muito regredidos, que demonstram através de recursos não verbais aquilo que desejam comunicar.

Michael Balint foi um dos autores que mais demonstrou interesse pela comunicação não verbal que ocorre no processo analítico. Intimamente ligado às postulações ferenczianas, ele acentua a ideia de que o analista deve “aceitar”, “sentir com”, “tolerar”, e “lidar com” o paciente e os sentimentos com os quais ele está lutando, pedindo ao analista que os reconheça. Balint critica a tendência psicanalítica de interpretar tudo o que se passa na transferência. Ele aponta para o fato de que há uma diferença entre a análise de pacientes que se encontram em um nível edípico e aqueles em situação regressiva ao nível do que ele chamou de falha básica.

existe uma diferença, que é mais uma diferença de atmosfera, de humor. Essa diferença afeta tanto o paciente como o analista, o qual não é tão perspicaz para ‘compreender’ tudo de imediato e, particularmente, em ‘organizar’ e modificar tudo que for desejável, por meio de suas corretas interpretações. De fato, é mais tolerante com os sofrimentos do paciente e capaz de lidar com eles – isto é, de admitir sua relativa impotência – em vez de esforçar-se por ‘analisá-los’, para demonstrar sua onipotência terapêutica (Balint, 1968/1993, p. 169).

Sobre este viés, Balint (1968) pontua que a técnica kleiniana de “interpretações consistentes” representaria um *acting out* contratransferencial, já que o analista estaria muitas vezes respondendo de maneira inadequada às angústias do paciente.

Em seu livro *Thrills and regressions* (1959), o autor expõe a ideia de substâncias amistosas, ou seja, a relação que elementos como água, terra, fogo e ar tem com o desenvolvimento infantil. Tais substâncias, na concepção de Balint, fazem parte de um mundo mais primitivo, onde as sensações corporais, gostos e cheiros prevalecem, e é daí que, gradualmente, os objetos nitidamente contornados emergem. Para ele certas funções operam desde o nascimento: “nós sentimos gostos e cheiros dentro de nosso corpo – dentro de nossa boca ou dentro de nosso nariz; além disso, as sensações em si mesmas, com mais frequência, não têm nada a ver com objetos, apenas com substâncias” (BALINT, 1959, pág. 63). Nestas experiências sensoriais observamos uma intensa interação entre o indivíduo e o mundo externo. O mesmo tipo de mistura ocorre com a sensação de

temperatura; o frio e o calor são em parte sentidos como advindos de fora e em parte sentidos como um estado de nosso próprio corpo.

A forma como Balint valoriza as emoções e sensações corporais vivenciadas na infância e mais tarde, na vida adulta, principalmente no processo analítico, aponta para uma série de formulações posteriores acerca da noção de intersubjetividade, relação paciente/analista e comunicação não verbal, presentes em seu último livro *A falha básica* (1968). Nele, Balint considera que as substâncias harmoniosas interpenetrantes, experienciadas pelo bebê no início da vida, na relação com a mãe, retornam na relação com o analista. O ponto de vista proposto pelo autor denota que em um mundo de misturas e mesclas, não existem ainda objetos diferenciados, mas apenas substâncias ou expansões ilimitadas, com as quais o indivíduo se relaciona, “onde *self* e o entorno encontram-se harmoniosamente misturados” (PEIXOTO JUNIOR, 2003, p.25).

A intensa relação com pacientes em estado de regressão levou Balint a pensar que tipo de relação objetal primitiva e – provavelmente pré-verbal – o analista deve levar em consideração, aceitar ou oferecer a tais pacientes. Em suas palavras:

[O analista] deve permitir que seus pacientes se relacionem ou existam com ele, como se fosse uma das substâncias primárias. Isto quer dizer que o analista deve sustentar o paciente não ativamente, mas como a água suporta o nadador, ou a terra, o caminhante, isto é, estar presente para que o paciente o utilize sem muita resistência a ser usado (BALINT, 1968/1993, p. 153).

Nestes termos, o analista deve assumir verdadeiramente o papel das substâncias primárias de seu paciente, estando presente, percebendo e suportando sua importância e seu peso. O analista, na concepção balintiana, não deve se preocupar em manter limites muito rígidos entre ele e o paciente, ou seja, a existência independente não se configura como condição *sine qua non* absoluta da experiência analítica.

Este modo de encarar as primeiras relações do recém-nascido com o mundo e a importância atribuída ao papel materno no âmbito da mistura harmoniosa presente nas condições iniciais da vida se assemelha as vivências da díade mãe-bebê, descrita por Winnicott como uma experiência de mutualidade. Nela a mãe consegue compreender as necessidades do seu bebê através de uma sintonia afetiva e sensorial, que está aquém da linguagem verbal. Como vimos no capítulo anterior, o conceito de *reverie* materna exposto por Bion também indica

que a capacidade da mãe de sonhar seu bebê é essencial para a constituição psíquica dele, uma experiência prioritariamente não verbal. Na seção seguinte veremos como as vivências características do modo autista-contíguo se manifestam e se organizam no *setting* analítico e principalmente na relação entre analista e analisando.

3.3.

O espaço analítico e a comunicação não-verbal

A partir das concepções de Ogden sobre a posição autista-contígua, portanto, abordaremos agora como o analista ouve aquilo que o paciente deseja comunicar, mas que se encontra fora do registro simbólico e da esfera verbal. Para isso delinaremos as nuances do que usualmente chamamos de espaço analítico, onde todas as sensações, pensamentos e sentimentos são depositados, não apenas pelo paciente, mas também, ao menos em parte, pelo próprio analista.

Segundo Civitarese (2008), autores tais como Winnicott (1956) e Bleger (1967) podem ser considerados aqueles que mais contribuíram para a teoria moderna a respeito do *setting*. Enquanto para Winnicott, em muitos casos, o *setting* é mais importante do que a interpretação propriamente dita, sendo visto como um componente do sistema analista/ambiente em casos de deficiências primárias do ego, para Bleger, sua importância reside nas constantes dentro das quais se desenrola a terapia analítica. Ele nos apresenta a hipótese intrigante de que a principal função da interpretação não reside tanto em tornar consciente o que está inconsciente e sim em preservar o *setting*. Se Winnicott enxerga *setting* e interpretação como ferramentas distintas do processo analítico, Bleger as vê como complementares, uma servindo a outra. A diferença entre ambos reside na concepção de cada autor a propósito do enquadre analítico e de seus componentes. Bleger nos mostra que devemos incluir no enquadramento psicanalítico “o papel do analista, o conjunto de fatores espaciais (ambiente) e temporais, e parte da técnica (na qual incluímos o estabelecimento e a manutenção de horários, honorários, interrupções planejadas, etc)” (BLEGER, 1967, p. 311). Por este motivo, o autor afirma que a interpretação deve atender à manutenção deste

espaço, incluindo questões relacionadas ao contrato analítico, para que o paciente sintasse-se seguro e amparado pelas molduras que servem como contenção.

A ideia proposta por Bleger e Winnicott é a de que o enquadramento (*setting*) remonta a simbiose vivida entre mãe e bebê, ou seja, o que é depositado nele faz referência ao estado de não-diferenciação outrora vivenciado pela díade. Ambos abordam o início das experiências humanas a partir de um estado simbiótico. Ao comentar as concepções destes autores, Civitarese conclui que, tanto Winnicott como Bleger concordam que:

o ponto de partida do desenvolvimento humano é um estado de fusão primitiva no nível estrutural, que inclui sempre o sujeito e o ambiente, embora como entidades não claramente diferenciadas. No nível fenomenal ou comportamental, este estado também pode ser descrito como simbiótico (CIVITARESE, 2008/2010, p. 23).

Thomas Ogden, em seu livro *Projective identification and psychotherapeutic technique* (1982), demonstra através da ideia de identificação projetiva, como conteúdos não assimilados pelo paciente em sua vida infantil reaparecem na relação com o analista, e como o analista, por sua vez, precisa ampliar suas capacidades de elaboração para devolver estes conteúdos de forma mais assimilável ao paciente. O trabalho do analista, neste caso, certamente não exclui o uso da interpretação verbal. Porém, o foco nestas circunstâncias recairá sobre o esforço do terapeuta para achar uma forma de *falar com* e *estar com* o paciente. Ferenczi, em 1928, já havia alertado para a necessidade de se pensar sobre a postura do analista no *setting* analítico, identificando o tato como ferramenta essencial do analista. Segundo ele: “*O tato é a faculdade de ‘sentir com’ (Einfühlung)*” (FERENCZI, 1928/2011, p. 31, grifado do original). Entende-se por isso, a capacidade do analista de, com a ajuda de seu saber, conseguir tornar presentes as associações possíveis ou prováveis do paciente, que ele ainda não percebe. Trata-se de “adivinhar” não só os pensamentos retidos, mas também as tendências que são inconscientes para o analisando. Ferenczi nos mostra que “sentir com” o paciente pode ser, em muitos momentos, mais importante do que as interpretações – utilizadas com exagero por certos analistas. Esta atitude se constituirá ainda como um meio através do qual o terapeuta poderá aceitar aspectos não integrados do mundo objetal interno do paciente, e retorná-los de uma forma aceitável com a qual ele possa aprender. O reconhecimento da identificação projetiva no *setting* marca o início de uma posição diferenciada do

analista em relação ao paciente e ao próprio enquadre psicanalítico. O analista passa a exercer, junto ao analisando, uma função de construção psíquica, experiencial e histórica, ao mesmo tempo em que os significados semânticos e os conteúdos interpretativos perdem seu protagonismo, dando lugar aos modos diferenciados de comunicação que levam em consideração ritmos, tons de voz, silêncios, etc.

A partir das teses de Fairbairn (1940) sobre a condição esquizoide da personalidade, Ogden demonstra como a posição autista-contígua pode ser pensada como “a zona vulnerável” ou “o lado mais obscuro” da organização deste tipo personalidade. Ele acrescenta às formulações de Fairbairn um novo aspecto presente na personalidade esquizoide. Segundo ele, além do medo e da expectativa provocada pelo mundo dos objetos externos – que são extremamente perigosos e tirânicos – há um estado predominantemente sensorial que se dá através de uma dimensão pré-simbólica, autocentrada e que esbarra nos limites da representação psíquica. Como vimos anteriormente, o modo autista-contíguo se constitui a partir de uma experiência rudimentar, já em seu nível relacional, mas ainda não propriamente objetual. Ela será fundada a partir dos ritmos das sensações prioritariamente corporais, como odor, sensações musculares e táteis, calor, paladar, elementos sonoros, etc. Sendo assim, o sujeito que vive a condição esquizoide torna

o presente uma mera ‘re-atuação’ (*re-enactment*) do passado, usando objetos externos como acessórios para a re-criação do drama interno de um tempo perdido (...). Ele sabe inconscientemente que é um ator preso em seu próprio drama interno, e como resultado experimenta profundos sentimentos de futilidade e vazio (OGDEN, 1989, p. 85-86).

De acordo com Fairbairn e Klein, o sujeito esquizoide tem como principais recursos defensivos a cisão do ego (*splitting*) e a identificação projetiva. Essas serão, por sua vez, as armas com as quais ele se defenderá do mundo externo e dos objetos persecutórios à sua volta, para que o mundo interno possa ser preservado. Este modo de defesa se configura como um recurso extremamente primitivo, o que dá a suas relações objetais um caráter primário, onde o objeto não poderá ser visto e tratado como total. Na concepção de Fairbairn, a pulsão não visaria única e exclusivamente à descarga, tal como postulou Freud; ela estaria voltada para a busca do objeto, desde o início da vida. Sua ideia é a de que o bebê

já nasce orientado para os objetos, delegando à descarga a função de mitigar o fracasso deste objetivo, que seria, em última instância, o encontro com o objeto gratificante. Deste modo, a dor de depender de um objeto que está física e emocionalmente ausente na maior parte do tempo, leva a criança a estabelecer objetos internos dentro de si, para que ajam como “substitutos e ‘soluções’ para relacionamentos não satisfatórios com objetos externos reais” (PEIXOTO JUNIOR, 2014, p. 88). Na ânsia de preservar a ilusão de bondade dos objetos externos – por mais ausentes, caóticos e invasivos que possam ser – a criança separa e internaliza os maus aspectos parentais, vendo-se como má. Sendo assim, ela adquire a segurança externa à custa do sacrifício de sua segurança interna. A cisão do ego dispara o que Ferenczi (1928) chamou de identificação com o agressor: ao ver-se desamparada e abandonada à própria sorte, a criança internaliza a culpa e se toma como a responsável de todos os males infringidos a ela. Esta forma cindida e compensatória de estabelecer relações com objetos (internos e externos) possui características patológicas, na esfera do que Fairbairn nomeou de sofrimentos esquizoides. Ele sustenta a ideia de que qualquer bebê percebe os limites na capacidade que sua mãe possui para amá-lo, sendo esta percepção um fator traumático por si só. Por este motivo, o autor acredita que certo grau de cisão do ego sempre estará presente em níveis mais ou menos profundos em todo o ser humano, apontando para uma concepção onde o desenvolvimento psíquico precoce é guiado por

uma teoria do trauma segundo a qual o bebê, em diversas medidas, é traumatizado por sua percepção realista de que ele depende totalmente da mãe cuja capacidade de amá-lo atingiu o seu limite. (...). Fairbairn acredita no primado da realidade externa e no papel secundário da fantasia inconsciente, ao passo que Klein acredita no papel primário da fantasia inconsciente e no efeito secundário da realidade externa (OGDEN, 2012/2014, p. 93).

Entretanto, o psicanalista escocês retoma o pensamento de Klein quando afirma que “a posição básica da psique é invariavelmente uma posição esquizoide” (FAIRBAIRN, 1940/1980, p. 7). Na relação com o analista será possível verificar o grau de profundidade em que se encontra a cisão do ego através do tipo de relação que se estabelecerá entre o par analítico. O que difere no pensamento de Klein e Fairbairn para o de Ogden é que, para o último, os fenômenos esquizoides possuem sua raiz em um momento mais primitivo do que aquele identificado pelos dois primeiros autores. Para Ogden, a origem da

condição esquizoide reside nos modos autista-contíguos de dar sentido à experiência, um modo onde a relação com o objeto existe apenas em potencial. Baseando-se em Michael Balint, Ogden mostra sua concepção em relação aos estados esquizoide e o desafio imposto por tais pacientes à psicanálise:

Praticamente todos os nossos termos técnicos descrevem o período inicial da vida mental como sendo derivado de fenômenos objetivos e/ou experiências subjetivas da esfera 'oral'; (...). Infelizmente, temos quase que completamente negligenciado o enriquecimento do nosso conhecimento sobre estes fenômenos muito iniciais, muito primitivos, criando noções teóricas e cunhando termos técnicos utilizando as experiências, as imagens, e as implicações de outras esferas. Tais esferas são, dentre outras, sentimentos de calor, movimentos e barulhos rítmicos, balbucios indefinidos, os efeitos irresistíveis e esmagadores de sabores e cheiros, do contato próximo corporal, de sensações musculares e táteis, especialmente nas mãos, e o poder inegável de qualquer e todas essas sensações provocarem e aplacarem ansiedades e desconfianças, contentamento e solidão desesperada (BALINT apud OGDEN, 1989, p. 91-92).

Desde os estudos com crianças autistas feitos por Meltzer (1975), Tustin (1972, 1981, 1986), Bick (1968, 1986), Mahler (1952) e Marcelli (1983, 1986), até os estudos referentes à condição esquizoide formulados por Fairbairn (1952), Winnicott (1960, 1974) e Guntrip (1992), pôde-se observar que a relação entre paciente e analista nestes casos se configura de uma maneira bastante diferente daquelas anteriormente descritas pela psicanálise clássica. Além disso, os modos de comunicação presentes durante as sessões com pacientes deste tipo ultrapassam a barreira da linguagem verbal, colocando em destaque outras possibilidades de escuta clínica por parte do analista. Desta forma, não é só o paciente regredido ou severamente traumatizado que recorre a outros recursos de comunicação – geralmente de maneira inconsciente. Também o analista passa a buscar em suas experiências pessoal e intersubjetiva, recursos não convencionais para ouvir, elaborar, representar e, por fim, devolver algum material ao paciente. Neste movimento, antes de tudo, ele revive junto com o paciente um momento simbiótico – ou na linguagem de Ogden, uma experiência autista-contígua – permitido pelo espaço analítico. Neste sentido, as concepções de Bleger (1967) e Winnicott (1947, 1954, 1955, 1956) sobre o *setting* se complementam, pois se por um lado faz-se necessário que o analista seja maleável, servindo de objeto/receptáculo dos medos, traumas e angústias do paciente, por outro, os padrões determinados pelo enquadramento analítico também servirão para manter

os ritmos de segurança, vistos como uma distribuição harmoniosa e regular do ambiente analítico. Segundo Civitarese:

Os elementos materiais e formais do *setting* são, em minha opinião, aqueles que, em virtude de sua concretude, da recorrência invariante e do caráter de não-processo, são os mais adequados para servir como o lugar onde as necessidades de adesividade simbiótica podem ser depositadas (CIVITARESE, 2008/2010, p. 28).

O que se torna evidente na concepção destes autores é que a fantasia de fusão no decorrer da vida é importante para a saúde mental, de modo que todos concordariam em afirmar que uma verdadeira relação afetiva não pode existir se não for baseada também em uma fantasia de fusão. Para Civitarese (2008) o que protege o indivíduo da patologia é, em última instância, a sua capacidade de alternar entre continuidade e descontinuidade. Desta forma, é possível constatar a função continente da fusão, tanto no desenvolvimento infantil com a mãe, como na relação analítica com o analista. Ao afirmar que “qualquer separação só pode existir em uma relação dialética com a fusão” (Civitarese, 2008/2010, p. 48), Civitarese se aproxima da concepção winnicottiana de que só será possível conquistar alguma independência se houver a possibilidade de viver estados simbióticos e de dependência absoluta com um objeto primordial. Esta alternância é que dará ao sujeito a capacidade para viver a separação de forma tranquila, e não devastadora e aniquilante. Há em Winnicott (1958, 1962, 1963, 1968) a ideia de que o isolamento pessoal é uma faceta essencial da experiência de estar vivo, ou seja, uma condição necessária para a saúde psicológica. Para que esta experiência ocorra, é preciso que o bebê tenha podido vivenciar a dialética *de estar-em-um e estar separado* do objeto, de forma rítmica e gradual, mantendo o paradoxo de que o objeto é sempre, e ao mesmo tempo, encontrado e criado pelo bebê. Ogden, retomando o pensamento winnicottiano sobre o isolamento pessoal, destaca outra forma de isolamento, mais primitivo, e que promove experiências de desconexão. Este tipo de isolamento, ligado ao modo autista-contíguo, caracteriza-se como um sistema sensorial autogerado, que substitui a mãe-como-ambiente em sua função de apresentar o mundo externo ao bebê. Este sistema cria uma matriz sensorial autônoma que predominará nos modos de relação posteriormente estabelecidos na vida adulta.

É sobre estes tipos de pacientes, que funcionam a partir de modos autista-contíguos predominantes, que Ogden e outros psicanalistas pensam a clínica e a

relação analítica. Ao formular a ideia de ação interpretativa, Ogden mostra como há algo da comunicação analítica que subverte a lógica verbal, colocando no ato o efeito interpretativo. Em suas palavras:

Entendo por ação interpretativa (ou ‘interpretação-em-ação’) a comunicação que o analista faz ao analisando de sua compreensão de um aspecto da transferência-contratransferência, por intermédio de uma atividade outra que não a simbolização verbal. (...) As vezes, a atividade do analista (como meio para a interpretação) adota a forma de uma ‘ação verbal’. (...) As vezes, a ação interpretativa implica a voz, mas não palavras (por exemplo, a risada do analista) (OGDEN, 1994f/1996, p. 104).

As ações do analista seriam, portanto, veículos interpretativos que transmitem ao paciente aspectos específicos da relação. Na compreensão de Ogden, a interpretação é uma forma de relação de objeto ao mesmo tempo em que a relação de objeto se configura, em certa medida, como uma forma de interpretação. No sentido de que cada relação de objeto transmite um aspecto da compreensão do sujeito sobre o conteúdo latente da interação com o objeto. O autor aponta que o analista deve formular para si, de maneira consistente, os desdobramentos de sua ação interpretativa em termos verbais. A ausência deste esforço pode representar um *acting out* por parte do analista, sem auto-reflexão e contorno simbólico – o que irá se aproximar das demandas e atitudes do paciente.

A ideia de Ogden sobre ação interpretativa, juntamente com seus modos de pensar a escuta e a comunicação presentes na clínica, estão intimamente ligados com o conceito amplamente desenvolvido por ele e nomeado “*Terceiro analítico intersubjetivo*”. As experiências até agora citadas e comentadas, aparecem e servem de base para a operação daquilo que Ogden acredita acontecer na experiência do e no *Terceiro analítico*. No próximo capítulo veremos como este conceito se articula com as ideias apresentadas até o momento e quais os desafios proporcionados pela clínica psicanalítica contemporânea através das experiências do analista e do analisando.

4. O terceiro-analítico intersubjetivo: novas modalidades de comunicação e escuta psicanalíticas

Neste capítulo nos dedicaremos à descrição do conceito de *terceiro analítico intersubjetivo*, elaborado por Thomas Ogden, relacionando-o com os aspectos da comunicabilidade e da escuta na clínica psicanalítica. Frente ao gradual surgimento de pacientes com patologias que se encontram fora das estruturas freudianas clássicas, a clínica psicanalítica deparou-se com dificuldades técnicas para lidar com tais personalidades. O *setting* analítico é resgatado na literatura psicanalítica por teóricos que, diante das dificuldades de manejo enfrentadas com pacientes difíceis, procuram nele a fonte dos impasses e entraves transferenciais. A contratransferência, por sua vez, ganha novos contornos, sendo vista não mais como um empecilho ao processo analítico, mas sim como uma ferramenta fundamental para as percepções do analista sobre o campo transferencial e a relação do par analítico.

O terceiro analítico intersubjetivo postulado por Ogden nos fornece subsídios para pensar nos alargamentos da capacidade do analista para tolerar, manter e sustentar a criação da construção intersubjetiva dentro do *setting* analítico. Será, em parte, por esse caminho – ou seja, pela análise da contratransferência – que o analista terá acesso a natureza dos estados de ser que formam a base do mundo interno do paciente.

4.1.

O terceiro-analítico Intersubjetivo

No livro *Os sujeitos da psicanálise* (1996), Thomas Ogden demonstra de forma aprofundada a trajetória da dimensão intersubjetiva na clínica psicanalítica, oferecendo ao leitor sua contribuição no que tange aos modos de afetação mútua que ocorrem entre analista e analisando ao longo do processo analítico; é da relação estabelecida por esta díade que surge o conceito amplamente elaborado neste livro de *terceiro analítico intersubjetivo*. Traçando um percurso que vai

desde a concepção freudiana do sujeito (1994a) até a inauguração da noção de um sujeito intersubjetivo que o autor aponta em Winnicott (1994c) – sem deixar de salientar as contribuições kleinianas (1994b) e as revisões e criações teóricas de Bion (1994d) – Ogden introduz o conceito de terceiro analítico com o intuito de aprofundar as questões sobre teoria e técnica psicanalíticas, mostrando como a psicanálise, desde seus primórdios funciona em uma lógica dialética. Em Freud, Ogden encontra a dialética entre consciência e inconsciente, expondo que “o discurso entre inconsciente e consciência não só é possível como a própria existência de cada um depende do outro” (OGDEN, 1994b/1996, p. 16). Em seguida, ele completa: “Em outras palavras, não vivemos duas vidas (uma consciente e outra inconsciente) simultaneamente; vivemos uma única vida, constituída pela inter-relação entre os aspectos conscientes e (dinamicamente) inconscientes da experiência” (Ibidem, p. 17).

Sobre a teoria kleiniana, Ogden expõe que a dialética presente na ideia de posições (vista no capítulo anterior deste trabalho) compreenderá o sujeito como inserido em uma lógica de desenvolvimento sincrônico combinada a uma lógica diacrônica. Segundo ele, o conceito de posições comporta uma característica diferente do conceito de fases, assim como entendida por Freud no decorrer de seu trabalho sobre o desenvolvimento libidinal. Ao criar este conceito, Klein pontua: “Escolho o termo ‘posição’ (...) porque esses grupos de angústias e defesas, embora apareçam durante os estágios mais iniciais (da vida), não se restringem a eles” (KLEIN apud OGDEN, 1994b/1996, p. 30). Da mesma forma, outra concepção dialética da subjetividade pode ser encontrada na ideia da identificação projetiva. Segundo Ogden, este é o conceito que mais se refere ao componente interpessoal da dialética de dispersão e integração, de negação e criação do sujeito. Em Klein já é possível observar a dimensão intersubjetiva do processo de identificação projetiva, mas será com Bion (1959, 1962a, 1962b) que o aspecto dialético do fenômeno será amplamente desenvolvido, passando a representar um acontecimento psicológico interpessoal. Os conceitos bionianos de *continente-conteúdo* (BION, 1962a, 1962b) e o estado psicológico denominado *reverie* (BION, 1962a) ancoram-se em uma concepção da identificação projetiva como algo que se encontra para além de uma compreensão linear e sequencial (BION, 1959). Ambos os conceitos trazem para a discussão o aspecto intersubjetivo da experiência humana, colocando a mãe/analista em um lugar mais participativo. Na

ideia de continente-conteúdo, a função α será uma atribuição da mãe e posteriormente do analista. O exercício desta função permitirá a construção de um campo intersubjetivo entre o sujeito e o outro. Do mesmo modo, a capacidade para *reverie* – necessária ao exercício da função α – só é possível graças à disponibilidade da mãe/analista para sonhar, através de um estado de calma receptividade para sentir, acolher e dar significado, aquilo que chega do bebê/paciente, inicialmente sem sentido. Apesar da teoria de Klein não contemplar claramente os aspectos intersubjetivos da experiência humana, ela aponta um caminho que, posteriormente, será ampliado e desenvolvido nas linhas do que hoje entendemos como campo intersubjetivo, e que foi desenvolvido por autores de base declaradamente kleiniana como Winnicott, Bion, Fairbairn, dentre outros.

Para uma compreensão mais didática do conceito de terceiro analítico retornaremos novamente às contribuições de Winnicott. Em sua perspectiva, a ideia paradoxal de estar-em-um e estar separado, encontrada na base do pensamento intersubjetivo, está clara e bem definida. Todo o pensamento winnicottiano se define a partir desta lógica, onde o sujeito jamais se constituirá por si só, de maneira autoengendrada. A lógica winnicottiana é fundamentalmente paradoxal e não exatamente dialética tal como postula Ogden. O autor tenta esclarecer esta questão quando afirma: “Minha própria concepção da intersubjetividade analítica coloca uma ênfase central na sua natureza dialética (...). Essa compreensão representa uma *elaboração* e *extensão* da noção de Winnicott (1960a), de acordo com a qual ‘um bebê é algo que não existe (separado dos cuidados maternos)’ (p.39, nota de rodapé)” (OGDEN, 1994d/1996, p. 59, grifos nossos). Em seguida ele completa:

A afirmação de Winnicott acima citada é, *acredito eu*, intencionalmente incompleta. Ele supõe estar subentendido que a ideia de que um bebê é algo que não existe é alegremente hiperbólica, e representa um elemento de uma afirmação *mais amplamente paradoxal*. Desde outra perspectiva (*do ponto de vista do outro ‘polo’ do paradoxo*), um bebê e uma mãe são coisas que obviamente existem e constituem entidades físicas psicologicamente separadas. A unidade mãe bebê coexiste em tensão dinâmica com a mãe e o bebê em suas qualidades de seres separados (Ibidem, p. 59, grifos nossos).

No desenvolvimento teórico de Ogden observa-se que o uso da palavra dialética para definição da lógica de pensamento winnicottiana é uma leitura particular do autor em relação ao que ele compreende como característico do

processo analítico. Ogden aponta sutilmente a diferença entre os termos dialética e paradoxo, mas não deixa clara, ao longo do seu texto, a causa que o levou a preconizar um termo sobre o outro. De todo modo, uma visão dialética da constituição subjetiva contempla a existência separada de duas mentes/ideias que se influenciam mutuamente. Já na visão paradoxal, a conjugalidade entre duas mentes/ideias aparentemente contrárias é necessária para que elas existam plenamente, ou seja, uma não existe sem a outra assim como Winnicott acredita acontecer na relação mãe-bebê.

Na leitura de Ogden, haverá sempre uma *tensão dialética* entre presença e ausência, entre semelhança e diferença, sendo a sustentação destas aparentes oposições que construirão um espaço entre o sujeito e seu outro primordial. Este espaço potencial gera uma área de reflexão, onde o sujeito pode ser, pensar e sentir. Neste sentido

Winnicott afirma que o que a mãe parece para o bebê “está relacionado”, não é o mesmo do que a mãe vê no bebê. O espelhamento, então, não é uma relação de identidade; é uma relação de relativa semelhança e, portanto, de relativa diferença. No seu papel de espelho, a mãe (por meio do seu reconhecimento e identificação com o estado interno do bebê) permite que o bebê se veja como um Outro (ou seja, se veja a uma certa distância de seu self que observa, experiencia). (...) em outras palavras, a mãe, no seu papel de espelho, proporciona terceiridade que possibilita a divisão do bebê num sujeito observador e num sujeito-como-objeto com um espaço de reflexão entre ambos (OGDEN, 1994c/1996, p. 48-49).

Na concepção de Ogden, o sujeito auto-reflexivo de Winnicott é simultaneamente constituído e descentrado de si mesmo. É sob esta perspectiva que Ogden cunha o conceito de *terceiro analítico*. Ou seja, é prioritariamente sob a ótica dialética da intersubjetividade que Ogden entende a dinâmica do processo analítico. Ele não descarta a noção de paradoxo privilegiada por Winnicott, mas acredita que a relação analítica deve contemplar também um aspecto de separação entre o sujeito e o outro e não só o da união entre ambos. Apesar de o paradoxo winnicottiano abarcar a ideia de o sujeito estar separado de seu objeto em certa medida, o que se encontra no cerne do seu pensamento é a construção de uma unidade-dual mãe-bebê que recai o foco sobre pólo da unidade. O que Ogden tenta nos mostrar é que já existiria em Winnicott uma concepção embrionariamente dialética – mesmo esta não tendo sido uma discussão proposta pelo psicanalista britânico no que se refere à relação analítica. Portanto, será calcado nas concepções de Klein e Bion, mas, sobretudo nas de Winnicott, que

Ogden trará para o campo da discussão psicanalítica as trocas dinâmicas entre a subjetividade do analista e a do analisando como pessoas separadas, combinadas à intersubjetividade formada pela díade.

Da mesma forma que Ogden enxerga na noção winnicottiana uma lógica dialética subjacente – já que uma mãe e o bebê são coisas que existem e constituem entidades físicas e psicologicamente separadas – a ideia de terceiro analítico também se guia por esta dinâmica. Ela parte do pressuposto de que “a intersubjetividade do analista-analisando coexiste em tensão dinâmica com o analista e analisando como indivíduos separados, com seus próprios pensamentos, sentimentos, sensações, realidade corporal, identidade psicológica, etc” (OGDEN, 1994d/1996, p. 59). Sendo assim, esta terceira subjetividade é produto de uma dialética única gerada pelas subjetividades separadas do analista e analisando e a intersubjetividade produzida e vivenciada pela dupla dentro do *setting* analítico; “a intersubjetividade e a subjetividade criam, negam e preservam uma a outra” (OGDEN, 1994d/1996, p. 59). O autor tenta descrever, através de exemplos de sua própria clínica, um pouco da maneira como sua experiência como analista (inclusive os funcionamentos subjacentes de sua mente, quase imperceptíveis e muitas vezes mundanos) “é contextualizada pela experiência intersubjetiva criada pelo analista e pelo analisando” (OGDEN, 1994d/1996, p. 70). Sendo este conceito um derivativo da experiência analítica interpessoal, faz-se necessária a exposição de casos clínicos que possam ilustrar de maneira efetiva a operacionalidade do conceito proposto por Thomas Ogden.

A partir de uma vinheta clínica denominada “a carta roubada”, Ogden demonstra como a experiência do terceiro analítico é vivenciada pela dupla analítica dentro do *setting*. Em uma sessão com Sr. L, Ogden se percebe olhando para um envelope no qual vinha fazendo anotações pessoais ao longo da semana. Até aquele momento ele não havia notado que este envelope fazia parte de uma mala direta, enviada por um colega da Itália, contendo um assunto confidencial e delicado. Ogden descreve como sua percepção em relação às características do envelope vai intensificando e como suas fantasias vão se tornando mais complexas e fugazes. Ele sentia que nenhum desses pensamentos parecia sequer arranhar a superfície do que estava ocorrendo entre o Sr. L. e ele: “eu me sentia passando pelos movimentos da análise da contratransferência, de um modo que parecia forçado” (OGDEN, 1994d/1996, p. 62). Paralelo a isso, Ogden nos

esclarece sobre pontos importantes da análise de Sr. L., que ao longo de seu tratamento vinha relatando sentimentos relacionados a não se sentir pertencente ao seu núcleo familiar. Ao chegar em casa via os filhos e a mulher mas não os sentia como *seus* filhos e *sua* mulher, nem que aquela era a *sua* casa. Ogden considera a ideia de que sua própria experiência durante a sessão poderia ser pensada como uma forma de identificação projetiva, na qual ele participava da experiência do paciente “de seu desespero por ser incapaz de discernir e vivenciar uma vida interior, que parecia jazer por traz de uma impenetrável barreira” (Ibidem, p. 64). Esta afirmação fazia sentido apenas intelectualmente, ao passo que deu prosseguimento a uma série de pensamentos narcísicos que foram interrompidos pela constatação de que seu carro estaria pronto para ser retirado da oficina naquele dia. A oficina na qual Ogden houvera deixado seu carro, fecharia às 18 horas, levando-o a rumações de que deveria se preocupar em terminar a última sessão do dia as 17h:50. Ao longo deste devaneio ele vislumbra-se parado diante das portas fechadas da oficina. Neste momento sente um forte desamparo e uma intensa raiva em relação ao dono da oficina. Ao voltar a escutar de modo mais concentrado o que Sr. L. estava dizendo, ele se esforça para juntar as coisas que o paciente vinha discutindo.

A imersão da esposa no trabalho e a exaustão que ambos sentiam no fim do dia; a crise financeira do cunhado e sua iminente falência; uma experiência durante a prática de jogging, em que o paciente quase teve um acidente com uma motocicleta que estava sendo dirigida imprudentemente. Eu poderia ter tomado qualquer uma dessas imagens como símbolo de temas que tínhamos discutido previamente, inclusive o próprio isolamento que parecia permear tudo que o paciente dizia, assim como a desconexão que eu sentia tanto em mim mesmo quanto no Sr. L. Todavia, decidi não intervir porque sentia que se tentasse fazer uma interpretação naquele momento, estaria apenas repetindo e dizendo algo apenas para me assegurar que tinha algo a dizer (Ibidem, p. 65).

Todas estas fantasias, pensamentos e sentimentos, assim como às sensações associadas a eles, fazem com que Ogden lembre-se de algo que o paciente havia relatado meses atrás. Ele havia dito que se sentia mais próximo do analista quando o mesmo errava do que quando dizia coisas que pareciam corretas. Havia ali uma busca do paciente por algo humano e pessoal no trabalho analítico conjunto. Ele se lembra da descrição que o Sr. L. fizera de sua mãe, como alguém que banalizava suas dificuldades emocionais, alguém incapaz de – e indisponível para – reconhecer a vida interna do paciente. “Havia algo que o

assustava e que ela se recusava a perceber, se identificar ou até a ter curiosidade em saber” (OGDEN, 1994d/1996, p. 67).

Toda a cadeia de pensamentos do Sr. L. parecia agora uma reflexão das tentativas inconscientes de falar sobre seu sentimento de que a análise estava esvaziada, falida e morrendo. Havia uma sensação sendo vivenciada pelo paciente de que os dois (analista e paciente) não estavam falando um com o outro de forma viva, havendo, em contraposição uma incapacidade do analista “ser com ele outra coisa, além do mecânico”, assim como o paciente era incapaz de ser humano com o analista. Neste momento, a percepção de Ogden volta-se para o fato de como ele e o Sr. L. haviam despendido um tremendo esforço para impedir que a análise caísse no desespero, em decorrência do fato de que um “trabalho mental angustiado” havia com tanta frequência ocupado lugar nas sessões, preenchendo um espaço que agora poderia ficar vazio e promovendo uma sensação de alívio e repouso. O silêncio do Sr. L. no final da sessão demonstra como, neste momento, o analista não se sentiu pressionado a falar, diferentemente do que estava acontecendo anteriormente.

Um caso da minha clínica pessoal parece ilustrar ainda mais a experiência de *terceiro analítico intersubjetivo* proposta por Ogden. Aqui não se trata de delinear precisamente os desenvolvimentos da análise deste paciente, mas sim de trazer para a discussão outros elementos que enriquecerão a compreensão do assunto proposto.

Há aproximadamente dois anos R. vem se tratando comigo. No início suas sessões eram uma vez na semana e nos últimos 7 meses R. concordou em passarmos para duas vezes na semana, devido ao aumento considerável de suas ansiedades diante das obrigações da vida. Em uma determinada sessão, R. havia me perguntado se eu ficaria chateada caso ele viesse a “parar de frequentar as sessões de análise”. Neste momento silencieei e logo em seguida respondi que não. A sessão continuou, porém havia uma espécie de desconforto no ar. Mais para o final da sessão retomei este assunto dizendo que não ficaria chateada, mas sim pesarosa por acreditar que estávamos conseguindo, juntos, realizar conquistas consideráveis. Neste momento, ele se cala, levanta-se da cadeira e vai embora, visivelmente irritado. Levanto-me logo em seguida e o levo à porta, despedindo-me. Nos últimos meses, as sessões de R. vinham sendo exaustivas, tanto para mim quanto para ele. R. irritava-se facilmente com o que eu dizia, mesmo diante de

perguntas aparentemente simples ou observações corriqueiras. Os silêncios passaram a ser mais constantes e cada vez mais angustiantes.

Um dia antes de sua próxima sessão ele me envia uma mensagem de texto desmarcando-a. Dois dias depois manda outra mensagem dizendo que também não iria à sessão seguinte. Após algumas tentativas fracassadas de nos falarmos por telefone, eu lhe envio uma mensagem, dizendo que estaria no consultório, no horário de sua sessão, aguardando-o, caso ele mudasse de ideia e resolvesse ir. Neste dia, chego ao consultório com antecedência e me deito no divã para ler um livro. Sinto-me sonolenta e entediada. Fecho os olhos e neste momento penso em R. (já que o horário de sua sessão estava se aproximando), fantasiando sobre o motivo dele não ter me respondido a última mensagem. Pensei que ele poderia estar querendo se mostrar indiferente ao meu recado, mas logo em seguida imagino que pudesse haver em sua atitude uma vontade de me surpreender. Também começo a pensar sobre o fim de semana que se aproxima e de como eu ficaria entediada e cansada com compromissos acadêmicos que pareciam intermináveis. O motivo do tédio que começou a me dominar não estava perfeitamente claro, mas não me dispus a ficar pensando sobre ele mais aprofundadamente neste momento. Acabei cochilando por menos de 5 minutos e fui acordada pela campainha. Sobressaltada, levantei e, após alguns segundos, atendi a porta. R. estava lá, visivelmente satisfeito em ter me surpreendido. Eu me mostrei surpresa e contente. Ao sentarmos, falei que estava feliz por ele ter conseguido vir à sessão. Ele me responde prontamente: “É! Achei que você poderia ficar entediada se eu não viesse”. Sorrio e pergunto o que havia acontecido para que ele desmarcasse a sessão anterior e quisesse desmarcar essa. Ele responde que fez “besteira” e ficou em casa dormindo a semana inteira, sem vontade de fazer nada. Logo em seguida pegou um bloco de papel, que parecia ser uma xerox de um caderno, e começou a lê-lo. Ficou estudando e permanecemos calados ao longo de toda a sessão, exceto por algumas frustradas tentativas minhas em estabelecer algum tipo de diálogo. Ele afirmou categoricamente que não queria conversar e preferia ficar calado. Eu mostrei que tudo bem e disse que estaria ali inclusive para acolher seu silêncio. Inicialmente fui tomada por um sentimento de raiva. As manipulações de R. estavam sendo exaustivas e eu me sentia imobilizada diante de suas encenações. Porém, após este primeiro momento, senti seu silêncio como a primeira ocasião onde não me vi angustiada

em ter que preencher o vazio com alguma pergunta ou interpretação igualmente vazia. A vontade verbalizada de R. de ficar em silêncio, me colocou em um lugar confortável. Em alguns momentos ele comentava o que estava lendo e eu me mostrava interessada naquilo que ele falava. Ele parecia conversar em voz alta com ele mesmo e dividir suas conclusões comigo, mesmo que de forma econômica.

Ao longo da sessão me dei conta que o fato de olhá-lo e prestar atenção naquilo que ele fazia “solitariamente” deixavam-no confortável, diferentemente das sessões anteriores onde ele sempre parecia inquieto e angustiado para que terminassem logo. Entendi que o tédio sentido por mim minutos antes de sua sessão poderia se ligar ao tédio que ele sentiu ao longo de toda a semana e que, naquele momento, um “mataria” o tédio do outro, sem que necessariamente precisássemos dialogar verbalmente. Minha reverie, depois que R. foi embora, me levou a pensar que havia em sua atitude uma tentativa de me testar para ver se eu realmente ficaria entediada com a sua presença silenciosa e claramente fora dos padrões. As últimas sessões com ele estavam sendo fortemente entediantes para mim, que sentia a análise empacada e muito angustiante. Senti que R. necessitava da minha presença viva mas não intrusiva, para que ele “não perdesse a atenção” naquilo que estava estudando. O tédio, presente ao longo das sessões aparentemente intermináveis com R., passou a se configurar como um objeto analítico (BION, 1962a; GREEN, 1975; OGDEN, 1994). Antes, o tédio aparecia apenas como sensação angustiante, um fato imobilizante do processo analítico deste paciente. A partir deste momento ele se incluiu em uma narratividade, ou seja, algo que estava tentando ser comunicado através do terceiro analítico intersubjetivo. R. estava tentando me mostrar como o processo analítico estava sem vida, e como eu, em minhas tentativas de interpretar ou perguntar certas coisas delicadas sobre seu passado, estava sendo insensível. O tédio também dizia respeito à sensação de R. de estar sempre lutando contra as lembranças dolorosas sem conseguir fazer com que elas o afetassem em menor proporção. A falta de atenção dos pais em relação aos sentimentos e vivências dolorosas pelas quais R. havia passado, além da desistência velada encenada por ambas as figuras parentais, também me remetiam a este tédio. Eu me sentia, em alguns momentos, repetindo a mesma atitude de cansaço e impaciência diante das atuações de R.,

que não cessavam em me testar, me dando sempre a sensação de “ouvir” de R. a pergunta “Será que você também vai se cansar de mim?”.

As duas ilustrações se apresentam como um esforço para transmitir uma sensação de movimento dialético de subjetividade e intersubjetividade no setting analítico. Durante os períodos de reverie – encontrados nos dois fragmentos clínicos – não só estados psicológicos que refletem a receptividade ativa do analista ao analisando, mas também uma coleção de estados que refletem a absorção narcísica do analista podem ser observados. Tanto no caso do Sr. L. como no de R., alguns elementos já estavam presentes no setting semanas antes, mas apenas em um dado momento eles puderam se configurar como um evento psicológico portador de significados que não existiam antes daquele momento. Para Ogden:

Essa concepção da experiência analítica é central para este ensaio; a experiência analítica ocorre no vértice do passado e do presente e envolve um ‘passado’ que está sendo recriado (tanto para o analista quanto para o analisando) por meio de uma experiência produzida entre analista e analisando (isto é, dentro do terceiro-analítico) (Ogden, 1994d/1996, p. 72).

Na compreensão de Ogden é fundamental que a situação analítica atraia vida para si e abra possibilidades de vida psíquica e psicossomática para seus habitantes. Ele nos fala sobre “aliveness”, entendido como a vivacidade do analista, e considerado como condição *sine qua non* para o processo analítico (OGDEN, 1995), termo que será tratado de forma aprofundada mais adiante. Por hora, nos deteremos no fato de que a ideia de *Terceiro analítico* comporta a compreensão da noção de identificação projetiva tal como exposta por Bion. Este propõe que a identificação projetiva seja fundamentada numa concepção da psicanálise como um processo no qual inúmeras formas de “terceiridades” intersubjetivas são produzidas e se mantêm em tensão dialética com as subjetividades do analista e do analisando como entidades psicológicas separadas. Ele acredita no processo de identificação projetiva como dotado de “uma dialética de sujeitos que se criam, negam e preservam mutuamente, cada um deles permitindo ser ‘subjugado’ pelo outro, ou seja, negado de tal forma que, por intermédio do outro, torne-se um terceiro sujeito (o sujeito da identificação projetiva)” (Ogden, 1994e/1996, p. 96). Esta experiência analítica terá o poder de modificar as subjetividades do analista e do paciente como sujeitos separados. Desta forma, ela comporta um paradoxo central: os indivíduos envolvidos nesta

forma de relação subjugam-se inconscientemente a um terceiro intersubjetivo reciprocamente produzido, com o objetivo de se libertarem dos limites do que foram até aquele momento. De forma análoga, eles são, ao mesmo tempo, limitados e enriquecidos por esta experiência.

Ogden aponta que o “pessoal” ou o “individualmente subjetivo” nunca mais será simplesmente o que foi antes de sua criação (ou re-criação) no terceiro analítico intersubjetivo, nem será completamente diferente do que foi. Neste sentido, o processo analítico reflete a inter-relação de três subjetividades: a subjetividade do analista, a do analisando e a do terceiro-analítico. “O terceiro-analítico é uma criação do analista e do analisando, ao mesmo tempo que ambos (na qualidade de analista e analisando) são criados pelo terceiro analítico” (OGDEN, 1994d/1996, p. 90). Além disso, ele é uma construção assimétrica, já que é produzido no contexto do *setting* analítico, fortemente definido pela relação entre os papéis do analista e do analisando. Eles não se encontram envolvidos, na concepção de Ogden, em um processo democrático de análise mútua, tal como contemplou Ferenczi em suas últimas postulações (1932). A experiência do analista, neste contexto, é utilizada como veículo para a compreensão das experiências conscientes e inconscientes do analisando.

O conceito de terceiro analítico fornece uma estrutura de ideias sobre a interdependência entre sujeito e objeto, entre transferência e contratransferência, que auxilia o analista nos seus esforços para acompanhar de perto e pensar claramente sobre a miríade de fatos clínicos intersubjetivos com que se depara, sejam estes as divagações aparentemente ensimesmadas de sua mente, as sensações corporais do analista que parecem nada ter a ver com o analisando, ou qualquer outro ‘objeto analítico’ intersubjetivamente gerado pelo par analítico (OGDEN, 1994d/1996, p. 91).

Na próxima seção, veremos os diferentes aspectos presentes na comunicabilidade analítica, levando em consideração não só a comunicação verbal como também – e principalmente – as transmissões sensíveis que ocorrem fora do registro linguístico. O terceiro analítico intersubjetivo nos oferecerá os recursos necessários para pensarmos em uma clínica voltada para a ampliação da capacidade empática do analista frente às necessidades profundamente inconscientes de seus analisandos. Tais necessidades podem ser compreendidas como advindas de períodos pré-verbais e, portanto, não acessíveis e não comunicáveis mediante formas usuais de linguagem. A partir das formulações de Ogden sobre a posição autista-contígua (apresentada no capítulo anterior) e todo o

processo dialético presente no terceiro-analítico, passaremos a enxergar a sensorialidade como ferramenta principal do analista em um processo terapêutico. Vislumbraremos o que se encontra para além da dialética transferência-contratransferência naquilo que atualmente conhecemos como campo dinâmico da situação analítica.

4.2.

Aspectos da comunicabilidade: para além da transferência-contratransferência

Aprofundando ainda mais a ideia amplamente desenvolvida por Thomas Ogden de terceiro-analítico, veremos como este conceito se relaciona com os inúmeros aspectos da comunicabilidade presentes na situação analítica. Seus artigos voltados para as formas de comunicação em análise contemplam principalmente a dimensão não verbal, sensorial e afetiva do encontro entre analista e analisando em um dado espaço analítico. Apesar de numerosos trabalhos sobre a importância do uso da linguagem em psicanálise (OGDEN, 1997), e de incluir o aspecto verbal na ideia de *terceiro analítico intersubjetivo*, Ogden aponta para a necessidade de destacarmos, enquanto analistas, o componente afetivo das comunicações estabelecidas no campo intersubjetivo, mesmo quando elas apresentam uma construção notoriamente verbal.

De acordo com Madeleine e Willy Baranger (1961-1962), a psicanálise nos últimos anos vem se dedicando intensamente ao estudo da contratransferência. Segundo o casal, os meios inconscientes de comunicação – que se desenrolam na situação analítica com facilidade e intensidade – e os significados latentes da comunicação verbal, implicam em um conceito muito distinto e muito mais amplo da situação analítica, onde o analista intervém como “integrante de parte completa” (BARANGER & BARANGER, 1961-1962/2010, p. 129). Segundo os autores, nenhum membro da dupla é compreendido dentro da situação analítica sem o outro, o que torna a contratransferência um instrumento técnico acima de tudo. O campo, portanto, na visão do casal Baranger, deve ser entendido como o “objeto imediato e específico de observação. A observação do analista sendo

simultaneamente observação do analisando e auto-observação correlata, só pode ser definida como observação desse campo” (Ibidem, p. 130).

O setting analítico, nos dias de hoje, passa a ser definido como um campo transferencial-contratransferencial. Ou seja, emoções de ambos os participantes formam um campo de experiência de vida bastante singular, envolvendo as experiências conscientes e inconscientes do analista e do analisando. Segundo Thomas Ogden, este campo envolve uma experiência

conjuntamente, mas de forma assimétrica, construída pelo par analítico. 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).

Se retornarmos um pouco na história da psicanálise, veremos mais uma vez como as formulações atuais sobre o papel da contratransferência, as experiências vividas em um plano intersubjetivo e os modos de comunicação pré e não verbais que transcorrem no *setting* analítico, também começaram a ser pensados a partir das formulações kleinianas sobre a identificação projetiva. Este fenômeno comportará sempre a descarrega no outro (receptor) de partes não assimiladas de si mesmo, seja com a finalidade de se proteger dos perigos que um dos aspectos da personalidade suscita, seja para salvaguardar uma parte dela, depositando-a em outra pessoa, a qual é vivenciada apenas como parcialmente diferenciada de si. As narrativas inconscientes presentes no mecanismo de identificação projetiva carregarão sempre características sensoriais, afetivas, proto-simbólicas da experiência individual de cada sujeito.

Neste sentido, na raiz do conceito de terceiro analítico estará sempre uma experiência sensorial, não verbal, ligada às tentativas de comunicar algo através de um registro pré-simbólico. Ao retornarmos à Bion (1962a, 1962b) observamos que, em sua teoria das funções, os elementos β seriam estes conteúdos não assimilados, projetados na mãe/analista. A partir da sua função alfa, a mãe/analista transformaria os elementos β em elementos α , ou seja, elementos passíveis de simbolização. Na concepção de Bion, os elementos β seriam invariavelmente impressões sensoriais, caracterizadas como dados brutos da experiência (BION, 1962a). A capacidade da mãe/analista para digerir estes elementos, a partir do seu aparelho de pensar e de seus estados de *reverie*, transformará os conteúdos sensoriais, não assimilados e, por sua vez, difíceis de

lidar, em conteúdos mais facilmente metabolizáveis. De acordo com Ferro e Civitarese:

Não é por coincidência que Ogden (2008) considerou que o trabalho do psicanalista consiste em sonhar – ou seja, realizar as transformações de tempestades sensoriais em imagens que o paciente não pode realizar sozinho. Segue-se também que o objetivo da análise é desenvolver no paciente a capacidade de gerar imagens, de criar sonhos fora das formas de pensamento concreto, representados pelo sintoma (FERRO & CIVITARESE, 2015, p. 15).

Vemos, portanto, que o conceito de identificação projetiva passou por uma grande ampliação, tanto em sua definição quanto no papel que desempenha nas relações humanas desde sua primeira formulação. Se Klein enfatizou os aspectos intrapsíquicos da identificação projetiva, Bion (1959, 1962a, 1962b), Grotstein (1981) e principalmente Ogden, elevam este conceito ao estatuto de fenômeno intersubjetivo, encarado de maneira a facilitar ou, pelo menos, ilustrar, os diálogos silenciosos e afetivos que acontecem na situação analítica. Em suas concepções atuais, encontra-se envolvida uma forma especial de comunicação por meio da qual a mãe/analista pode compreender e conter os sentimentos de seu bebê/paciente, mesmo que não esteja consciente desta comunicação. De acordo com Coelho Junior (2012), a concepção de Bion fez com que “se constituísse um modo interpessoal de compreender a identificação projetiva, em que a identificação não mais se aplica ao sujeito que projeta, mas sim ao objeto que contém” (p. 66).

Como sabemos, apesar de muitos aspectos da comunicação se manterem fundamentalmente em um nível verbal, a psicanálise admite que certos sentimentos não possam ser contidos pelo analisando, ou seja, eles não podem ser pensados, elaborados e, muitas vezes, nem mesmo propriamente sentidos por ele. Avaliamos estes outros aspectos como sentimentos sem forma, que não podem ser expressos em palavras. Para que haja alguma possibilidade de expressão verbal destes conteúdos, será preciso que, de algum modo, eles sejam transformados e que lhes seja dada uma forma. Isto só será possível através de uma relação com o analista que permita uma tácita comunicação pré-verbal. Ao propor o conceito de terceiro analítico, Ogden aborda este tipo comunicação primitiva no *setting* terapêutico por outro prisma. A identificação projetiva passa a ser compreendida por ele como uma dimensão de toda a intersubjetividade, às vezes como uma

qualidade predominante da experiência, outras vezes como um sutil pano de fundo (OGDEN, 1994). De forma mais detalhada, ele nos mostra que

a identificação projetiva envolve um tipo de colapso parcial do movimento dialético da subjetividade e intersubjetividade, resultando na subjugação (das subjetividades individuais do analista e do analisando) pelo terceiro analítico. O processo analítico, se for bem sucedido, implica a reapropriação das subjetividades individuais do analista e do analisando, que foram transformadas por via da experiência destes do (no) terceiro analítico recém-criado (o sujeito da identificação projetiva) (OGDEN, 1994/1996, p. 96-97).

Deste modo, a tarefa do analista será – muitas vezes a partir da interpretação da transferência-contratransferência – descrever o mais completamente possível a natureza específica da experiência de “interjogo” (*interplay*) da subjetividade individual e da intersubjetividade. De acordo com Ogden (1982), a teoria psicanalítica contemporânea sofre em função da pobreza de linguagem e de conceitos que possam descrever este interjogo entre fenômenos da esfera intrapsíquica e os fenômenos presentes nas esferas da realidade exterior e das relações interpessoais. A ideia de terceiro analítico elaborada por ele traz uma nova perspectiva para a compreensão do par transferência-contratransferência, na medida em que relaciona ambos os aspectos – intrapsíquicos e intersubjetivos – sob uma ótica tridimensional, amparada por uma concepção dialética, tanto entre os sujeitos da análise quanto em suas experiências de desenvolvimento individuais.

Desta forma, o problema da comunicação, bem como o da interpretação da transferência-contratransferência, ganha novo colorido, já que não podemos mais falar de dois polos puramente exteriores um ao outro, que se comunicam mantendo uma distância e uma individualidade por si só. Haverá sempre o terceiro intersubjetivo, que será composto pelas subjetividades dos dois indivíduos separados e da intersubjetividade criada por ambos. Entretanto, a novidade proposta por Ogden seria justamente a perspectiva de que toda comunicação sempre se dá sobre o pano de fundo de uma série de relações dialéticas envolvendo as subjetividades isoladas do analista e analisando e o terceiro sujeito intersubjetivo. Às suas formulações ele acrescenta que na experiência do terceiro analítico, estão em jogo: “formas simbólicas e proto-simbólicas (baseadas em sensações) atribuídas à experiência não-articulada (e muitas vezes ainda não sentida) do analisando, quando estas estão ganhando forma na intersubjetividade do par analítico (isto é, no terceiro-analítico)” (OGDEN, 1994d/1996, p. 78). A

comunicação continua existindo, porém de forma diferente do que outrora se pensava. A transferência-contratransferência ganha um lugar de destaque, primeiro a partir das reformulações de Bion sobre a identificação projetiva, e posteriormente com as ideias de Ogden com relação ao terceiro analítico.

Ogden acredita que tem se apreciado cada vez mais a importância do contexto analítico não só porque ele representa um enquadre para a contenção do processo analítico, mas também por incluir uma dimensão que suporta a transferência-contratransferência. Ele acredita que, a experiência do terceiro analítico só é possível mediante a compreensão de que a

experiência transferencial-contratransferencial em particular, é o resultado da inter-relação entre os três modos de criar significado psicológico: o autista contíguo, o esquizo-paranoide e o depressivo. A inter-relação dinâmica desses modos de gerar experiência determina a natureza do estado básico de ser (ou matriz psicológica), dentro do qual cada um vive e constrói significados psicológicos em cada momento (OGDEN, 1994g/1996, p. 134).

Deste modo, Ogden acredita que uma compreensão destes modos de gerar experiência e dos estados vivenciais associados a eles é essencial para uma compreensão e interpretação da transferência-contratransferência e, conseqüentemente, do terceiro-analítico. Para o autor, o terceiro analítico não pode ser compreendido se estiver isolado das experiências dialéticas vivenciadas pelos modos de atribuir sentido à experiência. A posição autista-contígua, criada por Ogden e diretamente ligada à ordenação das experiências sensoriais, é seguida pela posição esquizo-paranoide, onde um senso rudimentar de self começa a ser criado e vivenciado pelo indivíduo, porém ainda como objetos físicos – a divisão entre objeto bom e objeto mau apresentada por Klein nos dá a ideia de que ainda há no sujeito uma relação parcial com o outro, uma relação pautada na clivagem da personalidade. Por último encontramos a posição depressiva, uma organização mais madura e simbolicamente mediada, onde um sujeito histórico e interpretante passa a existir; o advento da preocupação com o outro faz surgir a capacidade para sentir culpa, o remorso e o desejo de reparações não mágicas pelos danos, reais e fantasiados, provocados pelo sujeito. Mais tarde, Winnicott (1950[1955]) nos fala sobre o *estágio do concernimento* (*concern*), derivado da ideia kleiniana de posição depressiva, onde a criança saudável poderá dar conta da culpa que sente; “com a ajuda de uma mãe viva e atenta (que incorpora um fator temporal) [a criança] torna-se capaz de descobrir um anseio pessoal por dar e construir e

reparar” (WINNICOTT, 1950[1955]/2000, p. 290). Esses três modos de se relacionar com o outro permanecem operando ao longo da vida de cada ser humano, ora predominando o modo autista contíguo, ora o esquizo-paranoide, ora o depressivo. A compreensão destas três formas de se gerar experiência informa sobre a maneira como o analista escuta, compreende e tenta falar com seus pacientes. Ogden nos fala de como

as intervenções do analista precisam muitas vezes ser dirigidas para o nível contextual, ou matriz, da transferência (por exemplo, a importância do modo como o paciente está pensando, falando ou se comportando) antes de ser possível tratar de outros aspectos inter-relacionados da transferência (por exemplo, os significados simbólicos inconscientes do que o paciente está pensando, dizendo ou atuando) (OGDEN, 1994g/1996, p. 139-140).

Esta perspectiva corrobora com a ideia de que ao falar sobre os modos como cria a experiência, o analisando não fala simplesmente com o analista (ou consigo mesmo); ele contribui para uma construção intersubjetiva dentro do *setting* analítico que incorpora, na sua forma e desenho, a natureza do espaço psíquico dentro do qual o paciente vive – ou, muitas vezes, não consegue viver. O analista participa invariavelmente da construção intersubjetiva do espaço analítico. “É em parte por esse caminho (isto é, por meio da análise da contratransferência) que o analista tem acesso à natureza dos estados de ser que formam a matriz do mundo interno do paciente” (Ibidem, p. 161). Sob este ponto de vista, o terceiro analítico comunica ao analista e ao analisando as diversas dimensões das experiências vividas pela dupla. Esta comunicação se dá, prioritariamente, em um nível pré-verbal, sensorial e afetivo, que mesmo viabilizado pela linguagem, carrega aspectos da comunicabilidade que se encontram fora do registro simbólico. É papel do analista dar sentido a esta experiência, devolvendo ao analisando, depois de um trabalho de *reverie*, conteúdos mais compreensíveis de um ponto de vista relacional. Nem sempre a compreensão destes conteúdos assumirá a forma de uma construção interpretativa verbal. O analista deverá estar atento para a sua forma de comunicar, e não apenas para o conteúdo do que comunica. Os ritmos, tons, vibrações daquilo que ele deseja transmitir ao paciente, serão, em muitos momentos, mais importantes e mais eficazes do que o aspecto verbal e linguístico da sua interpretação. A ampliação das capacidades sensoriais do analista também faz parte da interpretação da transferência-contratransferência. Coelho Junior reafirma esta

ideia quando, ao comentar as formulações de Ogden, nos diz que “o que está envolvido na formação da intersubjetividade é um nível da existência e da experiência ainda pré-representacional e até mesmo pré-pessoal (a partir do qual o sujeito é criado) (COELHO JUNIOR, 2013, p. 55-56)”. Por este motivo, a participação do analista e do analisando na construção da intersubjetividade será pautada prioritariamente pelo arcabouço de experiências sensoriais de ambos os participantes.

Outro aspecto de suma importância para o entendimento da dialética transferência-contratransferência é a ideia abordada por Ogden no texto “Analisando formas de vitalidade e de desvitalização” (1995/2013). Seguindo o desenvolvimento de suas teorias sobre o campo analítico e os papéis da dupla analítica no *setting*, Ogden investiga a ideia de que a “técnica analítica deve incluir o uso da experiência contratransferencial do analista para abordar os papéis expressivos e defensivos do sentimento de vitalidade e de desvitalização da análise” (OGDEN, 1995/2013, p. 37). A partir desta perspectiva, Ogden acredita que as preocupações, tanto do analista quanto do analisando, devem pairar sobre o sentimento de vitalidade, presente ou ausente no processo analítico. Segundo ele a dupla deve se perguntar quando foi a última vez que sentiram a análise com vida, ou se há uma vitalidade disfarçada/escondida que não pode ser reconhecida pela dupla por medo das consequências do seu reconhecimento. Questões deste tipo devem levar a outra importante investigação: que formações substitutivas podem estar mascarando a falta de vida da análise? Excitação maníaca, prazer perverso, atuações histéricas dentro e fora da análise, dependência parasitária da vida íntima do analista, são alguns exemplos dados pelo autor de como a vitalidade do processo analítico pode estar sendo obscurecida, impedindo o livre andamento dos processos de transferência-contratransferência.

As ideias apresentadas por Ogden derivam das concepções de Winnicott (1951, 1955, 1963, 1971) sobre o espaço potencial (terceira área entre a realidade e a fantasia) e os problemas implicados na geração deste estado mental intersubjetivo vivenciado na análise. A ideia formulada por Bion de que o analista/mãe deve manter-se vivo e trazer à vida aspectos projetados do self do analisando/bebê por meio da continência bem exercida das identificações projetivas, também serve de panorama para a compreensão dos sentimentos de vitalidade e de desvitalização na análise. A importância da realidade do analista,

ou seja, da sua capacidade de espontaneidade e liberdade para responder ao analisando a partir de sua própria experiência, tem sido foco de inúmeras publicações nos últimos anos. As caricaturas de analistas neutros e impessoais perderam a força, dando lugar a teorias e técnicas que valorizam a naturalidade do analista, este se colocando o mais próximo possível de seu paciente no intuito de facilitar a fluidez da transmissão inconsciente, livre de amarras – geralmente operadas por uma fria impessoalidade do analista – e que emperram o processo de análise.

Na concepção de Ogden, a contratransferência raramente deve ser discutida diretamente com o paciente. Ao contrário, ela deve se apresentar implicitamente no modo como o analista conduz o manejo do enquadre analítico, no tom das palavras e conteúdos das interpretações, através de uma aposta feita pelo analista no valor da simbolização enquanto ação que alivia a tensão. O autor acredita que cada forma de psicopatologia representa um tipo específico de limitação da capacidade pessoal de estar plenamente vivo enquanto ser humano.

Deste ponto de vista o objetivo da análise vai muito além da resolução de conflitos intrapsíquicos inconscientes, da diminuição da sintomatologia, do aumento da subjetividade reflexiva e autocompreensão e do aumento do sentimento de competência pessoal. Ainda que se sentir vivo esteja intimamente entremeado com cada uma das capacidades acima mencionadas, acredito que a experiência de se sentir vivo é uma capacidade superior às outras e deve ser considerada como um aspecto da experiência analítica *em si mesma* (OGDEN, 1995/2013, p. 39-40, grifado no original).

Mais uma vez, a partir de exemplos clínicos, Ogden demonstra como o sentimento de vitalidade/desvitalização opera através da transferência-contratransferência, fazendo com que o analista participe inteiramente da criação, manutenção e negação deste sentimento. No caso da Sra. N., o autor apresenta ao leitor como o sentimento de desvitalização da paciente não podia ser simbolizado e, ao invés disso, era encenado na falta de vida para a própria experiência analítica. O foco neste caso é o uso da contratransferência para gerar símbolos verbais, que são oferecidos à paciente como interpretações. A Sra. N. era uma líder social bem-sucedida e ingressou na análise por conta de sentimentos de ansiedade intensos, acreditando que havia algo de muito errado em sua vida, sem saber do que se tratava. No primeiro ano de análise conseguiu entender claramente as formas específicas pelas quais mantinha as pessoas a uma grande distância psicológica, inclusive o próprio analista. Ao longo da primeira metade do segundo

ano Ogden começou a entender como a paciente preenchia as sessões com conversas aparentemente introspectivas, que não pareciam evoluir ao ponto de gerar interpretações. Ela descrevia minuciosamente os fatos de sua vida, mas não parecia ficar claro qual era o sentido dessas explicações. O analista começa a perceber que estava perdendo a curiosidade em relação a ela, o que gerava nele um efeito perturbador. Ogden vivenciava uma espécie de claustrofobia durante as sessões, chegando ao ponto de, em certa ocasião, contar obsessivamente os minutos até o fim da sessão. Em alguns momentos, o analista passava o tempo contando seus batimentos cardíacos, sem perceber a estranheza no fato de tomar seu pulso, mesmo esta prática nunca tendo ocorrido antes com outro paciente. Nas semanas seguintes, Ogden foi se tornando capaz de considerar a tomada de pulsação, além dos sentimentos associados, como objetos analíticos (BION, 1962; GREEN, 1975; OGDEN, 1994). Em outras palavras, eles se tornaram o reflexo de uma construção inconsciente gerada pela paciente e pelo analista, ou melhor, gerada pelo terceiro analítico intersubjetivo. O terceiro sujeito criado pela interação entre analista e analisando permanece em tensão dialética com as subjetividades individuais de ambos os participantes da dupla analítica. Sendo assim, Ogden começa a ligar a experiência de segurar seu pulso com uma suspeita de que parecia ser a necessidade literal de sentir calor humano, reassegurando-se de que estava vivo e saudável. As histórias aparentemente sem sentido, oferecidas pela Sra. N. ao longo de 18 meses, pareciam indicar uma esperança inconsciente de que o analista pudesse “achar (ou criar) um sentido para elas e, deste modo, criar um sentido (um sentimento de coerência, direção, valor e autenticidade) para a vida da paciente” (OGDEN, 1995/2013, p. 43-44). Ogden aponta que já havia percebido suas fantasias de simular doença para escapar da desvitalização estagnada das sessões, porém ele afirma que não havia compreendido que esta “desculpa” refletia a fantasia inconsciente de que ele estava ficando doente devido à exposição prolongada à falta de vida da análise. Ele nos diz:

Foi por intermédio dessa e de outras linhas semelhantes de pensamento e de sentimento (associados com minha própria vivência do terceiro analítico) que comecei a obter alguma compreensão do significado da ansiedade difusa da paciente e do sentimento de estar aprisionada em algo horrível que ela não conseguia identificar (Ibidem, p. 44).

Ogden esclarece para a Sra. N. que agora estava começando a compreender melhor os motivos que a levaram a contar com tantos detalhes as

situações de sua vida, de modo a confundi-los, sem permitir que ele soubesse o motivo pelo qual ela fazia isso. Ele transforma em interpretação o sentimento de desvitalização, dizendo que a paciente desistira de criar uma vida para si. Ao invés disso, ela contava como preenchia seu tempo, esperando que o analista pudesse criar uma vida para ela a partir destes fragmentos. De acordo com a paciente, sua vida – tanto no trabalho quando em casa – era praticamente voltada para a organização das atividades de outras pessoas. Era evidente que ela usava a vida e os afazeres de outras pessoas como substituto de sua capacidade de criar algo que pudesse sentir como vida própria. Meses depois, após contar um sonho onde parecia ter sido despejada dentro do armário de uma cozinha que não era a sua, em concomitância com o relato a respeito da dor psíquica de uma amiga pela morte da filha, a Sra. N. ficou em silêncio, o que marcou um profundo contraste com a verborragia excessiva que obscurecia seus sentimentos no passado. Ogden ofereceu-lhe uma interpretação, dizendo que a dor da amiga era um sentimento que, embora terrível, ela temia ser incapaz de sentir. Ela confirma este temor, dizendo que ficara acordada muitas noites, preocupada, imaginando que não conseguiria se afligir se algum dos filhos estivesse à beira da morte, sentindo-se culpada por esta terrível falha materna. Diz que não havia se sentido capaz de amar e de estar com os filhos como gostaria, sabendo que os negligenciara muito.

Ogden encerra este relato apontando o início de um processo onde a vivência de desvitalização começa a se transformar. Aquilo que se configurava como uma coisa-em-si, impensável (não simbolizada verbalmente) passa a ser uma experiência viva, com símbolo verbal que ilustrava a falta de vitalidade da paciente e do analista. Um espaço analítico intersubjetivo começou a ser gerado, “em que a desvitalização podia ser sentida, vista, vivenciada e conversada por ambos. Desvitalização se tornara um sentimento, não mais um fato” (OGDEN, 1995/2013, p. 46).

O caso clínico exposto por Ogden nos oferece um vívido exemplo de como os sentimentos de vitalidade e desvitalização são vividos a partir da experiência transferencial-contratransferencial. A construção do *terceiro analítico* permitiu que tanto o analista quanto a paciente pudessem perceber o sentimento de desvitalização encenado no campo analítico e transformá-lo em algo simbolizado, passível de ser dito através do registro verbal. O modo autista-contíguo no qual o sentimento de desvitalização estava inserido levou o analista a sentir através de

um aspecto sensorial (a sensação de claustrofobia, a medição da pulsação), a incapacidade primitiva da paciente de se sentir viva e autêntica em sua vida. O analista precisou tomar suas sensações particulares como objetos analíticos, analisando-as como aspectos contratransferenciais vividos pelo analista, no intuito de tornar mais clara a compreensão do que ocorria na interior da paciente.

As identificações projetivas, vividas muitas vezes em um nível pré-representacional, levam o analista a perceber que, apesar do sentimento de desvitalização poder dominar a cena analítica, ele deve se manter vivo e ser capaz de trazer vida à análise. O analista deve ser capaz de transformar tais encenações em palavras, construções interpretativas que levam a dupla analítica a outras compreensões, em níveis agora representacionais da vida psíquica e emocional da paciente.

Sendo assim, pensar a comunicação em uma sessão analítica, a partir do campo transferencial-contrtransferencial, não exclui a dimensão intrapsíquica propriamente dita da compreensão dos processos determinantes que estão em jogo no tratamento analítico. Ao contrário, o terceiro analítico traz a dimensão intrapsíquica e suas expressões para o plano da relação intersubjetiva. A seguir, veremos como a escuta psicanalítica proposta pelos autores já citados, e principalmente por Thomas Ogden, aparece na clínica com pacientes difíceis, que beiram estados esquizoides e psicóticos da experiência. Abordaremos a natureza do conflito esquizofrênico tal como entendida por Ogden e sua compreensão sobre o tratamento do estado esquizofrênico de não-experiência. Veremos como o espaço analítico ganha uma função central no tratamento de pacientes graves.

4.3.

A escuta psicanalítica contemporânea frente aos casos difíceis

A psicanálise contemporânea vem se dedicando nas últimas décadas ao estudo das personalidades que se encontram fora das clássicas estruturas freudianas intituladas em 1894 como as neuropsicoses de defesa. Em sua concepção, Freud (1894, 1895, 1896, 1905, 1911, 1914, 1924a, 1924b) dividiu o comportamento humano em três categorias, havendo sempre a predominância de uma sobre as outras em cada sujeito. O desenvolvimento libidinal determinaria em

qual categoria o sujeito se enquadraria, levando em consideração os tipos de defesas “escolhidas” para lidar com o sofrimento psíquico. A neurose, a psicose e a perversão dominaram o cenário psicanalítico, sendo os três grandes diagnósticos predominantes para dar conta de comportamentos sintomáticos de um indivíduo, principalmente a partir da primazia de uma clínica estrutural. De todo modo, a neurose ganhou destaque nas publicações psicanalíticas, não só por contemplar uma estrutura psíquica privilegiada para a construção de uma metapsicologia consistente, mas também por servir de ancoradouro para todo o desenvolvimento da técnica psicanalítica. Ao longo dos anos, o funcionamento neurótico perde seu protagonismo, dando lugar a funcionamentos psíquicos que se encontram no âmbito da psicose. Não só a psicose propriamente dita ganha mais espaço nas publicações psicanalíticas, como os traços psicóticos de uma dada personalidade ganham destaque considerável, despertando a curiosidade de psicanalistas que passam a se dedicar a casos graves, onde as explicações teórico-técnicas da estruturação neurótica não se mostravam suficientemente esclarecedoras. A entrada das psicoses no campo analítico subverte o modelo de cura proposto pela psicanálise até então, questionando principalmente a posição ocupada pela figura do analista. Se antes as demandas do analisando regiam o tratamento analítico, cabendo ao analista a benevolência e certa passividade, na experiência com as psicoses o analista passa a ser muito mais exigido por conta do imprevisível e do imponderável imposto por tal estruturação psíquica. Segundo Birman: “Com efeito, a inserção do delírio, da alucinação e da passagem ao ato, assim como do silêncio e da passividade radical desses analisantes, introduziu outra economia de forças para a cena psicanalítica” (BIRMAN, 2011, p. 19). Foi, portanto, a inserção da psicose no cenário psicanalítico que possibilitou o remanejamento dos dispositivos clínicos bem como a escuta mais amplificada de outras modalidades de comunicação. Além disso, a questão de uma estrutura psíquica determinante torna-se irrelevante, permitindo que outras construções subjetivas possam ser mais bem delimitadas e acolhidas. Construções estas que não se enquadrariam necessariamente na neurose, na psicose ou na perversão. Os casos limites e as patologias borderlines oferecem à psicanálise um novo campo de exploração e conseqüentemente novas formulações técnicas e teóricas, tanto no que diz respeito ao aparelho psíquico do paciente, quanto às funções do analista e suas capacidades psíquicas e emocionais. Diante deste cenário, não é raro encontrarmos autores

que, ao se depararem com questões deste tipo, retomem a teoria freudiana, de modo a buscarem pontos de partida para uma continuidade de suas teorizações. Muitos acreditam que em Freud já estaria presente uma explicação, mesmo que precária e inacabada, das patologias psicóticas e de suas economias psíquicas.

Thomas Ogden, ao estudar a natureza do conflito esquizofrênico em seu artigo “On the nature of schizophrenic conflict” (1980), faz este movimento de retorno às formulações freudianas com o intuito de estabelecer um ponto de partida para as suas concepções contemporâneas sobre o tema. Ele nos mostra que Freud, entre 1894 e 1937 propôs três teorias incompletas, mas sobrepostas, sobre a esquizofrenia. A primeira (FREUD, 1894, 1895, 1896) enxergava a esquizofrenia como uma forma extrema de conflito envolvendo desejos inaceitáveis e defesas contra tais desejos. Ele avaliava as diferenças entre psicose e neurose somente como diferenças ligadas ao tipo de defesa empregada e ao grau em que a ideia inaceitável e seus respectivos afetos são negados. Neste sentido, a neurose e a psicose poderiam ser conceituadas em termos idênticos. Já a segunda teoria freudiana suspeitava da provável existência de uma diferença qualitativa ao invés de quantitativa entre a esquizofrenia e a neurose. Em 1896 ele falava sobre “alteração do ego” e em 1911 postulou que no futuro seria possível delinear as “mudanças anormais no ego”, que distinguiriam a psicose da neurose. Seria na terceira teoria (FREUD, 1911, 1914, 1915, 1924a, 1924b) que, segundo Ogden, encontraríamos de maneira mais compreensível, a natureza da esquizofrenia, centralizada no conceito de “descatexia dos objetos”. Freud conceituaria a esquizofrenia como vinculada a um ponto de fixação em um desenvolvimento muito precoce (um estágio autoerótico), com uma posterior regressão a este estágio, precipitada pela frustração e por relações objetais conflituosas. O esquizofrênico, portanto, não só rompe seus laços com objetos externos ou os nega, mas também abandona representações psicológicas como um todo. Freud, em seu texto “O inconsciente” (1915), nos fala que “A mais superficial das reflexões nos revela quão mais radial e profundamente essa tentativa de fuga, essa fuga do ego, é posta em funcionamento” (p. 208) tanto na esquizofrenia quanto em outras afecções narcísicas.

A visão de Thomas Ogden sobre a natureza do conflito esquizofrênico está intimamente ligada às concepções de Bion acerca dos ataques ao vínculo, teoria extensamente desenvolvida pelo autor. Não se trata, neste trabalho, de esmiuçar as

características deste tipo de patologia, muito menos aprofundar a teoria de Bion. De todo modo, as formulações de Ogden sobre a esquizofrenia, envolvem aspectos importantes, que vêm sendo discutidos até o momento. A experiência esquizofrênica gera, na perspectiva de Ogden, estados de não-experiência (*nonexperience*). De acordo com ele,

o conflito neurótico envolve uma tensão entre um conjunto de significados; o conflito esquizofrênico envolve uma tensão entre o desejo de manter um estado psicológico onde significados podem existir versus ataques reais sobre as capacidades de criar e manter significados (OGDEN, 1980/1982, p. 143).

Para Bion (1959, 1962a, 1962b, 1967), a explicação dos estados de não-experiência reside na ideia central de sua teoria sobre a identificação projetiva. Para ele, este fenômeno interpessoal seria a principal forma de vínculo entre uma mãe e seu bebê e a recusa da mãe em aceitar e conter as identificações projetivas é percebida pela criança como um ataque a este vínculo. O efeito desta recusa materna é retirar do infante qualquer atribuição de significado aos sentimentos e pensamentos que ele poderia ter mantido previamente. O ataque ao vínculo é internalizado e se torna o modelo de resposta da criança em relação à realidade inaceitável em que ela ataca seus próprios processos de vínculo (*linkage*) internos, especificamente sua capacidade de ligar pensamentos e mantê-los juntos. Deste modo, a capacidade para pensar e experienciar é reduzida, o que torna reduzida – e exaustiva – a habilidade do paciente esquizofrênico de lidar com e gerenciar sentimentos dentro da esfera psicológica das representações. Ele desenvolve outros métodos psicológicos para lidar com tais sentimentos e pensamentos em um modo primitivo que se encontra para além das esferas psicológicas da representação.

Ogden lança mão do conceito de *atualização* com o intuito de aprofundar as explicações acerca do estado esquizofrênico de não-experiência. De forma resumida, utilizará o termo *atualização* para se referir especificamente à transformação de um aspecto da esfera representacional em algo que existe fora desta mesma esfera, ou seja, uma encenação de um pensamento, sentimento ou fantasia na esfera interpessoal ou uma realização na esfera não-representacional das próprias capacidades psicológicas ou fisiológicas. Dito de outro modo, o conceito de *atualização* promove um entendimento das interações que ocorrem entre a esfera representacional e cada uma das outras esferas da experiência. O

que se apresenta como central na explanação de Ogden é o fato de compreender o conflito esquizofrênico como uma limitação da capacidade do sujeito de atribuir sentido às percepções e de ligar/conectar pensamentos ao processo de pensar (BION 1962b, 1967), deixando o sujeito com “*dados sensoriais brutos*” que não foram experienciados. Neste sentido, a inércia psicológica comumente observada em pacientes esquizofrênicos é o que Ogden se refere como estados de não-experiência. Ele ressalta que uma maternagem suficientemente boa permite que a criança desenvolva a capacidade para experienciar e conter seus próprios sentimentos e pensamentos. Quando a mãe é capaz de exercer a função de *reverie*, uma versão modificada dos sentimentos originais é reinternalizada pela criança, de um modo que ela possa atribuir significado. De acordo com Ogden: “Eu entendo este tipo de retraimento esquizofrênico como o reaparecimento de um estado primitivo parcialmente diferenciado da mãe no qual as identificações projetivas da criança foram contidas inadequadamente pela mãe” (OGDEN, 1982, p. 190). O que deve ser compreendido é o fato de que o bebê comunica os elementos de sua experiência à mãe através de choros, chutes, gritos; ou seja, seus desconfortos se mostram através de movimentos corporais, expressões faciais, elementos sonoros. A mãe precisa ser capaz de entender esta forma de comunicação, nomeando as experiências rudimentares e incipientes como raiva, medo, etc.

As implicações clínicas deste modo de pensar a experiência humana colocam ao analista desafios consideráveis no que se refere ao manejo do processo analítico. Apesar das formulações de Ogden sobre os estados de não-experiência serem anteriores aos conceitos de posição autista-contígua e terceiro analítico intersubjetivo, um aspecto embrionário de tais conceitos já se encontra presente nelas. O que Ogden nos mostra com os estados de não-experiência é o que autores pós-freudianos já vinham, com muito esforço e pouco reconhecimento, tentando esclarecer ao longo dos anos. O retorno de Ogden a autores como Fairbairn, Balint, Bion, M. Little, Guntrip, Rosenfeld, Klein, Winnicott, dentre outros, traz à luz novas perspectivas psicanalíticas, colocando em questão três pontos-chaves na construção do pano de fundo da psicanálise atual. O primeiro ponto seria o reconhecimento da importância de casos que colocam em cheque os limites da representação, levando a uma exploração mais detalhada dos conflitos psicóticos. Na concepção dos autores acima citados, a

personalidade esquizoide e todos os casos que hoje consideramos como “limites” e/ou “borderlines” teriam como base traumas primitivos, que por sua vez estariam ligados à relação com a mãe. Neste sentido, o conflito psicótico estaria mais próximo destes casos do que o conflito neurótico, ou seja, a questão narcísica estaria mais evidente do que a questão edipiana. Depois de Freud, o pensamento analítico permaneceu dividido sobre a questão de se a esquizofrenia e a neurose poderiam ser entendidas em termos de um único conflito-e-defesa contínuos no âmbito intrapsíquico ou se era preciso desenvolver mecanismos específicos para a esquizofrenia, que estariam desconectados dos parâmetros neuróticos. O aspecto determinista da concepção freudiana levou alguns psicanalistas pós-freudianos à exploração mais detalhada de tais casos, que fugiam à regra fundamental da psicanálise. Ferenczi em seu texto “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928) já havia nos alertado para o dever de uma revisão técnica, até mesmo incentivada por Freud em suas primeiras publicações, que deixava o campo livre para outros métodos de psicanálise. O que fica evidente nas concepções de Ferenczi é que, para alguns pacientes, a sensibilidade do analista será mais exigida, e em muitos momentos, se configurará como o aspecto definitivo na eficácia do tratamento. Foi a partir dele que a psicanálise voltou-se para o estudo do fator traumático como determinante das psicopatologias posteriores.

Um segundo ponto relevante levantado por Ogden segue as contribuições de Ferenczi, ao considerar a importância de uma reconfiguração teórica e clínica do espaço analítico. Ele aponta para o entendimento do *setting* como espaço intersubjetivo, dando novos contornos aos conceitos de transferência e contratransferência. O estudo do fator traumático coloca em cheque a experiência real com o objeto e não mais unicamente os aspectos fantasmáticos desta relação, oferecendo ao modelo psicanalítico uma mudança de paradigma. O enfoque passa a ser relacional e não mais majoritariamente libidinal-fantasístico, ou seja, prioritariamente baseado na energia pulsional. Este novo enfoque coloca em questão a relação analítica em si, configurando-a não só como um lugar onde as experiências traumáticas serão revividas na transferência, mas também onde a reescrita dos fatos emocionais será feita pelas duas mentes juntas – a do analista e a do analisando. Segundo Ferro (1995), “As transferências entram na modalidade de funcionamento de dupla muitas vezes com modalidades subterrâneas, cujo aspecto mais significativo são as identificações projetivas” (p. 36). As

identificações projetivas, portanto, se entendidas de um modo intensamente relacional, permitem uma contínua troca de elementos emocionais, encontrando pouco a pouco, na possibilidade de acesso às palavras, uma modalidade privilegiada de expressão. Elas permitem um estatuto emocional específico do par “que deverá encontrar a capacidade de narrar com sonhos, desenhos, anedotas, tudo o que acontece nas profundezas da troca relacional” (FERRO, 1995, p. 36). A interpretação deixa de ser compreendida como um trabalho exclusivo do analista e passa a ser pensada como uma construção “a duas vozes”, fruto da relação da qual participam, de forma diferente, as duas mentes (FERRO, 1995).

Com isso, chegamos ao terceiro ponto central das concepções de Ogden: a instauração de uma nova teoria do campo que contemple as formas de comunicação extra-verbais e onde as vivências primitivas poderão ser amplamente exploradas e compreendidas em sua totalidade. Neste sentido não está mais em evidência o determinismo de uma estrutura psicótica ou neurótica, mas sim as experiências em seus aspectos relacionais e afetivos, que permitem uma construção subjetiva sempre singular em cada sujeito. Na compreensão de Ferro, o par analítico está sempre substancialmente buscando comunicar, verbalmente ou não, as emoções que o invadem. Os personagens que são criados no encontro são um dos meios possíveis de compartilhar, narrar e transformar estes estados primitivos da mente, graças às funções da mente do analista.

O conceito de *terceiro analítico intersubjetivo* representa uma nova compreensão da situação analítica, dos modos como as experiências singulares do paciente e do analista guiarão a dupla por um caminho único, criado simultaneamente pelas três subjetividades presentes (a do analista, a do analisando e a do terceiro analítico). De acordo com Ogden:

A experiência sobre a qual a psicanálise se assenta é um paradoxo. A psicanálise é um conjunto de ideias e princípios técnicos em transformação – mais um feixe de varetas do que um todo sem emendas – que foi se desenvolvendo durante o curso do século passado; e ainda, ao mesmo tempo, é responsabilidade do analista reinventar a psicanálise para cada paciente e continuar a reinventá-la durante o curso da análise. Qualquer mãe ou pai que tenha tido mais do que um filho aprende (com um misto de choque e deleite) que cada novo bebê parece ser apenas um parente distante de seu(s) irmão(s) mais velho(s). A mãe e o pai precisam reinventar o que é ser mãe e pai com cada filho e precisam continuar fazendo isso em cada fase da vida da criança e da família. De modo análogo, o analista deve aprender mais uma vez a ser analista com cada novo paciente e a cada nova sessão (OGDEN, 2005, p. 6).

Ao dizer isto, Ogden não esta, de modo algum sugerindo que paciente e analista sintam-se livres para fazerem o que quiserem; ao invés disso, “eles são livres para fazer um trabalho psicanalítico de um modo que reflita quem eles são individualmente e juntos enquanto analista e analisando” (Ibidem, p. 6). Neste sentido, eles estão inventando um relacionamento analítico que possui seus próprios objetivos terapêuticos, responsabilidades, papéis definidos, etc. O autor afirma que nossa meta como analistas não deixa de ser similar com cada paciente, ou seja, “*a criação de condições nas quais o analisando (com a participação do analista) possa ser mais capaz de sonhar seus sonhos não sonhados e interrompidos*” (Ibidem, p. 6, grifado do original). Para Ogden, a capacidade para sonhar indica que o paciente possui a capacidade de fazer um trabalho mental inconsciente a partir de suas experiências (OGDEN, 2005). Sendo assim, a incapacidade de sonhar a sua própria experiência emocional, torna o indivíduo incapaz de mudar, crescer ou se tornar algo além daquilo que ele fora até o momento. Portanto, embora pareça que o analista é usado pelo paciente para “sonhar por procuração” seus sonhos impossíveis de serem sonhados, “os sonhos do analista (seus devaneios na situação analítica) não são desde o princípio nem exclusivamente seus nem do paciente, e sim os sonhos de um terceiro sujeito inconsciente que é ambos e nenhum deles, paciente e analista” (OGDEN, 2005, p. 6).

Há uma conversação inconsciente entre estes três sujeitos do processo analítico. Este terceiro sujeito é uma criação conjunta mas assimétrica do analista e do analisando como pessoas separadas e como dupla em uma relação intersubjetiva. A assimetria se baseia no fato de a metodologia analítica ter como pressuposto a existência de um “diferencial” (LOEWALD, 1960, p. 251) entre a maturidade emocional do analista e a do analisando. Entende-se por isso que o analista – ao menos nas áreas mais problemáticas para o paciente – terá atingido uma maturidade psicológica maior que a do analisando. É preciso que, concomitantemente, o analista tenha a capacidade de crescer emocionalmente a partir da experiência conjunta com o analisando, tornando-se cada vez mais o analista que o paciente precisa. Neste sentido, será sempre tarefa do analista tornar-se cômico das experiências *no* e *do* terceiro analítico e simbolizá-las verbalmente para si mesmo. Posteriormente ele poderá devolvê-las para o analisando e ao fazê-lo, estará envolvendo-o em uma forma de pensamento

consciente que pode funcionar em consonância com a sua forma de trabalho inconsciente. A situação analítica, portanto, ocorre em um constante e contínuo processo dialético, onde não se deve nunca especificar o que é produção do analista e o que é do analisando, estando ambos vivendo, criando e negando as experiências que ocorrem no âmbito do campo analítico, ou melhor, do terceiro analítico. Segundo Ogden:

Um dos principais temas do diálogo que ocorre na situação analítica refere-se às ansiedades e às defesas do paciente que surgem em resposta ao relacionamento entre analista e analisando em um nível inconsciente (a transferência-contratransferência). A transferência-contratransferência é vista (em parte) a partir de uma perspectiva histórica (isto é, do vantajoso ponto de vista da história tanto da vida do paciente quanto da vida da análise). A situação analítica, embora em muitos aspectos desestruturada, também tem uma qualidade de direcionalidade que é oriunda do fato de que a psicanálise é antes de mais nada um empreendimento terapêutico com o objetivo de aumentar a capacidade do paciente de estar vivo para vivenciar ao máximo a plenitude da experiência humana. Voltar à vida emocionalmente é, a meu ver, sinônimo de tornar-se cada vez mais capaz de sonhar a própria experiência, que é sonhar-se existindo (OGDEN, 2005, p. 7-8).

Deste modo, concluímos que o trabalho com pacientes severamente traumatizados nos dá o ponto de partida para uma compreensão mais elástica da técnica psicanalítica e da postura do analista frente ao trabalho associativo do paciente. É central que pensemos a situação analítica como um campo onde a escuta implica em uma plena receptividade do analista, que deve funcionar com disponibilidade e permeabilidade. Sob este ponto de vista, a relação analítica pode ser compreendida pela *“escuta do que o paciente diz (ou não diz) como algo que narra continuamente o que acontece entre as duas mentes na sessão, vértice que devemos compartilhar para alcançar o paciente onde estiver”* (FERRO, 1995, p. 38, grifado do original). O objetivo da análise reside, antes de tudo, no ato de devolver ao paciente – ou construir junto com ele – a capacidade de sonhar, de fazer uma elaboração psicológica inconsciente com a sua própria experiência. O processo analítico, portanto, deve contemplar não só os conflitos neuróticos do paciente, mas também suas partes psicóticas, severa e primitivamente traumatizadas.

5. Conclusão

Este trabalho teve como objetivo mostrar, principalmente através dos conceitos de *posição autista-contígua* e *terceiro analítico intersubjetivo* de Thomas Ogden, as novas modalidades de escuta e de comunicação presentes na clínica psicanalítica contemporânea. Além disso, tais conceitos nos levaram à compreensão de que há em todo o indivíduo uma dimensão fundamental da experiência que se relaciona com a sensorialidade. Na relação analítica, o esforço para dizer algo de verdadeiro ao paciente – a partir de uma experiência emocional consciente e inconsciente – levará o analista invariavelmente a uma luta com a linguagem propriamente dita. Sendo a consciência dos nossos estados afetivos mediada pelas palavras, necessitamos da linguagem para sabermos o que o outro está sentindo ou pensando. Ogden aponta que

Em nosso esforço para usar a linguagem para comunicar a verdade de uma experiência emocional, constatamos que não podemos dizer um sentimento, mas podemos dizer o que uma experiência emocional parece ser. E para isso precisamos de linguagem metafórica. No próprio ato de fazer a transformação de ter uma experiência emocional para dizer como era a sensação, estamos criando não apenas uma nova experiência, mas também uma forma de autoconsciência mediada por símbolos verbais (uma forma de consciência exclusivamente humana). O enriquecimento dessa forma de auto-consciência mediada por simbolização verbal é, a meu ver, um dos aspectos mais importantes de uma experiência analítica bem-sucedida” (OGDEN, 2005, p. 9).

Entretanto, Ogden enfatiza que embora seja necessário transformar os sentimentos em palavras ao longo do processo analítico, nem tudo precisa ser a todo o momento traduzido através de símbolos verbais. Ele ilustra esta afirmação com uma frase de Borges ao dizer que algumas coisas não ditas são “muito mais importantes do que coisas que são meramente ditas” (BORGES apud OGDEN, 32005, p. 10). Em alguns momentos da análise é possível avaliar que sentimentos saudáveis de afeição do paciente pelo analista são “uma presença sentida”, e isso se configura como infinitamente mais importante do que uma interpretação verbalmente construída. Por este motivo, compreendemos que sempre haverá no processo analítico uma dimensão não-verbal, não-dita, mas ainda assim comunicável e sentida pelo analista e pelo analisando.

A partir desta compreensão, concluímos que a psicanálise vem sofrendo reformulações técnicas ao longo dos anos, oferecendo à experiência não-verbal

um lugar de maior protagonismo. Como vimos, Melanie Klein já havia salientado a importância do mecanismo de identificação projetiva no que concerne à relação mãe-bebê e oferecido ao objeto um lugar de destaque na constituição subjetiva da criança, inaugurando um novo modelo teórico-clínico pautado nas relações objetais. O conceito de posição criado pela autora serviu de base para a investigação promovida por Thomas Ogden em relação a uma terceira forma de atribuição sentido à experiência, denominada de posição autista-contígua, amplamente discutida neste trabalho. Vimos como Winnicott e Bion inauguram, a partir das contribuições kleinianas, um pensamento guiado pela intersubjetividade, tanto no desenvolvimento emocional do bebê quanto na relação analítica.

O conceito de *posição autista-contígua* nos oferece uma visão ampliada das experiências sensoriais. Além de contemplar o aspecto afetivo e sensorial da experiência, ele aponta para uma permanência desta dimensão ao longo de toda a vida do sujeito, descartando a possibilidade de limitar tais questões a um único e específico período do desenvolvimento. Ao que nos parece, esta ideia se inter-relaciona intimamente com o conceito posteriormente desenvolvido por Ogden de *terceiro-analítico intersubjetivo*, por abarcar uma dimensão da experiência que também se localiza fora do registro verbal. Apesar de Ogden salientar a importância deste registro no processo de construção do terceiro-analítico, o que dispara esta experiência é quase que prioritariamente um conjunto de *sensações*, inicialmente sem sentido, vividas pelo analista em sua relação com o paciente em uma situação analítica específica. Por isso acreditamos que o que se encontra na base do conceito de *terceiro-analítico* é a forma como cada analista lida com seus modos autista-contíguos em constante interlocução com os modos esquizo-paranóide e depressivo de atribuir sentido à experiência.

O papel do analista, nos dias de hoje, não se limita apenas a conceder sua atenção flutuante e oferecer uma cadeia de interpretações dos sintomas e vivências do paciente. Atualmente, com o aumento de pacientes narcísica e simbolicamente comprometidos, o analista ingressa em uma jornada de co-construção dos afetos, memórias e sentidos da história do analisando, sintonizando suas capacidades para escuta e compreensão daquilo que é dito, mas principalmente daquilo que se encontra para além do que foi verbalizado. Com frequência, as questões do enquadre psicanalítico se mostram mais importantes do que as interpretações, que muitas vezes se mostram mais iatrogênicas do que eficazes. O ponto de discussão

central deste trabalho é a relação tanto dialética quanto paradoxal presentes na situação analítica, que contemplam as subjetividades do analista e do analisando como pessoas separadas, em comunhão com a intersubjetividade co-construída por analista e analisando como uma única entidade, um não podendo existir sem o outro. Esta conjugalidade de subjetividades cria um terceiro nível de experiência que se localiza na interseção dos três mundos dialética e paradoxalmente constituídos.

Concluimos, portanto, que a relação analítica – em seu enquadre singular com cada paciente – lida com forças dinâmicas e não exclusivamente com palavras e conteúdos em suas funções sintáticas. Por este motivo, a interlocução entre os conceitos de *posição autista-contígua* e *terceiro-analítico intersubjetivo* é imprescindível para a compreensão de uma ótica diferenciada sobre o papel do analista no *setting* e as trocas afetivas que ocorrem entre a dupla através de uma interação entre as comunicações conscientes e inconscientes.

6. Referências bibliográficas

ANZIER, D. **O Eu-pele**. Trad. Zakie Rizkallah e Rosaly Mahfuz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988

BALINT, M. Friendly expanses – horried empty spaces. **International Journal of Psychoanalysis**, n. 36, p. 225-241, jul. 1955.

_____. **Thrills and regressions** (1959). Connecticut: International Universities Press, 1987.

_____. **A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão** (1968). Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BARANGER, M. & BARANGER, W. (1961-1962) “La situación analítica como campo dinámico” In: **Controvérsias a respeito do enactment e outros trabalhos. Livro Anual de Psicanálise – Tomo XXIV**. São Paulo: Escuta, 2010, p. 129-164.

BICK, E. The experience of the skin in early object relations. **International Journal of Psycho-Analysis**, n. 49, p. 484-486, 1968.

_____. Further considerations on the function of the skin in early object relations. **British Journal of Psychotherapy**, n. 2, p. 292-299, 1986.

BION, W. R. “A theory of thinking” (1962a) In: **Second thoughts**. New York: Jason Aronson, 1967, p. 110-119.

_____. **O aprender com a experiência** (1962b). Rio de Janeiro: Imago, 1991.

_____. Attacks on linking. **International Journal of Psycho-Analysis**, n. 40, p. 308-315, 1959.

_____. **Second thoughts**. New York: Jason Aronson, 1967.

_____. **Cogitations**. London: Karnac Books, 1992.

BIRMAN, J. “Borda e dobra em psicanálise: sobre o limite na experiência psicanalítica” In: GARCIA, C. A.; CARDOSO, M. R. (orgs.). **Limites da clínica. Clínica dos limites**. Rio de Janeiro: Cia de Freud: FAPERJ, 2011, p. 11-31.

BLEGER, J. Psicanálise do enquadramento psicanalítico (1967). In: **Simbiose e ambigüidade**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, p. 311-328.

BLEICHMAR, N. M.; BLEICHMAR, C. L. **A psicanálise depois de Freud: teoria e clínica**. Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CIVITARESE, G. The symbiotic bond and the setting (2008). In: **The intimate room: theory and technique of the analytic field**. Trad. Philip Slotkin. New York: Routledge, 2010, p. 22-49.

COELHO JUNIOR, N. E. _____. Da intercorporeidade à co-corporeidade: elementos para uma clínica psicanalítica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 44, n. 1, p. 51-60, 2010.

_____. Thomas Ogden e a alteridade em psicanálise. **Revista Impulso**. Piracicaba, n. 22, p. 59-76, set-dez, 2012.

_____. Tempo do sonho, tempo da rêverie e o terceiro-analítico. **Caderno de psicanálise – CPRJ**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 28, p. 49-60, jan-jun, 2013.

FAIRBAIRN, R. “Fatores esquizóides na personalidade” (1940) In: **Estudos psicanalíticos da personalidade**. Trad. Eva Nick. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980, p. 3-22.

_____. **Estudos psicanalíticos da personalidade** (1952). Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.

FERENCZI, S. “Adaptação da família à criança” (1928a) In: **Obras completas: Psicanálise IV**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 1-15.

_____. “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928b) In: **Obras completas: Psicanálise IV**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 29-42.

_____. “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930) In: **Obras completas: Psicanálise IV**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 61-78.

_____. “Análise de crianças com adultos” (1931) In: **Obras completas: Psicanálise IV**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 79-95.

_____. “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” (1933) In: **Obras completas: Psicanálise IV**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. 111-121.

_____. **Diário clínico** (1932). Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FERRO, A.; CIVITARESE, G. **The Analytic Field and its Transformations**. London: Karnac Books, 2015.

FERRO, A. **A técnica na psicanálise infantil**. Trad. Mercia Jestum. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

FREUD, S. “Projeto para uma psicologia científica” (1895) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. I. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 347-454.

_____. “Estudos sobre a histeria” (1893) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. II. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 33-268.

_____. “As neuropsicoses de defesa” (1894) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 51-66.

_____. “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. III. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 159-183.

_____. “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. VII. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 119-231.

_____. “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides)” (1911) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XII. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 15-89.

_____. “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 74-108.

_____. “O inconsciente” (1915) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 171-222.

_____. “Luto e melancolia” (1917[1915]) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIV. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 249-266.

_____. “Neurose e psicose” (1924[1923]) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 165-171.

_____. “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924) In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Vol. XIX. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 203-209.

GADDINI, E. Notes on the mind-body question. **International Journal of Psycho-Analysis**, n.68, p. 315-330, 1987.

GOLSE, B. **Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

GREEN, A. The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). **International journal of psycho-analysis**, n.56, 1975, p. 1-22.

GROTSTEIN, J. S. **Splitting and projective identification**. New York: Jason Aronson, 1981.

GUNTRIP, H. **Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self** (1969). London: Karnac Books, 1992.

KLEIN, M. **The psycho-analysis of children**. London: Hogarth Press, 1980.

_____. “O desenvolvimento de uma criança” (1921) In: **Amor, culpa e reparação**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 21-75.

_____. “A análise de crianças pequenas” (1923) In: **Amor, culpa e reparação**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 100-128.

_____. “Estágios iniciais do conflito edipiano” (1928) In: **Amor, culpa e reparação**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 214-227.

_____. “Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos” (1935) In: **Amor, culpa e reparação**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 301-329.

_____. “O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas” (1945) In: **Amor, culpa e reparação**. Trad. André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996, p. 413-464.

_____. “Notas sobre alguns mecanismos esquizóides” (1946) In: *Inveja e gratidão*. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991, p. 17-43.

_____. “Sobre a teoria da ansiedade e da culpa” (1948) In: **Inveja e gratidão**. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991, p. 44-63.

_____. “Influências mútuas no desenvolvimento do ego e do id” (1952a) In: **Inveja e gratidão**. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991, p. 80-84.

_____. “Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê” (1952b) In: **Inveja e gratidão**. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991, p. 85-118.

_____. “Sobre a identificação” (1955) In: **Inveja e gratidão**. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991, p. 169-204.

_____. “Inveja e Gratidão” (1957) In: **Inveja e gratidão**. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991, p. 205-267.

_____. “Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental” (1958) In: **Inveja e gratidão**. Trad. Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991, p. 268-279.

LOEWALD, H. “On the therapeutic action of psychoanalysis” (1960) In: **Pappers on Psychoanalysis**. New Haven: Yale University Press, 1980, p. 221-256.

MAHLER, M. On childhood psychoses and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. **Psychoanalytic Study of the Child**, n. 7, p. 286-305, 1952.

_____. **On human symbiosis and the vicissitudes of individuation.** Vol. 1. New York: International Universities Press, 1968.

MARCELLI, D. Réflexion sur une conduite particulière de l'enfant autiste: Prendre la main. **Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence**, n. 31, p. 259-261, 1983.

_____. **Position autistique et naissance de la psyché.** Paris: Press Universitaire de France, 1986.

MELTZER, D. Adhesive identification. *Contemporary psychoanalysis*, n. 11, p. 289-310, 1975.

_____. **O desenvolvimento kleiniano III: o significado clínico da obra de Bion.** Trad. Cláudia Bacchi. São Paulo: Escuta, 1998.

MELTZER, D.; BREMMER, J.; HOXTER, S.; WEDDELL, D.; WITTENBERG, I. **Explorations in autism.** London: Karnac Books, 1975.

OGDEN, T. "The nature of schizophrenic conflict" (1980) In: **Projective identification and psychotherapeutic technique.** Oxford: Jason Aronson, 1982, p. 135-171.

_____. **Projective identification and psychotherapeutic technique.** Oxford: Jason Aronson, 1982.

_____. **The primitive edge of experience.** New Jersey: Jason Aronson, 1989.

_____. **The matrix of the mind.** New Jersey: Jason Aronson, 1986.

_____. "O sujeito freudiano" (1994a) In: **Os sujeitos da psicanálise.** Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 11-27.

_____. "Para uma concepção intersubjetiva do sujeito: a contribuição kleiniana" (1994b) In: **Os sujeitos da psicanálise.** Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 29-43.

_____. "O sujeito intersubjetivo de Winnicott" (1994c) In: **Os sujeitos da psicanálise.** Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 45-55.

_____. "O terceiro-analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos" (1994d) In: **Os sujeitos da psicanálise.** Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 57-91.

_____. “Identificação projetiva e o terceiro subjugador” (1994e) In: **Os sujeitos da psicanálise**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 93-101.

_____. “O conceito de ação interpretativa” (1994f). In: **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 103-131.

_____. “Analisando a matriz da transferência-contratransferência” (1994g) In: **Os sujeitos da psicanálise**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 133-161.

_____. “Isolamento pessoal: o colapso da subjetividade e da intersubjetividade” (1994h) In: **Os sujeitos da psicanálise**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 163-176.

_____. “Sobre o espaço potencial” In: GIOVACCHINI, P. (org.) **Táticas e técnicas psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 79-95.

_____. Considerando tres aspectos de la técnica psicoanalítica. **Psicoanálisis APdeBA**, v. 10, n. 1, p. 75-104, 1998.

_____. **Os sujeitos da psicanálise** (1994). Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

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

_____. “Reading Bion” In: **This art of psychoanalysis**. New York: Routledge, 2005, p. 77-92.

_____. **This art of psychoanalysis**. New York: Routledge, 2005.

_____. “Analisando formas de vitalidade e de desvitalização” (1995) In: **Reverie e Interpretação**. São Paulo: Escuta, 2013, p. 37-68.

_____. “Sobre o uso da linguagem em psicanálise” (1997) In: **Reverie e Interpretação**. São Paulo: Escuta, 2013, p. 181-208.

_____. **Reverie e Interpretação**. São Paulo: Escuta, 2013.

_____. **Leituras criativas: ensaios sobre obras analíticas seminais** (2012). Trad: Tania Mara Zalcborg. São Paulo: Escuta, 2014.

PEIXOTO JUNIOR, C. A.; ARÁN, M. O lugar da experiência afetiva na gênese dos processos de subjetivação. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 22, p. 725-745, 2011.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. Do narcisismo ao amor primário: Balint e a gênese dos processos de subjetivação. **Psychê**, São Paulo, v. 7, n. 11, p. 13-28, junho, 2003.

_____. Personalidade, relações objetais e esquizoidia na obra de Ronald Fairbairn. **Interação Psicol.**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 85-94, jan./abr. 2014.

REIS, B. “Compartilhando a intersubjetividade: novos fundamentos filosóficos para uma psicanálise com outros” In: COELHO JUNIOR, N.; SALEM, P.; KLAUTAU, P. (orgs.). **Dimensões da intersubjetividade**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012, p. 215-233.

ROSENFELD, D. Hypochondrias, somatic delusion and body scheme in psychoanalytic practice. **International Journal of Psycho-Analysis**, n. 65, p. 377-388, 1984.

SOUZA, O. “Empatia, holding e continência” In: COELHO JUNIOR, N.; SALEM, P.; KLAUTAU, P. (orgs.). **Dimensões da intersubjetividade**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012, p. 235-246.

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida** (1965). Trad: Erothildes Millan Barros da Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

_____. **O não e o sim: a gênese da comunicação humana** (1957). Trad: Urias Corrêa Arantes. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **The present moment in psychotherapy and everyday life**. New York: Norton & Company, 2004.

TUSTIN, F. **Autismo e psicose infantil** (1972). Trad. Isabel Casson. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Estados autísticos em crianças** (1981). Trad. Joseti Marques Xisto. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. **Autistic barriers in neurotic patients**. London: Karnac Books, 1986.

WINNICOTT, D. W. “Desenvolvimento emocional primitivo” (1945) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 218-232.

_____. “O ódio na contratransferência” (1947) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 277- 287.

_____. “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” (1951) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 316-331.

_____. “Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico” (1954) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 374-392.

_____. “A mente e sua relação com o psicossoma” (1954 [1949]) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 332-346.

_____. “Agressividade em relação ao desenvolvimento emocional” (1950 [1955]) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 287-304.

_____. “Formas clínicas da transferência” (1955) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 393-398.

_____. “A preocupação materna primária” (1956) In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 399-405.

_____. On transference. **International Journal of Psychoanalysis**, n. 37, p. 386-388, jul. 1956.

_____. “Teoria do relacionamento parteno-infantil (1960a) In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 38-54.

_____. “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*” (1960b) In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 128-139.

_____. “Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963a) In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**.

Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 79-87.

_____. “Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos” (1963b) In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 163-174.

_____. O brincar e a realidade (1971). Trad. José Octávio Abreu e Venede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. Fear of breakdown. **International Review of Psycho-Analysis**, n. 1, p. 103-107, 1974.