

1

Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos

I

A arte da psicanálise em sua gênese, um processo de inventar a si mesma durante o caminho, é o tema deste capítulo. A psicanálise é uma experiência emocional vivida. Como tal, ela não pode ser traduzida, transcrita, registrada, explicada, compreendida ou contada em palavras. Ela é o que é. Não obstante, acredito ser possível dizer algo sobre essa experiência vivida que é útil para pensarmos sobre aspectos do que acontece entre os analistas e seus pacientes quando estão envolvidos no trabalho psicanalítico.

Considero útil em meu próprio pensar – o que muitas vezes acontece no ato de escrever – limitar-me inicialmente ao uso do mínimo de palavras em uma tentativa de expressar essências de significado. Faz parte de minha experiência de que na escrita psicanalítica, assim como na poesia, uma concentração de palavras e de significado faz uso do poder da linguagem para sugerir o que ela não pode dizer. Início este capítulo oferecendo uma proposição muito condensada – o processo analítico, da forma como o concebo – e então passo a discutir mais detidamente esse conjunto condensado de ideias. Como cada elemento de minha concepção de psicanálise é inseparável dos outros, existem muitos momentos neste capítulo onde volto atrás, ou salto à frente, a respeito de uma afirmação sequencial inicial. (Talvez isso reflita algo da natureza do movimento da própria experiência analítica.) Concluo apresentando uma descrição detalhada de uma experiência na qual o paciente e eu fomos capazes de pensar, e falar, e sonhar sonhos (anteriormente) não sonhados e interrompidos.

II

Uma pessoa consulta um psicanalista porque está sofrendo emocionalmente; sem saber, é incapaz de sonhar (isto é, incapaz de elaboração psicológica inconsciente) ou fica tão perturbada com o que está sonhando que seu sonho é interrompido. À medida que é incapaz de sonhar sua experiência emocional, o indivíduo é incapaz de mudar, ou de crescer, ou de tornar-se diferente de quem ele tem sido. Paciente e analista engajam-se em uma experiência nos termos da situação psicanalítica desenhada com o objetivo de gerar condições para que o analisando (com a participação do analista) possa se tornar mais capaz de sonhar seus sonhos não sonhados e sonhos interrompidos. Os sonhos sonhados pelo paciente e pelo analista são, ao mesmo tempo, seus próprios sonhos (e devaneios) e os sonhos de um terceiro sujeito, que é tanto o analista e o paciente quanto nenhum deles.

Durante sua participação no sonhar os sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, o analista vem a conhecê-lo de um modo e em uma profundidade que podem lhe permitir dizer algo ao paciente que seja verdadeiro para a experiência emocional consciente e inconsciente que está ocorrendo no relacionamento analítico em um dado momento. O que o analista diz deve ser utilizável pelo paciente para propósitos de elaboração psicológica consciente e inconsciente, ou seja, para sonhar sua própria experiência, deste modo sonhando-se existir mais plenamente.¹

III

Antes de eu tentar “desembrulhar” a afirmação anterior, dois conjuntos de comentários introdutórios são necessários: o primeiro aborda o contexto teórico para a discussão subsequente; o segundo aborda um par de metáforas para os estados psíquicos em que os pacientes procuram a análise e com os quais lutam durante a análise.

Uma parte essencial da base teórica para meu modo de conceitualizar a prática da psicanálise deriva-se da (de minha interpretação da) teoria de Bion do sonhar e de não ser capaz de sonhar. (Anteriormente discuti este aspecto da obra de Bion [Ogden, 2003a] e vou apenas fazer um resumo sucinto dos aspectos relevantes daquela discussão aqui.)

Bion (1962a) introduziu o termo “função-alfa” para se referir ao conjunto ainda desconhecido de funções mentais que juntas transformam “impressões sensoriais brutas relacionadas a uma experiência emocional” (p. 17), as quais denomina “elementos-beta”, em “elementos-alfa”. Os elementos-beta – impressões sensoriais não processadas – não podem ser ligados entre si e, conseqüentemente, não podem ser utilizados para pensar, sonhar ou armazenar na memória. Em contraste, os elementos-alfa são elementos da experiên-

cia que podem ser ligados entre si no processo consciente e inconsciente de pensar e de sonhar (tanto enquanto estamos acordados quanto dormindo). Para Bion,

A falha na função-alfa significa que o paciente não é capaz de sonhar e, portanto, não consegue dormir. [Visto que] a função-alfa torna as impressões sensoriais da experiência emocional disponíveis para [pensamento] consciente e pensamento-onírico, o paciente que não é capaz de sonhar não é capaz de dormir e, assim, não pode despertar. Daí a condição peculiar, observada na clínica, em que o paciente psicótico se comporta como se estivesse precisamente neste estado.

(1962a, p. 6-7)

Existem algumas ideias aqui que são essenciais à concepção da psicanálise que estou apresentando. Sonhar é um processo constante que ocorre tanto no sono quanto na vida de vigília inconsciente. Se uma pessoa é incapaz de transformar impressões sensoriais brutas em elementos inconscientes da experiência que possam ser ligados, ela é incapaz de gerar pensamentos-sonho inconscientes e, conseqüentemente, não pode sonhar (seja durante o sono ou na vida de vigília inconsciente). A experiência de impressões sensoriais brutas (elementos-beta) no sono não é diferente da experiência de elementos-beta na vida de vigília. Portanto, o indivíduo “não pode dormir e não pode despertar” (Bion, 1962a, p.7), ou seja, ele não é capaz de diferenciar estar desperto e estar dormindo, percebendo e alucinando, a realidade externa e a realidade interna.

Inversamente, nem todos os eventos psíquicos que ocorrem durante o sono (mesmo elementos imagéticos visuais) merecem a denominação *sonho*. Os eventos psicológicos que ocorrem durante o sono que se assemelham ao sonhar, mas não são sonhos, incluem “sonhos” para os quais nem o paciente nem o analista é capaz de gerar associações, alucinações durante o sono, sonhos que consistem de um único estado de sentimento sem imagem, os sonhos imutáveis de pacientes pós-traumáticos e (como será discutido) os terrores noturnos. Esses “sonhos” que não são sonhos não envolvem elaboração psicológica inconsciente, nada do trabalho do sonhar.

IV

O segundo dos dois conjuntos de comentários que são necessários antes de considerar minha concepção de fazer psicanálise refere-se aos fenômenos de pesadelos e terrores noturnos. Acredito que essas duas perturbações do sono servem ambas como exemplos de, e metáforas para, duas amplas categorias de funcionamento psicológico. Reunidos, os terrores noturnos e os

pesadelos, como os compreendo, são emblemáticos da matéria da qual é feita toda a extensão da psicopatologia.

Os pesadelos são “sonhos ruins”; os terrores noturnos são “sonhos” que não são sonhos. Os terrores noturnos diferem dos pesadelos não apenas em termos de fenomenologia e função psicológica, mas também em termos de sua neurofisiologia e do padrão de onda cerebral a eles associadas.²

A criança³ que está tendo um terror noturno “desperta” com muito medo, mas não reconhece o pai ou a mãe que se acordou com seus gritos e veio acudi-la. A criança por fim se acalma e, sem medo discernível, “volta ao sono”. Ao “despertar” na manhã seguinte, a criança tem pouca ou nenhuma recordação do terror noturno ou de ter sido acudida pela mãe ou pelo pai. Nas raras ocasiões em que a criança é capaz de lembrar-se de alguma coisa do terror noturno, trata-se de uma única imagem, como a de ser perseguida ou de “ter alguma coisa me oprimindo” (Hartmann, 1984, p. 18). A criança não sinaliza ter medo de ir dormir na noite seguinte. Aparentemente, não existe memória consciente ou inconsciente da experiência. Tanto do ponto de vista psicanalítico quanto do ponto de vista do padrão de ondas da atividade cerebral, a pessoa que está tendo um terror noturno não desperta da experiência nem volta a adormecer depois de ter sido acalmada (Daws, 1989). Alguém que tem terrores noturnos é incapaz de vê-los da perspectiva da vida vígil. Na terminologia de Bion, os terrores noturnos são constituídos de impressões sensoriais brutas relacionadas à experiência emocional (elementos-beta), que não podem ser ligados ao processo de sonhar, pensar ou armazenar na memória. A criança que está tendo terrores noturnos só pode genuinamente despertar quando é capaz de sonhar seu sonho não sonhado.

Em contraste, um pesadelo é um sonho real (que ocorre durante o sono REM) que “*acorda a pessoa com um sentimento de medo*” (Hartmann, 1984, p. 10, grifo meu). Ao despertar, o sonhador é capaz, imediatamente, ou dentro de um período relativamente curto de tempo, de distinguir estar acordado de estar dormindo, o perceber e o sonhar, a realidade interna e a realidade externa. Consequentemente, o indivíduo muitas vezes é capaz de lembrar-se do conteúdo do pesadelo ao despertar e ser capaz de pensar e falar sobre ele. A criança que foi acordada por um pesadelo é capaz de reconhecer a pessoa que a está acudindo e, por poder lembrar-se de que estava tendo um pesadelo, tem medo de voltar a dormir naquela noite, e comumente por semanas ou meses depois.

Em suma, um pesadelo é muito diferente de um terror noturno. O primeiro é um sonho no qual o sofrimento emocional do indivíduo é submetido (em grau considerável) a uma elaboração psicológica inconsciente que resulta em crescimento psicológico. Entretanto, este sonhar é interrompido em um ponto onde a capacidade do indivíduo de gerar pensamentos-sonho e sonhá-los é sobrepujada pelos efeitos perturbadores da experiência emocional sendo sonhada. Um terror noturno não é um sonho; nenhum pensamento-onírico é

gerado; nenhuma elaboração psicológica é feita; nada muda em consequência do evento psíquico.

V

Com a concepção de Bion do sonhar como contexto teórico e com os fenômenos dos pesadelos e dos terrores noturnos como metáforas para duas amplas categorias de funcionamento psicológico, agora é possível começar a examinar sistematicamente os elementos da proposição concisa que fiz anteriormente sobre minha concepção da psicanálise.

Para começar do começo: *Uma pessoa consulta um psicanalista porque está sofrendo emocionalmente; sem saber, ela é incapaz de sonhar (isto é, incapaz de elaboração psicológica inconsciente) ou fica tão perturbada com o que está sonhando que seu sonho é interrompido. À medida que é incapaz de sonhar sua experiência emocional, o indivíduo é incapaz de mudar, ou de crescer, ou de tornar-se diferente de quem ele tem sido.*

Podemos considerar que alguns pacientes que consultam um analista estão sofrendo de terrores noturnos (metafóricos). Sem estarem conscientes disso, eles estão buscando ajuda para sonharem sua experiência não sonhada e insonhável. Os sonhos não sonhados desses pacientes persistem imutáveis como focos dissociados (ou setores amplos) de psicose (Bion, 1962a) ou como aspectos da personalidade nos quais a experiência é de antemão impedida de elaboração psicológica. Os transtornos caracterizados por este impedimento incluem os transtornos psicossomáticos e as perversões graves (de M'Uzan, 1984), encapsulação autista em sensações corporais (Tustin, 1981), estados de “des-afeto” (McDougall, 1984) nos quais os pacientes são incapazes de “ler” suas emoções e sensações corporais, e o estado esquizofrênico de “não experiência” (Ogden, 1982), no qual o paciente esquizofrênico crônico ataca sua própria capacidade de atribuir significado à experiência, tornando, assim, suas experiências emocionais intercambiáveis umas com as outras. Nos transtornos que envolvem impedimento psíquico, o pensamento do paciente é, em grande medida, de um tipo operacional (de M'Uzan, 1984).

Outros pacientes que consultam um analista podem ser considerados como indivíduos que estão sofrendo de pesadelos (metafóricos), ou seja, de sonhos que são tão assustadores que interrompem a elaboração psicológica envolvida no sonhar tanto durante o sono quanto no sonhar desperto inconsciente. (A expressão de Frost [1928] “grito interrompido”, de seu poema “Travar conhecimento com a noite”, parece particularmente adequada para descrever um pesadelo.⁴) O paciente que desperta de um pesadelo atingiu os limites de sua capacidade de sonhar por sua conta. Ele precisa da mente de outra pessoa – “que tenha travado conhecimento com a noite” – para ajudá-

lo a sonhar o aspecto de seu pesadelo que ainda está por ser sonhado. (Um “sonho ainda por ser sonhado” é um fenômeno neurótico ou outro tipo de fenômeno não psicótico; um sonho insonhável é um fenômeno psicótico ou um sonho associado a um impedimento psíquico.) Os sintomas neuróticos manifestados pelos pacientes com sonhar interrompido representam substitutos estáticos da experiência emocional que o paciente é incapaz de sonhar.

O analista que uma dessas amplas categorias de pessoas procura em busca de ajuda para sonhar seus metafóricos terrores noturnos e pesadelos deve possuir a capacidade de devaneio, isto é, a capacidade de sustentar por longos períodos de tempo um estado psicológico de receptividade aos sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, à medida que eles são vivenciados na transferência-contratransferência. Os devaneios do analista são centrais ao processo analítico, no sentido de que eles constituem uma via de acesso essencial pela qual o analista participa no sonhar dos sonhos que o paciente é incapaz de sonhar por conta própria.⁵

VI

Paciente e analista engajam-se em uma experiência nos termos da situação psicanalítica desenhada com o objetivo de gerar condições para que o analisando (com a participação do analista) possa tornar-se mais capaz de sonhar seus sonhos não sonhados e sonhos interrompidos. Os sonhos sonhados pelo paciente e pelo analista são, ao mesmo tempo, seus próprios sonhos (e devaneios) e os sonhos de um terceiro sujeito, que é tanto o analista e o paciente quanto nenhum deles.

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 contudo, 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.

Embora eu veja a psicanálise como uma experiência, não estou sugerindo que paciente e analista sejam livres para fazer qualquer coisa que queiram; em vez disso, eles são livres para fazer um trabalho psicanalítico de um modo que reflita quem eles são individualmente e juntos *enquanto analista e analisando*. Isto é, eles não estão inventando um relacionamento amoroso ou uma amizade ou uma experiência religiosa; eles estão inventando um relaciona-

mento analítico que possui seus próprios objetivos psicoterapêuticos, definições de papéis, responsabilidades, sistema de valores e assim por diante.

Embora não possamos prever a natureza da experiência emocional que será gerada no trabalho com uma pessoa que nos consulta, nossa meta como analistas é quase a mesma com todo paciente: *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*. Embora possa parecer que o analista inicialmente é usado pelo paciente para sonhar os sonhos não sonhados do paciente “por procuração”, 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, 2003b).

A situação analítica, como a concebo, é composta de três sujeitos em conversação inconsciente entre si: o paciente e o analista como sujeitos separados e o “terceiro analítico” intersubjetivo (ver Ogden 1994a, 1999b para discussões teóricas e clínicas do conceito de terceiro analítico). O “terceiro analítico” intersubjetivo inconsciente está para sempre no processo de vir a ser dentro do campo de forças emocionais criado pela interação do inconsciente do paciente e do analista. O terceiro “sujeito da análise” é um sujeito construído conjunta mas assimetricamente pelo par analítico. Quando o processo analítico é uma “preocupação constante” (Winnicott, 1964, p. 27), nem o analista nem o analisando podem alegar serem os únicos autores de seus “próprios” sonhos/devaneios.

É tarefa do analista como sujeito separado (no decorrer do tempo) tornar-se cômico das experiências no e do terceiro analítico e simbolizá-las verbalmente para si mesmo. O analista pode com o tempo falar com o paciente *a partir* daquela experiência *sobre* seus pensamentos acerca do que está acontecendo em um nível inconsciente entre ele e o paciente. Fazendo isso, o analista está tentando envolver o paciente em uma forma de pensamento consciente que pode funcionar em consonância com o trabalho inconsciente do sonhar do paciente e facilitá-lo. Quando, por períodos de tempo, a experiência emocional no campo intersubjetivo é de natureza subjugante, o par analítico pode ser incapaz de pensar sobre o que está ocorrendo inconscientemente entre eles ou de realizar elaboração psicológica com aquela experiência (ver Ogden, 1994c, sobre o “terceiro subjugante”).

VII

O experimento psicanalítico é realizado *dentro dos termos da situação psicanalítica*. Central entre os termos da situação analítica é a concepção do analista da metodologia analítica, isto é, a concepção individual do analista da teoria analítica e dos princípios técnicos que ele desenvolveu ao longo de

sua experiência como analisando, como estudante de psicanálise (que é um aspecto constante da vida de um analista) e como analista praticante. (Está fora do âmbito deste capítulo fazer mais do que citar alguns dos elementos que constituem a metodologia do analista.)

A metodologia analítica se baseia no pressuposto de que existe um “diferencial” (Loewald, 1960, p. 251) entre a maturidade emocional do analista e a do analisando, ou seja, que o analista atingiu um nível de maturidade psicológica maior do que o do analisando – ao menos nas áreas da experiência mais problemáticas para o paciente. Além disso, é essencial que o analista seja capaz de crescer emocionalmente como consequência de sua experiência com o paciente (em conjunção com seu trabalho autoanalítico), de modo que no decorrer da análise ele se torne mais capaz de ser o analista que o paciente precisa que ele seja (Searles, 1975).

Uma concepção de *como e por que* o analista cria e mantém as características do “*setting* analítico” (Winnicott, 1954b, p. 278) é essencial para a metodologia analítica. A situação analítica geralmente (mas nem sempre) envolve o uso do divã, um programa regular de sessões de duração fixa, ênfase à expressão emocional na forma de palavras (em contraste com a ação) e um movimento entre estados de espírito livremente associativos e basicamente desestruturados (tanto por parte do paciente como do analista) e formas de pensamento de processo secundário sequenciais e mais enfocadas.

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.

VIII

Durante sua participação no sonhar os sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, o analista vem a conhecer o paciente de um modo e em uma profundidade que podem lhe permitir dizer algo ao paciente que seja verdadeiro para a experiência emocional consciente e inconsciente que está ocorrendo no relacionamento analítico naquele momento. A psicanálise envolve fundamen-

talmente o analista vir a conhecer o paciente – uma ideia enganosamente simples – e o paciente vir a sentir-se conhecido pelo analista, assim como o paciente sentir que está conhecendo o analista e a si mesmo. Ao participar do sonhar os sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, o analista não está simplesmente vindo a conhecer o paciente; ele e o paciente estão juntos vivendo a experiência emocional até então insonhável ou ainda-a-ser-sonhada na transferência-contratransferência. Nesta experiência, o paciente está no processo de vir a ser mais plenamente e o analista está conhecendo a pessoa que o paciente está se tornando.

O êxito em conhecer o paciente dessa forma está repleto de dificuldades. Enquanto o analista procura encontrar cada paciente a cada nova sessão como se fosse a primeira vez (Bion, 1978), para que o analista consiga abandonar o que ele já “conhece” exige que ele tenha, de fato, aprendido com sua experiência. Somente assim ele pode tentar libertar-se do que achava que sabia a fim de ser receptivo a tudo que ele não sabe (Bion, 1970, 1992; Ogden, 2004a).

A experiência de o analista vir a conhecer o paciente é única a cada encontro analítico, e contudo é inevitavelmente moldada pelos modos particulares que o analista tem de perceber e organizar sua experiência do que está acontecendo, isto é, é a experiência vista por meio de uma lente multifacetada e sempre em transformação instruída pelas ideias e experiência psicanalíticas do analista. Como Wallace Stevens coloca, “as coisas vistas são as coisas como são vistas” (citado por Vendler, 1997, p. ix).⁶ A experiência do analista de vir a saber quem o paciente está se tornando é inseparável da experiência do paciente de vir a saber quem o analista é e está se tornando. Em minha experiência, se o paciente não sentir (com graus variáveis de atenção consciente) que está conhecendo o analista, algo fundamental está faltando na análise: o relacionamento analítico tornou-se impessoal.

Existe uma imensa diferença entre o papel do paciente e o do analista no relacionamento analítico, mas eu não concordo com a ideia – frequentemente expressa por analisandos e vez por outra defensivamente fantasiada por todo analista – de que o paciente não pode “realmente” conhecer o analista porque não sabe tudo o que está acontecendo e que aconteceu na vida do analista fora da situação analítica. O que é falho nesta ideia, a meu ver, é que ela não leva suficientemente em consideração o fato de que, à medida que as experiências de vida do analista tanto dentro quanto fora do ambiente analítico são significativas, elas genuinamente mudam o analista. Essa alteração em seu ser é uma presença não falada mas sentida na análise.

À medida que o analista não é mudado por um dado conjunto de experiências passadas e correntes que ocorreram dentro ou fora da análise, estas experiências ou são insignificantes ou o analista é incapaz de ser afetado por sua experiência (incapaz de sonhá-la ou de aprender com ela). Se o segundo for o caso, é duvidoso que o analista seja capaz de envolver-se em trabalho

analítico com o paciente. Nessas circunstâncias, a declaração do paciente ao analista de que ele não pode “realmente” conhecer o analista pode ser o modo inconsciente de dizer ao analista que ele (o paciente) sente que o analista é incapaz ou de participar no processo de *vir a conhecer* o paciente e a si mesmo ou de *vir a ser conhecido* pelo paciente. Em outras palavras, o paciente está sentindo que ele e o analista pararam de fazer psicanálise.

IX

Em seu esforço para *dizer algo ao paciente que seja verdadeiro para a experiência emocional consciente e inconsciente que está ocorrendo no relacionamento analítico em um dado momento*, o analista inevitavelmente, inescapavelmente, entrou em uma luta com a linguagem propriamente dita. A consciência de nossos estados de sentimento é mediada por palavras. O professor inglês Theodore Baird certa vez perguntou: “O que você precisa para consertar uma motocicleta?” E respondeu: “Você precisa da linguagem. Você precisa de palavras... Como você sabe que é o motor?... Por que não é o radiador?” (citado por Varnum, 1996, p. 115). De modo semelhante, precisamos da linguagem e das palavras para “saber” (mais precisamente, para entender) o que estamos sentindo (por exemplo, ser capaz de distinguir sentir-se só, sentir-se solitário e sentir-se amedrontado).

Em nosso esforço para usar a linguagem para comunicar a verdade de uma experiência emocional, constatamos que não podemos dizer um sentimento,⁷ mas podemos dizer *como é*, qual é a sensação de uma experiência emocional. 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 consciência de si mesmo (consciência) mediada por simbolização verbal é, a meu ver, um dos aspectos mais importantes de uma experiência analítica bem-sucedida.

Contudo, ainda que metaforicamente colocar sentimentos em palavras seja um componente necessário da psicanálise, ele não é um componente necessário de todos os passos ou fases daquele processo. Na verdade, existem momentos em que a insistência do analista em usar palavras para comunicar a experiência é antagonista ao trabalho analítico. Algumas coisas não ditas são “muito mais importantes do que coisas que são meramente ditas” (Borges, 1970a, p. 211). Borges estava se referindo ao desejo não declarado de seu pai de que ele se tornasse o escritor que ele, o pai, tinha almejado ser. Em minha experiência como analista e supervisor, existem longos períodos de tempo durante os quais os sentimentos de amor saudáveis do paciente pelo analista

são uma presença sentida que é muito mais importante do que as coisas “meramente ditas” (Esta situação não deve ser confundida com repressão, cisão ou qualquer outra forma de evitar sentir amor.)

X

O que o analista diz ao paciente sobre o que ele sente ser verdadeiro para a situação emocional que está ocorrendo *deve ser utilizável pelo paciente para propósitos de elaboração psicológica consciente e inconsciente, ou seja, para sonhar sua própria experiência, deste modo sonhando-se existir mais plenamente*. A verdade que porventura houver no que o analista diz sobre uma experiência emocional não tem consequência a menos que o paciente seja capaz de utilizar isso na elaboração psicológica consciente e inconsciente. Para que isso aconteça, o paciente deve se sentir conhecido pelo analista de um modo que nunca tenha se sentido conhecido anteriormente. O relacionamento analítico é singular. (A invenção de uma nova forma de relacionamento humano pode ser a contribuição mais significativa de Freud para a humanidade. Estar vivo no contexto do relacionamento analítico é diferente de estar vivo em qualquer outra forma de relacionamento humano.) Sentir-se conhecido na situação analítica não é tanto um sentimento de ser compreendido quanto o sentimento de que o analista sabe *quem eu sou*. Isso é comunicado em parte através da fala do analista com o paciente de um modo que o que ele diz e o modo como o diz não poderia ter sido dito por nenhum outro analista para nenhum outro paciente.

Esperaria que se um de meus pacientes fosse uma mancha na parede de meu consultório e me ouvisse trabalhando com outro paciente, o paciente-na-parede iria me reconhecer como a mesma pessoa, o mesmo analista com quem ele está trabalhando em análise, mas constataria que o modo como o paciente-no-divã e eu estamos conversando é um modo que não serviria para o paciente-na-parede. Essa forma de estar junto e conversando que está sendo ouvida secretamente pareceria de alguma forma “errada” – talvez um pouco cerebral ou crua demais, séria ou brincalhona demais, parental ou conjugal demais. O paciente-na-parede idealmente não invejaria o paciente-no-divã; ao invés disso, ele sentiria que “aquilo não é para mim” e, evidentemente, ele estaria certo – aquilo não era dirigido a ele.

As interpretações feitas por um analista que é afiliado a uma determinada “escola” psicanalítica são frequentemente dirigidas ao próprio analista (a seus objetos internos e externos), e não ao paciente. Quando um paciente sente que o analista está falando de uma forma que não é dirigida somente a ele, ele se sente isolado e privado da oportunidade de falar com o analista sobre o que é verdadeiro no que está acontecendo na análise. Lembro-me a esse respeito de um paciente esquizofrênico que disse a sua mãe: “Você tem

sido apenas uma mãe para mim”. O analista que é incapaz de falar com seu paciente de um modo que tenha evoluído de sua experiência com *aquele* paciente (e seja único àquele paciente) está sendo apenas um analista para o paciente.

XI

Agora que dividi em partes minha proposição inicial de minha concepção de psicanálise, vou juntá-la novamente para que o leitor possa lê-la como se fosse a primeira vez: *uma pessoa consulta um psicanalista porque está sofrendo emocionalmente sem saber; ela é incapaz de sonhar (isto é, incapaz de elaboração psicológica inconsciente) ou fica tão perturbada com o que está sonhando que seu sonho é interrompido. À medida que é incapaz de sonhar sua experiência emocional, o indivíduo é incapaz de mudar, ou de crescer, ou de tornar-se diferente de quem ele tem sido. Paciente e analista engajam-se em uma experiência nos termos da situação psicanalítica desenhada com o objetivo de gerar condições para que o analisando (com a participação do analista) possa tornar-se mais capaz de sonhar seus sonhos não sonhados e sonhos interrompidos. Os sonhos sonhados pelo paciente e pelo analista são, ao mesmo tempo, seus próprios sonhos (e devaneios) e os sonhos de um terceiro sujeito, que é tanto o analista e o paciente quanto nenhum deles.*

Durante sua participação no sonhar os sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, o analista vem a conhecer o paciente de um modo e em uma profundidade que podem lhe permitir dizer algo ao paciente que seja verdadeiro para a experiência emocional consciente e inconsciente que está ocorrendo no relacionamento analítico em um dado momento. O que o analista diz deve ser utilizável pelo paciente para propósitos de elaboração psicológica consciente e inconsciente, ou seja, para sonhar sua própria experiência, deste modo sonhando-se existir mais plenamente.

XII Algumas experiências dos primeiros estágios de uma análise

Alguns dias depois que eu e o Sr. A havíamos marcado uma hora para uma consulta inicial, a secretária dele me telefonou para cancelar o encontro por motivos vagos relacionados a assuntos de trabalho do Sr. A. Ele me telefonou algumas semanas depois para se desculpar pelo cancelamento e pedir para marcar outra hora. Em nossa primeira sessão, o Sr. A, um homem em torno dos 40 anos, disse-me que há algum tempo pensava em fazer análise (sua esposa estava em análise na época), mas que ficara adiando isso. Rapidamente acrescentou (como se respondesse à pergunta “terapêutica” esperável):

“Não sei por que eu estava com medo da análise”. Ele prosseguiu: “Embora minha vida pareça muito boa de fora – sou bem-sucedido profissionalmente, tenho um casamento muito bom e três filhos que amo muito – sinto quase o tempo todo que algo está terrivelmente errado”. (A utilização do Sr. A das expressões “medo da análise”, “amo muito” e “terrivelmente errado” me pareceram ansiosos esforços inconscientes para fingir sinceridade, mas, na verdade, para me dizer quase nada). Eu disse ao Sr. A que ter pedido à sua secretária para falar comigo havia me feito pensar que ele podia achar que sua própria voz e suas próprias palavras pudessem lhe faltar. O Sr. A olhou-me como se eu estivesse maluco e disse: “Não, meu telefone celular não estava funcionando, e para não ter que pagar as tarifas exorbitantes que os hotéis cobram por ligações telefônicas, mandei um *e-mail* à minha secretária pedindo a ela que lhe telefonasse”.

Durante aquele encontro inicial, o paciente disse-me que sofria de uma insônia grave desde os tempos de faculdade. Enquanto tenta dormir, ele ruma sobre todas as coisas que precisa resolver no trabalho e faz mentalmente listas das coisas que precisam de conserto em casa. Ele acrescentou que, ao longo dos anos, os médicos haviam prescrito soníferos, mas que “eles não funcionam e eu não quero ficar viciado neles”. (Implícito em seu tom de voz havia um sentimento de que “os médicos sem dúvida causam malefício e o deixam viciado se você permitir”.)

No curso de seu primeiro ano e meio de análise, o Sr. A contou-me sobre sua infância de uma maneira meio nostálgica. Ele havia crescido em um bairro residencial da classe trabalhadora onde tinha um grupo de amigos e saía bem na escola. O paciente havia cursado a faculdade com bolsas de estudo, empréstimos e muitas horas de trabalho. Ele falou sucinta e superficialmente de suas duas irmãs, uma das quais é cinco anos mais velha, e a outra, dois anos mais jovem do que ele.

O Sr. A também falou sobre seu trabalho como diretor de uma organização sem fins lucrativos que ajuda imigrantes ilegais em suas relações com o Serviço de Imigração e Naturalização. Ele disse que quando chegava ao trabalho todas as manhãs e olhava os funcionários e os clientes “acampados” no saguão, precisava lembrar a si mesmo o que estava fazendo ali. (Eu não sabia o que o Sr. A estava fazendo em meu consultório comigo. Lembrei-me de uma história que circulou durante minha residência. Integrantes da banca examinadora psiquiátrica – seja lá o que fosse isso – vinham às clínicas psiquiátricas posando de pacientes a fim de avaliar os residentes e o programa de residência.)

O Sr. A muitas vezes começava suas sessões diárias contando-me um sonho. Ele disse que quando não conseguia se lembrar de um sonho para me contar, sentia-se como se não tivesse feito o dever de casa. Entretanto, quando ele conseguia lembrar-se de um sonho, havia quase sempre um sentimento de desapontamento tanto de minha parte quanto da dele depois de contá-lo.

Era como se os sonhos dele não tivessem conteúdo latente. Havia sonhos representando cenas que eram quase idênticas a situações emocionais que eram ocorrências normais na vida do paciente. Encontrar significados transferenciais (ou de qualquer tipo) nos sonhos era como um artifício no qual o paciente ou eu projetávamos sobre o sonho um “significado inconsciente” onde não existia nenhum.

Próximo do fim do segundo ano de análise, tornei-me consciente de algo que podia já estar acontecendo há algum tempo, mas que somente então tornou-se disponível a mim para uma elaboração psicológica consciente. O ritmo da fala do Sr. A era marcado por pausas breves, quase imperceptíveis, depois de praticamente todas as frases, como se estivesse se preparando para não ser surpreendido. Disse ao Sr. A que eu achava que ele estava tendo dificuldade para saber o que fazer comigo. “Pode ser que eu não seja absolutamente o que pareço ser.” (Minha intervenção era em parte determinada por minhas observações das pausas ansiosas do paciente e pelo devaneio⁸ anterior sobre o paciente que não era paciente.)

Algumas semanas depois que fiz essa interpretação, ficou claro um dia quando encontrei o Sr. A na sala de espera, que ele estava em profundo sofrimento. Ele começou dizendo que até bem pouco tempo não sabia realmente por que havia procurado a análise. Ele havia pensado que tinha sido para agradar sua esposa, que o estivera pressionando para que fizesse análise. Falando com hesitação, com a voz embargada e com lágrimas, ele disse: “Quando eu tinha sete anos e minha irmã tinha cinco, brincávamos de médico. Eu tentava ver suas partes íntimas. Queria descobrir o que havia ali. Eu usava uma vareta como um médico usa um abaixador de língua. Acho que aconteceu apenas umas duas ou três vezes, mas não posso ter certeza, mas sei que foi mais de uma vez”. Neste ponto, o Sr. A estava soluçando e não conseguia falar. Depois de alguns minutos, ele prosseguiu: “Raramente penso sobre isso e nunca pensei que fosse grande coisa – muitas crianças brincam de doutor. Não sei por que só agora me sinto tão mal a esse respeito. Fiquei acordado a noite inteira na noite passada. Eu não sabia o que estava sentindo. Senti pesar por S (ele nunca havia usado o nome da irmã anteriormente). Eu nem sei se ela sequer se lembra disso ou se isso a afetou. Eu só falo com ela em aniversários, no dia de Ação de Graças e no Natal. (Enquanto o Sr. A falava, fiquei comovido com a profundidade de seu sofrimento, que pareceu explosivo e totalmente inesperado por ambos. Não me pareceu que ele estivesse confessando no intuito de obter o meu perdão. Pareceu-me, isto sim, que ele estava, ao menos em parte, respondendo à minha interpretação de seu sentimento de que não tinha ideia de quem eu era ou do que eu pretendia. Ele aparentemente tinha ouvido e sido capaz de fazer uso do aspecto implícito da interpretação, isto é, de que ele sentia que não fazia ideia de quem ele era e o que pretendia.)

Nos meses seguintes, o Sr. A começou a desenvolver uma ponta de autoconsciência, que primeiramente apareceu na forma de uma capacidade para a ironia. Por exemplo, ele abriu uma sessão dizendo que o ponto alto de sua manhã tinha sido a calorosa acolhida que o mecânico de seu carro lhe dera quando ele deixara o carro pela terceira vez no mês por causa do mesmo problema. Ele estava se identificando comigo por meio de seu uso da ironia; isso tinha um quê de menino que adota as qualidades do pai por quem sente admiração. (Evidentemente, não comentei sobre as implicações transferenciais de seu gracejo a respeito do mecânico.)

O Sr. A, como se pisasse cuidadosamente em terreno perigoso, contou sobre seus anos de infância em sua família. Ele não era mais um simples cronista de eventos romantizados, mas uma pessoa auto-observadora que aprendia com suas próprias versões de sua experiência no próprio processo de contá-la para mim e para si mesmo.

Fiquei sabendo que os pais do Sr. A tinham uma loja onde vendiam e consertavam pequenos aparelhos domésticos – a mãe atendia os clientes enquanto o pai fazia os reparos em uma bancada nos fundos da loja. Eles estavam sempre à beira de fechar a loja. Desde os 5 anos o paciente ajudava na loja, e aos 7 anos já fazia coletas e entregas. “Não era uma aventura, era um negócio mortalmente sério”. Por medo de perder a freguesia, os pais cobravam muito abaixo de um preço justo por seu trabalho.

O paciente falou mais sobre o exame dos genitais de sua irmã. Ele disse: “Ela confiava em mim e topava qualquer brincadeira que eu inventasse. Isso é o que torna particularmente feio o modo como me aproveitei da confiança dela. Eu não tenho desculpas que justifiquem alguma coisa para mim”. Eu disse ao Sr. A: “Parece que você está tentando encarar a música”.* (Somente depois de ter usado a expressão “encarar a música” é que me dei conta de seu duplo significado: ao encarar a música, ousamos aceitar a realidade que existe [como um ator temeroso deve fazer ao enfrentar o público em frente ao palco]; ao mesmo tempo, existe uma beleza [música] na experiência de ser honesto consigo mesmo, ainda que seja impossível desfazer o que se fez.)

Na sessão seguinte, o Sr. A disse-me que na noite anterior ele tinha tido um sonho que era de um tipo que ele tinha sonhado muitas vezes antes (ele nunca havia me contado sobre esses sonhos). “A cena acontece no saguão de uma sala de cinema com grandes cartazes dentro de redomas de vidro. Existe

*N. de T. *Face the music*: esta expressão seria normalmente traduzida como “enfrentar os fatos, ou “arcar com as consequências”, mas tal tradução entraria em conflito com as observações subsequentes do autor, referindo-se e explorando diretamente a palavra *music*. Por isso, optamos por uma tradução literal.

uma banca de pipocas e balas com muitos fregueses esperando em fila. Mas então eu me dou conta horrorizado que o cinema está completamente vazio e está fechado há anos. Dessa vez – e já tinha acontecido algumas vezes antes – eu me recuso a acreditar que o que eu vi não era real. Acordo-me com o coração disparado, não com medo, mas com raiva.” Eu disse ao Sr. A: “Em seu sonho, você se agarra a suas próprias percepções, não para provar que está certo, mas para provar que você é quem você é”. (Minha interpretação pareceu banal e perigosamente semelhante a algo que se leria em um livro de autoajuda. Felizmente, o Sr. A foi capaz de fazer sua elaboração psicológica a despeito de mim.) O paciente respondeu em um tom de voz alto e com raiva que eu nunca tinha visto: “A sala de cinema *funcionava* como uma sala de cinema – isso não é pedir demais é?” (Senti que parte da indignação do Sr. A era dirigida a mim por minha intervenção impessoal.) E então, mais suavemente, ele acrescentou: “Eu tinha vergonha de meus pais e de mim mesmo. Eu queria – e ainda quero – que eles tivessem sido como os pais de meus amigos que, apesar de não terem mais dinheiro do que meus pais, não se comportavam como animais, que a vida inteira tiraram o couro deles. Sinto-me mal falando de meus pais dessa forma”. Eu disse: “É um negócio complicado: mesmo no começo do sonho, quando você achava que tudo funcionava como deveria, era ao custo de estar sozinho com isso”. (Eu pensei mas não disse que ele estava furioso com seus pais, não somente por serem o que ele considerava fracassos vergonhosos, mas também por sua incapacidade, mesmo que por um momento, de sonhar com ele algo emocionante, por mais improvável que fosse.)

Eu e o Sr. A ficamos em silêncio por alguns minutos durante os quais uma mudança sutil ocorreu, mas que reconheci somente retrospectivamente. Durante aquele silêncio, meus pensamentos vaguearam para um filme que eu tinha visto, no qual uma atriz que gosto muito é o personagem principal. Naquele filme, eu a achei particularmente atraente e *sexy*. Não era pelo personagem que ela interpretava que me senti atraído, mas por ela, a atriz, a mulher que eu imaginava que ela era. No filme, ela cantava duas músicas e eu ficava impressionado não só com a beleza do som de sua voz, mas também com a imensa amplitude de seu talento.

O paciente me contou posteriormente na sessão que desde que sua filha era bebê, tinha sido impossível para ele segurá-la nos braços de uma maneira que parecesse natural, muito menos mudar sua fralda sem sentir que estava “sendo um *voyeur* e um *pervertido*”. Enquanto o Sr. A falava, minha mente passou das imagens e sentimentos associados ao paciente brincando de médico com sua irmã para um acontecimento de minha própria experiência de tornar-me médico. Nas primeiras semanas da faculdade – eu tinha 21 anos na época, defensivamente observei a mim mesmo – meu grupo de quatro estudantes de medicina estava trabalhando na dissecação de “nosso” cadáver. Lembrei-me de ter vivido com muito medo durante aquele período de minha vida.

Nós quatro levávamos muito sério a dissecação, cada um com seus terrores. Houve um momento em que os sentimentos pareciam romper a fachada de entusiasmo e confiança dos estudantes de medicina: começamos a falar com o cadáver, referindo-se a ele por um primeiro nome inventado como se ele estivesse vivo, mas fosse tímido demais para falar. Lembro-me de ter sentido na época que esta brincadeira era perigosa, como se estivéssemos violando uma lei sagrada. Ao mesmo tempo, a brincadeira, carregada de raiva e medo, era um alívio bem-vindo.

Enquanto me lembrava desses sentimentos e eventos, senti profundamente que tinha traído uma confiança. O cadáver fora um homem de meia-idade, que quando morreu provavelmente tinha idade próxima da que tenho agora, um homem que tinha sido generoso ao doar seu corpo para educação e pesquisa médicas. Ele não merecia ser tratado como uma marionete em um número de um espetáculo circense. Senti um misto de culpa em relação ao que havia feito e compaixão por mim mesmo como um jovem que estava fazendo o melhor que podia diante de eventos emocionais muito perturbadores para serem suportados sozinho e muito vergonhosos para serem admitidos a outra pessoa. Eu ainda podia sentir o forte odor de formol que havia na sala onde os 23 cadáveres tinham sido colocados sobre mesas de aço inoxidável. Era um odor que estava sempre comigo, pois tinha ficado impregnado em minhas roupas e na minha pele. Como estudante de medicina, incapaz de sonhar minha experiência, eu havia desenvolvido um pequeno distúrbio psicossomático. Foi uma experiência emocional insonhável que requeria considerável trabalho analítico de minha parte para que eu começasse a ser capaz de sonhar os pensamentos e sentimentos evitados.

À medida que minha atenção voltava deste devaneio para o Sr. A, um aspecto particular do que ele tinha dito recentemente sobre sua infância assumiu um significado maior para mim. Os únicos amigos de sua mãe tinham sido suas duas irmãs e ela não tinha feito nenhum esforço para esconder o fato de que elas eram muito mais importantes para ela do que o pai do paciente. Tampouco ela disfarçou o fato de que era a irmã mais velha do paciente quem a cativava de uma forma que o paciente e sua irmã mais jovem não conseguiam. Ainda que o Sr. A não o tenha dito explicitamente, pareceu-me neste ponto que sua mãe havia usado a filha mais velha como um veículo para viver a vida de uma menina, e depois de uma mulher jovem, que ela desejava ter sido. (Comecei a reconhecer que anteriormente na análise, eu também havia adotado como minha a visão do paciente de seus pais como pessoas derrotadas totalmente destituídas de sonhos. Agora parecia que era o pai do Sr. A que tinha sido derrotado, e que a representação que o paciente fez de sua mãe como uma pessoa sem sonhos tinha servido para protegê-lo do sentimento ainda mais perturbador de que sua mãe [objeto interno e externo] tinha estado viva – ainda que primordialmente de maneira narcisista – para sua irmã mais velha, mas não para ele.)

Posteriormente na sessão, o Sr. A falou sobre suas insuficiências como marido, incluindo seu sentimento de que ele é “ruim de cama”: “É como dançar. Eu não tenho senso de ritmo e tento mover o meu corpo como as outras pessoas fazem, mas não é dançar. Eu não sinto a música”. Eu disse para o paciente: “Acho que você sentia que nunca seria capaz de dançar com sua mãe da mesma forma que sua irmã fazia. Era algo que somente as meninas e as mulheres sabiam”. (Em retrospectiva, acredito que essa interpretação era em parte derivada de meu devaneio sobre a atriz que sabia fazer tudo, incluindo cantar alegremente. Embora eu não estivesse consciente disso na época em que tive o devaneio, percebi neste ponto da sessão que eu não admirava apenas a atriz, eu tinha inveja dela por ser uma mulher. Tanto o paciente quanto eu estávamos inconscientemente dando uma forma metafórica a nossa experiência de sermos inadequados porque nunca seríamos uma menina ou uma mulher que pudesse cativar sua mãe. Tanto o devaneio sobre a música da atriz cantando quanto meu uso da frase “encarar a música” eram partes de um contexto inconsciente para o paciente usar a música como uma metáfora de seus próprios sentimentos de inadequação por não ter nascido menina e por carecer de tudo o mais que teria sido necessário para conquistar o amor de sua mãe.)

Em resposta a meu comentário sobre seu sentimento de ser invisível para a mãe, o paciente disse: “De certa forma, até hoje sinto que existe algo impenetrável em relação às mulheres e seus laços umas com as outras. Elas vivem em toda uma outra realidade incognoscível para um homem. Não tenho palavras para isso – elas vivem dentro de seus corpos, não na superfície de seus corpos como fazem os homens. Seus livros de bolso são como bolsas nas quais elas levam os seus segredos. Eu não acredito realmente que os homens, com seus pênis simples e descomplicados, têm alguma coisa a ver com o mistério de fazer um bebê. O corpo de uma mulher é estranho, de certa forma grotesco, com poderes incríveis”.

Os comentários do Sr. A levaram-me a pensar mais sobre aspectos de minha experiência de devaneio. Comecei a tomar consciência de uma faceta de significado do devaneio da escola de medicina que eu não havia reconhecido anteriormente. Eu vinha sentindo o vazio intransponível entre eu e o homem na mesa de anatomia. Ele era humano; eu podia ver e tocar seu rosto e suas mãos. Ele tinha mãos pequenas, delicadas. E contudo, ele, o cadáver, era uma coisa. Eu tinha me sentido profundamente perturbado por minha incapacidade de conciliar as duas coisas: ele estava ali, com toda a sua humanidade, sua generosidade, e, ao mesmo tempo, não havia ninguém ali, ele estava absolutamente, irrecuperavelmente morto, simplesmente uma coisa com a qual nenhum relacionamento humano poderia ser estabelecido. Talvez “a brincadeira”, para mim, tivesse sido um esforço inútil de mitigar a qualidade absoluta dessa divisão.

Minha experiência de dissecar o cadáver da forma como vinha acontecendo tinha tido muitos significados contundentes para mim, incluindo confrontações assustadoramente imediatas com minha própria mortalidade, terrores associados à mutilação corporal e sentimentos de perda de minhas capacidades de sentir (de permanecer emocionalmente vivo) diante de uma experiência que me abalou profundamente. Entretanto, na sessão analítica com o Sr. A que estou discutindo, aspectos específicos daquele conjunto de experiências assumiram especial importância como aspectos sonhados, incompletamente sonhados e não sonhados de meu próprio sofrimento psicológico. A fim de fazer trabalho analítico com o Sr. A, era necessário para mim fazer uso da experiência inconsciente com ele como uma oportunidade de sonhar (na forma de uma experiência de devaneio) alguns dos meus próprios “terrores noturnos” e “pesadelos” que se sobrepunham aos dele. Era impossível dizer se a perturbadora distância entre eu e o cadáver era parte da experiência original na faculdade de medicina ou era uma experiência emocional gerada pela primeira vez no contexto de meu trabalho com o Sr. A.

Mais ou menos um mês depois da sessão que acabo de descrever, o Sr. A e sua família fizeram uma viagem de férias de três semanas para a Ásia. Ao retornar, o Sr. A contou-me que algo muito importante tinha ocorrido durante o período em que estivera fora. Ele disse que havia tido aulas de meditação e pensamento budista e “experimentado uma conexão com algo maior do que a mim mesmo de um modo que nunca tinha sentido antes”. O Sr. A continuou falando um pouco mais sobre a transformação que tinha sofrido. Ele não parecia estar falando de um modo que fosse específico a mim (como havia feito nas sessões antes do intervalo de férias). Não me surpreendi absolutamente quando ele me disse que tinha decidido seguir a meditação budista e, então, aquela seria nossa última sessão. O ritmo do movimento da análise neste ponto parecia interromper o sonhar.

Praticamente desde que o Sr. A tinha me falado sobre sua resposta ao Budismo eu já estava consciente de que estava sendo lançado a um papel de forasteiro, sem a menor chance de competir com a enorme força emocional do novo amor (objeto narcisista) do Sr. A. Uma divisão intransponível entre nós havia se criado. Disse ao paciente: “Eu não vou tentar lhe convencer a não fazer o que você pretende fazer (isto é, eu não encenaria com ele a humilhação de implorar pelo amor de sua mãe diante do autoenvolvimento narcisista impenetrável que ele havia encontrado nela). O que vou fazer é o que eu e você sempre fazemos, que é colocar em palavras o que está acontecendo” (isto é, continuaria sendo eu mesmo, o analista dele, mesmo diante de sua ameaça de isolar-se de mim por narcisismo enquanto projetava em mim a solidão e a impotência que não era capaz de experimentar sozinho).

Prosegui. “Parece-me que tenho uma responsabilidade, tanto com você, a pessoa com quem estou falando, quanto com você, a pessoa que original-

mente me procurou, a pessoa que, sem o saber, estava me pedindo ajuda para encarar a música. Sou responsável por ambos os aspectos de você a despeito do fato de que, no momento, um deles está mudo e eu preciso falar por aquele aspecto de você” (isto é, eu não repetiria com ele a cena de infância de sua mãe abraçando um de seus filhos e descartando os outros).

Na sessão seguinte, o Sr. A e eu falamos sobre o medo que ele tinha sentido de perder a si mesmo e a mim durante o intervalo de férias. Ele disse que, apesar do fato de que no passado ele tinha me pedido para ocupar seus horários quando estivesse fora, ele tinha esperado que eu saberia que dessa vez eu deveria mantê-los reservados para ele. “São os meus horários e não seria certo ocupá-los com outra pessoa.”

Um pouco depois naquela sessão, o Sr. A me contou: “Quando saí daqui ontem, foi como se tivessem tirado um peso... não, não é isso... eu senti que voltaria a mim mesmo, e voltar a mim mesmo não é uma coisa inteiramente boa, como você sabe. É um lugar que tem sido insuportável para mim. Foi bom ouvir a sua voz enquanto você falava ontem – eu prestei mais atenção no som da sua voz do que no que você estava dizendo. Não era só o som da sua voz, era o som do seu pensamento. Quando percebi que sua voz não tinha mudado, soube que você não tinha dado o meu lugar para outro. Não importa se você realmente preencheu ou não preencheu os horários – eu sei que você sabe disso”. (Havia um sentimento de profunda afeição e gratidão na voz do Sr. A enquanto falava, algo que eu nunca tinha ouvido anteriormente – e eu não tenho dúvida de que ele sabia que eu também sabia disso.)

Neste ponto da análise, pareceu-me que o molestamento da irmã pelo Sr. A representava a atuação de um conjunto de intensos sentimentos que ele havia experimentado na infância e que estavam atualmente sendo experimentados na transferência-contratransferência. Seu repetido ato de examinar os genitais da irmã parecia representar uma tentativa de descobrir o que havia “ali dentro” (dentro do corpo e da mente de sua mãe), o que era a um só tempo “grotesco” e “com poderes incríveis”. O paciente pode ter imaginado que o que ele descobriu “ali dentro” seria a chave para o laço emocional misterioso que ligava sua mãe com tanta força a suas irmãs e a sua irmã mais velha. Os molestamentos também podem ter representado ataques raivosos e incursões forçadas nos genitais e entranhas da mãe em retaliação ao que ele sentia ser uma exclusão emocional quase completa dele. E finalmente – e talvez mais importante – o paciente pode ter estado tentando encontrar seu lugar “ali dentro”, um lugar que fosse só para ele, um lugar que não pudesse nunca ser tirado dele e dado a outra pessoa.

Nas semanas e meses que se seguiram, à medida que diferentes facetas desta constelação de relações objetais internas se manifestaram na transferência-contratransferência, eu e o Sr. A pensamos, falamos e sonhamos estas experiências emocionais.

NOTAS

1. Qualquer esforço para descrever a psicanálise necessariamente se utiliza da experiência do leitor com psicanálise. Poder-se-ia escrever vários volumes sobre o tema de cães, mas se o leitor não tiver experienciado um cão vivo, ele não vai saber o que é um cão. Um cão é um cão; psicanálise é psicanálise; “o mundo, infelizmente, é real [resolutamente]; eu, infelizmente, sou Borges” (Borges, 1946, p. 234).
2. Diferente dos pesadelos, que ocorrem no sono REM (o estado de sono no qual ocorre a maioria dos sonhos), os terrores noturnos ocorrem no sono profundo, de ondas lentas (Hartmann, 1984). Embora neste capítulo eu faça menção a dados neurofisiológicos associados aos terrores noturnos e pesadelos (atividade das ondas cerebrais registradas em estudos do sono), tais dados têm valor unicamente metafórico. O fato de que a atividade das ondas cerebrais associadas aos terrores noturnos e aos pesadelos seja diferente não dá sustentação à ideia de que a concepção psicanalítica dos terrores noturnos e pesadelos difere de modo análogo. Os achados neurofisiológicos dos pesquisadores do sono não oferecem nada mais (e nada menos) do que paralelos intrigantes entre a atividade do cérebro e a experiência da mente, além de metáforas potencialmente valiosas para uso na reflexão psicanalítica sobre sonhar, não ser capaz de sonhar e sonhos interrompidos.
3. Tanto adultos quanto crianças sofrem de terrores noturnos e pesadelos, mas esses fenômenos são mais prevalentes em crianças; por motivos de clareza da exposição, falarei desses fenômenos em termos da experiência de uma criança.
4. Frost (1928) escreve: “I have stood still and stopped the sound of feet/ When far away an interrupted cry/ Came over houses from another street” (Fiquei imóvel sem o barulho dos meus passos/ Quando de longe um grito interrompido/ Veio, por sobre as casas, de outra rua) (p. 234). (Ver Ogden, 1999b, para uma discussão deste poema.)
5. Eu incluo na noção de devaneio todos os meandros da psique-soma do analista, incluindo os pensamentos e sentimentos mais cotidianos, discretos, ruminções e divagações, sensações corporais etc., que geralmente parecem não ter nenhuma relação com o que o paciente está dizendo ou fazendo naquele momento. Devaneios não são o produto da psique-soma apenas do analista, mas do inconsciente do paciente e do analista combinados (Ogden, 1994a, 1994c, 1996, 1997a, 1997b, 1997c, 2001a). Como veremos na seção clínica deste capítulo, os devaneios fornecem uma forma de acesso indireto à vida inconsciente da relação analítica.
6. Centrais entre as ideias que, para mim, constituem uma perspectiva psicanalítica são: uma concepção das relações entre os aspectos consciente, pré-consciente e inconsciente da mente; o conceito de transferência-contratransferência; uma concepção do mundo objetal interno; a ideia dos modos depressivo, esquizoparanoide e autista-contíguo de gerar experiência e suas formas associadas de subjetividade, ansiedade, defesa, relacionamento objetal e crescimento psicológico; os conceitos de clivagem, identificação projetiva e defesa maníaca; a noção da necessidade humana da verdade; uma concepção de vida e de morte psicológica; o conceito de um espaço psicológico entre realidade e fantasia, no qual o indivíduo pode desenvolver a capacidade de pensar simbolicamente, desta forma vindo imaginativamente para a vida; a ideia de um enquadramento analítico; uma compreensão do papel central, a partir do nascimento, da sexualidade no desenvolvimento saudável e na psicopa-

tologia; uma concepção do modo no qual o desenvolvimento das capacidades de simbolização e autoconsciência são inseparáveis do desenvolvimento das relações objetais internas e externas (inclusive espelhamento maternal e triangulação edípiana).

7. Os nomes que damos aos sentimentos – por exemplo, sentir-se só, sentir-se solitário, sentir-se amedrontado – são categorias genéricas amplas que não expressam mais sobre os sentimentos do que a palavra “chocolate” expressa a experiência de sentir o sabor de chocolate. Não é possível comunicar com palavras o sabor de chocolate a uma pessoa que nunca o sentiu. O paladar, como qualquer outra experiência sensória e emocional, não pode ser expresso em palavras.
8. Minha experiência de devaneio no trabalho com o Sr. A tinha sido extremamente esparsa e difícil de utilizar no primeiro ano ou algo assim de análise.