

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

TESE DE DOUTORADO

O CAMPO ANALÍTICO: UM ESPAÇO DE SONHAR A DOIS

CÁSSIO KOSHEVNIKOFF ZABELLI

BRASÍLIA, 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

TESE DE DOUTORADO

O CAMPO ANALÍTICO: UM ESPAÇO DE SONHAR A DOIS

CÁSSIO KOSHEVNIKOFF ZAMBELLI

Trabalho submetido ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a defesa de tese de doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação da professora Dra. Terezinha de Camargo Viana.

Brasília, 29 de setembro de 2017.

A Banca Examinadora desta tese de doutorado teve a seguinte composição:

---

Profa. Dra. Terezinha de Camargo Viana  
Universidade de Brasília – UnB  
Presidente da Banca

---

Profa. Dra. Ana Maria Loffredo  
Universidade de São Paulo – USP  
Membro externo

---

Profa. Dra. Priscilla R. Lima  
Universidade Federal de Goiás – UFG  
Membro externo

---

Profa. Dra. Katerine Sonoda  
Universidade de Brasília – UnB  
Membro interno

---

Prof. Dr. André Luiz Picolli da Silva  
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA  
Membro suplente

Brasília, 29 de setembro de 2017.

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial desta tese, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que a fonte seja corretamente citada.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Kc Koshevnikoff Zambelli, Cassio  
O Campo Analítico: um espaço de sonhar a dois / Cassio  
Koshevnikoff Zambelli; orientador Terezinha de Camargo  
Viana. -- Brasília, 2017.  
121 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica e  
Cultura) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. Campo Analítico. 2. Enquadre Analítico. 3. Setting. 4.  
Sonhar acordado. 5. Rêverie. I. de Camargo Viana,  
Terezinha, orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Cairbar e Miriam, pelo amor e pelo carinho sempre constantes. Por ensinarem-me que os obstáculos no caminho podem ser vencidos com perseverança e planejamento.

Agradeço à minha noiva, Renata, por acreditar em meus sonhos e sonhá-los junto comigo. Por sustentar minhas angústias e ajudar a encontrar possibilidades onde eu não podia enxergar nenhuma. Uma companheira para os momentos de felicidades e de dificuldades. Sem a sua ajuda esse trabalho não teria chegado ao fim. Sua constante presença me deu forças para continuar sempre adiante.

Aos meus irmãos, William, Sara e Taís, pela constante companhia e escuta; pelos momentos de risadas e de choros compartilhados.

Aos meus cunhados, Sarah e Ricardo, por saberem amar e cuidar de meus irmãos e por serem verdadeiros amigos.

Agradeço à minha avó Elizena, que com seus exemplos ensinou-me sobre a sabedoria da vida e nos permitiu ir mais longe do que sonhávamos.

Agradeço à profa. Terezinha pelas orientações e por ser capaz de compreender minha necessidade de ir além. Por sua abertura de pensamento que me permitiu pensar com mais liberdade. Por ser sempre paciente e atenciosa. Por acreditar em mim, mesmo quando trazia ideias que eram 'sem pé nem cabeça'.

Agradeço ao prof. Maurício pelas aulas, orientações e conversas que me ajudaram a trazer novas maneiras de pensar a clínica.

Agradeço ao prof. Jean-François Chiantaretto pelas orientações e pela disponibilidade em conversar sobre a narratividade na clínica.

Agradeço à Alba por sua leitura atenta e considerações valiosas. Apenas uma verdadeira winnicottiana é capaz de fazer críticas construtivas com doçura nos impulsionando adiante.

Agradeço aos colegas do Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise e do Laboratório de Psicanálise e Processos de Subjetivação da UnB, pelas sugestões, pelas opiniões, por testemunharem e participarem do meu percurso.

Aos demais professores da UnB, que participaram, direta ou indiretamente, na construção de meu saber e de minha tese.

À Thamiris, secretária do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia, por ser sempre gentil e solícita em seu trabalho que fez toda a diferença nesses quatro anos de trabalho.

Aos meus amigos por estarem sempre presentes e saberem quando precisei de compreensão e ajuda antes mesmo de falar. Pelos momentos alegres que me estimularam a continuar.

Às demais pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta caminhada.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Agradeço a Deus por ter colocado todas essas pessoas que participaram e ajudaram em meu caminhar; pela ajuda para transformar as pedras no caminho em pavimento para a estrada da vida. Aos anjos por estarem sempre presentes iluminando meu caminho e inspirando meus pensamentos.

"Voici mon secret. Il est très simple:  
on ne voit bien qu'avec le cœur.  
L'essentiel est invisible pour les yeux."

("Eis o meu segredo. Ele é muito simples:  
somente vemos bem com o coração.  
O essencial é invisível aos olhos.")

(Antoine Saint Exupéry em Le Petit Prince)

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RESUMO</b>   | <b>X</b>  |
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>13</b> |
| <b>OBJETIVOS</b>  | <b>15</b> |
| <b>MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>  | <b>16</b> |
| <b>APRESENTAÇÃO DOS CAPÍTULOS</b>   | <b>18</b> |
| <b>CAPÍTULO 1: A SITUAÇÃO ANALÍTICA E O ENQUADRE ANALÍTICO</b>                                  | <b>20</b> |
| <b>A SITUAÇÃO ANALÍTICA</b>   | <b>22</b> |
| FREUD E O DESVENDAR DA TRANSFERÊNCIA: AS VARIÁVEIS DA SITUAÇÃO ANALÍTICA                        | 25        |
| <b>O ENQUADRE ANALÍTICO</b>   | <b>28</b> |
| O DESENVOLVIMENTO DO MÉTODO ANALÍTICO E DAS REGRAS DO JOGO: AS CONSTANTES DA SITUAÇÃO ANALÍTICA | 30        |
| A REGRA FUNDAMENTAL DA PSICANÁLISE: UMA EXIGÊNCIA COMPLEXA AO PACIENTE                          | 32        |
| A OUTRA REGRA FUNDAMENTAL   | 36        |
| <b>O ANALISTA COMO GUARDIÃO DO ENQUADRE</b>   | <b>41</b> |
| TRANSGRESSÕES E RUPTURAS  | 43        |
| <b>CAPÍTULO 2: O SETTING WINNICOTTIANO</b>  | <b>49</b> |
| <b>O SETTING EM WINNICOTT</b>   | <b>50</b> |
| <b>O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO</b>  | <b>53</b> |
| <b>TRANSICIONALIDADE</b>  | <b>63</b> |
| <b>QUANDO AS COISAS NÃO VÃO TÃO BEM ASSIM</b>   | <b>65</b> |
| <b>O SETTING A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO</b>             | <b>68</b> |
| A REGRESSÃO NO SETTING WINNICOTTIANO  | 72        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>CAPÍTULO 3:</b>  | <b>80</b>  |
| <b>A NARRATIVIDADE E O SONHAR ACORDADO NO CAMPO ANALÍTICO</b> | <b>80</b>  |
| <b>O CONCEITO DE CAMPO NA PSICOLOGIA</b>                      | <b>81</b>  |
| <b>O CONCEITO DE CAMPO NA PSICANÁLISE</b>                     | <b>88</b>  |
| OS PERSONAGENS DO CAMPO ANALÍTICO                             | 94         |
| A NARRATIVIDADE COMO UM TESTEMUNHO EM ATO                     | 100        |
| A ANÁLISE COMO UM SONHAR A DOIS                               | 103        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                   | <b>107</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                             | <b>112</b> |

## RESUMO

A área de interesse desta tese é a psicanálise, mais especificamente o estudo teórico do conceito de situação analítica e do campo analítico. O objetivo geral do trabalho consiste em delinear os aspectos da situação analítica para estabelecer novas compreensões da análise a partir do conceito de campo analítico de Willy e de Madeleine Baranger. A situação analítica possui duas partes que interagem entre si, o enquadre e o processo analítico. O processo analítico é a parte móvel da situação analítica que envolve a relação transferencial, a resistência, as interpretações, o *insight*, etc. O enquadre é a parte que tende à estabilidade e tem a finalidade de ser aquilo que sustenta o processo analítico e de permitir o seu desenrolar com o mínimo de interrupções possíveis. O enquadre é formado pelas regras analíticas, pelo contrato, o espaço físico, o tempo (duração e horário) e as técnicas. O manejo do enquadre torna possível o trabalho clínico com o núcleo psicótico do paciente e de suas partes regredidas. Nos casos de regressão, a adaptação do enquadre e do analista torna-se necessária para o bom andamento da análise. O campo analítico do casal Baranger permite novas possibilidades de compreensão da situação analítica a partir da existência de uma interligação entre todas as partes do campo e do campo com o todo. Nessa perspectiva, o discurso do paciente adquire um aspecto de narratividade em que os personagens do campo se apresentam permitindo ao analista outras formas de interpretação. A partir da ótica do campo analítico, a análise torna-se um espaço de história e de sonhar a dois.

**Palavras chaves:** campo analítico, enquadre, situação analítica, sonhar acordado, rêverie.

## ABSTRACT

The area of interest of this thesis is the psychoanalysis, more specifically the theoretical study of the concept of the analytical situation and the psychoanalytical field. The general objective of the work is to delineate the aspects of the analytical situation to establish new understandings of the analysis from Willy and Madeleine Baranger's psychoanalytical field concept. The analytical situation has two parts that interact with each other, the framework and the analytical process. The analytical process is the moving part of the analytic situation that involves the transference relationship, resistance, interpretations, insight, etc. The frame is the part that tends to stability and is intended to be what sustains the analytical process and to allow its unfolding with as few interruptions as possible. The framework is formed by analytical rules, contract, physical space, time (duration and time) and techniques. The management of the frame makes possible the clinical work with the patient's psychotic nucleus and its regressed parts. In the cases of regression, the adaptation of the framework and the analyst becomes necessary for the good progress of the analysis. The analytical field of the Baranger couple allows new possibilities of understanding the analytical situation, from the existence of an interconnection between all the parts of the field and the field with the whole. In this perspective, the patient's discourse acquires an aspect of narrativity in which the characters of the field present themselves allowing the analyst other forms of interpretation. From the point of view of the analytical field, analysis becomes a space of history and of dreaming of two.

**Key words:** analytical field, framing, analytical situation, walking dream, rêverie.

## RÉSUMÉ

Le domaine d'intérêt de cette thèse est la psychanalyse, plus précisément l'étude théorique du concept de situation psychanalytique et de champ analytique. L'objectif de l'étude est de délimiter les aspects de la situation psychanalytique dans le but d'établir des nouvelles compréhensions de l'analyse à l'aide des outils conceptuels de champ analytique de Willy et Madeleine Baranger. La situation psychanalytique comprend deux parties qui interagissent entre elles-mêmes, c'est-à-dire le cadre et le processus analytique. D'un côté, le processus analytique est la partie mobile de la situation analytique et celle qui implique la relation transférentielle, la résistance, les interprétations, le *insight*, etc. De l'autre, le cadre est la partie qui tend à la stabilité et celle qui maintient le processus analytique en permettant son déroulement avec le minimum d'interruptions possibles. Le cadre est formé par les règles analytiques, le contrat, l'espace physique, le temps (la durée et l'horaire de la séance) et les techniques. L'aménagement du cadre permet le travail clinique avec le noyau psychotique du patient et ses parties régressives. Dans les cas de régression, l'adaptation du cadre et de l'analyste devient nécessaire pour la bonne progression de l'analyse. Le concept de champ analytique avancé par le couple Baranger permet de nouvelles possibilités de compréhension de la situation analytique étant donné l'existence d'une interconnexion entre toutes les parties du champ et du champ par rapport à son ensemble. Dans cette perspective, le discours du patient acquiert un aspect de narrativité dans lequel se présentent les personnages du champ auxquels permettent à l'analyste d'autres formes d'interprétation. Du point de vue du champ analytique, l'analyse devient un espace d'histoire et de rêver à deux.

**Mots-clés** : champ analytique, cadre, situation psychanalytique, rêverie.

## INTRODUÇÃO

A presente tese é uma proposta de continuidade da dissertação realizada no mestrado acadêmico intitulada "A contratransferência e o afeto do analista". Na dissertação, a relação transferencial na clínica analítica foi compreendida como um espaço de comunicação inconsciente entre o paciente e o analista e a contratransferência compreendida como uma via de acesso ao inconsciente do paciente (Ferenczi, 1926/1992, 1928[1927]a/1992, 1930/1992, 1969[1932]/1990; Freud, 1910/2006; Heimann, 1950; Joseph, 1985/1990; Money-Kyrle, 1956/1990; Pick, 1985/1990; Racker, 1953/1982; Rosenfeld, 1988).

O conceito de campo analítico amplia a compreensão sobre a relação clínica ao proporcionar nova perspectiva da relação transferencial-contratransferencial indicando um espaço no qual os campos subjetivos do paciente e do analista fluem dando origem a uma nova entidade que é mais do que a soma de seus produtos (Baranger & Baranger, 1961-62; Eizirick, 2013; Ferro, 2007; Ferro & Basile, 2013). Portanto, o campo analítico refere-se a uma criação conjunta entre seus participantes sendo muito mais do que uma via de acesso ao paciente ou uma via de comunicação com ele, para ser, inclusive, um espaço no qual as transformações psíquicas e o processo de cura ocorrem a partir da criação de co-narrativas dentro de um espaço entre a realidade e a fantasia (Ferro, 2007). Essa criação conjunta acontece por meio da interação entre as personalidades do par analítico num espaço que não é dentro e nem fora deles, permitindo a criação do "*playground* intermediário" (Winnicott, 1975, p. 69).

Ferenczi (1930/1992) nos lembra que "o retorno a uma tradição mais antiga, injustamente negligenciada, pode igualmente favorecer a verdade; e penso francamente não ser paradoxal, em tais casos, apresentar como progresso científico o

fato de enfatizar o que é antigo.” (p. 53). Desta forma, antes de abordar novos aspectos da teoria relativa ao campo analítico, torna-se necessário discorrer sobre os conceitos mais básicos da clínica psicanalítica. Por isso, sentimos a necessidade de abordar o conceito de situação analítica e de enquadrar antes de poder abordar as funcionalidades do *setting* e elaborar as características do campo analítico.

A situação analítica é algo que define a psicanálise e o seu trabalho, e em nossas pesquisas foram poucos os textos encontrados que nos permitiram compreender com a devida profundidade as peculiaridades da relação entre as duas partes que compõem a situação analítica, que são o enquadre analítico e o processo analítico. Nos manuais de psicanálise e nas obras de revisões literárias, apenas dois autores são frequentemente encontrados quando o assunto da situação analítica é abordado: Freud e Bleger (Etchegoyen, 2004/2008; Zimmerman, 2004/2008). O uso das obras de Freud é compreensível por ele ser o pai da psicanálise e não ser possível tratar de qualquer assunto na psicanálise sem antes partir das obras do mestre. Bleger, por sua vez, é um psicanalista argentino pouco conhecido a nível internacional e seu texto de 1977 intitulado "Psicanálise do enquadramento psicanalítico" trata da questão do enquadre e da situação analítica de maneira magistral, pois possui uma clareza de definição sobre esses conceitos que nos permite novas possibilidades de pensamento sobre o trabalho analítico.

O intuito deste trabalho é abordar os aspectos que definem a clínica psicanalítica. É muito comum encontrarmos textos, livros e palestras sobre o tema da transferência, da interpretação e de outros conceitos clínicos, mas pouco se encontra sobre aquilo que define a clínica psicanalítica como tal. Dessa maneira, cria-se uma ideia pouco definida sobre essa clínica que é, muitas vezes, mal utilizada em prol de um clínica normatizadora na qual o enquadre funciona como um divã de Procusto

(Manonni, 1992). A intenção é poder delinear melhor aquilo que define a situação analítica de maneira breve, sem entretanto, perder a profundidade do estudo a respeito do tema a fim de esclarecer quais aspectos clínicos são essenciais para se manter a clínica analítica.

A proposta é compreender aquilo que define a clínica analítica não para instituir formas normatizadoras da psicanálise no consultório, mas justamente para elaborar melhor os aspectos estruturais dessa clínica que ficam mal delimitados e, por isso, tornam-se mal utilizados. A falta de delimitação conceitual muitas vezes favorece a substituição de conceitos claros por questões de preferências pessoais baseadas em opiniões pessoais e no senso comum. Não queremos dizer que as opiniões e preferências pessoais não tenham valor, muito pelo contrário, a clínica é algo individual e relativo à subjetividade do analista, mas dizemos que o analista deve conhecer bem a estrutura da situação clínica antes de manejá-la e modificá-la, pois caso contrário correrá o risco de atuar contratransferencialmente. A subjetividade do analista é algo a ser levado em consideração e, portanto, pretendemos estudar como a mente do analista estrutura a clínica e qual é a sua função no espaço da análise.

## **Objetivos**

A área de interesse desta tese é a psicanálise, mais especificamente o estudo teórico do conceito de situação analítica e do campo analítico. O objetivo geral do trabalho consiste em delinear os aspectos da situação analítica para estabelecer novas compreensões da análise a partir do conceito de campo analítico de Willy e de Madeleine Baranger.

A partir desse estudo geral, têm-se os seguintes objetivos específicos: (1) apresentar e estabelecer a relação entre os conceitos de situação analítica, de enquadre analítico e de processo analítico; (2) elaborar a respeito da funcionalidade do

enquadre e o seu papel na manutenção da análise; (3) apresentar as diferenças e as semelhanças entre os conceitos de enquadre analítico e o de *setting* winnicottiano; (4) estabelecer a importância do *setting* numa situação de regressão analítica; (5) apresentar o conceito de campo psicanalítico; (6) elaborar como o campo cria personagens num contínuo processo de narratividade e de sonhar acordado.

### **Motivação e Justificativa**

O interesse pelo tema do campo analítico surgiu como continuidade dos questionamentos levantados em minha dissertação intitulada "A contratransferência e o afeto do analista" (2011) realizada sob a orientação da profa. Dra. Terezinha de Camargo Viana na Universidade de Brasília. O tema da contratransferência sempre me foi caro devido ao meu interesse pela clínica psicanalítica. A dissertação ajudou-me a elaborar a resposta de muitos questionamentos levantados ao longo de meu percurso clínico, no entanto, outros questionamentos surgiram e continuaram rondando minha clínica. As melhores respostas encontradas para muitas dessas questões foram acolhidas pelo conceito de campo na leitura do livro "Campo analítico: um conceito clínico" de Ferro e Basile (2013) (org.).

A perspectiva do campo abriu espaço para novos pensamentos não cogitados quando o foco na relação analítica era apenas uma das partes, ou seja o paciente e a sua transferência ou o analista e a sua contratransferência. Apesar de ter elaborado em minha dissertação a respeito da ressonância que existe entre a mente do analista e a do paciente, ainda parecia faltar algo que ligasse a dupla analítica nesse processo de (re)construção terapêutica e me permitisse compreender melhor o que do analista auxilia na terapêutica da análise. As ideias de Ferro e Basile (2013) sobre o campo analítico e a narratividade trouxeram possibilidades de respostas para o questionamento de como o analista poderia usar sua mente para auxiliar o paciente, já

que após minha dissertação eu não tinha mais dúvidas a respeito da existência de uma conexão profunda que se estabelece entre os inconscientes do paciente e o do analista.

O conceito de campo analítico permitiu compreender melhor como a mente do analista sustenta e auxilia o paciente em seu processo analítico. Além disso, pude compreender que a mente do analista não sustenta apenas parte do psiquismo do paciente (aquela parte que é projetada), mas sim toda a situação analítica, como o enquadre e o *setting*. Logo, não era necessário apenas compreender o conceito de campo, mas sim toda a estrutura clínica que permite sustentar a análise. Meu objetivo ao escrever essa tese é compreender melhor a respeito do que sustenta a análise, a conexão entre o analista, o paciente e o trabalho analítico e ao, mesmo tempo, aquilo que permite que a análise seja um espaço de constante transformação.

A escolha da teoria do campo do casal Baranger é decorrente da possibilidade de compreensão de um fenômeno que se institui no espaço analítico, sendo a teoria de campo psicanalítico deles um conceito relacionado aos aspectos da relação transferência-contratransferência na análise<sup>1</sup>. Minha intenção ao escrever a tese não é definir ou desenvolver uma teoria que abranja todas as outras teorias psicanalíticas, mas sim buscar possíveis compreensões a respeito de alguns fenômenos que ocorrem na clínica psicanalítica. Por esse motivo, nem todas as referências utilizadas são psicanalíticas, apesar de a maioria ser prioritariamente psicanalítica por conta de minha formação ter passado principalmente por esse campo do saber.

---

<sup>1</sup> O conceito de teoria dos campos de Fábio Herrmann (2007, 2012) não foi utilizada porque, em minha compreensão, Herrmann buscou desenvolver uma teoria que fosse a chave mestra da psicanálise, uma teoria capaz de englobar todas as teorias legítimas da psicanálise. Algo que foge do escopo da pesquisa desta tese.

## **Apresentação dos capítulos**

O primeiro capítulo apresenta o conceito de situação analítica e de enquadre. Esses conceitos nem sempre são bem diferenciados na literatura psicanalítica, mas a compreensão de suas diferenças nos permite pensar melhor sobre o espaço analítico e as suas possibilidades de manejo. Nos casos de pacientes não-neuróticos, torna-se necessário pensar sobre o enquadre, pois esses pacientes tendem a realizar transgressões que podem vir a romper com o enquadre se o analista não for capaz de manejar adequadamente o espaço analítico. O analista, dessa forma, é o responsável pela manutenção do enquadre.

O enquadre tem a importante função de tornar-se o espaço de projeção do núcleo psicótico dos pacientes. Essa especificidade do enquadre nem sempre é conhecida ou pensada, mas geralmente acontece e leva a análises a situações de estagnação ou de regressão, se bem manejada. A melhor forma de resolver tais situações é conhecendo melhor as funcionalidades do enquadre de maneira a utilizá-lo como uma ferramenta clínica nas situações em que se torna necessário esse tipo de manejo. O primeiro capítulo irá apresentar as funcionalidades do enquadre e a responsabilidade do analista quanto a esse aspecto da clínica analítica.

O capítulo dois introduz as particularidades da clínica winnicottiana, mais especificamente o conceito de *setting*. As bases da clínica winnicottiana relacionam-se com os aspectos dos cuidados da primeira infância e, portanto, o *setting* winnicottiano tem características diferentes das apresentadas pelo conceito de enquadre numa clínica psicanalítica clássica. Uma das funcionalidades do *setting* é criar a oportunidade para o paciente entrar num estado de regressão no qual possa resgatar a continuidade de seu desenvolvimento emocional primitivo.

Construir um espaço para o paciente regredir requer certas adaptações por parte do analista, que necessita estar atento às necessidades do paciente para moldar o *setting* a fim de tornar possível ao paciente retornar ao seu estado natural de continuar-a-ser. Por tratar-se de um momento delicado da situação de análise, as formas de intervenções que o analista utiliza são modificadas pensando na adaptação do ambiente analítico ao paciente.

O capítulo três apresenta o conceito de campo psicanalítico a partir da teoria do casal Baranger. A perspectiva do campo oferece novas possibilidades na relação analítica por torná-la mais abrangente e interativa. Uma dessas novidades são os personagens que habitam o campo e refletem o mundo interno da dupla analítica. A situação analítica, a partir da ótica do campo, deixa de ser pensada apenas como duas pessoas e passa a ser considerada em sua complexidade múltipla como a criação de algo novo que surge a partir da interação do par analítico.

## **CAPÍTULO 1:**

### **A SITUAÇÃO ANALÍTICA E O ENQUADRE ANALÍTICO**

## **CAPÍTULO 1**

### **A SITUAÇÃO ANALÍTICA E O ENQUADRE ANALÍTICO**

O estudo da técnica analítica tem a finalidade de auxiliar o analista a construir seu próprio estilo de análise, de preferência um estilo adequado à sua personalidade e congruente com o que o analista pensa e com o que ele faz, que é influenciado por como entende o enquadre, o processo e o todo da situação analítica (Etchegoyen, 2004a/2008). O objetivo deste capítulo é apresentar a definição e as funções do enquadre no trabalho analítico, assim como diferenciar o conceito de enquadre do conceito de situação analítica.

As diferenças entre os aspectos clínicos do enquadre analítico e da situação analítica nem sempre são bem definidas dentro da teoria psicanalítica e é ainda mais difícil de defini-las com clareza dentro do trabalho clínico. Essa problemática sobre a teoria do enquadre gera um entrave à psicanálise frente à clínica contemporânea, uma vez que os pacientes do tipo não-neuróticos (psicóticos, autistas, borderline, etc...) rompem com o funcionamento do enquadre clássico estabelecido por Freud levando os analistas à necessidade de repensarem a estrutura clínica de seus trabalhos.

Não é incomum o atendimento de pacientes não-neuróticos ser sentido pelo analista como mais difícil de ser manejado, sendo necessário maior cautela em suas intervenções. Muitas vezes, os empecilhos que ocorrem nos atendimentos desses pacientes são gerados pela dificuldade do analista em lidar com a contratransferência e manejar adequadamente o enquadre analítico, justamente por serem dois aspectos da clínica que são difíceis de serem pensados.

Repensar a estrutura do trabalho analítico para o atendimento de pacientes não-neuróticos envolve repensar o enquadre analítico clássico, justamente aquilo que

define a clínica psicanalítica. Diferenciar teoricamente esses conceitos nos permite pensar com mais clareza sobre eles gerando novas compreensões clínicas das funções do enquadre e criar melhores condições para usar as engrenagens clínicas, principalmente nos casos nos quais o enquadre se torna uma questão em evidência.

Para abordar o tema deste capítulo, iremos apresentar inicialmente o conceito de situação analítica que é o aspecto mais abrangente da clínica analítica constituído por suas duas partes que são: o enquadre e o processo analítico. Em seguida abordaremos os aspectos mais específicos da situação analítica, dando um maior foco ao enquadre, que é o principal tópico deste capítulo.

### **A Situação Analítica**

A palavra situação define o ato ou efeito de situar, ou seja, de pôr uma pessoa ou coisa em um determinado lugar (Dicionário digital do Aurélio). Isso também envolve a maneira que a pessoa ou o objeto é colocado num determinado papel ou função. Na psicanálise, podemos pensar a situação analítica como o ato ou efeito de situar o paciente no trabalho clínico e, por consequência, num espaço clínico que opere de acordo com determinadas regras e objetivos específicos e papéis pré-definidos.

A situação analítica é definida por Etchegoyen (2004a/2008) como o lugar onde ocorre "uma relação particular entre duas pessoas que se atém a *certas regras* de comportamento para realizar uma tarefa determinada, na qual se destacam dois papéis definidos: o de analisando e o de analista" (p. 283) (itálicos nossos). A situação analítica é o espaço onde ocorre a relação analítica, a qual é determinada por uma finalidade específica e conduzida por regras estabelecidas num contrato entre as partes, mesmo que esse contrato não seja totalmente explícito.

Bleger (1977/2003), psicanalista argentino que abordou o tema do enquadre, propõe a *situação analítica* como “a totalidade dos fenômenos envolvidos na relação terapêutica entre analista e paciente” (p. 46), sendo essa totalidade da situação analítica formada por duas partes que interagem entre si. A primeira parte é aquilo que Bleger chamou de *não-processo*, ou seja o enquadre e as suas regras. A segunda parte é formada pelos aspectos constituintes da relação e do trabalho analíticos que formam o *processo analítico*, tais como o objeto de estudo, a relação transferencial, a resistência, as interpretações, o *insight*, etc.

Desse ponto de vista, o *processo analítico* é considerado como a parte móvel da situação analítica, que se transforma e é suscetível ao tempo, envolvendo os aspectos intrapsíquicos do paciente e da relação analítica como a transferência, a contratransferência e o trabalho analítico propriamente dito. Enquanto o *enquadre analítico* é a parte estável, constante, atemporal e constituída pelos marcos da situação analítica em cujo interior desenvolve-se o processo analítico (Bleger, 1977/2003; Etchegoyen, 2004a/2008, 2004b/2008). Podemos pensar nessas diferenciações dos aspectos da situação analítica por meio de uma analogia na qual o enquadre seria o vaso rígido e fixo e o processo analítico seria a planta com a água que o vaso contém. O vaso oferece um espaço específico, seguro e estável para que a planta cresça e se desenvolva e, na maior parte dos casos, o vaso não precisa ser modificado ou sofrer alterações para que a planta continue a crescer. Nessa analogia, a situação analítica seria o conjunto do vaso, da planta e da água, que envolve o todo do processo de manutenção e de crescimento da planta.

A diferenciação entre as partes da situação analítica é de extrema importância para se pensar sobre o manejo clínico do enquadre e compreender melhor o funcionamento do campo analítico e a circulação do afeto na relação analítica. Assim,

a situação analítica é o aspecto mais amplo da análise e engloba outros dois aspectos (o enquadre e o processo) que se diferenciam, em princípio, por sua mutabilidade dentro da situação clínica. O enquadre tende a ser imutável, enquanto o processo geralmente está em constante transformação.

A situação analítica é considerada como a composição total da análise que engloba todos os aspectos e as configurações das relações interpessoais que se desenvolvem entre o analista e o paciente no período de análise (Gitelson, 1952). Portanto, ela forma um espaço determinado no tempo no qual se estabelece uma relação singular e hierárquica entre o analista e o analisando, os quais possuem papéis definidos, que realizam conjuntamente um trabalho com um objetivo específico e compartilhado.

É perceptível que a situação analítica possui diversos elementos que configuram a relação e o trabalho que se desenrola entre o analista e o paciente. As configurações analíticas, entretanto, não foram aleatoriamente determinadas, mas obedecem a certas regras e diretrizes definidas por Freud no início da psicanálise; sendo algumas dessas diretrizes utilizadas até hoje, outras modificadas de acordo com a situação na qual a análise ocorre. O que atualmente define tais configurações são, *a priori*, a teoria psicanalítica, o estilo clínico do analista e o perfil do paciente em atendimento.

Com o termo estilo clínico nos referimos inclusive à personalidade e à postura do analista que influenciam muito a condução que ele tem do caso. É sabido que dois analistas diferentes fariam análises diferentes de um mesmo paciente numa situação igual, pois o estilo clínico e a conduta do analista seriam diferenciados. Com isso queremos dizer que o estilo clínico é definido pela personalidade e pela postura do analista frente ao paciente, algo que nem sempre é deixado em evidência nos escritos

da psicanálise, fazendo parecer que a individualidade do analista não influencia no processo analítico e no estabelecimento da transferência.

A descoberta da transferência e a criação de métodos para usá-la terapeuticamente constitui-se um dos marcos fundadores da psicanálise. Essa descoberta, entretanto, já pode ser encontrada nos textos pré-psicanalíticos de Freud quando ele ainda desenvolvia os princípios da técnica analítica. A seguir será brevemente abordado sobre o processo do desvendar da transferência por Freud para auxiliar na compreensão da função do enquadre dentro da situação analítica.

### Freud e o Desvendar da Transferência: as variáveis da situação analítica

As primeiras recomendações clínicas formuladas por Freud encontram-se nos textos pré-psicanalíticos, nos quais já é possível ver o esboço da técnica analítica e o encontro dele com a variável<sup>2</sup> mais importante do processo psicanalítico: a transferência. O principal texto de Freud anterior ao surgimento da psicanálise no qual o encontro dele com a transferência pode ser visto é o artigo "Psicoterapia da Histeria" de 1895. Nesse texto, ele apresenta o abandono da técnica da hipnose pelo uso da técnica da pressão que denominara de "artifício técnico" (p. 285). Essa técnica inicialmente utilizada era considerada por ele apenas como um engodo para que a atenção do paciente pudesse ser suficientemente desviada a ponto do terapeuta conseguir acessar informações mais profundas e reais, facilitando assim a associação de ideias e burlando algumas resistências iniciais (Zambelli, 2011).

Apesar dessa técnica da pressão ser utilizada no tratamento de algumas histéricas, Freud (1895/2006; 1912a/2006) logo a considerou como ineficaz contra

---

<sup>2</sup> A definição de variável por Bleger aproxima-se da ideia de variável em ciência ou mesmo ao conceito matemático de variável. Mas com a finalidade de simplificar, não pretendo me aprofundar na explicação desses termos que podem ser bem compreendidos em seu significado menos acadêmico. Assim, variável, neste caso, serve apenas para definir algo que varia, que muda e se transforma ao longo do tempo. Apesar de que o sentido científico também se aplica à palavra do texto.

aquilo que veio posteriormente a ser denominado como resistências transferenciais. Frente a um novo obstáculo, ele sugeriu uma outra técnica, que posteriormente foi nomeada por Lagache (1980) de contratransferência positiva, a qual tem a finalidade de estabelecer uma relação de confiança entre o paciente e o analista, evitar as resistências transferenciais e facilitar o vínculo entre o analista e o paciente (Zambelli, 2011, 2013).

A disponibilidade afetiva inicial do analista cria uma relação de confiança e evita resistências iniciais que podem ser facilmente manejadas com uma postura mais amistosa e aberta do terapeuta (Kupermann, 2008; Zambelli, 2011, 2013). Isso não significa que o analista deva compartilhar sua vida com o paciente, mas sim que deve apenas demonstrar-se atento, receptivo e interessado naquilo que o paciente tem a dizer buscando criar um clima de respeito e de confiabilidade<sup>3</sup>.

Em 1905, dez anos depois de seu texto pré-psicanalítico, Freud (1905[1901]/2006) apresenta outras mudanças técnicas significativas em seu trabalho que foram, em parte, indicadas no seguinte trecho:

Quando se penetra na teoria da técnica analítica, chega-se à concepção de que a transferência é uma exigência indispensável. Na prática, pelo menos, fica-se convencido de que não há nenhum meio de evitá-la, e de que essa última criação da doença deve ser combatida como todas as anteriores. Ocorre que essa parte do trabalho é de longe a mais difícil (p. 111).

Assim, no texto de 1905, "Fragmento da análise de um caso de histeria", Freud apresenta diferenças significativas em relação aos textos do período pré-psicanalítico. As diferenças são, primeiro, no fato da psicanálise já ter sido estabelecida como técnica. Segundo, na nomeação da transferência como ponto focal do trabalho analítico sem o qual não é possível o desvendar dos complexos

---

<sup>3</sup> De acordo Cuddy (2015) em sua pesquisa na Harvard, o ser humano ao estabelecer um novo contato avalia nos primeiros segundos, de maneira automática e inconsciente, se pode *confiar* e *respeitar* na pessoa que acabou de conhecer.

sintomáticos do paciente. Terceiro, na mudança técnica do trabalho pré-psicanalítico indicada no texto de 1895 ao identificar a fala livre do paciente como um substituto ao uso da hipnose ou da técnica da pressão, dando início à regra fundamental (*sine qua non*) da psicanálise que foi formalmente apresentada no artigo "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise" de 1912.

Apesar dessas mudanças técnicas significativas na época, a transferência ainda era compreendida como um obstáculo a ser combatido ao invés de ser utilizada em prol da investigação do psiquismo do paciente. A mudança dessa percepção só foi demarcada em 1912 pela publicação do artigo "A Dinâmica da Transferência" (1912a/2006), no qual a transferência é compreendida como representante padrão do funcionamento psíquico desenvolvido ao longo dos primeiros anos de vida, representada posteriormente por formas estereotipadas e repetitivas de relacionamentos afetivos.

Com isso, Freud (1912a/2006) quis indicar que os "clichês estereotípicos" (p. 111) funcionam como as antigas máquinas tipográficas (de onde originam as palavras clichê<sup>4</sup> e estereotipia<sup>5</sup>) as quais possuem uma chapa de metal deformado (clichê) pelo processo de estereotipia para a constante reprodução de um texto impresso pelo uso da pressão desse clichê (chapa de metal) numa outra superfície. A partir dessa analogia, Freud indicou que a transferência nada mais é do que a formação (ou a deformação) do funcionamento afetivo impresso no psiquismo da criança pela relação inicial com os pais que se reimprime repetidamente nas outras relações desse infante de acordo com o *printing* inicialmente recebido.

---

<sup>4</sup> "Placa fotomecanicamente gravada em relevo sobre metal, usualmente zinco, a traço ou a meio-tom, para impressão de imagens e textos por meio de prensa tipográfica" (Dicionário digital do Aurélio).

<sup>5</sup> "Processo pelo qual se duplica uma composição tipográfica, transformando-a em fôrma compacta, por meio de moldagem de uma matriz" (Dicionário digital do Aurélio).

Frente à evidência da dificuldade do manejo desse funcionamento psíquico essencial, mas não exclusivo à clínica analítica, Freud buscou resolver tal obstáculo criando novas técnicas ou modelos para a boa continuidade do trabalho analítico. Por isso, no texto "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise" (1912b/2006), ele decidiu estender-se diretamente sobre a questão técnica em decorrência da amplitude que o movimento psicanalítico tomava na Europa e dos problemas decorrentes do aumento do número de profissionais que utilizavam a técnica analítica. Ao fazer isso, Freud, formulou de forma mais clara o enquadre analítico. O enquadre analítico é, portanto, parte do método desenvolvido por Freud para o manejo adequado da transferência. Sem o enquadre, torna-se difícil utilizar as ferramentas analíticas para a observação e o manejo da transferência como parte do tratamento.

A partir da compreensão da situação analítica como o todo da análise e do enquadre e do processo como partes desse todo que interagem e se complementam, passaremos para a elaboração sobre a formação, a função e a importância do enquadre na clínica psicanalítica. Antes de manejar o enquadre, é necessário compreender melhor o que o define e qual a sua finalidade.

### **O Enquadre Analítico**

O enquadre analítico é definido por Zimmerman (2004b/2008) como “a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico” (p. 68). Esses procedimentos configuram o espaço no qual os processos psicanalíticos acontecem e “nenhum processo pode acontecer se não há algo dentro do qual possa transcorrer e esse trilho por onde se desloca o processo é o enquadre: *para que o processo desenvolva-se, tem de haver um enquadre que o contenha*” (Etchegoyen, 2004c/2008, p. 294) (itálicos nossos). A partir das definições de

Zimerman e de Etchegoyen, podemos delimitar que o processo analítico só pode ocorrer dentro de um espaço e de um padrão definidos pelo enquadre. Dito de outra forma, sem o enquadre, não há análise.

O enquadre não é só as regras fundamentais da psicanálise, mas tudo aquilo que envolve e permite que a análise ocorra, como o contrato (tempo, dinheiro, papéis definidos, serviços) entre o analista e o paciente; mas, para além disso, o espaço físico e toda as variantes psíquicas e simbólicas que envolvem a questão do espaço físico. O enquadre, portanto, é aquilo que situa a análise num espaço e num tempo reais e subjetivos a fim de permitir o surgimento da transferência para que o trabalho analítico possa ter andamento com o intuito de possibilitar ao analista a investigação e a elaboração do sofrimento psíquico do paciente. Logo, o enquadre é um dos aspectos essenciais e definidores do trabalho analítico.

Green (2002/2008) diz que o enquadre é o “conjunto das condições requeridas para o exercício da psicanálise”, isso inclui as “disposições materiais que regulam as relações entre analisando e analista” (p. 53). Entre essas condições a que se refere Green, está o contrato realizado entre o analista e o paciente com um objetivo comum que envolve a prestação de um serviço (geralmente pago) com data, hora e lugar específicos e numa regularidade pré-definida.

Para Zimerman (2004a/2008), as atitudes, as combinações, as negociações e as regras do jogo analítico que definem o enquadre são construídas ao longo da análise, uma vez que esse conjunto de procedimentos do contrato analítico não é imposto pelo analista, mas dialeticamente construído. Acreditamos que é mais preciso dizer que as regras do jogo analítico e o enquadre são reconstruídos na medida que o processo vai acontecendo, pois o analista precisa apresentar um enquadre inicial ao paciente para iniciar o trabalho analítico. A partir desse enquadre inicial estabelecido pelos padrões

da psicanálise e pelo estilo clínico do analista, o analista e o paciente poderão conjuntamente reconstruir o enquadre inicial clássico para um enquadre que se adapte melhor ao funcionamento do paciente.

O enquadre e o método analítico foram desenvolvidos por Freud pela necessidade de constância dentro do trabalho clínico. Essa constância é estabelecida principalmente pelas regras da psicanálise, de maneira a ser possível considerar que elas criam e definem o enquadre analítico, ou seja, aquilo que é constante e deve permanecer durante todo o tempo da análise.

As regras do jogo analítico e o enquadre são o que permitem que a análise ocorra com o mínimo de interrupções possíveis e que mantêm o par analítico em funcionamento e o trabalho analítico em continuidade. A regra mais importante desse jogo é a regra fundamental da psicanálise, na qual o paciente deve falar tudo o que lhe vier à mente, orientar-se pela livre associação e nada reter, enquanto o analista deve manter sua escuta em atenção flutuante e a nada prender-se. A regra fundamental cria um compromisso entre o par analítico a fim de estabelecer e manter a especificidade da situação analítica. Dito de outra forma, a regra fundamental é fundadora do enquadre analítico.

Para compreender melhor o funcionamento do enquadre, torna-se necessário abordar as regras estabelecidas por Freud que definem o método psicanalítico, os papéis do analista e o do paciente. O desenvolvimento das regras analíticas e a sua relação com o enquadre serão abordados nos próximos tópicos.

### O Desenvolvimento do Método Analítico e das Regras do Jogo: as constantes da situação analítica

O método analítico foi progressivamente desenvolvido por Freud por meio de suas experiências clínicas. Isso significa que à medida que os atendimentos se

deparavam com obstáculos, Freud desenvolvia novas formas para lidar com essas dificuldades, realizando mudanças no método analítico (Zambelli, 2011).

De acordo com Bleger (1977/2003) e o casal Baranger (1961-62/2008), Freud definiu a situação analítica ao identificar as variáveis que fazem parte do trabalho analítico, da mesma forma que um cientista ao realizar um experimento. O próprio Freud já chegou inclusive a mencionar que seu interesse científico nos atendimentos sempre fora maior que seu interesse terapêutico. A partir do modelo científico, ele definiu certos parâmetros para a construção do método psicanalítico que se tornaram aspectos fixos da clínica analítica. Ou seja, Freud (1912a/2006, 1912b/2006, 1913/2006) definiu que algumas variáveis (atitudes, comportamentos, formas de proceder) tornar-se-iam constantes dentro do método analítico por considerá-las úteis e necessárias ao bom atendimento clínico, evitando, dessa forma, interrupções desnecessárias durante o tratamento, como já ocorrera em algumas de suas experiências clínicas. Essas constantes definidas por Freud são denominadas, em termos psicanalíticos, de enquadre analítico.

O enquadre é um conjunto de variáveis subjetivamente definidas por Freud em uma constante delimitada pelo método analítico (Bleger, 1977/2003; Freud, 1912b/2006, 1913/2006). Assim, a criação do enquadre se tornou necessária justamente pelo fato do trabalho clínico aproximar-se, num modelo mais aberto, do trabalho científico, no qual existem certos elementos que são estabilizados ou pré-definidos para que outros possam ser investigados e melhor analisados.

Mesmo utilizando-se de um modelo científico, o método desenvolvido por Freud não é puramente objetivo. Em seu artigo "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise", Freud (1912b/2006) afirma claramente, logo no início do texto, que as técnicas e as regras psicanalíticas apresentadas por ele são adequadas à

sua própria personalidade e à sua própria individualidade. Desta forma, seria possível que outros analistas desenvolvessem técnicas, métodos, regras e padrões de condução diferentes, o que deixa claro o aspecto subjetivo da definição das regras e do método psicanalíticos.

A compreensão do enquadre como algo subjetivamente construído é um tópico importante no atendimento de pacientes com funcionamento psicótico ou borderline, pois esses pacientes geralmente colocam o enquadre em questão dificultando a boa condução do tratamento analítico. Pensar o enquadre como algo subjetivo e que serve ao propósito de manter a análise em condições adequadas, permite ao analista, em determinados atendimentos, realizar mudanças dessas regras de condução definidas por Freud no início da psicanálise. O enquadre deve adequar-se ao paciente e não o oposto (Ferenczi, 1928a/1992; Winnicott, 1949a/2000, 1954/2000; Mannoni, 1992), tornando-se necessário, em alguns casos específicos, maior maleabilidade do enquadre freudiano clássico para o atendimento de pacientes não-neuróticos.

A instituição do enquadre na prática clínica envolve a aplicação de certos parâmetros do método analítico definidos por Freud nas regras analíticas. Antes de pensarmos sobre as possibilidades de manutenção do enquadre, é interessante introduzir os seus aspectos fundamentais, como a regra fundamental da psicanálise e qual a importância dela na análise.

#### A Regra Fundamental da Psicanálise: uma exigência complexa ao paciente

Os artigos sobre a técnica de Freud publicados entre 1911 e 1915 estão entre as principais referências sobre as regras que os analistas devem assumir para estabelecer o enquadre analítico com o intuito de iniciar o trabalho de análise. Em seu artigo "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise", Freud (1912b/2006)

apresenta a regra de que o analista peça ao paciente para que lhe "comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção" (p. 126), que consiste na recomendação de que o paciente deve relatar ao analista tudo aquilo que lhe vier a mente, sem a repressão de qualquer conteúdo, mesmo que lhe pareça sem importância ou desconexo. O paciente tem a função de expressar tudo o que sua auto-observação lhe permitir sem deixar suas objeções lógicas ou afetivas influenciarem ou selecionarem sua fala. Essa regra tem o intuito de incentivar o paciente a falar sem restrições em um contínuo processo de associação livre<sup>6</sup>. Todas as outras regras psicanalíticas direcionadas ao analista foram desenvolvidas por Freud em contrapartida à regra fundamental.

Apesar da associação livre parecer algo simples de se realizar, Green (2002/2008) nos lembra que a regra fundamental é uma exigência complexa ao paciente, pois não é apenas um pedido para se dizer tudo, mas um pedido *para não se fazer nada*. É um exercício de monólogo expresso em voz alta, mesmo que a pessoa para quem se expresse seja invisível, ao mesmo tempo presente e ausente. De forma que respeitar a regra fundamental implica na modificação da topografia psíquica e *encoraja um sonhar acordado durante a sessão*. O ato de diminuir as restrições e as censuras que operam durante a vigília é algo que ocorre durante o sono e permite que o processo de sonhar tenha início. Uma das finalidades da regra fundamental, e talvez a principal, é justamente trazer para o dia o que ocorre apenas de noite, trazer para a luz o que está escondido: evidenciar o inconsciente.

---

<sup>6</sup> Vale ressaltar que a técnica da associação livre já era utilizado por Freud em algumas situações específicas, mas ainda não tinha sido formulada como uma regra do método analítico até 1912. Em outros textos, como em "A interpretação dos sonhos" Freud (1900) faz menção ao uso da técnica da associação livre para auxiliar na compreensão dos sonhos e depois em 1904 no texto "O método psicanalítico". Além disso, em 1920, no texto "Uma nota sobre a técnica da pré-história da técnica de análise", ele menciona que a ideia da associação livre veio de um livro de 1823 intitulado "A arte de tornar-se escritor em três dias" que ganhara como presente aos 14 anos. Claramente a genialidade do mestre se fez presente ao ter a ideia de aplicar essa técnica de escrita como um método de acesso ao inconsciente do paciente.

O sonhar acordado, entretanto, não ocorre num vazio semântico e afetivo. Ele é pautado pelo acordo estabelecido entre o analista e o paciente, que inclui a regra fundamental e a garantia da presença do analista. Essas condições e esse acordo são partes que servem de alicerces para o enquadre analítico, sendo a totalidade do enquadre a soma de todas as condições que propiciam e permitem a prática psicanalítica. Isso inclui o acordo material que governa a relação entre o analista e o analisando. Esses acordos são fixados como o ponto de partida do trabalho analítico constituindo um ponto de encontro entre as duas partes para evitar eventuais desacordos ou desentendimentos futuros e manter o par analítico em funcionamento.

O enquadre é um espaço de potência que engendra a situação analítica, *ele é o que estabelece e mantém a situação analítica* (Dias & Berlinck, 2011). Dito de outra forma: o enquadre é o que institui e demarca o espaço analítico, portanto, pode-se pensar nesse espaço e nas regras como as condições favoráveis para a análise que facilitam e permitem o seu transcorrer com mais facilidade e com menos interrupções.

Além de estabelecer o enquadre, para Green (2002/2008), a regra fundamental tem uma outra função: ela cria a inscrição de um terceiro, uma lei acima das duas partes (analista e paciente), uma lei cuja observância é necessária para que a análise ocorra. A presença de uma lei que traz a ideia de ordem para o enquadre permite ao paciente entrar num funcionamento oposto sem o medo de perder-se no caos da loucura, uma vez que regra analítica institui parâmetros diferentes ao funcionamento habitual do paciente e permite um novo padrão de funcionamento psíquico no qual a semântica inconsciente toma o lugar da semântica consciente a fim de possibilitar que

o sentido do inconsciente se produza a partir do *nonsense*<sup>7</sup> (não-senso) da associação livre.

O *nonsense* da fala na associação livre relaciona-se à ideia da aparente falta de sentido, ou então, da presença de um contrassenso ou de um absurdo na encadeação das ideias caracterizadas por uma suposta falta de ordem. A presença desse caos na situação analítica é regida pelo funcionamento do inconsciente do paciente e presentificado em análise principalmente por meio da transferência e da associação livre. A regra fundamental da psicanálise não tem o objetivo de impedir a desordem, mas sim de instituir um espaço onde o caos é permitido, pois a criação na análise só pode surgir a partir do caos e do *nonsense* presentes no inconsciente. O caos do inconsciente, por sua vez, só pode existir na situação analítica se houver um espaço que o contenha: esse espaço é o enquadre analítico. O risco de cisão egóica torna-se menor uma vez que o paciente está respaldado em seu funcionamento por uma regra que o mantém coeso, assim o paciente pode funcionar no caos sem o medo de se perder.

A partir da ideia de Green (2002/2008) da inscrição de um terceiro no espaço analítico e pela instituição da regra fundamental, podemos pensar que a ação do enquadre pode ser definida como a recriação de um modelo do funcionamento parental no psiquismo do paciente. Esse tipo de funcionamento torna-se essencial e indispensável para a manutenção do vínculo e do contrato analíticos, além de criar a função parental que dá estrutura ao psiquismo. É justamente a atitude de acolhimento, de empatia e de respeito do analista no ambiente de trabalho que possibilita o surgir da transferência e dos clichês afetivos sem a interferência da própria transferência do analista criando um espaço seguro para a análise (Zimerman, 2004b/2008).

---

<sup>7</sup> *Nonsense*: do inglês, sem sentido, contrassenso ou absurdo. É uma expressão inglesa que denota algo disparatado, sem nexos e indica manifestações contrárias à lógica.

O enquadre, assim como as figuras parentais de uma criança, tem a função de velar pelo bem-estar e pela continuidade do desenvolvimento psíquico do paciente. Isso não significa que o paciente não irá sentir desconfortos durante seu processo de análise, mas sim que a análise é um espaço seguro com o qual o paciente pode contar para lidar com suas dores e seus sofrimentos. O enquadre tem a finalidade de permitir que o paciente possa funcionar num sonhar acordado, o que só é possível num espaço no qual ele se sinta seguro e acolhido, mesmo em frente às suas ansiedades, seus medos e suas patologias, a fim de tornar possível a mudança no funcionamento psíquico habitual do paciente para que ele possa seguir a regra fundamental e ter melhor acesso ao seu próprio inconsciente.

Além da regra fundamental, Freud (1912b/2006) desenvolveu uma outra regra para auxiliar o analista para que a análise ocorra com o mínimo de interrupções possíveis e com a finalidade de melhor utilizar esse estado de funcionamento psíquico alterado do paciente. Essa outra regra será apresentada no tópico seguinte.

### A Outra Regra Fundamental

Em contrapartida à regra fundamental da psicanálise, Freud (1912b/2006) criou uma outra regra que denominou de "atenção uniformemente suspensa" (p. 125) que é direcionada ao analista. A regra é proposta por ele da seguinte forma:

A regra para o médico pode ser assim expressa: 'Ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à 'memória inconsciente'. Ou, para dizê-lo puramente em termos técnicos: 'Ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa.' (p.126)

Nesse trecho, Freud (1912b/2006) apresenta uma regra que se aplica ao analista e consiste em algo muito simples, o princípio de não dirigir a atenção para algo específico da fala do paciente, mantendo a atenção "uniformemente suspensa em face de tudo o que se escuta" (p. 125), uma vez que a atenção direcionada tende a

colocar foco num determinado tema e deixar os outros de lado. Freud alerta que esse tipo de seleção, além de negligenciar parte da psique do paciente, levará o analista a descobrir apenas o que ele já sabe, pois a atenção deliberada é direcionada por uma predileção do próprio analista em determinado assunto que ele já conhece, levando-o a seguir suas inclinações e seus interesses ao invés de escutar genuinamente aquilo que o paciente lhe apresenta.

A ideia de conter as influências conscientes e abandonar a capacidade de prestar atenção deliberada para entregar-se a uma atenção uniformemente flutuante é apresentada justamente pelo fato do inconsciente ser escorregadio e, por isso mesmo, ser melhor captado quando não se faz nenhum esforço direto e apenas permite-se que a atenção flua naturalmente. É como tentar capturar a água pegando-a com as mãos, ela simplesmente escorrega por elas e evade-se deixando apenas a sensação de sua passagem. No entanto, se as mãos se tornam um receptáculo, a água irá naturalmente ser contida nele. É assim que deve funcionar a mente do analista, como um receptáculo calmo que contenha as águas do inconsciente do paciente.

O enquadre, por sua vez, é diretamente relacionado à capacidade interna do analista em conter as projeções inconscientes do paciente. Freud (1912b/2006) formulou a regra da atenção flutuante como complementar à regra da associação livre a fim de permitir que a mente do analista possa captar as projeções inconscientes do paciente. Enquanto o paciente expressa e projeta seu inconsciente, há um analista pronto e preparado para receber as projeções e contê-las de maneira adequada.

Freud (1912b/2006) estipulou a regra fundamental como a base do enquadre analítico por considerar a importância do analista poder ter acesso às projeções inconscientes do paciente. O paciente deve se permitir falar tudo o que lhe vier a mente sem selecionar ou censurar os conteúdos ideativos ou afetivos que lhe surgem.

Isso deixa claro a relevância que Freud deu à capacidade do paciente se expressar livremente e sem restrições. No entanto, na realidade da prática clínica, a associação livre funciona simultaneamente com a censura do paciente, ou seja, a associação livre é atravessada pela resistência que interfere na capacidade dele em expressar seus conteúdos inconscientes de maneira consciente e clara.

Apesar das resistências do paciente estar constantemente operando, os conteúdos inconscientes do paciente sempre são expressos de uma forma ou de outra. Como o próprio Freud (1905 [1901]) disse, "aqueles cujos lábios calam, denunciam-se com as pontas dos dedos: a denúncia lhes sai por todos os poros" (p. 79). Mesmo perante as resistências do paciente, o inconsciente sempre encontra um meio para se expressar, de maneira que a atenção uniformemente suspensa ou não-seletiva do analista possa ser considerada como primordial à regra fundamental: pois para bom entendedor, meia palavra basta.

A partir desse princípio, o analista deve ser capaz de fazer o seu trabalho mesmo quando a censura ou a resistência está operando no paciente. Diz Freud (1910[1909/2006]) que quando o paciente é "influenciado pela resistência disfarçada em juízos críticos sobre o valor da ideia, [ele] retém-na ou de novo a afasta" (p. 45). O material associativo que o paciente rejeita por considerar como insignificante durante o trabalho clínico "representa para o psicanalista o minério de onde com simples artifício de interpretação há de extrair o metal precioso" (p. 46). Entretanto, para o analista ser capaz de colher esses elementos inconscientes do paciente, o ouro da análise, ele precisa estar atento às suas próprias resistências inconscientes que podem interferir em sua escuta. Caso contrário, ele terá dificuldade não em apenas acessar o inconsciente do paciente, mas também em utilizar seu próprio inconsciente como instrumento analítico.

Freud (1912b/2006) afirma que:

(...) se o médico quiser estar em posição de utilizar seu inconsciente desse modo, como instrumento da análise, deve ele próprio preencher determinada condução psicológica em alto grau. Ele não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente; doutra maneira, introduziria na análise nova espécie de seleção e deformação que seria muito mais prejudicial que a resultante da concentração da atenção consciente (p. 129).

Isso indica que a mesma regra que o analista pede que o paciente siga, deve ele próprio aplicá-la a si mesmo, mas de um modo mais íntimo e confidencial. Não deve colocar restrições às suas capacidades de pensar ou de sentir, mas deve sim ser capaz de analisá-las e isso inclui analisar a sua própria contratransferência. Evidentemente esses pensamentos serão mantidos como reflexão e não deverão ser expressos ao paciente.

Só assim o analista conseguirá:

ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente (Freud, 1912b/2006, p. 129).

Dito de outra forma, é necessário que o analista esteja em condições de usar seu próprio inconsciente como ferramenta analítica para poder receber as transmissões inconscientes do paciente. Ao conseguir estar em atenção flutuante e liberar-se de quaisquer resistências que possa encontrar em si, ele será capaz de adaptar seu inconsciente de forma que possa captar os fragmentos inconscientes na fala e no comportamento do paciente para depois reconstituí-los a partir de seu próprio inconsciente.

Para que essa mudança psíquica do analista seja realizada, ele precisará mais do que estar em atenção flutuante, ele necessitará criar em si uma abertura para sustentar as projeções inconscientes do paciente (Zambelli, 2011, 2013). Ao suportar

e conter as projeções do paciente sem devolvê-las por meio de outras projeções, o analista poderá acessar a parte mais profunda e primitiva da mente do paciente a partir de sua própria mente ao acessar sua contratransferência.

Essa relação entre inconscientes em seu nível mais profundo surge para o analista na forma de sentimentos que ele nota como resposta contratransferencial ao seu paciente (Heimann, 1950). Apenas dessa forma o analista poderá juntar todos os fragmentos inconscientes comunicados para poder remontá-los num todo e comunicar ao paciente por meio da interpretação (Zambelli, 2011). A outra regra fundamental da análise depende completamente de como o analista usa e analisa a sua própria contratransferência. Sem essa reflexão do analista, não seria possível para ele acessar de maneira adequada a parte mais profunda e infantil da mente do paciente.

Dessa forma, podemos pensar que a contrapartida da regra fundamental que se aplica ao analista é prioritária à regra fundamental. Ou seja, a capacidade de escuta do analista é efetiva no trabalho analítico mesmo nas situações em que as resistências do paciente o impedem de cooperar, uma vez que o inconsciente dele irá se expressar mesmo frente às resistências. Portanto, a atenção flutuante deve ser o principal definidor do enquadre analítico. Se o analista "tem olhos para ver e ouvidos para ouvir, fica convencido de que os mortais não conseguem guardar nenhum segredo" (Freud, 1905 [1901], p. 78) e poderá captar as comunicações inconscientes involuntariamente transmitidas pelo paciente, pois esse tipo de comunicação não é algo que se possa impedir de maneira absoluta.

Logo, acreditamos que a impossibilidade do analista em genuinamente escutar o paciente é maior obstáculo<sup>8</sup> à análise do que a censura ou a dificuldade do paciente

---

<sup>8</sup> A ausência do artigo definido "o" no texto é destacada para não haver confusões em sua compreensão. Não temos nenhuma pretensão de definir qual é o maior obstáculo da análise, apenas pontuamos que a escuta do analista é prioritária a associação livre do paciente, pois o inconsciente se expressa involuntariamente a todo o momento.

em comunicar tudo o que lhe vier a mente. Mesmo os pacientes que mentem ou deformam os seus pensamentos antes de falá-los, o fazem de acordo com um aspecto inconsciente específico de si e, por essa razão, mesmo numa situação de resistência do paciente, o analista poderá acessar os elementos inconscientes dele se estiver numa atitude receptiva e utilizando-se da atenção flutuante.

Com isso não estamos dizendo que a cooperação do paciente e sua busca em seguir a regra fundamental da psicanálise não sejam importantes para o bom andamento da análise, mas sim que a análise pode ocorrer mesmo nos casos ou situações nas quais essa cooperação não esteja momentaneamente presente. Uma vez que quando o paciente não segue a regra fundamental, ele pode quebrar o enquadre se o analista não puder manejá-lo para adaptar-se as condições e as necessidades do paciente. Portanto, é função do analista responsabilizar-se pelo enquadre enquanto mantém seu inconsciente aberto para receber as mensagens do inconsciente de seu paciente.

### **O Analista como Guardião do Enquadre**

O analista, no início de qualquer tratamento, tem a responsabilidade de definir o enquadre como forma de manter o espaço clínico e permitir a continuidade do trabalho analítico com o mínimo de interrupções possíveis. Após o estabelecimento do enquadre, ele deve sair de evidência (Baranger & Baranger, 1961-62/2008; Bleger, 1977/2003).

Para Bleger (1977/2003) o enquadre ideal é aquele que se mantém e tende a permanecer como invariável, como estável, de maneira que possa existir sem ser percebido, sem que seja parte do processo analítico. O enquadre, entretanto, não é absolutamente imutável, pois um enquadre estável na prática clínica é um enquadre que tende a modificar-se com mais lentidão, diferente dos outros aspectos da situação

clínica definidos como processo, tal como a transferência, a qual é mais dinâmica e mutável que o enquadre (Etchegoyen, 2004d/2008). No entanto, existem situações que o enquadre perde sua estabilidade e sofre quebras, levando-o a sair do plano de fundo da análise. Essas disrupções do enquadre podem ser difíceis de serem manejadas por colocar o analista em posição de pensar algo que foi justamente construído para se manter fora de foco.

Sobre essa função do analista, Green (1990) define o enquadre como o espaço psicanalítico e *o analista como o guardião do enquadre*. Isso quer dizer que o analista estará presente, cumprirá com o acordo analítico, estará comprometido e terá uma postura diferente das pessoas que estão fora do enquadre. De maneira que o acordo estabelecido entre o analista e o paciente se mantenha e permita a boa continuidade do trabalho analítico.

O analista, como guardião do enquadre, deve prezar por sua estabilidade e pelo seu bom funcionamento. Entretanto, nem sempre é assim que o enquadre se mantém nos atendimentos com os pacientes, sendo comum haverem transgressões desse espaço. Para Green (1990), o enquadre é também um espaço de rompimento, um espaço “para se fazer a experiência de transgressão, porque ninguém vai conseguir mantê-lo” totalmente inalterado (p. 18). As transgressões podem ser pequenas, como os atrasos para chegar às sessões, os atrasos no pagamento, uma ausência ou mesmo transgressões maiores como os *acting out* agressivos, as ausências constantes, a recusa em falar ou em realizar o pagamento, etc. O enquadre deve ser capaz de suportar tais transgressões, sendo a responsabilidade do analista mantê-lo e manejá-lo para os fins terapêuticos da análise.

Apesar das transgressões ao enquadre serem parte do trabalho analítico, Green (1990) nos lembra que o paciente não será o único a transgredi-lo, a despeito de

geralmente ser o primeiro a tentar. Além disso, o próprio analista não conseguirá manter o enquadre intacto por todo o tempo, sendo que essas transgressões podem ser pensadas como formas de sustentar os processos de mudanças na relação analítica e no campo analítico quando o analista e o paciente são capazes de suportarem suas falhas. Isso deixa marcada a função do analista de manter e de sustentar o enquadre, além de ajudar o paciente a lidar com as transgressões e as rupturas desse espaço, as quais são relativas aos traumas vivenciados pelo próprio paciente e apresentadas na situação analítica por meio dos mecanismos de projeção e de transferência.

### Transgressões e Rupturas

As transgressões podem ser definidas como o movimento natural de mudança do paciente apresentado no espaço analítico por meio de tentativas de quebra e da apresentação de suas fantasias inconscientes. Pode-se pensar que o enquadre existe para ser transgredido e sem essas transgressões não haveriam mudanças. Tais transgressões são consideradas como parte do tratamento clínico e não geram, necessariamente, o rompimento do enquadre.

De acordo com Antonino Ferro (2007) e Claudio Eizerick (2013), o espaço analítico e o campo transferencial devem adoecer com o paciente, pois as transgressões do paciente são seus aspectos patológicos transpostos na situação analítica. Isso só pode acontecer, segundo Ferro (2007), caso as identificações projetivas do paciente não transbordem em demasia a ponto de criar rupturas no enquadre analítico e na capacidade de *rêverie* do analista. Consideramos que o analista precisa ser continente o suficiente para permitir criar um campo capaz de suportar e sustentar a doença do paciente e os seus traumas emocionais primitivos a fim de gerar transformações em busca de um desenvolvimento emocional mais

maduro que torne possível ao paciente elaborar novas compreensões de si mesmo, de suportar seus sofrimentos e de desfrutar melhor suas próprias capacidades.

O enquadre precisará adoecer com o paciente para poder transformar-se junto dele (Ferro, 2007; Eizerick 2013). Por isso, o enquadre não tem um aspecto meramente formal e passivo, pelo contrário, é um fator determinante e tem função ativa no processo da análise (Kupermann, 2008; Winnicott, 1954/2000; Zimmerman, 2004c/2008). O enquadre funciona como uma extensão do cuidado do analista e por isso tem a importante função terapêutica de possibilitar a criação de um espaço que permita ao paciente apresentar seus aspectos infantis, suas fantasias, seus traumas, seus sintomas e, a partir disso, usar a sua parte amadurecida e criativa para cuidar das partes frágeis e desamparadas (Ferro, 2007; Zimmerman, 2004b/2008).

Entretanto, nem toda quebra do enquadre é semelhante, sendo interessante poder diferenciar as transgressões do enquadre das rupturas do enquadre. Diferente das transgressões, as rupturas do enquadre são quebras que não trazem transformações e mudanças dentro do proposto pela análise, mas sim rompimentos na situação analítica que demarcam a impossibilidade de um espaço terapêutico. “A ruptura do enquadre consiste em algo que altera notória e bruscamente as normas do tratamento e modifica, conseqüentemente, a situação analítica” (Etchegoyen, 2004c/2008, p. 297). Portanto a ruptura, diferente da transgressão, cria um empecilho à continuidade do tratamento analítico semelhante ao que o casal Baranger (1961-62/2008) chama de baluarte.

A palavra baluarte ou bastião significa uma fortaleza incontestável ou impossível de se tomar pela força (Dicionário digital Aurélio). O casal Baranger (1961-62/2008) conferiu um sentido psicanalítico a essas palavras para indicar um tipo de resistência intransponível que se institui dentro da dinâmica inconsciente da

relação analítica que pode levar ao rompimento da análise. Esse tipo de resistência se constitui como uma ruptura do enquadre e ocorre quando partes das fantasias inconscientes do paciente e do analista se fundem num conluio com a finalidade de manterem-se ocultas do processo analítico e por isso tornam-se impossíveis de serem analisadas. Mesmo que o baluarte não leve à interrupção definitiva do tratamento analítico, ele sempre possui um aspecto de paralisia e de repetição estéril.

A diferenciação entre transgressão e ruptura do enquadre não é uma diferenciação puramente prática, mas também subjetiva. Portanto, o que irá definir se o movimento do paciente é uma transgressão ou ruptura será como o analista se porta diante disso e como é capaz de sustentar o enquadre. As transgressões só se tornam um ruptura quando a capacidade do paciente em realizar as identificações projetivas são maiores que as capacidades de elaboração, de contenção e de sustentação do par analítico.

É importante ressaltar que as identificações projetivas do paciente possuem elementos mais primitivos do que as projeções neuróticas e, por isso, afetam a mente mais primitiva do analista. A projeção primitiva torna necessária a contenção das angústias primitivas do paciente no próprio psiquismo do analista. A capacidade de interpretar do analista, nesses casos, torna-se momentaneamente secundária, pois antes de oferecer algo ao paciente, o analista precisa receber e processar adequadamente aquilo que recebeu. As projeções primitivas ou do tipo psicótica têm a peculiaridade de serem colocadas onde não se possa vê-las. A característica estática do enquadre na situação analítica faz com que essas projeções primitivas sejam depositadas nele, ou seja, o paciente irá se utilizar dos aspectos definidores da relação analítica para expressar os elementos mais primitivos de seu inconsciente. Quanto mais estável for o enquadre, menos percebido ele será, permitindo com mais

facilidade a construção de uma relação simbiótica e a projeção do núcleo psicótico e dos elementos primitivos do paciente na mente do analista (Baranger & Baranger, 1961-62/2008; Bleger, 1977/2003; Tustin, 1993). Apesar dessa movimento parecer arriscado à análise, é essa justamente a função do trabalho analítico, tornar evidente aquilo que está oculto. O enquadre, dessa forma, serve tanto como depósito desses elementos inconscientes mais primitivos, como aspecto de contenção do psiquismo do par analítico.

Nos casos em que as projeções do paciente são excessivas, o enquadre pode ser rompido. Isso significa que o enquadre, a parte estável da situação analítica, pode se tornar um processo dinâmico e tomar o espaço do trabalho analítico que deveria estar sendo realizado (Bleger, 1977/2003; Baranger & Baranger, 1961-62/2008). Quando isso ocorre, o enquadre se converte de um não-processo para um processo, ou seja, ele sai do plano de fundo para tornar-se o foco da análise.

Um exemplo típico dessa situação no atendimento de pacientes com funcionamento borderline é quando o paciente tem dificuldades em lidar com os finais das sessões e busca repetidamente manter a conversa após sair da sala do consultório como forma de prolongar os atendimentos e ignorar os sinais de encerramento da sessão. Quando isso ocorre, o paciente pode vir a definir um outro enquadre, fora daquele que o analista havia estabelecido a princípio, de maneira que o paciente só venha a iniciar a análise quando coloca o pé para fora do consultório. Essa quebra do enquadre pode se tornar uma ruptura do enquadre inicial se não for bem manejada, ou então, pode ser uma transgressão que gere uma reconfiguração do enquadre inicialmente estabelecido pelo analista. Tudo vai depender de como o analista lida com a quebra do enquadre e a dinâmica da relação analítica.

A quebra do enquadre, quando repetida, exige a intervenção e a interpretação num momento adequado no qual o paciente tenha tempo e capacidade para lidar com a fala do analista. Nessa situação acima, se o analista fizer a interpretação no momento que o paciente tenta negar a separação ao sair do consultório, o analista pode, muito mais do que o paciente, quebrar não apenas o enquadre do paciente, gerando uma perda em sua organização interna, mas inclusive romper com o enquadre que ele mesmo havia inicialmente estabelecido. Pois, nesses casos, o paciente geralmente tende a manter a conversa fora dos limites do consultório como forma de negar uma separação com a qual não consegue lidar por conta própria. Num oposto, se o analista fizer a interpretação numa situação na qual essa ansiedade não está presente, poderá ser fácil para o paciente negar qualquer tipo de ansiedade e dissimular (consciente ou inconscientemente) sua própria dificuldade, o que não irá gerar nenhuma mudança efetiva da situação.

Um analista continente suporta as transgressões do enquadre a fim de evitar uma ruptura desnecessária e constrói, junto com o paciente, a possibilidade de suportar a angústia de separação a fim de possibilitar ao paciente estar no mesmo enquadre que o analista. Para isso, em algumas situações, o analista terá de acompanhar o paciente junto de sua transgressão como forma de manter a continência para demonstrar que se mantêm o mesmo e não esquece do paciente no momento em que sai de vista, podendo construir uma continuidade entre as sessões que não se quebra mesmo com o fim de cada sessão.

A mudança na relação do paciente com o analista e a consequente reformulação do enquadre transgredido irá permitir ao paciente transformar a maneira que lida com suas próprias dificuldades e patologias. O enquadre, entretanto, precisa reproduzir as impossibilidades e quebras do próprio paciente. Só assim o analista terá

acesso aos traumas e à totalidade do funcionamento psíquico do paciente. A situação analítica se transforma no reflexo do psiquismo do paciente e o analista passa a habitar esse espaço.

As situações nas quais o enquadre analítico é transgredido só podem ser trabalhadas quando seus limites são trazidos à tona como parte da análise e, portanto, como parte do processo psicanalítico. Por mais que o analista permita algumas transgressões do enquadre e possa até acompanhar o paciente em alguns momentos, as quebras do enquadre só terão um fechamento e reformulação no momento em que o analista trazer à tona esse aspecto não-dito da relação analítica. Deixar de lado esse aspecto oculto do funcionamento analítico pode tornar a análise na repetição de um trauma e, por fim, romper o enquadre criando um baluarte na relação analítica (Ferenczi, 1919/1992; Baranger & Baranger, 1961-62/2008).

Esses tipos de atuações do paciente deixam em evidência a questão do acordo analítico, sendo necessário que o enquadre (não-processo) seja trabalhado como parte do processo analítico a fim de se resolver a resistência do paciente (ou do analista) que levou à quebra do enquadre (Bleger, 1977/2003). O analista e o paciente reescrevem conjuntamente o enquadre com a finalidade de permitir que ele saia do foco do trabalho analítico e volte a tornar-se estável.

As adaptações no enquadre provocam mudança em todos os aspectos da situação analítica por criar um espaço no qual o paciente sinta como pertencente a si mesmo, um espaço que não é invasivo e se adequa às suas necessidades primitivas que não puderam ser atendidas ao longo da primeira infância. Esse tipo de manutenção do enquadre é bem conhecido na psicanálise winnicottiana e será o tema do próximo capítulo.

**CAPÍTULO 2:**

**O SETTING WINNICOTTIANO**

## CAPÍTULO 2:

### O SETTING WINNICOTTIANO

No primeiro capítulo diferenciamos o conceito de enquadre do conceito de situação analítica e estabelecemos a importância do enquadre na clínica psicanalítica. No capítulo dois iremos abordar o conceito de *setting* winnicottiano e definir qual a sua importância na clínica psicanalítica, estabelecendo relações entre o conceito de *setting* e o de enquadre analítico. No capítulo um abordamos o enquadre paterno, neste capítulo iremos elaborar sobre o enquadre materno.

O objetivo deste capítulo consiste em (1) apresentar e elaborar o conceito de *setting* winnicottiano, assim como (2) contextualizar esse conceito a luz da teoria do desenvolvimento emocional primitivo. Em seguida, iremos (3) relacionar o conceito de *setting* ao de enquadre e estabelecer diferenças entre esses dois conceitos que geralmente são tratados como sendo um só. A partir dessa diferenciação, (4) será apresentado os aspectos regressivos do *setting* e (5) definido qual a sua importância na clínica psicanalítica a partir da ideia de regressão no *setting*.

#### O Setting em Winnicott

O *setting* winnicottiano tem a relação primitiva mãe-bebê como base para o entendimento da relação analista-paciente (Khan, 1986/2000; Winnicott, 1954/2000). A partir dessa analogia, o *setting* pode ser pensado como o espaço para o acontecer do desenvolvimento ao tornar-se o ambiente suficientemente bom que permite ao paciente descongelar as situações de falhas vivenciadas na relação primitiva por meio da possibilidade de revivê-las num ambiente seguro, confiável e adaptativo (Winnicott, 1954/2000). Essa compreensão de *setting* abre espaço para que ele seja

utilizado como ferramenta no manejo clínico que se adapta ao funcionamento e às necessidades da situação analítica para auxiliar no amadurecimento psíquico do paciente de maneira que ele possa se reestruturar sem ser invadido por uma estrutura alheia.

Para Kohut, o fator de cura da psicanálise está relacionado à possibilidade de oferecer ao paciente a oportunidade de alcançar um desenvolvimento pleno (em Hisada, 2002). Gilberto Safra (1995), com base na teoria winnicottiana, afirma que a psicoterapia psicanalítica visa à elaboração de conflitos psíquicos e tem a finalidade de oferecer ao paciente os cuidados que não puderam ser proporcionadas pelo ambiente ao longo do seu desenvolvimento. A função do *setting* é oferecer ao paciente um ambiente seguro no qual ele poderá experienciar as funções iniciais ligadas às primeiras etapas do seu desenvolvimento a fim de resgatar e reencontrar os aspectos perdidos de si mesmo (Hisada, 2002; Safra, 1995).

De acordo com a teoria winnicottiana, o objetivo da análise deixa de ser pautado pela busca da cura dos sintomas e passa a ser a criação de um processo que favoreça o desenvolvimento emocional e o amadurecimento do paciente (Kupermann, 2008; Safra, 1995, 1999). No caso de pacientes com transtornos psicossomáticos, a análise deixa de ser direcionada para os sintomas no corpo, permitindo olhar os sintomas como forma de sustentar o ego do paciente contra a desintegração. O analista busca permitir a regressão do paciente para que ele possa recuperar seu processo natural de amadurecimento e, com isso, tornar as defesas sintomáticas desnecessárias.

Como afirmam Khan (1986/2000) e Abadi (1998), o *setting* tem a finalidade de cumprir as funções maternas de *holding* com a finalidade de sustentador a onipotência, a desilusão e a transicionalidade oferecendo a garantia da continuidade

de existência do paciente ao permiti-lo entrar num processo de regressão à dependência. Diferente do viés winnicottiano, Freud apresentou um conceito de análise na qual a função do analista é compreender e interpretar o material inconsciente do paciente a fim de torná-lo consciente. Essa perspectiva de analista como interprete é mais funcional e efetiva para os pacientes com um funcionamento neurótico, enquanto os pacientes com um funcionamento não-neurótico necessitam de outro tipo de cuidado devido à ausência de uma estrutura psíquica mais organizada (Winnicott, 1988/1990). Para esses pacientes, o manejo do setting é muito mais importante do que a interpretação, uma vez que oferece um retorno ao período do desenvolvimento inicial na qual a fala ainda não tinha a função simbólica adquirida como nos anos posteriores do desenvolvimento.

Com a finalidade de poder acessar os aspectos mais primitivos da mente, uma das funções do enquadre é favorecer a regressão à dependência, que implica o sentimento de confiança do paciente no ambiente para permitir a diminuição das defesas e das resistências a fim de retornar ao estado de desenvolvimento emocional primitivo de não-integração (Abadi, 1998; Winnicott, 1945/2000). O enquadre torna a regressão convidativa ao mimetizar aspectos de uma relação precoce segura com uma figura na função da mãe-sustentadora.

A regressão pode trazer alívio pela possibilidade do paciente poder deixar de lado suas defesas, mas é ao mesmo tempo um risco ao paciente pela possibilidade de falha ambiental numa situação na qual ele não pode suportar qualquer falha. Isso leva o ambiente-analista a suprir as funções maternas de *holding* e de *handling* a fim de que tais funções possam ser introjetadas como parte do ego do paciente.

Como é possível notar, abordar o conceito de *setting* a partir da teoria winnicottiana envolve referir-se aos aspectos primitivos do desenvolvimento

emocional humano. A fim de nos aprofundarmos melhor nos aspectos do manejo do *setting*, iremos apresentar os principais aspectos da teoria winnicottiana do desenvolvimento emocional primitivo.

### **O Desenvolvimento Emocional Primitivo**

O conceito de *setting* na teoria winnicottiana envolve uma abordagem desenvolvimentista baseada na relação do bebê com a sua mãe. Com a finalidade de melhor compreender o *setting* e as suas possibilidades de manejo, torna-se necessário contextualizar esse conceito e abordar os aspectos essenciais do desenvolvimento emocional primitivo do bebê em sua relação com o ambiente externo.

Winnicott apresenta o desenvolvimento do bebê ao longo de suas obras como um processo no qual o progresso é intermitente e múltiplo. Isso implica que o desenvolvimento ocorre por etapas graduais e que algumas dessas etapas são concomitantes. Entrar numa fase do desenvolvimento não significa abandonar a fase anterior, mas adicionar algo à ela de maneira a realizar progresso. Esse progresso, entretanto, não é livre de erros, pois "no desenvolvimento da psique [...] há a possibilidade do fracasso a cada momento, e na verdade é impossível que exista um crescimento sem distorções devidas a algum grau de fracasso na adaptação ambiental" (Winnicott, 1988/1990, p. 47). A existência dessas distorções não significa a impossibilidade de um contínuo desenvolvimento e, a depender da situação, o desenvolvimento depende da resolução de alguma dessas falhas.

Na teoria winnicottiana, as falhas ambientais em diferentes momentos não tem os mesmos efeitos. As falhas maternas podem, inclusive, ser um fator positivo na medida que o bebê é capaz de lidar com elas e relacionar-se com a realidade, tornando-se, por isso, uma fator de amadurecimento (1949a/2000, 1949b/2000).

As falhas que ocorrem em um estágio muito precoce do desenvolvimento, ou seja, quando o bebê ainda não é suficientemente maduro para lidar por conta própria com a interrupção prolongada de seus cuidados, levam à formação dos traumas no desenvolvimento. As falhas ambientais em momentos precoces são consideradas por Winnicott (1949a/2000, 1954/2000) como intrusões no processo de continuar a ser do bebê, pois interrompem o processo natural de amadurecimento. A relação entre as falhas ambientais e o surgimento dos traumas psíquicos em Winnicott só podem ser compreendidas a luz de sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo.

Os três processos do desenvolvimento emocional primitivo definidos por Winnicott (1945/2000) são: (1) a integração; (2) a personalização; e (3) a realização. A (1) *integração* como processo inicial nos leva a assumir a existência de um período de não-integração (Winnicott, 1945/2000; 1988/1990). O bebê não-integrado é totalmente dependente dos cuidados do ambiente e de seus cuidadores, principalmente da mãe ou da figura materna, e por isso encontra-se num estado de dependência absoluta.

A dependência do bebê em relação à sua mãe é absoluta no início da vida por ele não possuir uma integração egóica, uma vez que o bebê ainda não é uma unidade em termos de desenvolvimento emocional (Winnicott, 1988/1990). No começo de sua vida existe apenas um estado de não-integração no qual ele ainda não possui consciência desse estado e, por isso, não há uma preocupação ou sofrimento pela ausência dessa integração.

A principal característica do estado inicial de não-integração é que o bebê não possui a plena capacidade de reconhecer os diferentes aspectos de si como um só. Isso significa que as diferentes sensações e emoções sentidas pelo bebê em diferentes momentos não são percebidas como sendo de apenas um bebê, mas como se fossem

de diferentes bebês. O bebê que chora por ter fome não é o mesmo que está calmo e satisfeito após ser adequadamente alimentado (Winnicott, 1945/2000).

A partir do estado de não-integração surge a integração que se produz apenas por breves momentos e só gradualmente se torna um fato (Winnicott, 1988/1990). Nestes instantes, "a consciência se torna possível, pois ali existe um *self* para tomar consciência" (p. 136-137). A integração é estimulada pelos cuidados ambientais ao permitir a manutenção do impulso natural para o desenvolvimento.

É a partir dos cuidados da mãe ou da figura materna<sup>9</sup> sensível às necessidades do bebê que o processo de integração se inicia. Ao oferecer o seu colo, os seus braços, os seus seios e os cuidados essenciais para o bem-estar do bebê, a mãe permite que os pedaços não-integrados do ego dele entrem em contato e se tornem um conjunto só. Esse processo de integração permite que o bebê tenha a possibilidade de se tornar um indivíduo e reconhecer-se a si mesmo em diferentes situações e em diferentes emoções. Assim, o bebê que chora de fome passa a ser o mesmo bebê que se sente satisfeito após ser alimentado, o bebê que dorme é o mesmo que está, momentos depois, acordado (Winnicott, 1945/2000). Isso cria a possibilidade de uma continuidade de existência para o ser em desenvolvimento.

O estado de integração não é, a princípio, permanente. No início desse processo, o bebê vivencia momentos de integração nos quais desfruta aquilo que está por vir ao sentir-se seguro, não apenas fisicamente, mas também psiquicamente. A ideia é que esses momentos de integração tornem-se recorrentes nos cuidados do bebê. Na verdade, é essencial que esses momentos sejam recorrentes e permitam cada vez mais que as forças internas do bebê possam manter esses pedaços não-integrados do ego juntos, mesmo que de maneira frágil e instável (Winnicott, 1945/2000).

---

<sup>9</sup> Para facilitar a escrita e a leitura, de agora em diante iremos nos referir da figura responsável pelos cuidados do bebê como mãe ou cuidadora, pois aqui estamos nos referindo a uma função e não à condição biológica de mãe.

A recorrente vivência de momentos de cuidados adequados nos braços da mãe permite ao bebê manter, por conta própria, os pedaços de seu psiquismo integrados, gerando a auto-capacidade de mantê-los coesos e juntos, mesmo na ausência momentânea dessa mãe. A dependência absoluta torna-se relativa, permitindo que a mãe suficientemente boa possa falhar e não ser perfeita enquanto o bebê “transforma a falha relativa da adaptação num êxito adaptativo. O que libera a mãe da necessidade de ser quase perfeita” (Winnicott, 1949a/2000, p. 335). A medida que o ego do bebê torna-se mais coerente, ele vai adquirindo capacidades que antes eram exercidas unicamente pela figura materna e consegue, cada vez mais, manter-se integrado por conta própria.

A integração ocorre num espaço específico, nos limites do corpo do bebê definidos por sua pele (Winnicott, 1988/1990). O processo que acompanha a passagem da não-integração para a integração é denominado de (2) *personalização*, sendo que os dois processos ocorrem de forma contígua. A personalização é a capacidade do bebê de habitar o seu próprio corpo e de ter seu psiquismo localizado num espaço delimitado por sua pele.

Os cuidados oferecidos pela mãe têm a função de permitir a integração egóica do bebê e, além disso, realizar o processo de libidinização do corpo dele na medida que ela oferece esses cuidados por meios corporais. Para Winnicott (1945/2000) "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" (p. 225). Não é apenas a mente do bebê que se constrói a partir dos pedaços de si mesmo para se tornar um só, mas inclusive o seu corpo que também não é inicialmente reconhecido em sua unidade e passa, aos poucos, a ser reconhecido como a unidade que lhe pertence. O corpo torna-se o espaço físico no

qual indivíduo é delimitado. O processo de personalização define-se pela capacidade do bebê em reconhecer-se vivo e possuidor de um corpo inteiro.

Os cuidados essenciais à integração são os mesmos essenciais à personalização. O bebê precisa de uma mãe-ambiente que seja sensível às suas necessidades e adapte-se às suas capacidades internas oferecendo os cuidados para que ele consiga prosseguir com seu processo natural de desenvolvimento sem ser interrompido pelas falhas do ambiente. Dito de outro modo, o bebê necessita, a partir dos cuidados adequados do ambiente, manter preservado o seu continuar a ser no qual pode desenvolver naturalmente suas capacidades de acordo com os aspectos internos de si que o definem sem que seja invadido por intrusões do ambiente que geram deformações nesse processo de maturação psíquico-emocional-corporal. Essas deformações do processo de maturação ocorrem devido ao que Winnicott (1988/1990) chamou de reações à intrusão, ou seja, são situações nas quais existe uma invasão ou uma ausência do ambiente (e seus cuidados) que geram interrupções no continuar a ser do bebê. As falhas do ambiente levam o bebê a reagir, gerando quebras no seu processo natural de continuar-a-ser e, portanto, geram falhas ou interrupções no desenvolvimento emocional primitivos denominados de traumas.

Numa situação oposta, Winnicott (1962a/2007) usa o termo *holding* para indicar os cuidados maternos e ambientais suficientemente bons. Essa palavra vem do verbo inglês *to hold* que significa segurar, enquanto podemos pensar no termo *holding* como o processo de segurar ao longo do tempo. Isso parece definir bem a ideia de Winnicott (1945/2000; 1988/1990) sobre integração e a personalização a partir de um ambiente que mantém os pedaços físicos e psíquicos do bebê juntos ao longo do tempo, de maneira que o bebê possa ter a sensação de continuidade entre essas partes e sentir prazer com isso. Outro termo utilizado por Winnicott para indicar os cuidados

da mãe com bebê é o termo *handling* que se refere especificamente aos cuidados físicos pelo segurar, pelo toque e pelas carícias realizados num momento em que os cuidados corporais oferecidos ao bebê equivalem aos cuidados psíquicos e permitem a integração e a personalização (Winnicott, 1988/1990).

No processo de personalização, a pele possui uma importância óbvia, pois é o que define os limites do corpo e é o principal órgão que entra em contato com a mãe pelo toque, sendo também o limite que define o espaço interno do espaço externo (Winnicott, 1988/1990). A personalização é demarcada pela sensação do bebê em habitar o próprio corpo desenvolvida a partir de suas pulsões instintuais associadas aos cuidados físicos do ambiente. Sem alguém que mantenha o bebê por inteiro, ele irá se desmanchar em pedaços. Nestes momentos, o cuidado físico é também um cuidado psicológico, assim "o manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar [*to hold*] a criança auxiliam no processo de integração" (Winnicott, 1988/1990, p. 143). O bebê vivencia o próprio corpo a partir da relação com o outro e sem a presença de um outro que torne o próprio corpo do bebê real, ele deixa de existir.

Winnicott (1945/2000) nos lembra que "ser reconhecido significa sentir-se integrado" (p. 224). O bebê necessita de um outro que lhe junte os pedaços e isso só é possível quando existem laços emocionais que sustentam esses pedaços integrados. O bebê que não possui alguém que lhe junte os pedaços, começa sua tarefa de integração em desvantagem e pode ser que nunca venha a conseguir realizá-la de maneira confiante.

No início da vida, a ausência de intrusões é importante por permitir o *continuar a ser* do bebê sem interrupções, que só ocorre se o ambiente adapta-se às

suas necessidades. O ambiente precisa adaptar-se às capacidades do bebê em lidar com a realidade. Se o ambiente não pode se adaptar, ele se torna intrusivo e o bebê reage à intrusão causando a interrupção de seu continuar a ser e de seu processo de desenvolvimento natural (Winnicott, 1988/1990). A reação à intrusão ocorre devido ao aspecto de imprevisibilidade do ambiente que não funciona de acordo com suas expectativas e possibilidades psíquicas.

A imprevisibilidade numa época muito precoce é intrusiva por não ter qualquer relação com a capacidade imaginativa do bebê. A não-adaptabilidade do ambiente e dos cuidadores podem gerar reações à intrusão no momento que ultrapassam a capacidade e as possibilidades do bebê em se adaptar ao ambiente e, por isso, subtraem a sensação de um verdadeiro viver quando acontecem. A sensação de continuidade de uma vivência autêntica, de acordo com Winnicott (1988/1990), só pode ser recuperada por meio do retorno ao isolamento e à quietude.

A mãe devotada comum é muito importante por proporcionar essa adaptabilidade numa situação de dependência absoluta. A devoção da mãe só é possível por conta de seu próprio “narcisismo, sua imaginação e suas memórias que a capacitam a saber através da identificação quais são as necessidades do bebê” (Winnicott, 1949a, p. 335). A adaptação ativa às necessidades básicas permite ao indivíduo *ser* sem ter que tomar conhecimento do ambiente (Winnicott, 1988/1990). A devoção e o narcisismo materno aliados à sensibilidade, adaptabilidade e às funções *holding* e de *handling* irão ser a cola no processo de integração das partes egóicas do bebê ao criar o seu próprio narcisismo (Green, 1990).

A junção do psicossoma ocorre conjuntamente com os processos de integração e de personalização. A psique só pode habitar o soma se as funções imaginativas (fantasias do bebê) forem associadas ao corpo (seio da mãe, leite real), ou seja, se o

bebê vivenciar continuamente a experiência de ilusão isso irá permiti-lo integrar-se internamente na medida em que tem as sensações corporais e toma consciência desse corpo onde habita. O interno associa-se ao externo assim como a psique associa-se ao corpo e, a partir disso, a fantasia passa a ser influenciada pelas experiências corporais que adicionam riqueza a ela.

Para Winnicott (1988/1990) “a natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente” (p. 44). A mente é o produto da junção psicossomática. Na saúde, a mente permite que ocorra a compreensão e, por vezes, até mesmo a utilização das falhas relativas do ambiente em prol do amadurecimento (Winnicott, 1949b/2000).

A integração e a personalização, como processos contíguos, estabelecem a ligação do psiquismo do bebê ao seu corpo, ou seja, realizam a junção entre a psique e o soma do bebê na unidade do psicossoma (Winnicott, 1949b/2000; 1964/2007; 1988/1990). Winnicott (1988/1990) afirma ser comum considerarem o psicossoma como uma entidade formada e, por isso, é muito fácil pensarem como óbvia a localização da psique no corpo, esquecendo de que se trata de um processo a ser alcançado. Do ponto de vista do bebê, entretanto, isso não é óbvio, pois o corpo e a psique não são inerentemente superpostos, mas essa coalizão entre a psique e o soma é importante para que haja saúde e o bebê se desenvolva como um indivíduo integrado e maduro. A partir da existência de um ambiente suficientemente bom e não invasivo que se adequa às necessidades do bebê, a psique vai gradualmente entrando em contato com o corpo até chegar num acordo no qual ela se torna habitante de um espaço com fronteiras reais. Os limites do corpo tornam-se as fronteiras da própria psique.

Para que haja a construção saudável do psicossoma no desenvolvimento emocional é necessário um ambiente suficientemente bom, um ambiente que não falhe além das capacidades do bebê em suportar as falhas (Winnicott, 1949a/2000, 1949b/2000, 1963a/2007). A condição de dependência do bebê no início da vida é absoluta e, aos poucos, vai se tornando relativa à medida que o bebê progride em seu desenvolvimento, realiza a integração egóica e passa a habitar o próprio corpo.

A terceira etapa do processo de desenvolvimento emocional, a (3) *realização*, só pode ocorrer depois que a integração e a personalização já tiveram início, o que não significa que ocorra apenas depois de haver uma integração e personalização total, mas que existe a necessidade da existência de um ego instituído, mesmo que ainda frágil, no funcionamento psíquico para que o bebê possa iniciar o seu contato gradual com a realidade. É o processo no qual o bebê passa a lidar com a mãe não mais como uma criação sua, mas como um outro que ele não pode controlar com sua mente (Winnicott, 1945/2000). A realização é um estágio do desenvolvimento tão importante quanto os outros, pois relaciona-se à transicionalidade, à criação de símbolos, ao concernimento e à possibilidade de controle da própria agressividade primitiva.

O principal aspecto do estágio de realização é a possibilidade de reconhecer o outro como diferente de si mesmo e, com isso, reconhecer uma realidade sobre a qual não se tem um controle onipotente e imediato. O reconhecimento da realidade é necessário para a existência de relações mais saudáveis e complexas. É um engano, no entanto, pensar no estabelecimento do senso de realidade como decorrente da insistência da figura materna da objetividade do mundo externo. O reconhecimento da realidade ocorre pelo processo de desilusão.

A desilusão, por sua vez, não acontece se não houver, anteriormente, uma experiência de ilusão satisfatória (Winnicott, 1988/1990). É a possibilidade de vivenciar a ilusão que prepara o indivíduo para aceitar a realidade. A fantasia é anterior à realidade, o enriquecimento interno e o aumento da criatividade depende das experiências de ilusão e não da censura em vivenciá-las (Winnicott, 1945/2000). O bebê só é capaz de estabelecer relação com a realidade na medida em que essa realidade externa se adapta às suas fantasias criando a experiência de ilusão. A ilusão, portanto, surge quando há um cuidador atento que apenas oferece aquilo que o bebê já está pronto para criar. Caso contrário, a realidade externa seria sentida como uma invasão e não seria aceita como algo que possa ser incorporado. A realidade externa só faz parte do psiquismo do bebê a partir do momento que se funde com sua fantasia criando a experiência de ilusão.

O potencial criativo do indivíduo, surgido da necessidade, produz um estado propício à alucinação. O amor da mãe e sua estreita identificação com o bebê fazem-na consciente da necessidade deste, o que leva a providenciar alguma coisa mais ou menos no lugar certo. Esta situação, muitas vezes repetida, dá início à capacidade do bebê para usar a ilusão, sem a qual nenhum contato seria possível entre a psique e o ambiente (Winnicott, 1952/2000, p. 311).

A ilusão permite ao bebê experienciar uma sensação de onipotência na qual ele cria algo e esse algo se torna real. Isso só é possível na medida que existe um adulto atento para tornar real aquilo que o bebê criou em sua fantasia. Quando a adaptação é perfeita ela "se assemelha à magia, e o objeto que se comporta perfeitamente não se torna melhor do que uma alucinação" (Winnicott, 1975, p. 25). A adaptação precisa ser quase exata, pois, caso contrário, não seria possível ao bebê desenvolver a capacidade de ter uma relação com a realidade. É a ilusão que permite ao bebê ter acesso à realidade.

Depois da experiência de ilusão ser sucessiva e satisfatoriamente bem realizada, os cuidadores podem adaptar-se cada vez menos às necessidades do bebê

que já possui uma capacidade crescente em lidar com as falhas. De acordo com Winnicott, (1975), "se tudo corre bem, o bebê pode, na realidade, vir a lucrar com a experiência da frustração, já que a adaptação incompleta à necessidade torna reais os objetos, o que equivale a dizer, tão odiados quanto amados" (p. 25). As pequenas falhas de adaptação que o bebê já é capaz de suportar permitem que ele utilize seus próprios recursos para lidar com a realidade e desenvolva-se a partir de sua capacidade própria de sustentar seu ego integrado.

Depois que o ego integrado já se torna capaz de lidar com as pequenas falhas de adaptação, o bebê começa, aos poucos, a reconhecer uma diferença entre o que está além e o que está aquém de seus limites corporais. O processo de realização e de reconhecimento do outro ocorrem a partir da transicionalidade que é definida por um período intermediário entre a ilusão e a desilusão, a onipotência e a alteridade, a fantasia e a realidade. Ainda assim, "os objetos transicionais e os fenômenos transicionais pertencem ao domínio da ilusão que está na base do início da experiência" de onipotência (Winnicott, 1975, p. 30) e essa base precisa estar bem construída para que as etapas seguintes possam ter sustentação.

### **Transicionalidade**

Winnicott (1975) introduz "os termos 'objetos transicionais' e 'fenômenos transicionais' para designar a área intermediária de experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário de dívida e o reconhecimento desta" (p. 14). A transicionalidade permite ao bebê sair do funcionamento de onipotência na qual as relações são uni-pessoais para entrar no funcionamento de alteridade na qual as relações são bi-pessoais.

A transicionalidade é demarcada pelo uso de objetos que ainda não são plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa (Winnicott, 1975). O objeto transicional “representa o seio, ou o objeto da primeira relação” (p. 23) e permite ao bebê a mudança do controle onipotente e mágico para o controle pela manipulação que ocorre por meio de corpo. O objeto transicional "jamais está sob o controle mágico, como o objeto interno, nem tampouco fora de controle, como a mãe real" (p. 24), ele se posiciona exatamente no espaço intermediário.

Do ponto de vista do bebê, o objeto transicional é considerado como um objeto de sua criação onipotente, assim como tudo o que há em seu mundo. Diferente de outros objetos da ilusão do bebê, o objeto transicional é permanente e manipulável. O objeto transicional não é destruído quando o bebê deixa de fantasiá-lo, o que lhe permite possuir uma junção de características reais e fantasiosas. Além disso, seu controle ocorre por meio da manipulação, da interação direta com o corpo do bebê. As características intermediárias desse objeto permitem ao bebê fazer um uso especial dele e brincar com os limites entre o real e a fantasia.

O objeto transicional possui a função de ser algo na linha intermediária entre o interno e o externo, entre o subjetivo e o objetivo permitindo a passagem do funcionamento onipotente para o funcionamento relacional com o reconhecimento de um outro não-eu. Para Winnicott (1975), esse é o primeiro uso de um símbolo pela criança e o seu primeiro brincar simbólico. O uso do objeto transicional simboliza a união de duas coisas que agora podem ser percebidas como separadas, o bebê e a mãe.

Possuir o primeiro objeto não-eu permite ao bebê iniciar a saída da fase esquizo-paranóide para a entrada na fase depressiva por meio do processo de desilusão. Entretanto, isso só é possível para o bebê se o seu objeto transicional não for modificado por outros que não seja ele mesmo e nem que seja contestado em seu

aspecto ilusório (Winnicott, 1975). O objeto, dessa forma, começa a ser percebido ao invés de ser concebido.

### **Quando as coisas não vão tão bem assim**

Como Winnicott (1988/1990) afirmou, não é possível uma criança passar por seu desenvolvimento sem ter vivenciado alguns fracassos na adaptação ambiental. Apesar de nem todos os fracassos terem o mesmo peso no desenvolvimento psíquico-emocional, as falhas ambientais que ocorrem em períodos muito iniciais do desenvolvimento emocional e de maneira prolongada podem gerar traumas maiores e mais marcantes.

Nos casos em que as falhas ambientais tornam-se constantes, o processo de integração e o de personalização não ocorrem de maneira constante e confiável tornando o ego frágil e em constante risco de desintegrar-se (Winnicott, 1963a/2007). Essa fragilidade egóica torna o indivíduo mais suscetível a sentir as angústias impensáveis, aquelas relativas ao medo de desintegração.

Mesmo no caso de pacientes não-neuróticos, pode surgir distúrbios no desenvolvimento emocional primitivo pela constante necessidade de reagir à falta de adaptação ambiental (Winnicott, 1949b/2000, 1954/2000). O trauma, dessa forma, corresponde, em parte, a uma interrupção do processo de maturação para poder adaptar-se ao ambiente e ocorre um congelamento da situação traumática no momento da falha ambiental.

Uma possível reação dos traumas associados mais especificamente ao processo de personalização, é o distúrbio do tipo psicossomático. Os transtornos psicossomáticos surgem na formação do psicossoma como forma de manter o ego integrado, um recurso de defesa contra a angústia primitiva e o retorno ao funcionamento psicótico. Os transtornos psicossomáticos tornam-se uma âncora da

psique no soma. Por isso, os "distúrbios do psicossoma são alterações do corpo ou do funcionamento corporal associadas aos estados da psique" (Winnicott, 1988/1990, p. 44). O transtorno psicossomático relaciona-se a um ego frágil e debilitado que cria uma proteção contra o mundo hostil por meio da cisão entre Eu e não-Eu e de possíveis cisões das linhas psicossomáticas (Winnicott, 1966[1964]/2007).

Outro resultado comum nas situações dos graus menos elevados de maternagem é de o bebê formar precocemente um intelecto capaz de substituir os cuidados maternos. Isto é, "*o funcionamento mental passa a existir por si mesmo, praticamente substituindo a mãe boa e tornando-a desnecessária*" (Winnicott, 1949a/2000, p. 337). Esse tipo de funcionamento é denominado de *falso-self* e o bebê interrompe seu processo natural de continuar a ser para adaptar-se as exigências do ambiente. Quando as intrusões ambientais são demasiadamente disruptivas e não é possível ao bebê formar alguma tipo de defesa, o ego pode sofrer um processo de desintegração e a junção entre o psicossoma pode sofrer falhas. Essas disrupções no desenvolvimento podem levar a um funcionamento psicótico, *borderline* ou então a deficiências mentais.

A doença psicossomática surge como uma última defesa com o objetivo de não permitir que o ego se desintegre ou que a junção psicossomática não se desfça. Ela é uma alternativa contra uma outra possibilidade que seria pior, pois abrir mão das defesas gera a ameaça do colapso (Winnicott, 1963b/2007).

Winnicott (1949b/2000, 1966[1964]/2007) aponta o valor positivo dos distúrbios psicossomáticos como forma de defesa contra um afastamento da mente com sua relação integrada com o psicossoma, ou seja, a fim de "combater a 'sedução' da psique dentro da mente", os sintomas psicossomáticos são gerados para religar a psique ao soma (Winnicott, 1949a/2000, p. 345). A associação defensiva entre a

psique e o soma surge como um recurso interno para se proteger contra a desintegração. Entretanto, nos casos em que a relação psicossomática é desfeita pela presença de um ambiente invasivo ou pela falta de recursos para manter o ego integrado, a psique pode, em parte, desligar-se do corpo gerando dificuldades do indivíduo reconhecer o seu próprio corpo ou partes dele como pertencentes a si mesmo.

A enfermidade psicossomática implica uma cisão na personalidade do indivíduo, com debilidade da vinculação entre psique e soma, ou uma cisão organizada na mente, em defesa contra a perseguição generalizada por parte do mundo repudiado. Permanece na pessoa enferma individual, contudo, uma tendência a *não* perder inteiramente a vinculação psicossomática (Winnicott, 1966[1964]/2007, p. 90).

O transtorno psicossomático é uma defesa regressiva que emprega recursos primitivos e arcaicos para estabelecer uma organização contra um transtorno ainda pior referente a cisão na integridade do ego (Winnicott, 1966[1964]/2007). Apesar dos sintomas presentes causarem sofrimentos e desconforto, a presença deles indica uma esperança para a continuidade do desenvolvimento, pois, concedendo-se tempo e circunstâncias favoráveis, o paciente poderá recuperar-se do congelamento da situação de falha ambiental que gerou a dissociação entre a psique e o soma. Se puder haver um ambiente que seja seguro e confiável a ponto de suportar a regressão, as forças integradoras do paciente tenderão a fazê-lo abandonar sua defesa para o seguimento de um processo que foi interrompido no tempo (Winnicott, 1954/2000; 1966[1964]/2007).

O retorno ao desenvolvimento primitivo é possível no espaço clínico por meio da regressão, que só pode ocorrer quando há a sensibilidade do analista para adaptar-se às necessidades do paciente a ponto de reviver um trauma num ambiente seguro e não-invasivo que permita o descongelamento da situação de falha (Winnicott, 1954/2000). Winnicott expõe essa situação de falha e de invasão do ambiente como

causadora de ansiedades impensáveis, que remete ao estado no qual "*não existe moldura no quadro; [não há] nada para conter o entrelaçamento de forças na realidade psíquica interna e, em termos práticos, ninguém para sustentar o bebê*" (Winnicott, 1966[1964]/2007, p. 91) [itálicos nossos]. Levando isso para a situação analítica, seria como pensar na existência de um *setting* que sustente o paciente de forma adaptativa pela possibilidade de criar espaço que permita a transferência psicótica e a regressão sem ser rígido e invasivo e, portanto, auxiliando na continuidade do processo de continuar a ser do paciente.

### **O *Setting* a partir de uma Perspectiva do Desenvolvimento Emocional Primitivo**

É comum na literatura psicanalítica o conceito winnicottiano de *setting* ser aproximado do conceito de enquadre analítico (Barros, 2013; Hisada, 2002; Morais, 2015; Sakamoto, 2011; Sipahi, 2006). Essa aproximação tem sentido quando se pensa na tradução da palavra inglesa *setting*, que significa ambiente, fundo ou moldura. O termo psicanalítico utilizado por Winnicott, no entanto, apresenta uma outra significação específica à situação analítica que envolve toda sua teoria psicanalítica. Pensar no conceito winnicottiano de *setting*, dessa forma, envolve relacioná-lo com a teoria de Winnicott e não apenas traduzir o termo como moldura ou enquadre.

A partir da ótica do desenvolvimento emocional primitivo, podemos estabelecer uma melhor compreensão a respeito do funcionamento do *setting* winnicottiano que, por sua vez, é baseado na relação primitiva da mãe com o seu bebê (Khan, 1986/2000; Winnicott, 1954/2000). O analista assume o papel da mãe e, portanto, tem a função de cuidar do ambiente analítico, que podemos chamar aqui de *setting*. Assim, o analista-mãe estabelece um *setting* propício ao desenvolvimento do paciente-bebê com a finalidade de auxiliar no processo natural de amadurecimento. A principal diferença, neste caso, é que o analista possui técnicas específicas, regras

profissionais e um contrato; enquanto a mãe não precisa desses aspectos técnicos do enquadre analítico. A função do *setting*, portanto, extrapola a função do enquadre na medida que o *setting*, além de possuir as funções do enquadre, também possui as funções da mãe-ambiente descritas por Winnicott ao falar sobre os cuidados necessários para o desenvolvimento do bebê.

O enquadre, como o “conjunto das condições requeridas para o exercício da psicanálise” (Green, 2002/2008, p. 53) inclui os aspectos do contrato, do espaço, do horário, da técnica e das regras psicanalíticas. O enquadre é a moldura que envolve o analista e o paciente, mas não é a soma de nenhuma dessas duas partes. O *setting*, por sua vez, envolve o enquadre e engloba outros aspectos que vão além dele, tal como o analista e a sua mente.

Na teoria winnicottiana é evidente como a mãe e o ambiente se fundem numa única coisa que tem a função de oferecer os cuidados necessários ao bebê. Ao considerarmos o *setting* a partir de uma perspectiva do desenvolvimento emocional, o analista também faz parte desse ambiente que tem a função de cuidar do paciente. O enquadre, como uma moldura, não abrange a totalidade do analista, mas apenas o ambiente físico, os aspectos técnicos e as regras. O *setting*, por sua vez, envolve a integralidade do analista e isso inclui o seu psiquismo, os seus afetos e a sua contratransferência, elementos que fazem parte do processo analítico. Acreditamos que essa é a diferença mais marcante entre os conceitos de enquadre analítico e de *setting* winnicottiano que na literatura psicanalítica nem sempre é realizada.

Consideramos que a diferenciação entre *setting* e enquadre é um ponto de importância no pensamento clínico por levar o analista a avaliar as diferentes formas de manejo clínico. Isso significa que realizar intervenções por meio do *setting* torna-se algo que pode ser realizado de diferentes formas, ou seja, a partir da postura do

analista, sua contratransferência, suas interpretações ou então por meio de mudanças do enquadre.

A partir do pensamento de Winnicott (1962b/2007, 1988/1990) sobre o analista e as suas funções, que se baseia na relação ambiente-bebê, o analista tem a função de adaptar a si mesmo e a sua técnica às necessidades e às possibilidades paciente. Diferentes necessidades irão requerer diferentes adaptações e as adaptações a nível de enquadre geralmente devem ser realizadas apenas para pacientes que necessitem desse tipo de adaptação. Numa situação clínica, isso significa saber em qual etapa do desenvolvimento o paciente está. De acordo com Winnicott (1954/2000), essas etapas podem ser clinicamente divididas da seguinte forma:

1) Os pacientes que possuem o ego integrado e funcionam como uma pessoa inteira que são capazes de reconhecer o outro como não-eu e manter relações interpessoais. Para esses pacientes a psicanálise clássica se adequa, pois passaram por todas as etapas do desenvolvimento emocional primitivo e já possuem a situação edípica construída. Esses pacientes possuem um funcionamento tridimensional e apenas ocasionalmente torna-se necessário realizar adaptações no enquadre. O ideal é que o enquadre mantenha-se o mais estável possível e o analista seja receptivo.

2) Os pacientes com a personalidade recém-integrada que já possuem um ego integrado, mas que ainda têm os aspectos das relações bi-pessoais em processo de estabelecimento. Nesse caso, eles ainda não entraram na fase edípica e por isso a clínica clássica teria uma funcionalidade parcial. Esses pacientes passaram pelo estágio de integração e personalização do desenvolvimento emocional primitivo, mas ainda não puderam passar pela etapa de realização com sucesso. O importante para o paciente nesses atendimentos é a sobrevivência do analista frente à ambiguidade do

amor e do ódio do paciente, o qual está, de alguma forma, preso à posição depressiva. Esses pacientes possuem um funcionamento bidimensional.

3) No terceiro grupo, os pacientes ainda não tiveram os estádios iniciais de maturação plenamente desenvolvidos e, portanto, o ego ainda não é plenamente integrado. A ênfase no tratamento desses pacientes recai mais no manejo do *setting* do que na habilidade interpretativa do analista, uma vez que as palavras podem perder o sentido para esses pacientes. Esses pacientes possuem um funcionamento unidimensional e necessitam de uma adaptação tanto do analista, quanto do enquadre.

A importância dessa separação entre os pacientes diz respeito ao estágio do desenvolvimento psíquico-emocional no qual se encontram, pois, para Winnicott (1954/2000), cada etapa do processo de desenvolvimento requer um determinado tipo de cuidado. Por isso, um dos aspectos fundamentais da questão do *setting* é dele possuir uma maior maleabilidade do que apenas quando pensamos a nível de enquadre.

Enquanto o analista pode adaptar-se às necessidades do paciente, o enquadre deve permanecer o mais estável possível. Bleger (1977/2003) afirma que o enquadre ideal tende a se manter imutável para servir como o receptáculo da transferência do núcleo psicótico dos pacientes, mesmo daqueles que tem um funcionamento neurótico e o ego integrado. O enquadre, dessa forma, funcionaria como um corpo que sustenta a existência do psiquismo infantil, ou seja, ele existe e é necessário, mas não é percebido e nem se tem consciência dele.

Assim como a moldura psíquica e ambiental que a figura materna oferece ao bebê, o enquadre e o analista têm a função de conter "o entrelaçamentos de forças" (Winnicott, 1966[1964]/2007, p. 91) que existe dentro do campo analítico e com isso, sustentar o paciente. O enquadre-corpo tem a função de envolver e conter as partes

psíquicas infantis do paciente. Essa função é de extrema importância, uma vez que a constância do enquadre, além de sustentar, permite que por meio de sua regularidade e de sua previsibilidade o paciente possa vivenciar o enriquecimento decorrente do acolhimento (*holding*) que são necessários nas etapas iniciais do desenvolvimento infantil. O ambiente precisa ser previsível e estável e não fugir das expectativas primitivas inconscientes do paciente ou de suas possibilidades em suportar em lidar com o inesperado. O enquadre realiza um trabalho silencioso na parte mais profunda do psiquismo do paciente.

#### A regressão no *setting* winnicottiano

A regressão é importante no caso de pacientes que passaram por situações de invasão ou falhas ambientais no período da primeira infância e por isso sofreram congelamento em partes do seu processo de desenvolvimento emocional. Para que essas falhas do desenvolvimento emocional sejam descongeladas, é necessário uma regressão no *setting* para acessar esses traumas primitivos (Winnicott, 1949b/2000). A regressão é o retorno a um período do desenvolvimento emocional no qual a dependência absoluta retorna com a finalidade de reparar as falhas ambientais ocorridas na primeira infância (Winnicott, 1954/2000).

É possível supor, que em algum momento ou outro, todo ambiente venha a falhar em situações que o bebê não seja capaz de lidar com essas falhas e isso gere a interrupção de partes específicas do desenvolvimento emocional. Essas falhas, portanto, podem ter ocorrido tanto nos pacientes psicóticos como nos pacientes neuróticos. A diferença é que os pacientes neuróticos não tiveram uma experiência de falha tão prolongada a ponto de romper com as defesas psíquicas e causar uma cisão na integração egóica.

O tema da importância a respeito da contenção dos aspectos infantis de um paciente neurótico já foi elaborado por diversos autores como Bleger (1977/2003), Dias (2003), Ferenczi (1909/1992, 1919/1992, 1928/1992, 1930/1992, 1931/1992, 1933/1992), Green (1990, 1998), Kupermann (2008), Safra (1995, 1996, 1999), Winnicott (1954/2000, 1968/2001, 1975, 1988/1990), entre outros. Ferenczi (1909/1992) afirma que “no mais fundo do nosso ser continuamos crianças e assim ficaremos toda a nossa vida” (p. 98) e para encontrar a criança, basta apenas ir além de suas partes adultas (“*grattez l’adulte et vous trouverez l’enfant*”) (raspem o adulto e encontrarão a criança) (p. 98). Portanto, a necessidade de regressão no *setting* aplica-se a todos os pacientes que quiserem continuar o processo de análise até serem capazes de encontrar as partes de si que foram congeladas no tempo.

A proposta de Ferenczi (1919/1992, 1931/1992) sobre a elasticidade técnica vai de encontro às ideias de Winnicott (1954/2000) sobre o manejo do *setting* em situações de regressão. Para eles não é o paciente quem deve adaptar-se às técnicas do analista, mas sim o analista e sua técnica que devem adaptar-se ao paciente. Quanto maior for essa adaptação por parte do analista, maior será a tendência do paciente em regredir no *setting* e usar o enquadre estável como o depósito de suas transferências psicóticas, mesmo nos casos de pacientes neuróticos (Bleger, 1977/2003).

Nas palavras de Winnicott (1954/2000):

É normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra as falhas ambientais específicas através do *congelamento da situação da falha*. Ao mesmo tempo há a concepção inconsciente (...) de que em algum momento futuro haverá oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro do ambiente capaz de prover a adaptação adequada. *A teoria aqui proposta é a regressão como parte de um processo de cura* (p. 378) [itálicos nossos].

A regressão no *setting* permite ao paciente resgatar os momentos de vivências das falhas ambientais de quando ocorreram os congelamentos da situação traumática

para poder dar prosseguimento ao processo natural de desenvolvimento (Winnicott, 1954/2000, 1964/2007). O paciente, volta, em parte, a funcionar como um bebê em tenra idade e, portanto, volta a necessitar dos mesmos cuidados intensivos de que precisou naquela época do início de sua vida. Winnicott (1954/2000) afirma que “aquilo que passamos a poder fazer é cooperar com o paciente no seguimento de um *processo*, processo este que em cada paciente possui o seu próprio ritmo a fim de permitir caminhar no seu próprio rumo. Todos os aspectos importantes desse processo originam-se no paciente, e não em nós enquanto analistas” (p. 374). O fator de cura encontra-se no paciente e a função do analista é auxiliá-lo a chegar onde ele pode encontrar a si mesmo e, com isso, descongelar a falha do ambiente.

O analista, na situações de regressão, trabalha com um paciente do terceiro grupo definido por Winnicott (1954/2000), independente do paciente ser neurótico ou não-neurótico, pois no momento da regressão, as defesas egóicas são abaixadas para dar espaço a um novo tipo de funcionamento psíquico na esperança de poder resgatar aquilo que foi perdido. Com esses pacientes do terceiro grupo o analista deve ter muita atenção ao manejo do *setting* e à manutenção do enquadre. O enquadre deve permanecer fixo, de forma que as sessões sejam regulares e sempre no mesmo horário e no mesmo dia da semana. O analista não pode atrasar ou apresentar mudanças na disposição do consultório. As interpretações, por sua vez, dão lugar a uma outra linguagem, denominada por Ferenczi (1933/1992) de "benevolência materna" (p. 101) e ele deve estar atento à sua contratransferência, pois será uma importante ferramenta para compreender aquilo que acontece com o paciente numa situação de regressão (Zambelli, 2011).

Para Ferenczi (1933/1992),

se essa benevolência vier a faltar, a criança vê-se sozinha e abandonada na mais profunda aflição, isto é, justamente na mesma situação insuportável que,

num certo momento, a conduziu à clivagem psíquica e, finalmente, à doença. Não surpreende que o paciente não possa fazer outra coisa senão repetir exatamente, como quando da instalação da doença, a formação dos sintomas desencadeados por comoção psíquica (p. 101).

O analista deve ser, em todas as circunstâncias, digno de confiança para permitir que o paciente possa entrar num processo regressivo de maneira segura e sem o medo de que o trauma seja revivido por conta de uma neutralidade técnica que beire a frieza emocional (Ferenczi, 1928[1927]b/1992, 1933/1992). Se a adaptação do analista vier a falhar, ele colocará o paciente na mesma situação traumática que levou à reação contra a intrusão e à formação dos sintomas. A reserva fria do analista pode ser compreendida pelo paciente como a continuação das experiências traumáticas que levaram o paciente à análise (Ferenczi, 1930/1992, 1969[1932]/1990).

O analista, deve, portanto, assumir o papel de mãe suficientemente boa, pois uma vez que o paciente está regredido, o analista irá perceber que os desejos expressos são, na verdade, necessidades psíquicas de adequação do analista-ambiente ao paciente e, por isso, o termo desejo torna-se, nesses casos, inadequado. Ao invés de pensar em expressão de desejo, dever-se-á pensar em expressão de necessidade; pois enquanto o desejo é referente ao indivíduo integrado capaz de perceber os outros como não-eu, a necessidade diz respeito ao bebê nos estádios primevos do desenvolvimento emocional.

Se um paciente regredido precisa de silêncio, nada se poderá fazer se este não for conseguido. Quando a necessidade não é satisfeita a consequência não é a raiva, mas uma reprodução da situação original de falha que interrompeu o processo de crescimento do eu. A capacidade do indivíduo de 'desejar' sofreu uma interferência, e testemunhamos então o ressurgimento da causa original do sentido de inutilidade (Winnicott, 1954/2000, p. 385).

A possibilidade da compreensão dessa diferença entre necessidade e desejo do paciente muitas vezes esbarra na contratransferência do analista, que se não for analisada irá levá-lo a reproduzir a situação de trauma inicial do paciente. Compreender que o paciente necessita de algo e permitir que essa necessidade seja

satisfeita numa situação de regressão não significa quebrar a abstinência sugerida por Freud (1915[1914]/2006), pois nem mesmo o pai da psicanálise indicou a necessidade do analista privar o paciente de absolutamente tudo o que ele deseja. Talvez Freud já suspeitava que alguns dos aparentes desejos do paciente eram, de fato, necessidades.

Permitir ao paciente a satisfação de suas necessidades em situações de regressão gera o sentimento de confiança com o analista. A confiabilidade do analista e a sua benevolência tem a finalidade de estabelecer "a 'temperatura ótima' da relação entre o médico e o paciente" (Ferenczi, 1921/1992, p. 121), pois o primeiro passo no sentido da adaptação deve partir do analista e esse primeiro passo é feito quando se vê e se compreende a criança por trás do adulto (Ferenczi, 1928[1927]a/1992). "Essa confiança é aquele algo que estabelece um contraste entre o presente e um passado insuportável e traumatogênico" (Ferenczi, 1933/1992, p. 100) e torna-se a melhor forma de permitir ao paciente reescrever a situação inicial de trauma.

A benevolência, a sensibilidade, a amabilidade, a compreensão e a paciência do analista são o que permitem que ele vá ao encontro do paciente (Ferenczi, 1931/1992). Encontrar a criança no paciente faz parte do trabalho analítico. Ferenczi (1930/1992) chega inclusive a afirmar que "esses neuróticos precisam ser verdadeiramente adotados e de que se os deixe pela, primeira vez, saborear as bem-aventuranças de um infância normal" (Ferenczi, 1930/1992, p. 67). Mesmo os pacientes com funcionamento neurótico e mais saudáveis foram suscetíveis às falhas dos cuidados ambientais na primeira infância (Winnicott, 1988/1990). A adaptabilidade do *setting* e a linguagem materna permitirão ao analista *falar com a criança* escondida que habita no paciente ao invés de *falar sobre a criança*.

A situação de regressão é um momento muito delicado, pois o paciente encontra-se, assim como uma criança, sem defesas frente a uma personalidade adulta

de autoridade e, justamente por isso, fica sem a capacidade de protestar, mesmo em pensamento, contra qualquer interpretação do analista. Se o analista decide interpretar, mesmo que a interpretação seja correta, poderá ser sentida como uma intrusão que o obriga a submeter-se à vontade do analista-invasor. Por esse motivo, o manejo do *setting* e a possibilidade do paciente sentir-se confortável, relaxado e ele mesmo é o principal fator numa situação de regressão.

Ferenczi (1933/1992) chama a tentativa do adulto de autoridade fazer as crianças compreenderem seus desejos adultos como uma confusão de línguas, pois o adulto fala o idioma dos desejos, enquanto a criança pequena compreende apenas o idioma de suas próprias necessidades infantis. Nas situações de confusão de línguas, a criança tende a realizar uma clivagem em sua própria personalidade para desenvolver uma personalidade que se identifica e se adequa ao adulto-invasor. Winnicott (1945/2000, 1954/2000, 1960/2007) chama essa defesa psíquica primitiva do bebê de clivagem da personalidade como *falso-self*, enquanto Ferenczi (1933/1992) a chama de bebê sábio.

Octave Mannoni (1992) nomeou o enquadre muito rígido como um divã de Procusto. A história é uma lenda grega de um salteador que oferecia sua hospitalidade aos viajantes perdidos e oferecia a eles uma cama de ferro. Se os viajantes fossem maiores do que a cama, Procusto lhes cortava o que excedia. Se fossem menores, ele os alongava à força até ficarem no tamanho exato da cama. Essa lenda de Procusto pode ser associada aos analistas muito rígidos que dificilmente modificam suas técnicas para atender as necessidades do paciente e, conseqüentemente, agem como Procusto buscando fazer com que o paciente adapte-se ao seu enquadre e à sua técnica.

Mannoni (1992) diz que esses tipos de analistas são normativas e buscam fazer o paciente funcionar de acordo com suas próprias normas, quando a psicanálise tem o objetivo de fazer o oposto, auxiliar o paciente a ser coerente consigo mesmo. O autor explica que a psicanálise tem basicamente duas ferramentas operativas, a primeira é a interpretação e a segunda é a intervenção. Muitas vezes essas duas ferramentas são confundidas e utilizadas como sinônimos, mas constituem-se em conceitos diferentes.

A interpretação é um termo comumente utilizado na psicanálise e já conhecido. A intervenção, entretanto, é um termo pouco utilizado e nem sempre conhecido pelos psicanalistas, por tratar-se de uma ferramenta que nem sempre se utiliza das palavras para realizar o trabalho analítico. A intervenção a qual Mannoni se refere possui semelhanças com o conceito de manejo do *setting* apresentado por Winnicott (1954/2000). A intervenção ou o manejo do *setting* tem a intenção de proporcionar o ensejo para o paciente poder, por conta própria, chegar no seu processo de *insight* ou no ponto de urgência (Baranger & Baranger, 1961-62/2008, 2009; Baranger, M., 2009).

Para Madeleine Baranger (2009), o ponto de urgência é o momento do funcionamento da situação analítica em que a estrutura do diálogo e a fantasia inconsciente básica, que sustenta a estrutura do campo, podem se unir para dar origem ao *insight*. O ponto de urgência pode surgir de diversas formas, inclusive por meio de uma interpretação realizada pelo próprio paciente. Mannoni (1992) e Winnicott (1954/2000, 1975) afirmam que a melhor interpretação é aquela que não precisa ser realizada pelo analista, pois ele é capaz de ser tolerante e auxiliar o paciente a chegar em sua própria interpretação. Winnicott enfatiza que essas interpretações são mais

valiosas e mais significativas, pois o paciente se utiliza de suas próprias palavras para fazê-las.

Isso não significa que não seja possível ao analista realizar as interpretações pelo paciente, pois em algumas situações o paciente necessita das palavras emprestadas do analista para compreender algum aspecto de seu psiquismo. Nessas ocasiões, nenhuma intervenção ou interpretação deve ser feita se o paciente não estiver pronto para recebê-la, assim como o bebê que fantasia o seio e a mãe oferece o seio real no local e no momento exato em que foi alucinado para criar a experiência de ilusão. O analista deve fazer o mesmo com suas intervenções ou suas interpretações, oferecer apenas quando o paciente estiver pronto para sustentá-las psiquicamente, caso contrário, irá regurgitá-las assim que o analista colocá-las goela abaixo (ou ouvidos adentro). Ferenczi (1928/1992) sugere que as interpretações tenham mais um caráter de proposição do que uma afirmação absoluta e indiscutível.

As formas possíveis de intervenção pelo manejo do *setting* são limitadas apenas pelas possibilidades do analista em imaginá-las e do paciente em suportá-las. O manejo do *setting* ocorre de diversas formas, desde do prolongamento das sessões, até a rigidez dos horários, da tentativa do analista em nunca atrasar (digo tentativa, pois uma falha dessa ao longo de anos de tratamento é inevitável) ou então por meio de silêncios para quando o paciente apenas precise ficar na presença de um outro sem que nada seja dito. O manejo do *setting*, pode, inclusive ocorrer por meio do manejo da contratransferência do analista, que, de alguma forma repercute no todo da situação analítica.

A repercussão do manejo da contratransferência do analista na situação analítica como um todo torna-se mais compreensível a partir do conceito de campo analítico. O conceito de campo na psicanálise será apresentado no capítulo três.

### **CAPÍTULO 3:**

## **A NARRATIVIDADE E O SONHAR ACORDADO NO CAMPO ANALÍTICO**

## **CAPÍTULO 3:**

### **A NARRATIVIDADE E O SONHAR ACORDADO NO CAMPO ANALÍTICO**

"Contemo-nos histórias para, talvez, nos dizer a verdade"

(Ferro, 1999, p. 33)

O objetivo geral deste capítulo é apresentar o conceito de campo analítico e relacioná-lo com os aspectos da situação analítica já discutidos nos capítulos anteriores desenvolvendo novas perspectivas a respeito da análise. O pensamento em campo permite ampliações dos aspectos da situação analítica por trazer novas compreensões sobre a relação analítica. Para isso iremos (1) apresentar o conceito de campo na psicologia e o significado do pensamento de campo na situação clínica, depois (2) apresentaremos as especificidades do campo na situação analítica e as novas possibilidades de compreensão que ele permite na relação transferencial e no funcionamento da análise e, por fim, (3) introduziremos a concepção de narratividade no campo e a função de metabolização do analista.

#### **O Conceito de Campo na Psicologia**

O conceito de campo analítico desenvolvido pelo casal Baranger em 1961 tem uma característica revolucionária por levar a mudanças na compreensão da relação analítica e das questões transferenciais e contratransferenciais que ocorrem na análise. A ideia de campo não é originalmente da psicanálise ou da psicologia, mas sim um conceito advindo da física que significa "região que se encontra sob a influência de alguma força ou agente físico (p. ex., campo eletromagnético, campo

gravitacional etc.)" (Dicionário Aurélio Digital). O campo é definido por um espaço no qual existe uma totalidade de forças que são mutuamente influenciáveis.

Na psicologia, o conceito de campo foi inicialmente utilizado na Gestalt por Kurt Lewin (1975) e Pearls (1977). A teoria de campo unificado na visão de Pearls (1977) apresenta uma relação entre o pensar e o agir. O autor afirma que o ser humano ao pensar está agindo por meio da criação de imagens, ou seja, "ele está fazendo simbolicamente o que poderia fazer fisicamente" (p. 26). Para abarcar toda a amplitude das atividades psíquicas humanas como o imaginar, o sonhar e o refletir, Pearls utilizou o termo psicanalítico fantasiar. Assim, quando fantasiamos, estamos agindo simbolicamente. Fantasiar implica num gasto de energia menor do que agir fisicamente e a depender da intensidade de energia utilizada, a fantasia pode vir a se tornar ação.

A importância dessa relação entre o fantasiar e o agir no campo analítico é essencial, uma vez que o analista pede ao paciente que fantaseie ao invés de agir e o próprio enquadre favorece este movimento por meio da regra fundamental. Na análise é necessário que o paciente faça uso prioritário de suas capacidades simbólicas e representativas ao invés de suas capacidades físicas. O agir pelo pensar mimetiza o funcionamento de onipotência de um bebê em seus momentos primevos e, portanto, torna a situação analítica propícia à regressão.

O enquadre funciona como uma estrutura que sustenta a regressão, como se fosse uma concha ou proteção que permite ao paciente abrir mão de certas proteções e funcionamentos internos a fim de regredir e alcançar os núcleos dos traumas, as partes psíquicas que tiveram seu processo natural de desenvolvimento interrompido. A respeito desse aspecto do enquadre, o casal Baranger (1961-62/2008) afirma que

as consequências da estruturação deste campo funcional são extremamente importantes: elas colocam o paciente numa posição que permite e até

encoraja a regressão, e o analista numa outra regressão, na qual a regressão temporária do ego do analista deve ser mais limitada e parcial, deixando o aspecto observador do ego intacto para preservar os termos de contrato se o paciente tentar ultrapassá-los e adulterar a situação analítica (p. 798) (tradução livre).

O fantasiar num campo regredido implica numa indiferenciação entre o pensar e o agir, assim como ocorre no início da vida quando o bebê não é capaz de diferenciar entre a ação no real e a sua criação imaginária. O fantasiar e o refletir tornam-se ações dentro do campo. A fantasia do paciente regredido funcionaria da mesma forma que a criação do seio pelo bebê quando ele sente fome, o bebê imagina e, em sua onipotência, o seio ali surge para nutri-lo até que ele se sacie (Winnicott, 1945/2000, 1954/2000). A ilusão de onipotência só é possível se existe a mãe suficientemente boa para colocar o seio no exato momento e no exato local onde o bebê o imaginou. O próprio conceito de campo aplicado à psicanálise transforma a situação analítica numa situação de regressão.

O analista, numa situação de regressão, não deve pontuar para o paciente o que é real e o que é imaginário, pois para o paciente tudo é real e fazer uma diferenciação implicaria na quebra do enquadre. A fala do paciente torna-se o seu objeto transicional, a qual, ele produz por meio de sua imaginação e sente como se fosse algo da ordem de uma realidade presente. O analista, por sua vez, não deve questionar o paciente ou contestar o valor real daquilo que ele fala. A realidade externa dos fatos não é importante, o que é de real valor é a realidade interna presente no discurso do paciente que leva seus objetos internos para o campo e os torna vivos em sua narrativa.

A regra fundamental postulada por Freud (1912b/2006) tem a intenção de colocar o paciente num outro tipo de funcionamento no qual ele não precise fazer nada a não ser dar espaço para aquilo que já existe dentro de si mesmo. Esse estado de associação livre requer do paciente um certo nível de relaxamento interno a fim de

que as barreiras do superego possam dar espaço às fantasias infantis. O paciente é naturalmente induzido pelo enquadre a funcionar como uma criança numa brincadeira na qual seu mundo interno se sobrepõe ao mundo externo por meio da criação de personagens e de situações que se utilizam de memórias reais para narrar uma história interna.

A atenção flutuante do analista tem o objetivo de colocar em segundo plano os aspectos da realidade externa presentes no discurso do paciente para poder escutar a história por trás da história, uma vez que atrás de toda fala consciente existe um discurso inconsciente. A narrativa de uma situação real no espaço analítico tem o mesmo valor de uma narrativa de um sonho, o aspecto da realidade dos fatos é deixado de lado para se atentar aos significados da fantasia. A situação analítica, por meio do enquadre, favorece que o paciente sonhe enquanto fala. Ou seja, o enquadre leva o paciente a diminuir suas inibições e censuras operantes no período de vigília a fim de gerar alterações em sua topografia psíquica semelhantes ao do momento do sonho. A regra fundamental tem o intuito de encorajar o paciente a entrar num processo de sonhar acordado e poder, assim como uma criança, brincar com esses elementos presentes em seu mundo interno por meio da narratividade dos personagens no campo.

A teoria do campo transforma o pensamento científico classificatório em uma análise relacional (Lewin, 1975). Ao aplicarmos esse pensamento do campo na situação analítica, o tratamento deixa de ser classificatório, como geralmente ocorre na clínica psiquiátrica, para se tornar relacional, ou seja, específico à relação desenvolvida entre o terapeuta, o paciente e os personagens do campo. Por esse motivo, podemos afirmar que diferentes analistas realizam trabalhos diferenciados

com um mesmo paciente, pois a relação estabelecida é específica para cada situação analítica.

As múltiplas forças do campo que se relacionam entre si geram uma característica fundamental do campo, a interatividade simultânea entre o campo e todos os seus aspectos e as suas forças. A mudança de uma parte do campo gera um efeito de onda que irá modificar o campo como um todo ao mesmo tempo que o campo modificado afeta aquela mesma parte que gerou a onda inicial, em resumo, existe uma reflexividade interativa contínua entre as partes e das partes com o todo.

O campo é uma teia sistêmica de relacionamentos em constante interatividade que pode ser definido como a "totalidade de forças mutuamente influenciáveis que, em conjunto, formam uma fatalidade interativa unificada" (Yontef, 1998, p. 185). A abordagem do campo é holística, pois ao pensar em campo somos levados a considerar o aspecto global de um sistema, isso implica em pensar não só nos elementos e nas forças que existem no sistema, mas também na complexa teia de inter-relações entre os elementos do campo.

As propriedades essenciais do campo são o seu aspecto dinâmico e a sua interatividade, uma vez que toda e qualquer parte do campo é co-dependente e co-interativa em relação às demais. Yontef (1998) diz que "num campo de energia, todas as partes se inter-relacionam e uma alteração qualquer em qualquer parte do campo ondula através do campo" (p. 196). Desta forma, o campo é uma complexidade de fatores e relações que se influenciam e se transformam continuamente, onde as micro-transformações geram macro-transformações. Isto significa que as modificações das partes geram mudanças no aspecto total do campo e vice-versa.

A questão que fica a respeito da relação do campo com a análise é: onde o campo se situa? O campo pode ser considerado como um processo por seu dinamismo

e por sua capacidade de se mover no tempo e no espaço numa totalidade contínua (Yontef, 1998). Como discutido no primeiro capítulo, não existe processo sem algo que o contenha e que permita o seu desdobramento. Logo, se o campo analítico fosse considerado apenas como processo analítico, ele não possuiria interatividade com o enquadre que o situa. Como o processo analítico e o enquadre são interativos e o campo é uma totalidade contínua, é sensato pensá-lo como a totalidade da situação analítica, isso é, a junção do processo e do enquadre analíticos. De nosso ponto de vista, isso não significa que o enquadre perca seu aspecto de estabilidade e torne-se tão dinâmico quanto os processos analíticos, mas sim que o enquadre possui influência nos processos analíticos, assim como os processos analíticos influenciam e transformam o enquadre. A diferença é que o tempo de transformação do enquadre é mais lento e, por isso, raramente tende a ser o foco da análise.

A ampliação que propomos é a compreensão do campo como único, porém múltiplo: o campo analítico é dinâmico e estável. O processo analítico que faz parte do campo é dinâmico, mas o enquadre é estável. A parte dinâmica e móvel não se sustenta sem a estabilidade do enquadre que define o tempo, o espaço e as regras para o funcionamento da análise. É necessário que haja um acordo mútuo entre o analista e o paciente. Esses aspectos são constantes e tendem à estabilidade. A ideia de se dizer que existe uma tendência à estabilidade é porque nada no campo é imutável e isso é importante. Mesmo que o enquadre não possua dinamicidade como os outros aspectos do campo, ele existe para sustentar a análise e as mudanças que ocorrem na análise. Isso significa dizer que ao mesmo tempo que a relação transferencial entre o paciente e o analista sofrem transformações, o enquadre tende a ser levemente ajustado para abarcar essas mudanças. Portanto, o enquadre funciona como uma contenção elástica que se adequa ao seu conteúdo para melhor contê-lo sem manter demasiada pressão a

ponto de não permitir uma mobilidade interna, mas ao mesmo tempo exerce uma pressão mínima que leva à coesão daquilo que ele contém.

A ideia do enquadre como uma contenção elástica vai ao encontro da ideia de elasticidade da técnica proposta por Ferenczi (1928/1992). Para ele o enquadre funciona como um elástico que pode ceder as tendências do paciente, mas sem abandonar a tração do enquadre. A maleabilidade da técnica e do enquadre possibilitam ao paciente sentir-se mais confortável e acolhido na situação analítica. Quando o enquadre funciona como um elástico, o analista pode manter a estrutura do trabalho analítico sem pressionar demasiadamente o paciente o que lhe permite maior espaço psíquico para se movimentar e sentir-se à vontade.

Esse tipo de elasticidade na análise não é algo fácil, pois requer enormes capacidades do analista que precisa estar atento e constantemente se adaptando às necessidades e às possibilidades do paciente. É importante esclarecer que as necessidades do paciente, neste caso, não são seus desejos ou suas vontades, mas sim aquilo que o paciente necessita para poder ir adiante em seu desenvolvimento emocional primitivo. Acessar esse tipo de necessidade do paciente só é possível por meio da contratransferência.

O enquadre, portanto, torna-se a demarcação dos limites do campo que permite a continuidade do processo analítico de maneira flexível e adaptável. O conceito de campo neste trabalho se diferencia do conceito de campo utilizado na Gestalt por incluir o enquadre. Portanto, o campo psicanalítico envolve aspectos além do processo para incluir as partes mais estáveis da situação analítica. Assim, diferente da Gestalt, o campo na psicanálise possui diferenciações quanto as suas características de dinamicidade e não considera sua totalidade como apenas os processos dinâmicos, mas sim a globalidade da situação analítica.

## **O Conceito de Campo na Psicanálise**

Na psicanálise, o conceito de campo analítico foi desenvolvido pelo casal franco-argentino Willy e Madeleine Baranger no artigo intitulado “O campo analítico como um campo dinâmico” publicado originalmente em espanhol nos anos de 1961 e 1962. A criação do conceito de campo psicanalítico pelo casal Baranger permitiu compreender as estruturas espaciais e temporais da situação analítica em termos de forças dinâmicas que possuem suas próprias leis de funcionamento. A situação analítica, de acordo com a teoria do campo, é uma coalizão de forças mutáveis que estão em constante interação. Isso denota que inclusive a parte mais estável do campo possui dinamicidade, apenas em um grau significativamente menor.

O conceito de campo aplicado à análise leva a uma compreensão mais ampla da situação analítica. A análise torna-se uma situação na qual duas pessoas permanecem inevitavelmente conectadas e nenhuma dessas partes pode ser compreendida sem a outra (Baranger, 1961-62/2008). Isso implica dizer que a transferência do paciente não pode ser completamente compreendida sem a contratransferência do analista e esses dois movimentos psíquicos estão inextricavelmente interligados. O elo da relação transferencial tornou a contratransferência um instrumento valioso para a análise como já haviam previsto Heimann (1950) e Racker (1953/1982), uma vez que a mente do analista passa a ser parte do campo da mesma forma que a mente do paciente.

A situação analítica deve ser entendida como um todo estruturado cuja dinâmica deriva de sua interação com as suas partes e com o par analítico dentro de uma causalidade recíproca (Baranger, W., 2009). Nem o analista nem o analisando, uma vez envolvidos na situação analítica, devem ser considerados isoladamente, mas sim em um funcionamento conjunto. A partir dessa construção relacional da situação

analítica, o enquadre se estabelece como uma estrutura relativamente estável e vinculada aos acordos conscientes e inconscientes pré-estabelecidos pelo par analítico, mas que pode ser transformado para se adaptar às mudanças que ocorrem no processo analítico.

Com base na ideia de que a mente do analista também é parte do campo, podemos considerar que a disposição do consultório revela parte da atitude interna do analista e, conseqüentemente, influencia a forma como a relação analítica será estabelecida. O paciente, por sua vez, muitas vezes, simboliza as mudanças transferenciais por meio da apercepção de mudanças na disposição espacial da sala ou dos móveis. O consultório, os móveis, o contrato, o analista e a sua mente pertencem ao *setting*, o qual tem como função acolher o paciente e o psiquismo dele para formar o campo analítico onde será possível o descongelamento das situações primitivas de trauma. Todos esses aspectos pertencem ao campo analítico e adquirem um novo significado a cada relação analítica.

O campo se concretiza no encontro entre o analista e o paciente e, a partir do momento que o campo é criado, ele se apresenta como algo que pertence ao analista e ao paciente, mas também como algo que independe de ambos, pois dispõe de um funcionamento próprio. A situação analítica na ótica do campo apresenta uma complexidade maior do que aquela prevista por Freud ao desenvolver o método analítico. De acordo com o casal Baranger (1961-62/2008),

não há nada de novo ao se admitir o erro da unilateralidade nas descrições iniciais da situação analítica como uma situação de observação objetiva de um paciente mais ou menos em estado regressivo pelo analista-observador que está estritamente restrito a registrar, compreender e algumas vezes interpretar o que está acontecendo com o paciente (p. 795) (tradução livre).

A partir da ótica do campo, a situação analítica adquire novas perspectivas que incluem, mas vão além da relação unilateral de transferência apresentada por Freud. O campo torna-se um espaço multidimensional e onírico. A multidimensionalidade do

campo está presente nos tempos (passado, presente e futuro), nos espaços (interior e exterior) e nos funcionamentos (consciente e inconsciente, dinâmico e estável, etc.) que são diferentes numa única situação. Para cada paciente, existem diversos tempos, espaços e funcionamentos do paciente e do analista que interagem, coexistem e mutuamente se influenciam criando novos aspectos multidimensionais do campo. Além disso, as regras da situação analítica tem a função de incentivar a presença do funcionamento inconsciente do paciente (e do analista) transformando a sessão num espaço de sonhar acordado ao permitir mudanças na forma habitual de funcionar do paciente.

A complexidade do campo relaciona-se à possibilidade da coexistência de realidades paradoxais num único conjunto interativo que se auto-sustenta denominado de situação analítica. Pensar num espaço onde ocorre o amálgama de dois universos pode nos dar uma melhor compreensão da ideia de campo analítico, pois cada indivíduo é portador de um campo psíquico próprio, o qual é habitado por seus próprios recursos, turbulências e sistemas. Cada um desses sistemas individuais é um mundo próprio e o campo permite, até certo ponto, a fusão entre mundos que antes eram separados.

A configuração básica da situação analítica pode ser chamada de psicoterapia de relacionamento bi-pessoal (Baranger & Baranger, 1961-62/2008). No entanto, essa designação bi-pessoal só é válida numa observação exclusivamente perceptual e superficial, uma vez que na relação analítica sempre existem personagens na narrativa do paciente que surgem e intervêm na análise. A fantasia do paciente utiliza-se desses personagens exteriores, os quais adquirem vida própria no campo analítico, para expressar questões internas. No momento em que esses personagens surgem, eles são

considerados como reais pelo analista, mesmo que sejam parte da fantasia do paciente.

Podemos, inclusive, supor que no campo analítico existem mais do que duas pessoas ao levarmos em consideração as partes expelidas pelos mecanismos de transferência, projeção e identificação projetiva. Essas partes não são apenas projetadas do paciente para o analista, mas também do analista para o paciente. A diferença é que essas projeções devem ocorrer com menor frequência da parte do analista. As partes expelidas do psiquismo circulam no campo e por isso é possível dizer que possuem vida própria, pois no momento que entram no campo elas automaticamente sofrem influências de tudo que existe no campo e, conseqüentemente, transformam-se em algo novo.

O casal Baranger (1961-62/2008) e Green (2002/2008) afirmam que a experiência do campo cria um terceiro na relação o qual pode ser representado por personagens psíquicos, objetos internos expelidos que não pertencem mais exclusivamente a nenhuma das duas personalidades do campo e, por isso, forma uma terceira personalidade. Por esse motivo, o analista e o paciente não podem ser próximos, pois se a relação estiver previamente iniciada, não haverá possibilidades de se gerar algo de novo com a finalidade terapêutica. A relação analítica, quando extrapola com frequência a situação de análise, adquire elementos que podem interferir na terapêutica da análise e inclusive modificar o contrato (consciente ou inconscientemente) criando-se bastiões que podem formar rupturas no enquadre analítico.

Para Ferro e Basile (2013), o campo analítico possui vida própria e "é habitado por inúmeras presenças reais e virtuais" (p. 13) criadas a partir das projeções e interações que ocorrem na situação analítica. Tudo que ocorre no campo faz parte

do campo e interage com cada uma de suas partes, por isso, independente do assunto que se fale no espaço analítico, o paciente está descrevendo um aspecto ou uma forma de funcionamento do campo. Tudo o que é apresentando no campo diz respeito à relação entre o paciente e o analista.

De acordo com o casal Baranger (1961-62/2008), a situação terapêutica bi-pessoal "desaparece sob a cobertura da situação tri ou multi-pessoal, na qual múltiplas cisões são colocadas em movimento" (p. 798) (tradução livre). O campo bi-pessoal, por sua vez, não desaparece completamente, a não ser em situações de regressão extrema nas quais o enquadre é perdido e a situação analítica se desintegra com o risco de interrupção da análise. Nas outras situações, o enquadre do campo bi-pessoal se mantém como pano de fundo, presente, mas não perceptível e é ele quem sustenta as constantes mudanças de estruturas tri e multi-pessoais do campo.

O enquadre analítico cria a inscrição de um terceiro (Green, 2002/2008) que gera a estrutura necessária para que o campo se sustente. Por isso podemos dizer que "o campo analítico é um trio, no qual um dos membros está fisicamente ausente e vivencialmente presente" (Baranger & Baranger, 1961-62/2008, p. 798) (tradução livre). No funcionamento neurótico, o sujeito tem suas estruturas relacionais com base nas relações triádicas devido ao atravessamento do complexo de Édipo, no qual o pai, a mãe e o filho formam um sistema. No campo, o enquadre é o pai, o *setting* é a mãe e o paciente o filho. Assim como numa família a função dos pais é auxiliar no desenvolvimento de seus filhos, na situação analítica, o enquadre e o *setting* (analista-ambiente) tem a mesma função, permitir que o paciente seja capaz de conter seu sofrimento e, a partir disso, (re)fazer sua própria história de uma maneira mais autêntica.

Postulamos que a multidimensionalidade do campo permite ao paciente vivenciar as diversas etapas de seu desenvolvimento. O paciente pode estar num funcionamento neurótico onde a dimensionalidade *triádica* tem maior expressão no campo, ou então regredir para outras etapas de seu funcionamento, na qual havia apenas uma relação *bi-pessoal* entre o bebê e a sua mãe-ambiente e, por fim, numa relação ainda mais primitiva na qual o bebê é único e onipotente numa relação *unidimensional* com um funcionamento arcaico. O campo inclusive permite que essas três dimensionalidades de funcionamento interajam entre si e coexistam, apesar de que uma delas sempre se sobrepõe sobre as outras duas. Em última instância, uma análise completa passaria por esses três tipos de funcionamento psíquicos, sendo as etapas bidimensional e a unidimensional alcançáveis apenas em situações de regressão.

Dessa forma, a inclusão do analista no campo merece um olhar atento. De um lado, é ele quem define as regras do jogo, os limites e o funcionamento do campo e é o responsável por mantê-los (Baranger, W., 2009). Por outro lado, o analista é incluído no campo como um atual interlocutor da transferência do paciente e de seus personagens, sendo um receptor ressoante de sua narrativa. Parte da função do analista é receber a transmissão psíquica do paciente por meio de sua escuta analítica e de sua contratransferência a fim de permitir que a narrativa inconsciente se forme em sua mente para então poder traduzi-la em palavras como um tradutor ou narrador do campo.

O analista deve, além de manter o enquadre estável, estar receptivo às transmissões psíquicas do paciente como um receptor telefônico que se ajusta ao microfone transmissor (Freud, 1912b/2006). A manutenção do enquadre, por sua vez, tem relação direta com a possibilidade da mente do analista em suportar essas

transmissões inconscientes do paciente. Se as identificações projetivas superam a capacidade do analista em suportá-las, o enquadre poderá se romper gerando instabilidade no campo como um todo. O conceito de personagens no campo apresentado por Ferro e Basile (2013) é uma importante ferramenta para auxiliar o analista na sustentação do campo, uma vez que gera novos recursos para o campo se auto-sustentar e se auto-gerir.

### Os Personagens do Campo Analítico

Ferro e Basile (2013) afirmam que "no campo analítico, os 'campos subjetivos' de cada participante fluem juntos, dando origem a uma nova entidade que é muito mais do que a mera soma de seus antecessores" (p. 20). A fluência entre esses campos individuais cria um novo campo com as seguintes características:

- o campo se torna o espaço-tempo onde se manifestam as turbulências emocionais do paciente ativadas pelo encontro analítico;
- o campo se torna o espaço-tempo da construção de histórias e de narrações que são o resultado do processo de alfabetização das protoemoções presentes no campo;
- o campo é a matriz que promove a capacidade de contenção e da função alfa, por meio da *rêverie* e da capacidade em estar em uníssono.

As turbulências internas presentificadas no campo permitem a construção de narrativas que levam o paciente a (re)escrever as histórias de suas vivências primitivas traumáticas por meio de personagens em sua narrativa. O campo é habitado por diversos personagens que variam em suas funcionalidades e em seus papéis (Ferro & Basile, 2013). Entre esses personagens existem os protagonistas que estão sempre presentes e possuem um papel importante, os coadjuvantes que podem aparecer a depender da narrativa e tem um papel com menor importância e os figurantes que

apenas aparecem como forma de manter a narrativa, mas não possuem papéis relevantes.

Os personagens do campo presentes na sessão são frutos de operações psíquicas realizadas pelo paciente e pelo analista e refletem a interação dos objetos internos, das emoções e dos aspectos desconhecidos de ambos os participantes (Ferro & Basile, 2013). "O campo tem uma matriz de geração própria, que se baseia em estados protoemocionais, arcaicos, fragmentados e os processa em 'personagens'" (p. 15) que são símbolos representativos do psiquismo do paciente que se utilizam de situações cotidianas para expressar suas questões internas. A geração desses personagens representativos da realidade interna do paciente em uma história a partir de elementos cotidianos torna a narratividade do campo semelhante ao funcionamento do sonho.

Ferro e Basile (2013) afirmam que

os pacientes também estão sempre falando sobre o nível onírico do funcionamento do par analítico e, ainda, que aquilo que o paciente diz após uma interpretação também é um sonho sobre essa interpretação; portanto, os personagens que aparecem denotam a maneira como o paciente ouviu a interpretação (p. 17).

As falas do paciente são sempre relacionadas ao campo, independente daquilo que é dito (Ferro & Basile, 2013). Da mesma forma, a fala do analista também é sempre relacionada ao campo e diz algo sobre o inconsciente desse campo e da relação transferencial estabelecida. No contexto do campo, a fala do analista sempre tem um tom interpretativo, pois tudo o que se diz no campo, refere-se ao campo. O analista pode usar esse aspecto do campo de forma criativa, pois existem diferentes maneiras de apresentar as interpretações no campo.

Ferro (2013) aborda os diversos níveis de interpretação, como as interpretações insaturadas no campo, as interpretações insaturadas do campo, as interpretações insaturadas na transferência e as interpretações saturadas da

transferência. As interpretações insaturadas não revelam abertamente a transferência presente na relação e fazem uso de elementos da narrativa para serem expressas, permanecendo no nível dos personagens do campo. São interpretações indiretas e que se utilizam de elementos presentes no campo para serem expressas, por isso tendem a ser menos invasivas e menos alienígenas para o paciente.

As interpretações insaturadas funcionam de forma semelhante aos sonhos, são expressões simbólicas que agem como metáforas e utilizam os próprios elementos apresentados pelo paciente que estão presentes no campo sendo, portanto, elementos familiares. Essas interpretações, por serem indiretas, nem sempre tem um efeito imediato e podem permanecer no campo por longo período até que o paciente possa usá-las para chegar a um *insight*. Geralmente consideramos as interpretações insaturadas como mais adequadas aos pacientes que iniciam a análise, ou para aqueles que não tenham um funcionamento neurótico ou não estejam, de alguma forma, preparados para escutar uma interpretação mais direta.

As interpretações saturadas tendem a ser mais diretas, afirmativas e falam explicitamente sobre os elementos da transferência na relação de maneira a expor seus significados ocultos com clareza. Ferro (2013) estabelece uma ordem entre as interpretações, de maneira que as interpretações saturadas são apresentadas como de maior ordem.

Apesar de concordarmos que apenas os pacientes mais acostumados à análise ou com melhores capacidades analíticas possam escutar as interpretações saturadas sem sentirem-se invadidos, consideramos que as interpretações insaturadas são a obra-prima do analista, pois funcionam em dois níveis diferentes e possuem múltiplas funcionalidades. Primeiro elas mantêm a conversa com o paciente fazendo-o sentir-se escutado e acolhido; segundo, por utilizarem elementos do campo e da fala do

paciente, elas não são sentidas como invasivas; terceiro, são interpretações camufladas que não ativam as defesas do paciente podendo ser inconscientemente escutadas sem serem barradas ou rejeitadas; quarto, funcionam como uma brincadeira ou um sonho que se utilizam de metáforas para expressar algo, o que acaba enriquecendo o conteúdo da interpretação possibilitando que seja aplicado para outras situações e; quinto, elas permitem que o paciente sinta que foi capaz de chegar no *insight* por conta própria.

Como expresso por Ferenczi (1933/1992), o importante na relação analítica é falar *com* a criança ao invés de falar *sobre* a criança. A diferença reside no analista colocar-se numa posição na qual ele seja capaz de usar a sua empatia e a sua contratransferência para estabelecer compreensões mais profundas a respeito do psiquismo primitivo do paciente e, apenas após isso acontecer, o analista poderá apresentar a interpretação de modo a auxiliar o paciente a alcançar, por conta própria, o *insight* (Zambelli, 2011).

A interpretação insaturada permite que o analista acompanhe o paciente em seu movimento natural de desenvolvimento emocional primitivo sem ser invasivo, justamente por usar a própria linguagem do paciente sem introduzir elementos que ele não esteja pronto para compreender. Caso o analista realize interpretações que o paciente ainda não é capaz de compreender, a situação analítica corre o risco de ser iatrogênica ao invés de terapêutica por replicar uma situação traumática de invasão e não adaptabilidade do ambiente. Com isso não queremos dizer que as interpretações saturadas da transferência não possam ser realizadas, mas apenas que devem ser realizadas quando o paciente estiver num nível de linguagem e compreensão mais próximo do analista a ponto de que o analista quase nem precise fazer boa parte das interpretações saturadas.

A intenção das interpretações é retraçar a história psíquica do paciente, incluindo sua própria história com o analista, como uma forma de descobrir e reelaborar os legados transgeracionais e as memórias esquecidas (Ferro & Basile, 2013). A análise no campo coloca o paciente num processo de reviver suas histórias inconscientes por meio de "personagens tridimensionais que pertencem a diferentes temporalidades e que solicitam, ou necessitam, poder subir ao palco por si sós" (p. 21). No campo, o analista deve estar aberto para ser permeado pelos "elementos transgeracionais liofilizados do paciente que aguardam apenas o meio fluido da recepção do campo para assumir 'substância' e história" (p. 21). Os personagens internos do paciente aguardam um espaço no qual possam novamente ganhar vida e o analista só pode acessar o inconsciente do paciente e sua história se permitir que esses personagens surjam no campo. Quando isso ocorre, qualquer interpretação insaturada no campo tem o mesmo valor de uma interpretação transferencial.

A mente do analista, quando disposta como um aparelho receptor das transmissões inconscientes do paciente (Freud, 1912b/2006), transforma-se em um espaço semelhante a uma estufa propícia para o renascimento dos personagens internos e de suas histórias. Os personagens são trazidos de volta à vida no campo por meio da escuta do analista, de sua contratransferência e de sua mente. É a disposição psíquica e afetiva do analista que torna o campo um espaço fértil no qual é possível a produção e a proliferação de personagens do campo. A criação de personagens no campo é um processo natural de simbolização de aspectos afetivos do paciente que oferecem voz àquilo que fora silenciado. Para Deleuze (1962/2007), o sentido de algo não se apresenta fora da relação do signo e do contexto no qual está inserido e de quem é o representante. Portanto, o campo analítico traz os personagens da mente do

paciente à vida pelas possibilidades de sentidos que eles podem adquirir ao serem imersos no campo.

A diversidade de personagens no campo o torna em um espaço heterogêneo e diferencial ao permitir a coexistência de elementos paradoxais e contraditórios. A regra fundamental da análise permite que esses personagens manifestem-se num mundo de possíveis paradoxos e é a mente do analista que irá sustentar esses personagens vivos no espaço sem que eles sejam automaticamente excludentes. A aparente contradição mantém uma tensão entre os elementos do campo criando forças motrizes para a movimentação e a vida desses personagens, que poderão, aos poucos, serem combinados por meio do *insight*. A multidimensionalidade do campo é aberta pela mente do analista em interação com os personagens do paciente, e o analista pode se utilizar das intervenções e das interpretações para auxiliar o paciente nesse processo de reestabelecer as ligações viáveis entre seus fragmentos psíquicos, assim como uma mãe faria com o seu bebê.

Para Ferro (1992, 2002), o campo é um contínuo processo de co-narração entre o analista e o paciente que se tornam dois co-autores em busca de personagens. "A co-narração é o modo que analista e paciente 'dançam'" juntos no processo analítico (Ferro, 1999, p. 19), o que demarca a sintonia de pensamento e de ação entre o par analítico. Além da sintonia, existe uma sincronicidade psíquica demonstrando que os personagens do campo não surgem ao acaso, mas surgem por pertencerem a uma mesma rede de significados. É assim que a associação livre e a narração se estabelecem no campo, por meio de um encadeamento de significados inconscientes.

Ferro (1999) define o termo narração utilizado na psicanálise como amplo e, por isso, possui muitos significados relacionados. Entre as possibilidades desses significados estão os seguintes:

- a narração pode ser compreendida como os relatos dos pacientes durante a análise, suas falas do mundo interno e seus discursos inconscientes;
- a narração pode indicar a qualidade das interpretações do analista;
- a narração pode ser o uso de um relato, ficção, ou peça teatral fora do contexto de análise para ilustrar aspectos da teoria psicanalítica;
- a narração pode ser compreendida como a construção de uma verdade narrativa.

A narratividade significa a maneira do analista e do paciente estarem na sessão enquanto constroem conjuntamente os significados de seus discursos de forma dialógica (Ferro, 1999). A narratividade é como se "o analista e o paciente construíssem juntos uma *pièce* teatral, e no interior dela os enredos crescem, se articulam e se desenvolvem, às vezes de formas imprevisíveis e impensáveis para os dois co-narradores" (p. 17). A narratividade do campo torna a análise num testemunho autobiográfico inconsciente realizado no ato na medida em que todos os personagens do campo representam aspectos da história interna do paciente.

#### A narratividade como um testemunho em ato

Para Chiantaretto (2005) o testemunho é um processo de autorepresentação, de falar de si mesmo a um outro que escuta na partilha de algo interno. Essa é justamente uma das tarefas do analista, poder escutar esse testemunho, mesmo que nem sempre seja feito de forma direta, pois muitas vezes o que o paciente fala, nem sempre é exatamente aquilo que o analista escuta. O que não quer dizer que o analista deixe de escutar algo, mas sim que para o analista o mais importante é o testemunho interno do discurso do paciente, aquilo que seu discurso revela de si mesmo. O ato de testemunhar é também um ato de resistência contra a destruição e as vivências atroz, pois possibilita a sobrevivência de algo perante a um outro que valide sua

existência. O testemunho, portanto, só tem sentido se houver um outro que possa ouvi-lo.

Na análise dialógica a construção dos significados é realizada de maneira conjunta, de forma que a interpretação não é autoritária ou originária de uma única via, mas sim co-construída. Ferro (1999) considera que a *co-narração transformativa* toma o lugar da interpretação. Assim, a co-narração transformativa acontece como "uma verdadeira cooperação dialógica entre paciente e analista, são filhas das mentes de ambos, geram significados novos e abertos, e *não põem à prova as partes ou os funcionamentos do paciente ainda não capazes de plena receptividade e dependência*" (Ferro, 1999, p. 18) (itálicos nossos). A co-narração transformativa é uma interpretação insaturada criada a dois e, por esse motivo, torna-se mais efetiva e significativa para o paciente, pois aquilo que ele escuta é algo que foi construído por ele e, portanto, já foi previamente internalizado antes de ser falado em voz alta. A co-narração transformativa é um movimento que nasce de dentro para fora.

O testemunho cria um espaço para os personagens poderem habitar e entrar em cena no palco do campo analítico. O testemunho é um *mis en scène* do diálogo interior que ao ser falado em voz alta torna-se um monólogo pelo fato do paciente permitir-se falar aquilo que o seu inconsciente demanda, é portanto, a associação livre do paciente. O testemunho de si mesmo é o ato de dar voz àquilo que muito tempo atrás foi calado e perdeu a possibilidade de se expressar e, por isso, foi definhando até tornar-se mudo. O campo é o espaço no qual a criança que habita no paciente pode voltar a adquirir sua própria voz.

Para Chiantaretto (2011), falar de sua vida à alguém é a única maneira de torná-la suportável e de prosseguir no processo de nascimento iniciado na gestação. O testemunho vem, portanto, materializar a continuidade de uma experiência de si como

dotada de uma vida impossível de ser vivida, na qual a única saída é a de fazer de sua própria vida uma realidade possível de ser dita (Chiantaretto, 2002). Em resumo, o testemunho é confiado a um outro que por meio da escuta torna a existência daquele que fala real graças à confiança acordada nas palavras. Ser reconhecido, é sentir-se integrado (Winnicott, 1954/2000). O falar de si salva o sujeito de uma aniquilação devido à confiança no outro que o escuta e dá significado à sua existência.

Um dos aspectos mencionados por Chiantaretto (2014) importante ao ato de falar de si mesmo é a criação dos limites psíquicos que permitem um enriquecimento da experiência de existir pela possibilidade de diferenciação entre o espaço interno e o espaço externo. A mutilação dos limites entre o eu e o outro gera o sentimento de vazio dificultando as possibilidades do sujeito em falar de si mesmo. Ter (suficientemente, mas não demais) confiança nas palavras para falar e dizer "eu" se endereçando ao próximo supõe ter sido suficientemente bem falado pelo outro durante a situação de dependência vital dos primeiros tempos da vida. Os pacientes não-neuróticos nem sempre tiveram um outro que falassem dele, por isso a clínica com esses pacientes torna-se mais difícil, pois os personagens se apresentam no campo por meio de expressões não-verbais e cabe ao analista transformar esses atos em palavras. Ao transformar os atos em palavras, o analista auxilia o paciente a construir seus limites internos entre o seu próprio eu e o outro.

Os pacientes limítrofes tem uma forma característica de utilizar o espaço de análise em decorrência da deficiência em suas capacidades de simbolização. Esses pacientes, mais do que os neuróticos, necessitam dos recursos psíquicos do analista, pois são justamente esses recursos que não foram bem desenvolvidos em seu processo de desenvolvimento primitivo. Ferro (1999) faz uma analogia do analista como um dique semi-permeável que retêm a torrente de protoemoções do paciente, aquelas

emoções que não puderam ser simbolizadas. Assim, a relação desses pacientes com o analista tem um aspecto simbiótico e de maior dependência, pois o analista precisa emprestar sua capacidade de *holding* e de *rêverie* ao paciente, assim como a mãe faz com o seu bebê. O analista faz isso por meio do uso das técnicas analíticas e do campo analítico, que permitem ao paciente expressar esses elementos internos não-nomeados em conteúdos simbolizados e com significados próprios.

### **A análise como um sonhar a dois**

A narratividade é uma forma de elaborar e de transformar as protoemoções (os elementos  $\beta$ ) em pensamentos representáveis (elementos  $\alpha$ ) (Ferro & Basile, 2013). Os pacientes geralmente fazem isso por meio do uso da narratividade cotidiana, ou seja, utilizam elementos de suas vidas cotidianas, com personagens cotidianos para falar de seu mundo interno. Esses relatos e discursos dos pacientes são, de fato, construções psíquicas que contam histórias do seu funcionamento interno, de seus objetos internos e de suas emoções. O analista, portanto, tem o papel e a função de participar dessa (re)narração, ou seja, dessa transcrição dos elementos emocionais vivos e crus (elementos  $\beta$ ) em histórias com sentidos e significados coesos (elementos  $\alpha$ ). Podemos pensar que a psicanálise não é a única forma de realizar tal tarefa (ainda bem, se não o que seria de nós), mas é uma forma particularmente especial de se realizar essa tarefa a dois. Por isso consideramos, assim como Ferro (1999), a análise uma co-narração e uma co-construção de histórias internas que criam teias de sentidos capazes de realizar um anteparo nos aspectos mais primitivos e informes do nosso ser (*self*).

A narratividade analítica é um processo co-criativo e a compreensão da análise a partir desse aspecto cria uma mudança significativa no papel do analista e em sua forma de trabalhar. A função do analista é sonhar (*rêverie*) os fatos emocionais não

digeridos e elaborados que foram se acumulando durante o tempo e tornaram-se emoções caóticas (os elementos  $\beta$ ) que não passaram pela transformação para pensamentos simbolizados por meio da linguagem (elementos  $\alpha$ ). O analista é um sonhador que transforma o protossensorial e o protoemocional em pictogramas, símbolos e pensamentos oníricos (Grotstein, 2007). É essencial que o analista, a partir da sua capacidade transformativa, semeie a possibilidade do paciente sonhar suas protoemoções por conta própria.

O pensamento do analista, o seu sonhar e os seus devaneios são, de alguma forma, sempre relacionados ao campo quando ocorrem dentro do espaço analítico. Dessa forma, a contratransferência do analista pode ser utilizada para acessar aquilo que está acontecendo com o paciente, pois "não há material trazido pelo paciente que não seja relevante no campo" (Ferro & Basile, 2013, p. 21). Tudo aquilo que é realizado no campo, tem relação com o campo. A mente do analista, por meio de sua contratransferência, capta a projeção das protoemoções (elementos  $\beta$ ) realizada por meio de mecanismos de defesa primitivos, como a identificação projetiva, e os metaboliza em elementos simbólicos possíveis de serem pensados (elementos  $\alpha$ ) pela sua capacidade de sonhar acordado (*rêverie*). O analista é o sonhador que torna o sonho sonhável e compreensível (Grotstein, 2003).

O campo facilita o processo de regressão, tanto do paciente, quanto do analista que, em certo ponto da análise, tem suas mentes interligadas por meio de processos inconscientes. Isso torna possível os psiquismos de ambas as partes da díade analítica comunicarem-se de forma inconsciente sem que seus participantes tenham plena consciência disso. O analista irá perceber essa comunicação apenas posteriormente devido as reverberações emocionais e alucinatórias que sentir. A contratransferência do analista dá acesso aos elementos mais primitivos da mente do

paciente para serem sonhados, metabolizados e devolvidos por meio de interpretações em elementos mais fáceis de serem pensados.

O campo coincide com a narração que é feita dele, mas já modificada no momento em que é realizada, pois os antigos personagens se transformam em novos permitindo o surgimento de outras emoções que estão continuamente em busca de um espaço no palco da análise (Ferro, 1999). O campo, dessa forma, se torna "a matriz onde podem ser geradas infinitas histórias e infinitos percursos" (p. 29) que tomam forma na interação da teia simbólica do campo.

Para Ferro e Basile (2013) "*o objetivo da análise é a capacidade do paciente de 'sonhar' e, assim, transformar, metabolizar e, conseqüentemente, esquecer os excessos de sensorialidade e protoemoções que, se não forem digeridos e 'sonhados', levam ao sofrimento e aos sintomas*" (p. 18) (itálicos nossos). O importante na análise é o analista ter à sua disposição seus pensamentos oníricos e suas capacidades criativas em situação de vigília para narrar em palavras aquilo que ocorre no campo por meio dos personagens apresentados pelo paciente.

Anterior ao momento de metabolização das protoemoções do paciente, faz-se necessário que o trauma do paciente possa instalar-se no campo (Eizerick, 2013; Ferro, 1999, 2007; Ferro & Basile, 2013). A doença do paciente deve infectar o campo para que ele também adoça da mesma enfermidade do paciente. Se o campo não adoce, não poderá ser curado. Nas palavras de Ferenczi (1931/1992), "ninguém pode enforcar um ladrão antes de tê-lo agarrado" (p. 74). O analista não pode sonhar um sonho sem os personagens do campo e, por isso, ele precisa permitir que o campo adoça para que seja possível criar os anticorpos psíquicos necessários à cura. O adoecimento do campo, geralmente ocorre por meio das rupturas do enquadre ou pelos obstáculos que surgem na análise.

A metabolização não ocorre sem que o paciente possa realizar as identificações projetivas de suas protoemoções no campo. "A mente não pode se desenvolver a menos que certos elementos cindidos sejam restaurados no presente" (Ferro & Basile, 2013, p. 21). Esse mecanismo de defesa primitivo só pode funcionar se o campo for convidativo para um processo de regressão, sem isso, a censura impera e aquilo que foi esquecido jamais poderá ser sonhado.

Quando a regressão ocorre e os aspectos traumáticos se instauram no campo por meio das identificações projetivas das protoemoções, o enquadre tenderá a sofrer quebras que podem vir a ser rupturas ou apenas transgressões. Nessas situações a mente do analista torna-se o continente dos elementos transgressivos do paciente. A partir desse momento é a mente do analista que irá conter e sustentar os aspectos insuportáveis e impensáveis do paciente e é somente pela capacidade do analista em suportar o sofrimento que possibilitará que o campo não sofra rupturas definitivas. É essa sustentação que abre espaço para que as transformações e as metabolizações psíquicas ocorram por meio da potência sonhadora do analista. O sonhar do analista transforma o campo e, conseqüentemente, o psiquismo do paciente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a complexidade da clínica psicanalítica é uma tarefa constante e interminável. Cada nova teoria adiciona algo ao pensamento clínico, cada nova experiência clínica adiciona algo à teoria psicanalítica. São atividades que se retroalimentam e permitem que a clínica psicanalítica esteja num constante processo de desenvolvimento. A finalidade dessa tese é oferecer algo ao pensamento clínico por meio de elaborações teóricas a respeito da clínica psicanalítica, mais especificamente em relação aos aspectos que compõem a situação analítica e o campo analítico.

No primeiro capítulo pudemos compreender melhor os aspectos constituintes da situação analítica, dentre eles o enquadre. O estudo do conceito de enquadre possibilita ao analista uma nova perspectiva sobre as transgressões que ocorrem nele e qual é a sua função em relação ao enquadre na situação de análise. O analista deixa de ser apenas um ouvinte e intérprete para tornar-se também o guardião desse espaço. O enquadre deixa de ser apenas as regras da análise e torna-se um espaço de contenção da transferência psicótica do paciente. As transferências psicóticas geralmente são realizadas por meio de identificações projetivas que são mecanismos de projeção primitivos no qual o objeto interno do paciente é evacuado tornando o enquadre o espaço que recebe essas protoemoções que não puderam ser metabolizadas em pensamentos simbólicos. As protoemoções são as partes psíquicas que tiveram o desenvolvimento emocional congelado devido às invasões que ocorreram em momentos nos quais o bebê ainda não era capaz de lidar por conta própria com a não-adaptabilidade do ambiente.

No segundo capítulo vimos que as invasões geram traumas que podem ser compreendidas como congelamentos no desenvolvimento emocional primitivo

causando uma interrupção no continuar a ser. O trauma deixa parte do psiquismo do sujeito estático e interrompe parte do processo fluido de desenvolvimento emocional em prol de uma defesa contra a invasão. É como se parte do psiquismo deixasse de respirar e, por isso, fosse levado à morte. Ou melhor dizendo, essa parte traumatizada do psiquismo fica em animação suspensa até que possa novamente encontrar as condições favoráveis para voltar a vida. A parte traumatizada do psiquismo perde o ritmo próprio para adquirir o ritmo do ambiente invasor. O continuar a ser só pode ser readquirido no momento que a parte traumatizada volta a funcionar no próprio ritmo.

A situação analítica pode ser um momento adequado para o paciente permitir que essas partes traumáticas sejam acessadas pelo movimento de regressão. Para isso, o *setting* analítico deve adequar-se às necessidades psíquicas infantis do paciente e apresentar cuidados semelhantes à da figura materna com o seu bebê. Alcançar o bebê do paciente não é uma tarefa fácil, pois o analista fica face ao seu próprio bebê traumatizado e o manejo contratransferencial torna-se um aspecto essencial desse tipo de clínica, pois as informações mais infantis são diretamente projetadas na mente do analista.

Como apresentado no capítulo três, cabe ao analista metabolizar esses elementos não representados em elementos possíveis de serem pensados. O analista empresta sua capacidade de sonhar e de imaginar para transformar os elementos crus do paciente em elementos simbolizados. A regressão no *setting*, a partir da ótica do campo analítico, permite novas possibilidades transformativas por meio da narratividade. Os personagens que passam a habitar o campo são construções inconscientes da relação da mente do paciente com a do analista. A criação de personagens no campo cria uma função metabolizante das protoemoções e a parte traumatizada do paciente, que perdeu a possibilidade de se expressar por conta

própria, volta a ter um espaço no palco do campo onde pode reencontrar sua própria voz, seu próprio ritmo.

O campo analítico é um espaço complexo, diferencial, multidimensional e potencial. Sua *complexidade* diz respeito a possibilidade de funcionar como uma teia orgânica que engloba tudo que habita nele, inclusive a mente do analista. Cada elemento do campo relaciona-se com o todo e afeta o todo, ao mesmo tempo que é afetado por cada uma das outras partes e da completude do campo. As transformações no campo funcionam como ondas que repercutem por ele todo gerando novas ondas numa continuidade infinita. A partir dessa perspectiva, toda vez que o paciente é transformado o analista também é sujeito a uma transformação. Portanto, a análise só pode chegar ao fim quando ambas as partes do par analítico passaram por mudanças significativas.

A característica *diferencial* do campo diz respeito à sua possibilidade de comportar funcionalidades, características e realidades paradoxais sem que, por isso, sejam auto-excludentes. Os paradoxos, dentro do campo, se misturam e coexistem. Isso significa dizer que o campo não tem um funcionamento binário, pois é um espaço complexo e multidimensional.

A *multidimensionalidade* do campo diz respeito a presença de diferentes funcionamentos psíquicos de espaço-tempo. Os pacientes geralmente chegam no campo num funcionamento tridimensional no qual existem relações triangulares complexas (eu, outro, lei) e a existência de três tempos (passado, presente e futuro). Esse tipo de funcionamento é geralmente existente em pacientes neuróticos que passaram pelos três estádios do desenvolvimento emocional primitivo (integração, personalização e realização) e passaram pelo complexo de Édipo. A segunda dimensionalidade é a bidimensional, na qual existe apenas o eu e o outro não-eu. As

relações tendem a ser mais simples e focadas no sentimento de ambiguidade (amor e ódio). A lei ainda não existe ou existe apenas em princípio. O principal aspecto dessa dimensionalidade é a relação entre o externo e o interno, a fantasia e o real. A terceira dimensionalidade é a unidimensional, nela só existe um ser num funcionamento onipotente. A realidade externa não existe, assim como o outro. Toda a fantasia tem o mesmo valor da realidade. A interpretação nessa situação não é possível, uma vez que viria de um outro não-eu. As dimensionalidades bi e unidimensionais são apenas alcançáveis em situações de regressão ou em pacientes com funcionamentos não-neuróticos. Nesses casos, a adaptabilidade e a sensibilidade do analista são fundamentais ao campo.

O último aspecto do campo é a sua *potencialidade*. O campo é um espaço de criar, um "*playground* intermediário" (Winnicott, 1975, p. 69) no qual paciente e analista funcionam num ir e vir de indiferenciação entre o eu e o outro, entre a fantasia e a realidade, entre as várias dimensionalidades do campo. A potencialidade do campo é um espaço intermediário entre o analista e o paciente, no qual podem funcionar sem se preocuparem com as regras da realidade (mas o analista deve estar sempre atento às regras do enquadre) na qual a fantasia adquire tons de realidade e torna-se possível o brincar. Nesse espaço potencial a narratividade surge como uma co-construção narrativa onde é possível o sonhar a dois.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadi, S. (1998). *Transições: o modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Baranger, M. (2009). Spiral process an the dynamic field. Em: Baranger, M. & Baranger, W. (Orgs.). *The Work of Confluence: listening and interpreting in the psychoanalytic field*, (2009). (pp. 89-105). London: Karnac.
- Baranger, M. & Baranger, W. (2008). The analytic situation as a dynamic field. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, (4), 795-826. (Obra original publicada em 1961-62).
- Baranger, M. & Baranger, W. (2009). Insight in the analytic situation. Em: Baranger, M. & Baranger, W. (Orgs.). *The Work of Confluence: listening and interpreting in the psychoanalytic field*. (2009). (pp. 1-15). London: Karnac.
- Baranger, W. (2009). Spiral process an the dynamic field. Em: Baranger, M. & Baranger, W. (Orgs.). *The Work of Confluence: listening and interpreting in the psychoanalytic field*. (2009) (pp. 45-61). London: Karnac.
- Barros, G. (2013). O setting analítico na clínica cotidiana. *Estudos psicanalíticos*, (40), 71-78.
- Bleger, J. (2003). Psicanálise do enquadramento psicanalítico. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 16 (170), 45-57. (Obra original publicada em 1977).
- Chiantaretto, J-F (2002). *Écriture de soi et narcissisme*. Ramonville St Agne: Erès.
- Chiantaretto, J-F (2005). *Le témoin interne. Trouver en soi la force de résister*. Paris: Aubier/Flammarion.
- Chiantaretto, J-F (2011). *Trouver en soi la force d'exister. Clinique e Écriture*. Paris: Campagne Première.
- Chiantaretto, J-F (2014). *Écritures de soi, écritures des limites*. Paris: Hermann.

- Cuddy, A. (2015). *Presence: Bringing your boldest self to your biggest challenges*.  
New York: Little, Brown and Company.
- Deleuze, G. (2007). *Nietzsche e a Filosofia*. Rio de Janeiro: Edições 70. (Obra original publicada em 1962).
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, H. M. M. & Berlinck, M.T. (2011). Contratransferência e enquadre analítico em Pierre Fédida. *Psicologia Clínica*, 23(2), 221–231.
- Eizerik, C. L. (2013). Da ação terapêutica da psicanálise. Em: A. Ferro & R. Basile (Orgs.). *Campo analítico: um conceito clínico*. (pp. 35-46). Rio de Janeiro: Artmed.
- Etchegoyen, R. H. (2008). A situação analítica. Em: *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. (2a ed., pp. 283-288). (F.F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2004a).
- Etchegoyen, R. H. (2008). Situação e processos analíticos. Em: *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. (2a ed., pp. 289-293). (F.F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2004b).
- Etchegoyen, R. H. (2008). O enquadre analítico. Em: *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. (2a ed., pp. 294-299). (F.F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2004c).
- Etchegoyen, R. H. (2008). O processo analítico. Em: *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. (2a ed., pp. 300-305). (F.F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2004d).
- Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969[1932]).

- Ferenczi, S. (1992). Transferência e introjeção. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 1, pp. 77-108). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1909).
- Ferenczi, S. (1992). A técnica psicanalítica. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi*. (vol. 2, pp. 357-368). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1919).
- Ferenczi, S. (1992). Prolongamentos da ‘técnica ativa’ em psicanálise. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 3, pp. 109-125). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1921).
- Ferenczi, S. (1992). Contra-indicações da técnica ativa. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 3, pp. 365-375). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1926).
- Ferenczi, S. (1992). A adaptação da família à criança. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 4, pp. 1-14). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928[1927]a)
- Ferenczi, S. (1992). O problema do fim da análise. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 4, pp. 15-24). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928[1927]b)
- Ferenczi, S. (1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 4, pp. 25-36). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1928).
- Ferenczi, S. (1992). Princípio de relaxamento e neocatarse. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 4, pp. 53-68). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1930).

- Ferenczi, S. (1992). Análises de crianças com adultos. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 4, pp. 69-83). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1931).
- Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. Em: *Obras completas de Sándor Ferenczi* (vol. 4, pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1933).
- Ferro, A. (1992). Some Implications of Bion's Thought: the walking dream and narrative derivatives. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 597-607.
- Ferro, A. (1999). *The Bi-Personal Field: experiences in child analysis*. London: Rotledge.
- Ferro, A. (2002). Commentary on Field Theory by Madeleine Baranger and on the Confrontation Between Generations as a Dynamic Field by Luis Kancyper. Em: Lewkowicz, E. & Flechner, S. (Orgs.). *Truth Reality and the Psychoanalyst*. London: IPL.
- Ferro, A. (2007). A contratransferência e os personagens na sala de análise. Em: J. Zaslavsky & M. J. P. Santos (Orgs.). *Contratransferência: teoria e prática clínica* (pp. 65-75). Porto Alegre: Artmed.
- Ferro, A. & Basile, R. (2013) (Orgs.). O universo do campo e seus habitantes. Em: *Campo analítico: um conceito clínico* (pp.13-34). Rio de Janeiro: Artmed.
- Freud, S. (2006). Psicoterapia da Histeria. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 2, pp. 271-316). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (2006). A interpretação dos sonhos (I). Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 4). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900).

- Freud, S. (2006). O método psicanalítico de Freud. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 7, pp. 233-240). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1904[1903]).
- Freud, S. (2006). Fragmento da análise de um caso de histeria. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 7, pp. 113-116). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905[1901]).
- Freud, S. (2006). Cinco lições de psicanálise. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 11, pp. 15-65). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1910[1909]).
- Freud, S. (2006). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 11, pp. 143- 156). Imago: Rio de Janeiro. (Obra original publicada em 1910).
- Freud, S. (2006). A dinâmica da transferência. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 12, pp. 107-119). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912a).
- Freud, S. (2006). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 12, pp. 121-133). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912b).
- Freud, S. (2006). Sobre o início do tratamento. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 12, pp. 135-158). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1913).
- Freud, S. (2006). Observações sobre o amor transferencial. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 12,

- pp. 175-192). Imago: Rio de Janeiro. (Obra original publicada em 1915[1914]).
- Freud, S. (2006). Uma nota sobre a pré-história da psicanálise. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (vol. 18, pp. 277-279). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).
- Gitelson, M. (1952). The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 1-10.
- Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1998). The Primordial Mind and The Work of the Negative. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 649-665.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 2002).
- Grotstein, J.S. (2003). Quem sonha e quem é o sonhador? São Paulo: Imago.
- Grotstein, J.S. (2007). Um facho de intensa escuridão. Porto Alegre: Artmed.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Herrmann, F. (2007). Teoria dos campos: uma pequena história. *Jornal da Psicanálise*, 40 (73), 39-47.
- Herrmann, F. & Herrmann; L. (2012). Notas sobre campo e campo psicanalítico. *IDE*, 35 (34) I, (39-47). São Paulo.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do Setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Joseph, B. (1990). Transferência: a situação total. Em: E. B. Spillius (Org.) *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimento da teoria e da técnica*. Vol. 2: Artigos

- predominantemente técnicos (pp. 76-88). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1985).
- Khan, M. M. R. (2000). Introdução. Em: *Da Pediatria à Psicanálise*. (pp. 11-54). (Obra original publicada em 1986).
- Kupermann, D. (2008) *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lagache, D. (1980). *A transferência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lewin, K. (1975). *A Teoria Dinâmica da Personalidade*. São Paulo: Cultrix.
- Mannoni, O. (1992). *Um espanto tão intenso: a vergonha, o riso, a morte*. Rio de Janeiro: Campus.
- Money-Kyrle, R. (1990). Contratransferência normal e alguns de seus desvios. Em: E. B. Spillius (Org.) *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimento da teoria e da técnica*. Vol. 2: Artigos predominantemente técnicos (pp. 35-46). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1956).
- Morais, R.A.O. (2015). *A contratransferência como dispositivo de trabalho na clínica psicanalítica com pacientes fronteirços*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
- Pearls, F. (1977). *Gestalt-Terapia Explicada* (10. ed.). (Coleção Novas Buscas em Psicoterapia). São Paulo: Summus.
- Pick, I. B. (1985/1990). Elaboração na contratransferência. Em: E. B. Spillius (Org.) *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimento da teoria e da técnica*. Vol. 2: Artigos predominantemente técnicos (pp. 47-61). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1956).

- Racker, H. (1982). A neurose de contratransferência. Em: *Estudos sobre técnica psicanalítica* (pp. 100-119). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1953).
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e interpretação: fatores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteirços*. Rio de Janeiro: Imago.
- Safra, G. (1995). *Momentos mutativos em psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Safra, G. (1996). O trabalho não-verbal na análise de crianças. *Espaço criança*, 2 (1), 25- 29.
- Safra, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza Humana*, (1)1, 91-101.
- Sakamoto, C.K. (2011). Clínica psicológica: o manejo do setting e o potencial criativo. *Boletim psicológico*, 61(135), 149-157.
- Sipahi, F.M. (2006). *A interpretação na psicanálise winnicottiana*. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Tustin, F. (1993). *Autisme et Protection*. Paris: Seuil.
- Winnicott, D.W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago.
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1988).
- Winnicott, D.W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. Em: *Da pediatria à psicanálise* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1945).
- Winnicott, D.W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. Em: *Da pediatria à psicanálise* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1949a).

- Winnicott, D.W. (2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. Em: *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 245-276). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1949b).
- Winnicott, D. W. (2000). Psicoses e Cuidados Maternos. Em: *Da pediatria à psicanálise* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1952).
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting analítico. Em: *Da pediatria à psicanálise* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1954).
- Winnicott D.W. (2001). Retraimento e regressão. Em:  *Holding e Interpretação*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1968).
- Winnicott, D.W. (2007). A teoria do relacionamento paterno-infantil. Em: *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1960).
- Winnicott, D.W. (2007). A integração do ego no desenvolvimento da criança. Em: *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1962a).
- Winnicott, D.W. (2007). Os objetivos do tratamento psicanalítico. Em: *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1962b).
- Winnicott, D.W. (2007). Da dependência à independência do desenvolvimento do indivíduo. Em: *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1963a).
- Winnicott, D. W. (2007). O medo do colapso. Em: *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1963b).

- Winnicott, D. W. (2007). A Importância do *Setting* no Encontro com a Regressão na Psicanálise. Em: *Explorações psicanalíticas* (pp. 77-81). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1964).
- Winnicott, D.W. (2007). Transtorno [disorder] psicossomático. Em: *Explorações psicanalíticas* (pp. 82-93). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1966[1964]).
- Yontef, G. M. (1998). Introdução ao conceito de campo. Em: *Processo, Diálogo e Awareness: Ensaio em Gestalt-terapia*. (pp. 173-212). São Paulo: Summus.
- Zambelli, C. K (2011). *A contratransferência e o afeto do analista*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Zambelli, C.K (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, (25), 1, 179-195.
- Zimerman, D. E. (2008). O primeiro contato. A entrevista inicial. Os critérios de analisabilidade. O contrato. Em: *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. (pp. 57-66). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2004a).
- Zimerman, D. E. (2008). O setting: a criação de um novo espaço. Em: *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão* (pp. 67-72). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2004b).
- Zimerman, D. E. (2008). Uma re-visão das “regras técnicas” recomendadas por Freud. Em: *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. (pp. 73-84). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2004c).

“Só é possível ensinar uma criança a amar, amando-a.”

(Goethe)