



PSICANÁLISE

R. M. S. Cassorla

O psicanalista,
o teatro dos sonhos e
a clínica do *enactment*

Blucher

KARNAC

O PSICANALISTA, O TEATRO DOS SONHOS E
A CLÍNICA DO *ENACTMENT*

R. M. S. Cassorla

O psicanalista, o teatro dos sonhos e a clínica do enactment

© 2015 R. M. S. Cassorla

© 2016 Editora Edgard Blücher Ltda.

2ª reimpressão – 2019

Equipe Karnac Books

Editor-assistente para o Brasil Paulo Cesar Sandler

Coordenador de traduções Vasco Moscovici da Cruz

Revisora gramatical Beatriz Aratangy Berger

Conselho consultivo Nilde Parada Franch, Maria Cristina Gil Auge, Rogério N.

Coelho de Souza, Eduardo Boralli Rocha

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

contato@blucher.com.br

www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico,
conforme 5. ed. do *Vocabulário
Ortográfico da Língua Portuguesa*,
Academia Brasileira de Letras, março
de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial
por quaisquer meios sem autorização
escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela
Editora Edgard Blücher Ltda.

FICHA CATALOGráfICA

Cassorla, R. M. S.

O psicanalista, o teatro dos sonhos e a
clínica do *enactment* / R. M. S. Cassorla.
– São Paulo: Blucher, 2016. 312 p.

Bibliografia

ISBN 978-85-212-1124-2

1. Psicanálise 2. Acting out
(Psicologia) I. Título

16-1277

CDD 150.195

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicanálise

Conteúdo

Prefácio	7
Introdução	13
1. Campo analítico e sonhos-a-dois	23
2. Sonhando sonhos não sonhados	37
3. O teatro dos sonhos	55
4. Não-sonho e <i>enactment</i>	79
5. Simbolizando traumas: o <i>enactment</i> agudo	89
6. Do baluarte ao <i>enactment</i> : modelos intersubjetivos	103
7. <i>Enactment</i> e função alfa implícita na análise de configurações <i>borderline</i>	121
8. Sonhando objetos bizarros e traumas iniciais: o <i>continuum</i> sonho <-> não-sonho	147
9. O que acontece antes e depois do <i>enactment</i> agudo: validando fatos clínicos	175
10. Quando o analista se torna estúpido: entre Narciso e Édipo	211

11. Édipo, Tirésias e a Esfinge: do não-sonho às transformações em sonho	235
12. Sonho sem sombras e sombras não sonhadas: reflexões sobre experiência emocional	251
Referências	283

1. Campo analítico e sonhos-a-dois

A psicanálise ocorre entre duas pessoas. O paciente busca revelar-se em sua subjetividade ao analista, ainda que isso possa ser difícil. O analista, por sua vez, participa do processo analítico acolhendo e interpretando o que o paciente revela e/ou esconde. Discute-se se o analista se dedica a compreender objetivamente o funcionamento mental de seu paciente, ou se ele vive, subjetivamente, experiências emocionais que surgem no encontro. Isto é, o quanto o analista será objetivo ou subjetivo. Encontramos dois hipotéticos extremos: no primeiro teremos um ideal de analista *objetivo*, que não se envolve com seu paciente, observando o material de fora, como um frio cientista no laboratório. No outro extremo o analista que desiste de qualquer objetividade e se fixa naquilo que *sente*, acreditando que esse *sentir* é o único instrumento confiável para sua atividade.

Para a psicanálise o paradigma objetivo <-> subjetivo é limitante. Analista e paciente se envolvem emocionalmente um com o outro e essa turbulência faz parte das relações humanas. Importa que o analista seja capaz de deixar-se levar pelo que está ocorrendo

no campo analítico, ao mesmo tempo que observa minuciosamente os fatos dos quais participa. Portanto, o analista busca objetivar para si mesmo aquilo que vivencia subjetivamente.

Consideramos como *campo analítico* (Baranger & Baranger, 1961-1962), o espaço/tempo onde ocorre o processo analítico. Ambos os membros da dupla analítica se influenciam mutuamente e nada ocorre com um deles que não repercuta no outro. Estes fatos estão relacionados com a ideia de transferência como situação total. Klein (1952) afirma que para “[...] desenredar os detalhes da transferência, é essencial pensar em termos de *situações totais* transferidas do passado para o presente, bem como em termos de emoções, defesas e relações de objeto.” (p. 78, grifos da autora). Betty Joseph (1985) postula que *situação total* é “[...] tudo aquilo que o paciente traz para a relação.” (p. 163). Ela nos diz que isso pode ser aferido focalizando nossa atenção naquilo que está acontecendo dentro da relação, compreendendo “[...] como nossos pacientes agem sobre nós para que sintamos coisas pelos mais variados motivos; como tentam nos atrair para seus sistemas defensivos; como atuam [*act out*] inconscientemente conosco na transferência, tentando fazer com que atuemos [*act out*] com eles; como transmitem aspectos de seu mundo interior, desenvolvidos desde a infância – elaborados na vida infantil e adulta, experiências muitas vezes para além da utilização de palavras, que frequentemente só podemos apreender através de sentimentos provocados em nós por meio de nossa contratransferência, usada no sentido amplo da palavra” (p. 163).

Essa autora nos chama a atenção, detalhadamente, para aquilo que os pacientes inconscientemente fazem com o analista. É evidente que este somente poderá *captar as experiências*, ou *apreender através de sentimentos*, se esses aspectos puderem ser pensados pelo analista. Coloco aqui o termo *pensar* como a transformação dessas experiências, pelo profissional, em algo simbólico, isto é,

que tenha qualidade psíquica. E, o primeiro passo do pensar será *sonhar* essas experiências.

Neste momento nos encontramos com o que Bion (1962b, 1992) chama *trabalho de sonho alfa* ou simplesmente *função alfa*, uma função mental hipotética que transforma elementos brutos (aqueles que não adquiriram qualidade psíquica), chamados *elementos beta*, em *elementos alfa*. Os elementos beta não podem conectar-se, vincular-se uns aos outros, e por isso, não podem ser utilizados para o sonhar, o pensar, a memória. O contrário ocorre com os elementos alfa, que já têm qualidade psíquica e constituem a matéria prima para os sonhos. A vinculação de elementos alfa constitui uma barreira de contato, isto é, uma barreira que separa e, ao mesmo tempo, comunica consciente com inconsciente.

O sonhar ocorre tanto quando dormimos, como na vida inconsciente de vigília. A ideia ampliada de sonho inclui os sonhos diurnos e os sonhos noturnos, fatos da categoria C da grade (Bion, 1977). No caso dos sonhos que ocorrem durante o sono, podemos ter algum acesso a seu conteúdo latente, a partir da compreensão do conteúdo manifesto que continua com associações, imagens atraídas ou em sequência ao relato do sonho noturno. Isto é, o sonho continua sendo sonhado quando se está acordado. Em relação ao sonho ou pensamento inconsciente da vigília, seu conteúdo latente tenta manifestar-se através dos devaneios, imagens visuais que passam pela mente do sonhador acordado, principalmente se este se mantiver num estado de suspensão de desejo e memória. O conceito de identificação projetiva auxilia a compreender o que ocorre no campo analítico. O paciente, em fantasia, coloca partes do *self*, objetos e suas relações, dentro do analista, que é visto de maneira deformada, como que contendo aspectos do paciente. No entanto, se essas identificações projetivas forem patológicas, massivas, elas agem para além da fantasia, invadindo o receptor e

podendo controlá-lo por dentro. O analista é recrutado a ser parte do paciente, sendo compulsoriamente forçado a atuar os aspectos projetados.

No modelo bioniano continente-contido (Bion, 1962b) a compreensão desses fatos se amplia. Se a função alfa está prejudicada, e o continente não é capaz de transformar percepções externas e internas em algo passível de pensamento, estamos frente a configurações disfuncionais onde a dupla analítica não pode sonhar e pensar adequadamente. Resultam situações de esterilidade ou enrijecimento do pensamento que podem ser nomeadas *não-sonhos*, matéria prima para o que será descrito adiante como *enactment*. Os não-sonhos são constituídos por configurações que se comportam como elementos beta, buscando descarga. O *não*, qualificativo, indica que se trata de um sonho potencial que não ocorreu, mas que poderá ser sonhado caso encontre uma mente continente, sonhante, pensante. A dificuldade em sonhar e pensar ocorre no que Bion (1957, 1962a) denomina parte psicótica da mente. Ela se estende para áreas traumatizadas arcaicas e áreas sem representação (Cassorla, 2009a, 2014a), que podem ser superpostas, de alguma forma, ao inconsciente não reprimido da segunda tópica freudiana (Freud, 1923; Bollas, 1992; Sapisochin, 2007).

Os elementos alfa constituem o primeiro nível de significação, um esboço de pensamento em imagens, que ao se vincularem entre si constituem o pensamento inicial. Os símbolos imagéticos buscam símbolos verbais. Quando há sonho é porque essa simbolização já está ocorrendo.

Recordemos que símbolos são elementos que permitem lidar com a realidade em sua ausência e se caracterizam pela capacidade de vinculação, de se articularem em redes, em tramas simbólicas, cujas conexões ampliam a capacidade de pensar. Por exemplo, uma

palavra ouvida numa língua estranha, ao não ter significado não pode entrar em qualquer rede simbólica. Não ocorre pensamento. O contrário ocorrerá se soubermos sua tradução à nossa língua, sua palavra-símbolo, que atrairá outros símbolos, entrando na trama simbólica. Outro exemplo: neste texto, a palavra *alfa* não passaria de uma letra grega, sem significação, a não ser que ela se conecte à trama simbólica sobre a teoria do pensamento de Bion. Há, também, que lembrar que essas redes simbólicas não representam o pensamento, elas *são* o pensamento, e sua capacidade de conexão faz com que se criem novas possibilidades, novos pensamentos.

Deficiência da função alfa fará com que os símbolos percam suas funções. As redes simbólicas não se formam adequadamente, se desfazem ou ocorre um estancamento em que as supostas ideias se enrijecem. Este último fato ocorreria, por exemplo, se o termo *função alfa* fosse usado, não como uma hipótese para ampliar a capacidade de pensar, mas como uma crença irrefutável, inabalável, certeza final. Nesse caso serviria para *não pensar* e quando surgisse na mente faria parte de um *não-sonho*. O paciente externaliza, no campo analítico, esses aspectos não simbolizados, através de afetos, sons, atos não pensados, crenças, sintomas e vazios, descargas essas que podem invadir o analista, através de identificações projetivas massivas. Elas estimulam mais seu sentir que seu ouvir. São não-sonhos que, potencialmente, poderão ser transformados em sonhos por um analista com função alfa disponível.

A situação descrita acima, em que o termo *função alfa* se torna uma crença, transformação em alucinação (Bion, 1965), deixando de ser um símbolo utilizável, um pensamento, demonstra o que se chama *reversão da função alfa* (Bion, 1963), destruição de formação simbólica. Aquilo que antes serviria como pensamento se transforma em algo sem essa capacidade, que funciona em forma similar a elementos beta.

Dessa forma, fazem parte do não-sonho tanto elementos que nunca adquiriram pensabilidade, como aqueles, produto da reversão da função alfa, e que se manifestam como somatizações, sintomas, *actings*, crenças, delírios e alucinações e qualquer outra forma de não-pensamento. Caper (1997) diferencia uma função alfa sintética, que lida com estados não mentais (sensações e percepções brutas) e uma função alfa analítica que lida com estados mentais insuportáveis, isto é, delírios, alucinações, objetos bizarros, ódio moralista etc., produtos da reversão da função alfa, ou de uma hipotética função antialfa (Sandler, 1997).

O processo onírico implica um trabalho de elaboração de experiências emocionais que buscam expressão através de imagens, isto é, figurabilidade. A migração para a figurabilidade (Freud, 1900) ocorre numa atmosfera afetiva que inconscientemente determina o sonho, produzindo-se imagens que captam e expressam as formas iniciais de constituição do significado dessas experiências, numa espécie de metabolização da vida emocional (Barros, 2000). Com esse autor, chamamos pictograma afetivo à primeira forma de representação mental de experiências emocionais que constitui o início do pensamento onírico. Podemos dizer que a função alfa pictografa as experiências sem significação. O pictograma afetivo contém, potencialmente, no processo de sua constituição e na própria figuração, significações ocultas e ausentes, que pressionam a mente a ampliar seus instrumentos de representação.

O analista é chamado a responder a essa pressão, com sua mente, a contracenar com os elementos imagéticos colocados em cena. Correndo os riscos de engolfar-se nessa pressão, sua função será tentar desvendá-la, mostrando e criando significados, rumo a novas formas de representação, principalmente pelas palavras – símbolos por excelência. Num primeiro momento, ou mesmo depois, é possível que ele também não as encontre, e a cena continuará

numa busca de significação, até que símbolos verbais surjam. Estes atraem novos símbolos, sensoriais, imagéticos e principalmente verbais, ampliando os significados. Com isso se alarga o universo mental, abrindo a experiência para novas conexões simbólicas, novos significados, maior desenvolvimento emocional e riqueza do trabalho da dupla. Cenas e enredos que ocorrem no teatro da análise, se ampliam e sofisticam, e isso nunca se completa, numa ampliação contínua do mundo interno.

Nesse modelo nos defrontamos com um trabalho, o esforço de uma mente, de uma personalidade, em dar sentido ao mundo. Quando nos referimos à transformação em imagens pictográficas manifestadas no campo analítico consideramos que já ocorreu certo grau de simbolização. Pelo menos aquela possível para a constituição dessas imagens e enredos. O paciente pode sonhar e a função do analista será sonhar, em outras vertentes, o sonho que o paciente sonha. Isto é, o analista ressonha o sonho, e, ao captar novos significados amplia a trama simbólica. Neste momento estamos em área não psicótica, com simbolização possível.

Quando lidamos com área psicótica e traumática não é possível sonhar e o paciente nos trará não-sonhos para serem sonhados pelo analista. Em resumo, em área não psicótica ressonhamos o sonho do paciente, e em área psicótica tentamos sonhar o não-sonho do paciente.

Um não-sonho, por vezes, pode simular um sonho – no entanto, ele é identificado como falso porque se repete, estereotipado, e parece recrutar o analista a não sonhá-lo. Será estático, sem movimento no enredo, ou com um pseudomovimento paralisante. Os sonhos traumáticos têm essa característica enquanto não são sonhados (Cassorla, 2005b).

Por exemplo, Helen Keller viveu o trauma de lesão neurológica com cegueira e surdez, aos 19 meses de idade. A descrição que se segue não é muito diferente da relatada por pacientes que viveram áreas psicóticas e traumáticas de não-sonho, quando recuperados. “Vivia num mundo que era um não mundo [...]. Eu não sabia que não sabia nada, que vivia, agia ou desejava. Não tinha nem desejo nem intelecto. Era conduzida entre os objetos e atos por um certo ímpeto natural cego. Tinha uma mente que me fazia sentir fúria, satisfação, desejo. Estes dois fatos levaram a supor que eu desejava e pensava. [...] Nunca vi nada de antemão ou o escolhi. Também ressalto que nunca num gesto ou numa batida de coração senti que amava ou cuidava de algo. Minha vida interior, então, era sem atrativo, sem passado, presente ou futuro, sem esperança ou antecipação, sem interrogante, prazer ou fé” (Keller, 1902, p. 141).

O sonho-a-dois

A partir das considerações efetuadas, impõe-se o fato de que a situação analítica se constitui num *sonho-a-dois* (ou, se o processo analítico não se desenvolve num complexo de não-sonhos). O analista se deixa tomar pelo sonho do paciente e o ressonha. Esse novo sonho é contado ao paciente através de intervenções. Quando elas se conectam à rede simbólica do paciente este ressonha o sonho do analista. E, assim por diante. Dessa forma, se constitui uma trama de *sonhos-a-dois*. Podem aplicar-se, neste modelo, as ideias de Ogden (1996a, 1996c) – os sonhos-a-dois mantêm relação dialética com os sonhos de cada membro da dupla – e de Ferro (1995) – os sonhos-a-dois se constituem como holografias afetivas do campo. Essas ideias derivam, em grande parte, de ideias de Bion.¹

Nas palavras de Meltzer (1983): “O que acontece [...] é que o analista escuta o paciente e observa a imagem que surge na sua imaginação. Poderíamos, portanto, afirmar que o analista deixa que o

paciente evoque um sonho em si mesmo [no analista]. *Este sonho, certamente, será seu [do analista] e estará influenciado pelas vicissitudes de sua própria personalidade [...]* Desse ponto de vista poderíamos imaginar que toda tentativa de formular uma interpretação de um sonho de um paciente, implicaria no seguinte preâmbulo: ‘Enquanto ouvia seu sonho, tive um sonho na minha vida emocional que significaria o seguinte, algo que desejaria compartilhar com você com a esperança que lance alguma luz sobre o significado que o sonho tem para você’” (p. 100, tradução e grifos meus).

Ao percebermos que o sonho sonhado pelo analista, ainda que na tentativa de sonhar o do paciente, é um sonho próprio do analista, fica evidente que fatores próprios, da pessoa *real* do analista entram em jogo. Eles serão tanto mais exigidos quanto menor a capacidade de simbolizar do paciente.

Grotstein (2000, 2007) explicita, em outros termos, que o analista é chamado, provocado ou instado a responder às emoções e associações do analisando com suas próprias emoções pessoais. O analista, em contato com os derivados de seu pensamento onírico observa as imagens visuais que passam por sua mente. Sua função alfa faz com que emoções e experiências próprias que ressoam a verdade emocional do paciente sejam localizadas e reunidas inconscientemente, indicando como *senso ou sentido comum* (Bion, 1963; Sandler, 2005) a verdade clínica do momento. O paciente, por sua vez, ao ressonhar o sonho contado pelo analista lhe mostra, como “seu melhor colega” (Bion, 1980; Ferro, 1996) o efeito do seu trabalho, e assim por diante. Portanto, ambos os membros da dupla, ao mesmo tempo, sonham e são sonhados.

O devaneio do analista, *rêverie*, se refere ao surgimento *espontâneo* de imagens em sua mente. A espontaneidade se refere à necessidade de refrear memória e desejo. Para isso pode ser

necessário um exercício ativo, por parte do analista, para contrariar a tendência da mente a buscar imagens, ideias ou afetos passados, que fazem parte da memória, ou ideias e afetos desejados. Em outras palavras, que se suporte o *não saber*, o caos, até que algo tome forma naturalmente. Com a prática, esse exercício ativo tende a tornar-se automático.

Penso que esta regra, aparentemente simples, mas que exige disciplina e autoconhecimento intensos para sua execução, se constitui na maior descoberta técnica da psicanálise, a regra da *atenção flutuante*, contrapartida da regra fundamental, da *associação livre*, que se solicita ao paciente.

No entanto, muitas vezes, mesmo acreditando estar atento à atenção flutuante, o analista não percebe que a atenção se enrijeceu, que em algumas áreas estancou. Esse enrijecimento se manifesta de vários modos e envolve não-sonhos. Um deles é a utilização de teorias (do analista, de algum autor) que são descritas ao paciente, quase sempre explicativas, onde o material do paciente é encaixado, empacotado rigidamente, fato que o paciente que resiste a pensar pode aceitar prazerosamente.

Outro fator que enrijece a atenção flutuante é quando o analista dirige sua atenção a fatos passados ou expectativas futuras, por não ter a paciência necessária para aguardar o emergir do sonho da dupla. Nessas situações o analista procura explicar o que ocorre através de reducionismos relativos ao que já aconteceu antes, ou tenta prever, por vezes transformar o paciente, sua vida, em função de expectativas e desejos quanto ao futuro. Se no primeiro caso (reducionismo ao passado) o processo analítico se limita na área em questão, no segundo (expectativas do analista) o processo também deixa de ser analítico e se transforma em propaganda, isto é, o analista está sugestionando ou dirigindo a vida do paciente.

É possível que a utilização de teorias explicativas e sua comunicação ao paciente tenham tido origem nos esforços de Freud para testar suas ideias com seus pacientes, como vemos em alguns de seus textos. No entanto, sua genialidade o fez alterar teorias e por vezes modificá-las radicalmente. Outros autores fizeram o mesmo, mas o analista corre o risco de identificar-se adaptativamente com seus mestres, analistas e teorias, devotando-lhes um temor reverencial. Nessas situações o analista, mesmo quando potencialmente capaz de captar fenômenos emocionais, tem sua capacidade de sonhar e pensar prejudicadas.

Alguns autores, principalmente nas últimas décadas, têm alertado para a possibilidade de estancamento de procedimentos técnicos. A ênfase dada por Bion (1967) à necessidade do analista trabalhar em estado de *não memória, não desejo, não intenção de compreender*, foi uma importante contribuição. Uma consequência dessa regra técnica foi a retomada da ênfase nas fantasias conscientes, nos devaneios do analista, na revalorização das imagens, das cenas organizadas visualmente, como aspectos privilegiados para identificar o reprimido e seu retorno (Freud, 1915; Isaacs, 1948). No entanto, há que diferenciar a *memória-sonho* e o *desejo-sonho* (Bion, 1970), frutos do sonho da dupla analítica, que surgem espontânea e naturalmente na mente preparada do analista, da utilização da memória e do desejo fruto da ansiedade em preencher o não-saber.

Em resumo, o modelo em questão implica em algumas possibilidades.

- a. quando o paciente comunica seus sonhos ao analista, isto é, quando o paciente comunica algo que já adquiriu qualidade psíquica (fruto da função alfa), dizemos que ocorreu identificação projetiva como forma de comunicação,

normal ou realística. O analista sonhará os sonhos sonhados do paciente em outras vertentes, buscando ampliação de significado;

- b. quando o paciente traz não-sonhos, eles podem “entrar dentro” do analista através de identificações projetivas normais ou massivas e será função do analista desemaranhar-se destas e tentar sonhar os não-sonhos não sonhados pelo paciente, para que eles adquiram qualidade psíquica. Caso ele não se desemaranhe também *não-sonhará*.

Dessa forma, o processo analítico é resultado de uma relação intersubjetiva em que nos importa tudo aquilo que ocorre no espaço/tempo analítico, sonhos e não-sonhos, observados e trabalhados por mente preparada. O analista dispõe de sua *intuição analiticamente treinada* (Sapienza, 2001) para tal. Graças a ela se envolve com seu paciente e se deixa influenciar por seus sonhos e não sonhos, ao mesmo tempo que observa o que ocorre consigo, seus próprios sonhos e não-sonhos.

Acaba por ocorrer um sonho-a-dois, produto terceirizado dos sonhos e não-sonhos sendo sonhados, envolvendo ambos os membros da dupla e que vão além de sua simples soma. Para cada paciente, em particular, o analista procurará desvendar como se sonha ou não se sonha cada aspecto e buscará formas de sonhá-los, sonhar em outras vertentes aquilo que já vem como sonho e transformar em sonho os não-sonhos.

Quando o não-sonho do paciente é projetado dentro do analista de tal forma que sua capacidade de sonhar se deteriora, dizemos que estão ocorrendo *não-sonhos-a-dois*. Como o analista não percebe o que está ocorrendo os não-sonhos-a-dois resultam em conluios imperceptíveis para ambos os membros da dupla analítica.

Constituem a matéria prima do que será estudado, nos próximos capítulos, como *enactment* crônico.

Nota

1. O pensamento bioniano tem sido aprofundado por vários autores contemporâneos. Por exemplo, Meltzer (1978, 1983, 2005, 2009); (Ferro, 1995, 1998, 2000, 2002, 2005, 2006, 2009); Ogden (1989b, 1996c, 2005, 2013), Rezende (1995), Tabak de Bianchedi (1999), Symington & Symington (1996), Grotstein (2000, 2007, 2009); López-Corvo (2006); Brown (2011), Chuster (2003), Junqueira Filho (2003), Sandler (2005, 2009, 2011, 2013), Pistiner de Cortiñas (2009); Civitarese (2013b); Levine & Brown (2013).

pergunto se não se ouvirá no restante do prédio. Mas, ainda que incomodado, me percebo curioso em querer decifrar o que está ocorrendo. Permanece o receio de que ela se levante bruscamente e saia da sala, não me dando tempo para conseguir algumas pistas.

Sua fala raivosa é mal-articulada e confusa, as palavras parecendo explosões, mas consigo perceber que está me dizendo algo sobre eu tê-la enganado, porque não lhe havia dito que o novo endereço era uma clínica de consultórios médicos. Diz que se sente enojada com o prédio, horrível, sujo, com doentes pelos corredores. Os funcionários são antipáticos e parecem idiotas. E, queixa-se de eu não ter lhe informado sobre “tudo isso”, antes da mudança.

Tento dizer que eu lhe informara que era uma clínica, mas me interrompe. Diz que sim, eu lhe dissera que era uma clínica, mas não dissera que era de consultórios médicos. Logo, era um lugar onde se “comercializava a saúde”, todos estavam ali “para ganhar dinheiro”. A cor do prédio e os quadros eram de péssimo gosto, a arquitetura ultrapassada, e não entende porque precisei colocar meu nome na porta com letras tão feias. Nos intervalos de suas falas, insiste em que não vai mais fazer análise comigo. Sinto que já tenho uma ou outra pista: vai deixar-me porque eu sou outro analista, não aquele em quem confiava. Continuo escutando frases similares, agora não mais assustado com a possibilidade que vá embora, mas nada me vem à mente e permaneço calado, observando Tania e minhas sensações e sentimentos.

Aos poucos, vou me sentindo convencido que sua maior ansiedade decorria de ter se sentido enganada. Após algumas tentativas, consigo interrompê-la e digo que eu estou surpreso com sua reação, e que eu não concordava com a acusação de que a teria enganado. Constato que está me ouvindo. Continuo: ela tinha razão quanto a eu não ter lhe dado detalhes sobre os profissionais da

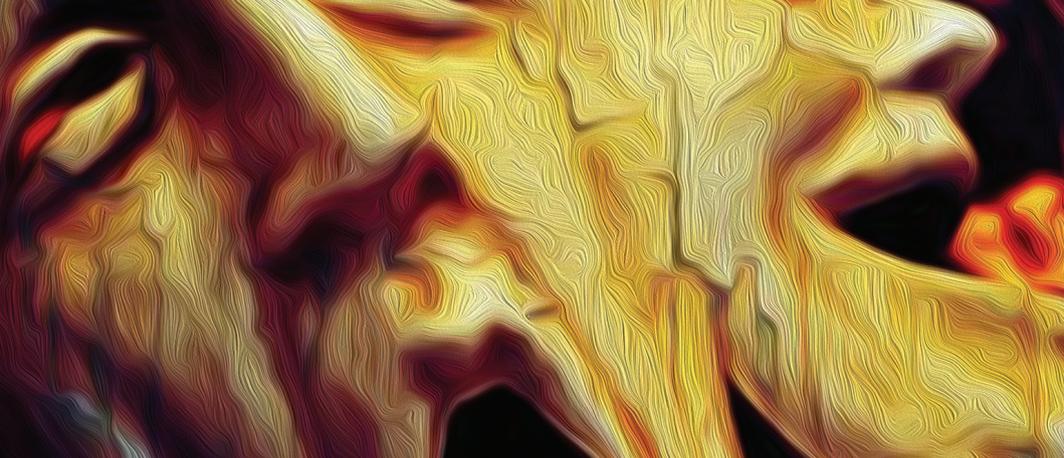
analista. Logo se percebe que o analista pode aproveitar esse fenômeno para captar aspectos expelidos do paciente (Grinberg, 1982).

Ideias similares são trazidas por Bion (1962b). Os elementos que constituem a tela-beta (que não podem ser pensados e são expelidos através da identificação projetiva) têm a capacidade de despertar emoções no analista, promovendo a reação que inconscientemente o paciente deseja. O analista procurará “metabolizar” esses elementos, devolvendo-os ao paciente ressignificados e possíveis de serem pensados (elementos alfa).

O modelo militar, associado ao conceito de identificação projetiva, serve ao trabalho clássico do casal Baranger (1961-1962), onde eles descrevem o “baluarte”, obstáculo para a progressão da batalha que ocorre na situação analítica. A etimologia de baluarte nos indica fortificações que avançam em ângulo saliente, a partir de muralhas protetoras, permitindo vigiá-las e atirar contra os inimigos.

A ideia de baluarte, como fortaleza de onde se impede o trabalho analítico, poderia sugerir que o analista se movimenta ativamente, enquanto o paciente fica recuado, defendendo-se. Essa impressão não é correta. Somente podemos compreender esse modelo dentro do conceito de “campo”. Nele já estão contidas ideias atuais sobre intersubjetividade.

Para os Baranger, da situação analítica participam duas pessoas envolvidas num mesmo processo dinâmico, em que nenhum membro da dupla é inteligível sem referência ao outro. As duas pessoas, por sua vez, mascaram estruturas multipessoais. O “campo” se constitui no conjunto de estruturas espaciais, temporais e o que é chamado “fantasia inconsciente da dupla”. Essa fantasia não é decorrente da soma de aspectos do paciente e do analista, “... É algo que cria *entre* ambos, dentro da unidade que constituem no momento da sessão,



O psicanalista, o teatro dos sonhos e a clínica do enactment oferece-nos um conjunto de trabalhos consistentes e instigantes. A capacidade de instigar deriva da forte presença da clínica psicanalítica e da possibilidade de, enquanto leitores, fazermos contato com as experiências emocionais que ela produz na dupla, bem como da habilidade de Cassorla de nos transmitir os processos afetivos e de pensamento que o desafiam em sua prática e o levam a... criar. A qualidade criativa da prática clínico-teórica do autor contribui para tornar ainda mais mobilizadores os textos ora recondicionados e publicados na forma de capítulos de livro. A consistência, por seu lado, decorre, em parte, da formação e da inserção acadêmica do autor na vida universitária. No entanto, destacamos a obra de Cassorla como um exemplo muito bem-sucedido de pesquisa clínica psicanalítica.

Luís Cláudio Figueiredo

Psicanalista e professor da PUC-SP e da USP

PSICANÁLISE

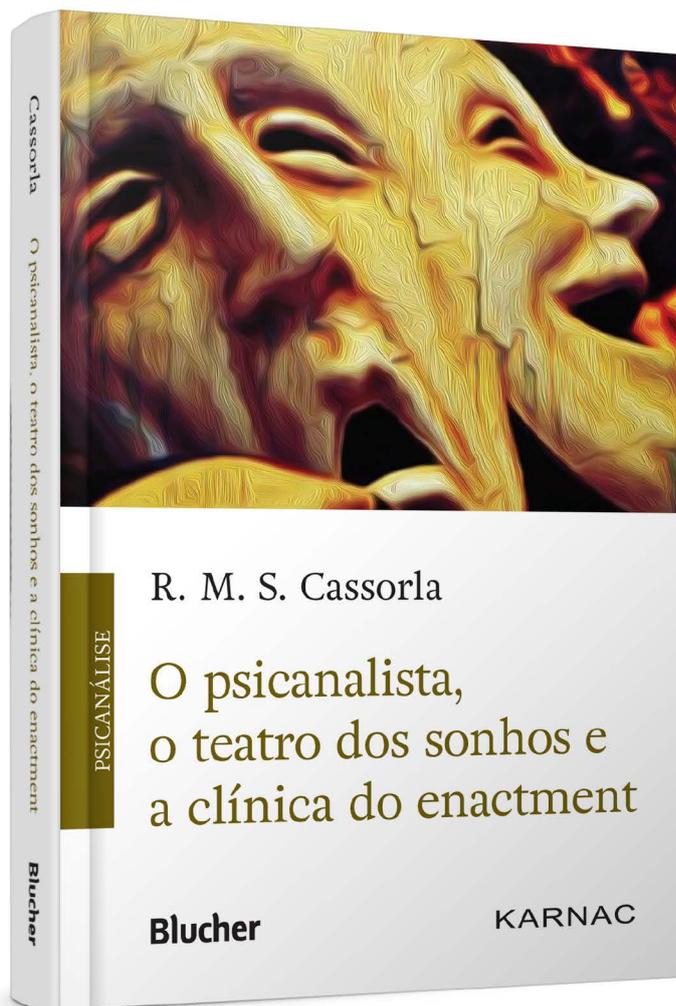
ISBN 978-85-212-1124-2



9 788521 211242

www.blucher.com.br

Blucher



Clique aqui e:

VEJA NA LOJA

O Psicanalista, o Teatro dos Sonhos e a Clínica do Enactment

R. M. S. Cassorla

ISBN: 9788521211242

Páginas: 312

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2016

Peso: 0.387 kg
