
CONTRIBUCIONES DEL PENSAMIENTO DE OGDEN AL PSICOANÁLISIS

Reverie y tercero analítico en la obra de Ogden: Ejemplos clínicos¹

Sandra Weinstein

Thomas Ogden², considerado el psicoanalista más original y prestigioso de Estados Unidos de Norteamérica, se interesó en el psicoanálisis “aún antes de poder nombrarlo” (Ogden 2013, p. 625). Dice que su madre estaba en análisis cuando él era niño. Ella siendo una mujer sensible e inteligente, jamás le habló a su hijo del psicoanálisis, sin embargo refiere que lo escuchaba y conversaba con él a partir de su experiencia en su análisis y maternaje. Ogden menciona, que cuando él estaba en la preparatoria, le dejaron como tarea de verano, leer tres libros, de los cuales, escogió uno de Freud: *Introducción al Psicoanálisis*. Recuerda que lo empezó a leer en un camión paseando en la ciudad de NY y se quedó tan absorto en la lectura que perdió su parada, pero eso no le molestó, ya que significaba que podía leer sin ninguna distracción durante el tiempo que quiso. Narra que sintió que estaba escuchando en el libro la voz del analista de su madre, una voz

1 Trabajo leído en el LVI Congreso Nacional de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana el día 12 de Noviembre de 2017 Zacatecas (México).

2 Autor de catorce libros (incluyendo dos novelas), algunos de los cuáles se han convertido en clásicos de la disciplina y han sido traducidos en más de veinte idiomas. Además de haber realizado estudios críticos sobre Freud, Winnicott, Bion, Fairbain, Loewald, así como de maestros de la literatura como Frost, Borges, Kafka, entre otros. Es supervisor y psicoanalista del *Psychoanalytic Institute of Northern California*, ha sido Director del Centro de Estudios Avanzados de la Psicosis desde hace más de 25 años. Es miembro del *board* norteamericano del *International Journal de Psychoanalysis*, del *Psychoanalytic Dialogues* y del *Bulletin* de la Clínica Menninger. Ha ganado varios premios por sus contribuciones al campo del psicoanálisis como el *Sigourney Award*(2012), el *William C. Menninger Award*entre otros. Thomas Ogden ejerce su práctica de psicoanálisis en San Francisco, California, donde enseña tanto psicoanálisis como a escribir creativamente.

que despertó en él su curiosidad, comenta: Una voz que yo jamás llegué a escuchar directamente, aunque la tenía grabada en mis huesos. Agrega: “Mi introducción al psicoanálisis fue a través de las relaciones de objeto -mi relación con mi madre, y a través de ella, mi relación temprana con su analista y con el psicoanálisis. De cierta manera, esta experiencia temprana con el psicoanálisis fue no verbal, pues tenía que ver con mi ser y con el ser de mi madre” (Ogden 2013, pp. 625-626).

Ya con este relato podemos empezar a darnos cuenta de la sensibilidad de Ogden. El ha escrito sobre una gran variedad de temas: identificación proyectiva, aspectos relacionados con el complejo de Edipo masculino y femenino, la reunión analítica inicial, las posiciones kleinianas, la posición autista contigua, el espacio potencial de Winnicott, el tercero analítico, la *reverie*, la supervisión analítica, enseñar y escribir psicoanálisis, lo vivo y lo muerto del encuentro analítico, el miedo al derrumbe, los tipos de pensamiento, etc.

¿Qué es la *reverie*?³

Es una palabra en francés que significa “sueño diurno”, “sueño despierto”. Es un concepto basado en la teoría de Klein sobre la identificación proyectiva, y es mencionada por Bion. Ogden refiriéndose a Bion señala que el término *reverie* se refiere al estado mental en el cual la madre (m) *Other* es capaz de tener *reverie*, ella nombra; es decir, le da forma a la experiencia del niño a través de la interpretación que ella hace de los estados internos del niño (1994, p.45). Por ejemplo, al principio, el niño, no experimenta hambre; él experimenta una forma de tensión fisiológica que aún no es un evento psicológico que pueda ser contenido exclusivamente por la *psique* del infante. El acto de la madre de sentir la tensión del niño, de sostenerlo, de verlo, de alimentarlo, de hablarle y cantarle, todo esto son facetas de una “interpretación” que hace la madre sobre la experiencia del niño. De esta forma, el hambre es creada y el niño es creado como individuo (i.e. la información sensorial cruda del bebé es transformada en un evento psicológico significativo) a través del reconocimiento materno del hambre de su hijo o hija.

3 LÓPEZ CORVO, R. (2002). *Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L., p.281.

Ferro (2004) argumenta que la madre al estar disponible permite acoger y transformar (*reverie*) la proyección de esas angustias primitivas de su bebé (elementos beta), transmitiendo ella (la madre) una mejoría de las angustias de su bebé, es decir los elementos beta transformados en elementos alfa gracias al método para realizar esas transformaciones que es la función alfa. Una madre que no se permite ser habitada y ser tomada por dentro por parte de su bebé, y por lo tanto ser creada, no le puede dar forma psicológica. En tales circunstancias, hay “una destrucción del vínculo entre el niño y el pecho”. La destrucción de este vínculo da como resultado el colapso de ir creando estas intersubjetividades por la identificación proyectiva sana, dejando al niño sin una forma con la cual pueda contener su experiencia sensorial y psicológica de sí mismo. Esta experiencia Bion la nombra “terror sin nombre”. Es sin nombre porque carece de la forma y definición, que debieran ser proporcionadas por la respuesta creativa contenedora materna como respuesta a las identificaciones proyectivas del niño. La mente humana tiene necesidad de relacionarse con el otro para desarrollarse. Hacen falta dos mentes para pensar los propios pensamientos más perturbadores. Estas dos mentes pueden ser las de la madre y su hijo; las del líder del grupo y los miembros del grupo; las del analista y el analizando; las del supervisor y el supervisando, etc.

Ferro reflexiona sobre las cualidades que la mente del otro debe tener para transformar esas experiencias crudas en emociones pensables (2004, p.49). Debe tener una capacidad de acoger, de dejar estar, de metabolizar, de restituir el producto de elaboración. Gracias a la *reverie* materna se irán introyectando funciones, como la tolerancia a la frustración, la capacidad de duelo, la noción del tiempo y del límite. -Todo esto pasa a través de lo “mental” que se activa en la relación con la madre y con el padre, por lo que según Ferro la *reverie* puede ser en igual medida materna o paterna-. Si falla el proceso de desarrollo de la mente, se estructuran una serie de patologías que van desde las alucinaciones a las enfermedades psicosomáticas, a los comportamientos caracteropáticos y criminales, todas vías de evacuación y de descarga de angustias primitivas no elaboradas. La mente para desarrollarse adecuadamente necesita de años de cuidado. Una mente disfuncional conduce a la violencia, a la destructividad como único modo de evacuar elementos beta.

Ogden (2004a) menciona que si el paciente no puede transformar su experiencia emocional en elementos alfa no puede soñar. El fracaso de la función alfa significa que el paciente no puede soñar, y por lo tanto no puede

dormir. Como la función alfa determina que las impresiones sensoriales de la experiencia emocional sean asequibles para el pensamiento consciente y el pensamiento onírico, el paciente que no puede soñar no puede quedarse dormido y no puede despertar. De allí la condición peculiar que se manifiesta clínicamente cuando el paciente psicótico se comporta como si estuviera precisamente en ese estado. El soñar es un proceso continuo que sucede tanto en el dormir como en el estado de vigilia. Si una persona no es capaz de transformar las impresiones crudas en elementos inconscientes de la experiencia para que puedan ser ligados, no podrá generar pensamientos del sueño inconsciente y por lo tanto no podrá soñar (tanto en el sueño como en la vida despierta inconsciente).

Ogden basándose en Bion encuentra que las pesadillas y los terrores nocturnos son dos trastornos del sueño, que sirven de ejemplo y metáfora, para dos categorías de funcionamiento psicológico: **Pesadillas** son sueños “malos”, aparecen en el sueño REM. Y **Terrores nocturnos** son sueños que no son sueños, aparecen en el sueño profundo, sueño de ondas lentas (Ogden 2004a, pp. 859-861). El niño que tiene el terror nocturno se “despierta” con un gran temor, pero parece como si no se puede despertar, ya que no logra reconocer al padre quien lo ha tratado de despertar o intenta calmarlo. Eventualmente el niño llegará a calmarse y sin un miedo discernible se vuelve a quedar dormido. A la mañana siguiente cuando despierta, el niño carece o tiene escaso recuerdo del terror nocturno, o de que haya sido calmado por el padre. El niño, a la siguiente noche, no muestra evidencia de tener miedo para irse a dormir. Al parecer no hay recuerdo consciente o inconsciente de la experiencia. Tanto desde el punto de vista psicoanalítico, como de la actividad de las ondas cerebrales, la persona que ha sufrido de terrores nocturnos no se despierta de la experiencia, ni se va a dormir después de haber sido tranquilizado. Desde el punto de vista de Bion, los terrores nocturnos están constituidos por impresiones sensoriales crudas relacionadas a la experiencia emocional (elementos beta) que no pueden ser ligados en el proceso de soñar, pensar o almacenar como memoria. El niño que padece de terrores nocturnos sólo podrá despertar, cuando sea capaz de soñar su sueño no soñado.

En cambio, una pesadilla es un sueño real (que sucede en el período REM), que despierta a la persona con una sensación de miedo. Al despertar, el soñante es capaz de inmediato, o dentro de un período relativamente corto de tiempo, de diferenciar entre estar despierto y estar dormido, percibir y soñar, realidad interna y realidad externa. Por lo tanto, el sujeto

frecuentemente es capaz de recordar el contenido manifiesto de la pesadilla al despertar y puede pensar y hablar al respecto. El niño que despierta por haber tenido una pesadilla es capaz de reconocer a la persona que lo calma, y, porque puede recordar haber tenido una pesadilla, esa noche le dará miedo irse a dormir, e incluso semanas o meses después. Las pesadillas se someten a un trabajo psicológico inconsciente que facilitan el crecimiento psicológico. Sin embargo, ese sueño se ve interrumpido en el punto en que la capacidad para generar pensamientos de sueño y soñarlos se ven abrumados por los efectos de la experiencia emocional que está siendo soñada. Un terror nocturno no es un sueño, no se generan pensamientos en el sueño, no se hace ningún trabajo psicológico nada cambia como consecuencia del acontecimiento psíquico.

Así algunos pacientes que consultan al analista, podrían estar padeciendo de terrores nocturnos (metafórico). Sin estar conscientes de esto, buscan ayuda para soñar su experiencia no soñada e insoñable. Los sueños no soñados por tales pacientes persisten como sectores escindidos de psicosis, o algunos aspectos de la personalidad que no son accesibles a la elaboración psicológica (neurosis traumáticas, autismo, trastornos psicosomáticos, esquizofrenia). En cambio los pacientes que padecen de pesadillas (metafórico) es decir de sueños que son tan atemorizantes que interrumpen su trabajo psicológico de soñar tanto dormido como en el soñar despierto inconsciente, ha llegado al límite de su capacidad para soñar.

El paciente que metafóricamente padece de terrores nocturnos o de pesadillas, solicita la ayuda del analista, quien debe tener la capacidad de *reverie*, es decir la capacidad de mantener durante largos períodos de tiempo un estado de receptividad psicológica para los sueños no soñados e interrumpidos de su paciente, para poder ser vividos en la transferencia-contratransferencia. Es decir, hacen falta dos mentes para pensar los pensamientos más perturbadores. El *reverie* del analista es de gran importancia porque será la vía por la cual logrará soñar los sueños del paciente que no logra soñar por sí mismo. Ogden dice, que las *reveries* del analista son los sueños despierto. El soñar ocurre de manera continua tanto en el sueño como en la vigilia (Gabbard y Ogden 2009). Así como las estrellas persisten aún cuando su luz se oscurece por la luz del sol, lo mismo es con el soñar en la vida despierta. El soñar despierto en el *setting* analítico toma la forma de la experiencia del *reverie* del analista.

Generalmente las *reveries* del analista le aparecen en la consciencia de una manera discreta, toman la forma de algo mundano, personal o privado;

él las siente como una intrusión por su propia fatiga, por auto-absorción narcisista, por preocupaciones, por conflictos emocionales no resueltos por los que él personalmente está atravesando, o pueden manifestarse como sensaciones corporales o pensar en fragmentos de películas, fantasías sexuales, frases musicales “audibles”, líneas de un poema, etc. que generalmente se sienten como que no tienen relación con lo que dice o hace el paciente en ese momento. Por ejemplo, un terapeuta que comenta que al escuchar un sueño que le relata su paciente donde se hacía evidente lo dolorosamente solo que se sentía el paciente, cuando describe que se entera del embarazo de su madre, esperando a su hermano menor (Ogden 1997b, p. 144). El paciente tenía 14 meses cuando nació su hermano y por lo tanto aún no tenía acceso al lenguaje. Al relatar el sueño, el terapeuta se sintió alejado (pensaba en abstracciones teóricas), y cierta sensación de aburrimiento, se le ocurrió pensar que había estado trabajando como analista durante demasiado tiempo y ya se estaba cansando. Casi obsesivamente se puso a contar los años que había trabajado en diversos lugares y se dio cuenta que hacía más de 15 años que estaba en el consultorio actual. Recorrió el consultorio con la vista y le sorprendió la pesadez y el estilo, las impresionantes molduras victorianas (detalles que él había estado escudriñando durante años), la singularmente sobria repisa de la chimenea, los grandes marcos de madera de las ventanas inmovilizados por las muchas manos de pintura. El terapeuta se dio cuenta que el paciente protestaba no sólo por el nacimiento del hermano, por la sensación de exclusión con los padres, sino también por la indiferencia del terapeuta que era sentido como un pedazo de madera insensible, densa, inamovible en su manera de ser madre/analista. (Este analista es el mismísimo Thomas Ogden).

Ejemplos clínicos: Estaba con un paciente, y comencé a pensar en Paquita la del Barrio en la letra de su canción Rata de dos patas, que me parecía muy agresiva, lo fea que era, obesa, sus trajes absurdos de lentejuelas, una mujer tan poco femenina y me cayó el veinte, pues corroboré con el tiempo una actitud tremendamente voraz, insaciable de la madre, que no permitía la separación por ningún motivo, devaluando cualquier conducta que no coincidiera con la expectativa de la madre.

Está la Srita L, quien acude a terapia por presentar ataques de pánico y tener crisis de fibromialgia, situación que la hacía sentir que se quemaba por dentro o que se iba a deshacer, lo que la obligaba a pasar semanas enteras en cama. Su médico de cabecera la refiere conmigo. Escuchando su historia,

durante los primeros meses de tratamiento, las sesiones se caracterizaban por relatos interminables de sus quejas somáticas, que había vivido de manera muy limitada, pues desde pequeña se dedicó a cuidar a su mamá quien fue engañada por el padre de L, ya que simultáneamente tuvo otra esposa e hijos. Esto se guardó como un secreto familiar, L no sabía nada al respecto, lo único que sabía era que L con sus palabras refería: “mi mamá siempre fue mi vida, cuando la veía triste movía cielo, mar y tierra para estar con ella y hacerla feliz, y ahora que murió (tiene más de cinco años que falleció, mi vida no tiene sentido, nada me interesa, nada me motiva). Yo comencé a sentir unas oleadas de sueño, que hasta me pellizcaba para no quedarme dormida, finalmente un día me llegó un cansancio soporífero, que hizo que me levantara como resorte de mi asiento. Me percaté de que yo estaba sintiendo la desvitalización, la desconexión de L en la vida, pero ahora yo en carne propia, cargando a una madre muerta en vida, quien ni se componía de esa tristeza, ni se acababa de morir. Eso permitió darle un giro a la terapia, e hizo que me fuera conectando mejor con L, pude entender e interpretar esta parte muerta de ella en la terapia.

Recuerdo a otra paciente E, que usaba un perfume que dejaba un olor intenso y desagradable impregnado en mi consultorio por horas. Con el tiempo me percaté que oler a E era como un símbolo de cómo E penetraba en mi vida (fuera de las horas de la terapia). Así me sentí inescapablemente impregnada e invadida por la paciente, entendí cómo E se sentía invadida por su madre tremendamente controladora y la sensación de impotencia que cargaba con ella.

El tercero analítico

Cuando un paciente empieza su análisis, en cierto sentido “pierde su mente” (mientras se embarca en el proceso de crear una mente propia) (Ogden, 1994). En otras palabras, el espacio psicológico en el cual tienen lugar sus pensamientos, sentimientos, experiencias corporales y sueños ya no coincide exactamente con “su propia mente” como lo había sido hasta ese momento. Desde que comienza el encuentro analítico en adelante, la experiencia de su propia mente (el lugar de su vida psicológica o como dice Winnicott el lugar donde habita y sueña) crecientemente se va “localizando” en el espacio entre analista y analizando (Ogden 2004). Este es un “lugar sentido” que de ninguna manera está restringido al espacio del consultorio. Es una mente

(más precisamente un *psique-soma*) que en un sentido es la creación de dos personas y sin embargo es la mente/cuerpo de un individuo.

Tanto el analista como el paciente participan en la elaboración del tercero analítico, pero de manera asimétrica, es decir, se privilegia la exploración del mundo objetal interno inconsciente del paciente, así como las maneras de vincularse con los objetos externos. Es asimétrico, porque el propósito es ayudar al analizando a realizar cambios psicológicos que le permitan vivir su vida de la manera más humana posible. El privilegiar la exploración de la vida inconsciente del analizando es efectuada a través de la utilización por parte del analista de su entrenamiento y experiencia para emplear su propio inconsciente receptivo al fluir del inconsciente del analizando. Y además es asimétrico, porque tanto el analista como el analizando vivencian al tercero analítico en el contexto de la personalidad individual de cada quien, que está moldeada y configurada por su propia organización psicológica, por sus propias construcciones y asociaciones de significados derivados de su historia, sus experiencias de vida así como sus sensaciones corporales. Resumiendo, el tercero analítico no es un suceso único vivenciado de la misma manera por dos personas, sino más bien, es un conjunto de experiencias intersubjetivas conscientes e inconscientes construidas asimétricamente por ambos participantes.

El uso del diván (con el terapeuta sentado detrás fuera de la vista), provee a ambos participantes un “espacio de juego”, un área de estados superpuestos de *reverie* (asociación libre por parte del paciente, y atención flotante por parte del analista), dando la condición necesaria para la elaboración y análisis del 3º analítico inconsciente, intersubjetivo (Ogden 1996, p.887). La atención flotante de Freud, es el mismo estado psicológico que Bion denomina *reverie*, que es un estado caracterizado por la ausencia de “memoria y deseo”. Las experiencias en y del 3º analítico frecuentemente crean una intimidad entre el paciente y el analista, en que “todo es sentido como real” (Winnicott 1984). Tales experiencias abarcan sentimientos de humorismo, camaradería, juego, alegría, compasión, coqueteo sano, encanto, etc. Estas experiencias en el 3º analítico pueden tener importancia para el análisis ya que pueden ser los primeros momentos de vida del paciente para tener ya una vida objetal sana. Más que entender estas experiencias son vivirlas.

El 3º analítico es una metáfora para la creación de una mente que tiene una existencia propia, y es capaz de pensar de manera que ninguno de los dos contribuyentes de la creación del 3º sujeto es capaz de generar por sí mismo. Al describir la metáfora del 3º analítico se corre el riesgo de utilizar

esta metáfora de manera muy concreta. “¿Es esta una 3ª persona que no tiene cuerpo?” y “¿Puede una tercera mente sin cuerpo tener experiencias corporales?”

Para Ogden el psicoanálisis es una experiencia en la cual, gracias al encuadre analítico en una situación asimétrica (el analista lleva el timón del barco aunque atraviesen juntos las tormentas). Bajo estas circunstancias, el paciente adulto con su libre asociación o jugando en el caso de los niños, el analista con su atención flotante, permitirá la generación de la *reverie*. Nos brinda el ejemplo de una paciente adulta, que al principio no podía simbolizar el vacío y mortandad (*deadness*), hablando de sus actividades pero de una manera poco vital. Menciona el terapeuta: “cada vez fui sintiendo menos curiosidad sobre esta paciente, ella estaba como ausente, lo que me hacía sentir durante sus sesiones claustrofóbico y me defendía de esta angustia contando obsesivamente los minutos hasta que terminara su hora de sesión. Otras veces fantaseaba con terminar prematuramente la sesión diciéndole a la paciente que estaba enfermo y por tal motivo necesitaba concluir ya en ese momento. A veces “pasaba el tiempo” contando los latidos de mi pulso radial. En un principio no me percaté de que hubiera algo extraño en mis conductas, a pesar de que estas prácticas como tomarme el pulso jamás se me habían ocurrido con ningún otro paciente. No los sentía como “datos del análisis” sino como una experiencia personal privada. Pero semanas después me di cuenta que esas sensaciones raras como tomarme el pulso eran “objetos analíticos”; es decir, una construcción inconsciente que se generó entre la paciente y yo, mejor dicho entre el 3º analítico intersubjetivo. “Fui capaz de ligar la experiencia de contar mis pulsaciones con lo que ahora sospechaba que era la necesidad de literalmente sentir ese calor humano como una tentativa de reasegurarme de que estaba vivo y sano. Esto me sirvió para comprender la tenacidad de mi paciente de contarme historias carentes de sentido, por más de 18 meses. Se me ocurrió que dichas historias me fueron ofrecidas con la esperanza de que yo pudiera darle un sentido de coherencia, autenticidad y valor a esas historias para la vida de mi paciente. Me concienticé que mi fantasía de simular una enfermedad era con el fin de escapar de la mortandad (*deadness*) estancada de las sesiones” (Ogden, 1995, p.698).

El analizando experimenta su propio pasado; no revive su pasado; sino que vive su pasado conforme va siendo creado por primera vez en el proceso de ser vivido en y a través del 3º analítico. Al ser una experiencia vivida en y a través del 3º analítico, nunca estará completamente solo consigo mismo

(y con su experiencia pasada), ya que su experiencia está siendo creada con la figura del analista. Esta característica de la situación analítica, da las condiciones para recontextualizar una experiencia no integrable, escindida del analizando. Así como Virgilio que acompaña a Dante, nosotros con el paciente entramos a los círculos más profundos de nuestras exploraciones psicoanalíticas (Dorenbaum & Yanshyshyn, 2013).

Resumen

Utilizando ejemplos clínicos tanto de Thomas Ogden como de la autora, este trabajo analiza descriptiva y críticamente los fenómenos de la *reverie* y de la formación del tercero analítico en la relación terapéutica.

Palabras clave: *Reverie*, Tercero Analítico, Thomas Ogden

Summary:

Through the use of clinical examples taken from Thomas Ogden and from the author, this paper analyzes (both descriptively and critically) the phenomena of *reverie* and of the formation of the third analytic in the therapeutic relation.

Keywords: *Reverie*, Analytic Third, Thomas Ogden.

Referencias bibliográficas

- DORENBAUM, D. & YANSHYSHYN, G. (2013). The Ogden Effect: A Dialogue. *Can. J. Psychoanal.*, 21(2):313-325.
- FERRO, A. (2004). *Factores de enfermedad, factores de curación: Génesis del sufrimiento y cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- GABBARD, G.O. & OGDEN, T.H. (2009). On becoming a Psychoanalyst. *Int. J. Psycho-Anal.*, 90 (2):311-327.
- LÓPEZ CORVO, R. (2002). *Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- OGDEN, T.H. (1992). The Dialectically Constituted/decentered Subjects of Psychoanalysis. II. The Contributions of Klein and Winnicott. *Int. J. Psychoanal.*, 73:613-626.
- OGDEN, T.H. (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- OGDEN, T.H. (1995). Analyzing Forms of Aliveness and Deadness of the Transference. Countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76:695-709.

- OGDEN, T.H. (1996). Reconsidering Three Aspects of Psychoanalytic Technique. *Int J. Psycho-Anal.*, 77: 883-899.
- OGDEN, T.H. (1997). Reverie and Interpretation. *Psychoanalytic Quarterly*, 66:567-595.
- OGDEN, T.H. (1997). *Reverie and Interpretation*. Northvale, New Jersey and London: Jason Aronson
- OGDEN, T H: (2004). This Art of Psychoanalysis: Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries. *Int. Journal of Psycho-Anal.*, 85 (4): 857-877.
- OGDEN, T.H. (2004). The Analytic Third. *Psychoanalytic Quarterly*, 73: 167-195.