

Poltrona elástica? Divã transicional? Reflexões sobre a minha poltrona giratória

Ana Lúcia Monteiro Oliveira¹, Porto Alegre

Unindo sua experiência clínica nas áreas da anestesiologia e da psicanálise, e ilustrando o artigo com vinhetas, a autora relata, reflete e propõe fundamentos teóricos para o uso de sua poltrona reclinável e giratória, a qual foi se revelando, no atendimento de determinados tipos de situações clínicas, uma útil e rica proposta técnica em potencial. Cogita que, por sua mobilidade, a poltrona giratória possa se relacionar com a função transicional de unir e separar, usando a experiência da ilusão na análise de aspectos regressivos da personalidade quando se acessam núcleos ainda psiquicamente prematuros. Ampara-se em Ferenczi, Green, Roussillon, Ogden, Gabbard, Ferro, entre outros, com ênfase nos fenômenos transicionais de Winnicott, para embasar suas ideias sobre a ferramenta, que viria a ser e não ser poltrona e ser e não ser divã. Ao final, a autora reflete se a poltrona giratória poderia ser pensada como um divã transicional.

Palavras-chaves: Psicanálise; Técnica psicanalítica; Winnicott; Transicional; Contratransferência; Casos regressivos

¹ Psiquiatra, membro aspirante da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).
<http://orcid.org/0000-0003-4436-3762>

“O primeiro passo no sentido da adaptação devia partir de nós. (...) colocar-nos no diapasão do doente”. (Ferenczi, 1928/1992, pp. 1; 42)

“Viso (...) fornecer-lhes um ambiente suficientemente bom para capacitá-los a começar a existir...”. (Winnicott, 1958/2000, p. 404)

“O essencial estaria na capacidade do analista em questionar as exigências canônicas da técnica e saber responder à regressão do paciente da maneira que convenha”. (Green, 2002, s/p)

“Cada uma dessas explorações clínicas requer (...) a introdução de um cenário ‘sob medida’, a fim de se adaptar o mais próximo possível às demandas do processo psicanalítico nessas situações de transferência”. (Roussillon, 2018, s/p, tradução livre)

1. Joana

Chega sempre muito determinada sobre o quê vai falar, e fala continuamente, ficando às vezes quase sem ar. Não parece interessada em me ouvir, tampouco em pensarmos sobre o conteúdo de seu discurso. Passa rápido e superficialmente por alguns setores de sua vida, dizendo não precisar aprofundar-se por já terem sido tratados e resolvidos em quatro tratamentos prévios, cada um com um terapeuta ou analista diferente, todos homens. Parece-me que Joana trata de sua história como se fosse um livro formado por vários contos que não se inter-relacionam entre si, e cada tratamento estudaria um desses contos; usa o jargão psi com frequência e, entre tantas coisas que refere ter aprendido sobre si mesma, uma delas é que não tolera a exclusão.

Seu discurso ininterrupto, fechado por tantas questões resolvidas, gera em

mim tédio e angústia. Seria a minha intolerância à exclusão? Consigo uma brecha e pergunto se, em algum de seus tratamentos, usou o divã, e Joana, visivelmente contrariada com a interrupção, responde:

- De jeito nenhum! Eu preciso me certificar de que a pessoa está prestando atenção em mim. Não toleraria ficar no divã!

Em outra ocasião, digo-lhe que talvez possamos pensar nela, na sua história e no que sente, através de novas perspectivas, que viriam a enriquecer seus conhecimentos obtidos nos outros tratamentos, tentando, assim, apontar a sua tendência pelos contos isolados. Ela parece não gostar. Digo-lhe também que me parece que precisa falar continuamente; traz seu plano de sessão, mas pouco sente quando está discursando.

Joana sente-se criticada: “por mais que me esforce, faço sempre tudo errado, pelo visto... achei que isso seria diferente com uma analista mulher, mas estou vendo que não...”

Em nova ocasião, conversando sobre sua intensa ansiedade, que lhe parece ser “do nada” (sic), comento sobre os diferentes recursos que poderiam auxiliá-la a entrar em contato com as próprias emoções, entre eles o divã e o giro da poltrona (cuidando para mostrar que não havia esquecido do que ela anteriormente havia me dito a respeito). Assinalo que, caso Joana sinta que não estou prestando atenção, na opção da poltrona giratória, é só desvirar. Ela vira impulsivamente, angustia-se e então desvira.

Após mais algumas sessões, lá está ela com seu discurso usual e eu novamente me percebo angustiada e entediada. O “lá” na frase anterior denunciaria a distância que sinto? Meu pensamento tende a ir passear. Interrompo-a; volto a assinalar o quanto está falando e o quão pouco está sentindo. Mostra-se mais permeável, respondendo: “vou me virar” (sic). Com muito cuidado, para tentar tranquilizá-la, reitero que, caso fique muito angustiada ou não me sinta atenta, basta desvirar.

Joana gira e imediatamente cai em prantos, dizendo o quanto vem sofrendo em seu noivado; chora muito. O assunto antes de virar era outro, nem sei bem qual, pois a minha atenção estava dirigida para o quanto eu não conseguia me manter ligada ao que dizia e para a angústia que isto gerava em mim.

Logo após a paciente virar-se e mudar radicalmente de estado, percebo-me muito atenta e ligada a ela. Penso em sua intolerância à exclusão e que, de frente, falando sem parar, ela mesma se exclui e fica abandonada, deixando-me também excluída, com seu avatar, sua versão desconectada falando sozinha. Agora, estamos juntas. Visivelmente aliviada, pergunto-lhe se me sentiu desatenta.

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

Joana responde que foi surpreendida, pois, ao contrário, sentiu-me mais próxima e sintonizada com ela.

A partir daí, manteve-se de costas. Passados dois anos, um dia ela diz:

P – Sábado aconteceu uma coisa que me deixou pensando muito... estava passeando no parcão com a Paulinha – sua afilhada de dois anos –, mostrando a ela as árvores, as flores, os patos, as tartarugas... eu ia mostrando e dizendo os nomes: ár-vo-re, flor-zi-nha, pa-ti-nho... A cada um que eu mostrava, ela fazia um ar de surpresa! E tentava repetir o nome! Coisa mais linda! Nos bichinhos, eu fazia o som – quá-quá, piu-piu... – e ela tentava imitar. Achei lindo estar podendo fazer aquilo com ela, podendo estar ajudando ela a conhecer o mundo, aprender os nomes, as palavrinhas! Domingo, me peguei ainda pensando a respeito e fiquei intrigada... por que aquilo estava ainda tão presente e me emocionando tanto? Ai me dei conta! Eu estava fazendo com ela o que tu fazes comigo aqui!

A – Apresentavas pra ela as coisas do mundo de fora...

P – Sim! E tu me apresentas as coisas do meu mundo de dentro...

2. Introdução

“O momento crucial do milênio” é como André Green (2011, s/p) propõe chamar o final dos anos 1000 e o início dos anos 2000 na história da psicanálise. Considerado por Eizirik (2013) como “o autor psicanalítico contemporâneo mais importante” (p. 11), Green refere-se a “uma verdadeira fratura com o passado”, afirmando que a “clínica atual não se parece em nada com a de outros tempos” (Green & Urribarri, 2015, s/p, tradução livre).

Nas últimas décadas, a demanda por adequações técnicas aparenta ter assumido destaque crescente, pois, como afirma Anzieu (1985), a presença de pacientes com organizações não neuróticas constituía mais da metade da clínica psicanalítica já no ano 2000. Segundo Luz (2019), “os desafios e as singularidades da clínica contemporânea são o caldo de cultura onde a psicanálise precisa se equacionar”, destacando ainda que

inúmeros são os autores contemporâneos, que desde a época de Ferenczi não conseguem se manter fiéis à técnica clássica preconizada por Freud. Seguir Freud era a meta de todos, mas as dificuldades e desafios técnicos que se apresentavam, e ainda hoje se apresentam na clínica diária obrigou, e ainda hoje obriga, o desenvolvimento de novas abordagens. (s/p)

Ao tecer considerações a respeito de mudanças na técnica, Eizirik (2019) lembra-nos de que o próprio Freud, em suas *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*, ressaltava:

(...) o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhes apresenta. (Freud, 1912/1972a, p. 149)

Nas discussões relativas à diferença entre psicoterapia e psicanálise, Cahn (2013) refere-se a uma “revolução silenciosa na prática psicanalítica” (s/p), considerando que ambas têm a mesma essência, uma vez que, “em qualquer que seja a diversidade dos enquadres propostos, a escuta é psicanalítica” (s/p). Conclui que não se trata do fim do divã e, sim, do final do “*só o divã*” (grifo meu).

Mudanças demandam adaptações, as quais exigem flexibilidade, ou seja, *elasticidade*, aliadas ao estudo profundo das múltiplas teorias e integrado à análise pessoal – segundo Green, isto é o que possibilita ao analista tolerar seus “pensamentos loucos”, constituindo uma condição para tolerar os “pensamentos loucos” dos casos-limite (Green & Urribarri, 2015, p. 75). Outro elemento essencial seria a receptividade do meio psicanalítico para a exposição das experiências entre os colegas, visando acelerar a ampliação do arsenal terapêutico e dar continência às angústias despertadas, uma vez que tais mudanças *exigem* ousadias técnicas. Penso que a possibilidade de contar com a *elasticidade* entre colegas, professores e supervisores promove a segurança básica, fundamental para, como afirma Green (2011),

mantermos a neutralidade benevolente, mesmo passando por algumas tempestades e, acima de tudo, mesmo quando não parece ser análise aquilo que decidimos fazer. (s/p, tradução livre)

A adaptação à mudança no perfil dos pacientes acarretaria *mudanças no perfil do analista*, o que me inspirou a estudar “a caixa de ferramentas do analista contemporâneo” (Oliveira, 2017, p. 15). Este teria sido um *estudo transicional*, uma das etapas necessárias para a construção de minha identidade analítica? Penso que sim, pois, na etapa seguinte, usei relatar minha experiência clínica e descrever os “manejos positivamente – mensagens estímulo e função despertar” que utilizei,

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

buscando *despertar, narcisizar* pacientes graves, “os adormecidos” (Oliveira, 2018, p. 338), motivada pela minha “preocupação analítica primária” (Kahr, 2016, s/p).

Felizmente, conto com os pré-requisitos que enumerei em parágrafo anterior e constato que, de maneira gradativa, vou tecendo um fio condutor em minha trajetória profissional, a qual inclui a experiência como anestesiológica, minha especialidade médica que antecedeu à psiquiatria – *desconstruções, construções, co-construções, reconstruções*. Um breve relato que revela a tessitura:

Em 1993, deparei-me com uma situação delicada: uma adolescente havia tentado suicídio ao ingerir substância cáustica, tendo como sequela uma estenose de esôfago. O tratamento proposto era uma esofagectomia, que constitui em uma cirurgia de três abordagens: toracotomia, laparotomia e uma incisão no pescoço. A dor resultante de cirurgias deste porte é intensa, causa de aumento de morbidade e mortalidade pós-operatórias, e, no caso em específico, somava-se ainda o agravante de ser uma moça com transtorno de humor bipolar, especialmente fragilizada neste momento pós-tentativa de suicídio. Na ocasião, eu havia recém-chegado de um congresso, no qual aprendi a técnica da anestesia combinada – geral associada a peridural torácica. Fiquei fascinada por tratar-se de uma técnica que contemplava muito de que se necessita para o bem-estar do cirurgião e também do paciente no período perioperatório. Sempre questioneei as técnicas anestésicas que priorizavam a comodidade do cirurgião durante o ato operatório e pouco atentavam para o sofrimento do paciente. Ao me deparar com essa adolescente, considerei que seria o momento de aplicar os conhecimentos recém obtidos. Valeu muito a pena, como era esperado e previsto: desde então, nos anos subsequentes, a técnica passou a ser adotada de forma gradativa para diversas cirurgias em nosso meio. Por tentar uma inovação, meu *super-ego anestésico* muito me fez sofrer, mas também me motivou a estudar ainda mais profundamente conteúdos pertinentes à inovação.

A lembrança deste episódio, ocorrido há 25 anos, leva-me a refletir sobre minha trajetória, daí a *figura* de um fio condutor: o atendimento de pacientes graves em anestesia intensivista, seguido pelo atendimento de pacientes não neuróticos em *um tipo de* “psicanálise intensivista” (Bollas, 2013, s/p); a ousadia de ser uma pioneira, no nosso meio, a utilizar a anestesia combinada em cirurgias torácicas, sucedida pela ousadia de propor novas ferramentas para o arsenal psicanalítico como os “manejos positivantes” (Oliveira, 2018, p. 336) e, agora, conforme descrito neste trabalho, a minha experiência com a poltrona giratória, pensando em um tipo de *poltrona/divã combinados*.

Tal experiência iniciou-se quando um paciente girou a sua poltrona para ficar de costas para mim e sentiu-se bem com tal manobra – teria sido um tipo de

ensaio de não olhar? Na sequência, vários outros pacientes lançaram mão do giro, do reclinar e do balançar da poltrona, o que suscitou curiosidade em mim: poderiam ser novos elementos, movimentos de alguma forma relacionados com aspectos do mundo interno dos pacientes, ou teriam influência *do quê e no quê* estaria ocorrendo ali entre nós? Assim como estamos progressivamente nos familiarizando, buscando aprender e nos adaptar à incorporação – na nossa prática clínica – dos inevitáveis, fascinantes e desafiadores recursos da era digital, utilizando-os para enriquecer nosso trabalho, pensei que seria até injusto não fazer o mesmo com o que eu via ocorrer ali, na relação de meus pacientes com os diferentes recursos da poltrona. Por ser um móvel simples, não eletrônico, de regulação manual, sem controles remotos, *bluetooth*, etc, haveria o risco de eu estar discriminando minha nova, porém, *antiquada* poltrona...

O *ficar de costas* foi o mais intrigante, penso que por sua possível equivalência ao divã – do qual eu ainda não dispunha ao adquirir a poltrona –, quem sabe uma ameaça de eu vir a me deparar com um desejo de queimar etapas, um divã disfarçado de poltrona? Entre tantas cogitações, a mais instigante: seria um dispositivo com o potencial de alternar a posição face a face e o deitar no divã? Associei: anestesia combinada à *poltrona combinada*? Premida pelo desejo de nomear a potencial novidade, mais associações: técnica elástica de Ferenczi – *poltrona elástica?*; e/ou... paradoxo.... Conforme comenta Thormann (2019), a não oposição e a sustentação de paradoxos seria a marca do pensamento de Winnicott, então, poltrona, *divã, transicional?*

Ilustrado com *vinhetas-mosaico*, construídas mediante a mescla de personagens com vivências reais e outras fictícias, o objetivo deste trabalho é relatar minhas divagações e questionamentos a partir de um fenômeno ocorrido no campo. A nova poltrona com mais recursos em relação à antiga poderia ser o equivalente externo de uma possível ampliação de meu *equipamento interno* como analista, além da potencialidade de ser mais uma opção disponível aos pacientes, para se somar à poltrona face a face e ao divã? Dentre as diferentes qualidades e significados que me ocorreram, os fenômenos transicionais foram um dos vértices teóricos com os quais relatei as minhas observações, assim como a ênfase dada ao nome *divã transicional* deve-se ao meu especial apreço pelo pensamento de Winnicott.

3. Às voltas com minha poltrona giratória

“Esse símbolo vai, assim como a identidade analítica, delineando-se na mente do candidato, tornando-se um representante da fé do encontro analítico, que não necessariamente precisa ocorrer com a participação concreta do divã”.
(Saffer, 2018, p. 48)

Ao substituir as poltronas do consultório, estava certa de que as novas deveriam ser reclináveis como as antigas, pois vários pacientes mostravam-se relaxados quando recostados, com as pernas suspensas e o tronco levemente inclinado. Assim, adquiri poltronas reclináveis, com balanço, e giratórias.

Em certa ocasião, um paciente jovem e bem-humorado disse sentir-se envergonhado para relatar uma situação, sem coragem de falar “assim de frente pra ti” (sic). Respondi que este problema era simples de resolver: era só girar a poltrona! Ele virou-se de costas, referiu que agora se sentia confortável e livremente fez seu relato. Surpreendi-me com o que eu disse e com o fato de ele ter virado.

A partir daí, passei a dar maior atenção ao uso dos recursos da poltrona pelos pacientes, como o balançar, o reclinar e as diferentes angulações em relação a mim através do giro. Desta forma, deparei-me com uma ferramenta em potencial e passei a utilizá-la, observando, pensando e estudando, sempre com a preocupação de não infringir os referenciais teóricos ou causar dano aos pacientes, tampouco eliminando a possibilidade de dispor de uma nova ferramenta. O que ocorreu foi que vários pacientes adotaram o uso da poltrona virada de costas, incluindo aqueles que se opunham à ideia do divã e alguns que já haviam se analisado no divã com outros profissionais.

Enquanto eu dispunha somente da poltrona giratória, não tinha dados que confirmassem a minha hipótese de que ela representaria um recurso técnico com peculiaridades e indicações diversas daquelas atribuídas ao divã clássico. Em um primeiro momento, com meu recém-chegado divã, pude constatar algumas diferenças, entre elas a maior aceitação da poltrona, especialmente pelos pacientes com funcionamentos mais regressivos. A partir do momento em que pude dispor de ambos – poltrona giratória e divã –, observei os seguintes movimentos:

- a) Dos nove pacientes que usavam a poltrona virada de costas, seis optaram por migrar para o divã após dois meses; os três restantes permaneceram na poltrona durante um longo período, sem tecer qualquer comentário

a respeito do assunto – comportavam-se como se nada tivesse mudado no consultório.

- b) Entre os pacientes que realizavam atendimento face a face, dois decidiram ficar de costas, desde que fosse na poltrona e sem reclinar, mantendo os pés no chão. Não queriam o divã por múltiplas razões, tais como vergonha, recusa em abrir mão do *aconchego da poltrona* ou desejo de evitar *mudanças radicais*, razões estas que poderiam servir como comunicação de seus níveis de funcionamento – regressivo, fóbico, etc? Afirmaram que a ida para o divã representaria *muita mudança* de uma só vez, preferindo um ritmo mais gradual, porém não eliminando a possibilidade de mudar no futuro. Um deles referiu-se ao fato de ter sofrido abuso na infância, receando que a posição deitada provocasse a presença intrusiva do trauma, expondo-o a uma ansiedade demasiadamente intensa por remeter-lhe à situação traumática de vulnerabilidade. Dentre outros pacientes que vinham em tratamento face a face, dois optaram por deitar no divã.
- c) Em função das opções oferecidas pela poltrona, observaram-se múltiplas variações: alguns pacientes ficaram sentados, sem reclinar ou tirar os pés do chão; outros preferiram ficar reclinados, com as pernas estendidas e os pés suspensos. Um mesmo paciente podia variar a posição, dependendo do seu estado emocional predominante a cada sessão ou até mesmo mudar no decurso do período: quando mais angustiados, evitavam ficar com os pés suspensos; à medida que iam relaxando, reclinavam-se.
- d) Quanto ao ângulo de visão, mesmo que ela fosse deixada oblíqua de forma que eu pudesse enxergá-los, alguns giravam a poltrona ao se sentarem, ficando totalmente de costas, como se estivessem buscando *não ver e não serem vistos*. A tendência é que cada um escolhesse a sua posição. Entre os que ficaram de costas, tinha alguns que, logo após se sentarem, viravam-se ligeiramente para mim e me *espiavam* como se para *conferir* a minha presença.

Algo que ocorreu e que considero interessante relatar, no intuito de suscitar questionamentos, naturais e necessários para a ampliação das compreensões: com alguns pacientes, o uso da posição de costas teria tido, como nomeei em minha mente, três fases: uma inicial, que talvez atendesse principalmente a uma necessidade minha, e uma posterior, que talvez já pudesse corresponder ao uso do divã clássico, ambas separadas por uma fase intermediária, na qual considerei necessário o retorno à posição face a face. Hipótese que me ocorreu: naqueles casos nos quais a dissociação era intensa e a atenção do paciente tendia a ficar

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

excessivamente centrada em mim, a posição de costas protegeu-me das intensidades excessivas das projeções maciças, deixando-me menos carregada de sensações e mais livre para pensar, além de favorecer um grau significativo de desconstrução das rígidas defesas, levando os pacientes a estados regressivos. No entanto, percebi que alguns deles atingiam gradativamente um estado de desorganização, no qual passavam a me sentir como sua potencial perseguidora, com o risco de evoluir de maneira rápida para um estado que me remeteu à “síndrome de desertificação psíquica” descrita por Green: “o paciente cai em uma espécie de deserto anobjetal” (2015, p. 80-81). Ao perceber a iminência desses estados, eu então convidava o paciente a ficar de frente para mim, como se para me *re-conhecer* ou para certificar-se de minha presença, medida que observei ser eficaz para evitar o “perigo de desertificação” (Green, 2015, p. 82). Os pacientes permaneceram assim por períodos variáveis, voltando a ficar de costas tempos depois; alguns deles optaram pelo divã. Questiono: será que estes pacientes ainda não apresentavam condições de ficar de costas, naquele período que denominei de primeira fase? A posição de costas, prematura, teria favorecido o afrouxamento da dissociação, acelerando o processo? Poderíamos ter tido as mesmas fases com o divã clássico? Ou estas situações se assemelham àquelas referidas por Green no tocante a estados regressivos, quando descreve as variações temporárias do *setting* como “passagem do divã à poltrona, aumento na frequência das sessões ou mesmo sessões mais longas” (2002, p. 114)?

Ao longo de dois anos dispenho de ambos, divã e poltrona giratória, minha experiência tende a confirmar que o giro da poltrona veio a somar como mais uma ferramenta que contempla o gradativo, elemento crucial em alguns processos: o paciente referido acima, que *inaugurou* o ficar de costas, assim permaneceu durante dois anos, quando então decidi ir para o divã; uma paciente, que já havia ido para o divã, voltou para a posição face a face e depois passou a ficar de costas na poltrona, mantendo seus pés no chão; dois pacientes, que vinham em tratamento face a face, adotaram a posição de costas na poltrona, mencionando que talvez fossem para o divã em uma próxima etapa. Poder-se-ia pensar nestes estágios como uma forma de “o mundo ter sido apresentado a eles em pequenas doses, possibilitando-lhes dar seu significado pessoal à experiência” (Thormann, 2019, comunicação pessoal)?

4. Considerações teóricas

André Green considera que o enquadre interno do analista é a base da identidade analítica e o elemento que o orienta a eleger o dispositivo capaz de

promover as condições ótimas, “segundo a singularidade de cada paciente” (Green & Urribarri, 2015, p. 101). Afirma que

há certo conservadorismo que se apoia em uma espécie de idealização do processo analítico. Seus partidários sustentam que este esteja ausente nos tratamentos face a face. No entanto, se estudamos a experiência que temos desde Winnicott até nossos dias, comprovamos a diversidade tanto dos processos na prática analítica como dos parâmetros teóricos que os testemunham. (p. 102, tradução livre)

Em minhas leituras, encontrei incentivo em colocações feitas por importantes autores da psicanálise de diferentes épocas. Etchegoyen (1987), por exemplo, quando se refere ao estilo e à técnica de cada analista, afirma: “ninguém poderia dizer que, se alguém tem uma cadeira giratória, está incorrendo em um erro técnico” (p. 42). Thomas Ogden (1995), por sua vez, relata um caso no qual o paciente “por um período de quase seis meses ele virou sua cadeira no início das sessões, ficando de costas para mim” (p. 181). E também há o divertido relato de Ferro e Nicoli (2017), que perguntou a uma paciente, a qual se recusava a deitar no divã, se ela se importaria que ele permanecesse de costas, pois ficava cansado de passar cinquenta minutos de frente para ela. Nessa situação, Ferro (2017) afirma que usou “uma cadeira giratória com rodas” (s/p, tradução livre), mantendo-se de costas durante seis meses. A seguir, a paciente começou a mencionar o desejo de usufruir de maior conforto, momento em que o analista imaginou que ela estaria planejando ir para o divã, mas não foi o que ocorreu: a paciente mudou-se para a poltrona de Ferro! E ele, então, passou a deitar-se no divã! Durante os meses que se mantiveram assim, ele no divã e ela na poltrona do analista, ele a provocava, dizendo-lhe que não tinha ideia do que estava perdendo... até que, em dado momento, a partir de um sonho, a paciente finalmente optou por deitar e Ferro voltou à sua poltrona. Em relação ao seu trabalho nesse caso, ele afirma: “Levou pelo menos três anos para fazer esta mudança, mas foi uma análise em todos os aspectos, uma análise muito normal. O importante é saber como jogar” (Ferro & Nicoli, 2017, s/p, tradução livre).

A complexidade na abordagem dos aspectos não neuróticos da personalidade é conhecida desde os tempos de Freud, e Ferenczi foi um dos pioneiros a preocupar-se com o tema, abordando aspectos causados pelo tratamento de tais indivíduos e propondo adequações técnicas por reconhecer serem casos muito resistentes à psicanálise clássica. Green (2002) considera que “Ferenczi é inegavelmente o precursor da análise moderna” por seu “papel preponderante no surgimento da

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

questão da contratransferência” (p. 76). Ferenczi (1928/1992) propôs a “elasticidade da técnica” (p. 28), ressaltando que a relação real atual do paciente com seu analista teria tanta importância quanto as lembranças revividas dentro da relação transferencial. Luz (2019) apresenta Ferenczi como um dos primeiros analistas contemporâneos e afirma que “a técnica elástica proposta por Ferenczi (...) para pacientes muito resistentes à técnica habitual mostra sua preocupação em poder dar conta das comunicações” (2010, s/p) dos pacientes de difícil acesso.

Freud não aprovou a técnica proposta, mas concordou com a opinião de Ferenczi a respeito da relevância da relação paciente-analista, elemento que passou a constar dentre os mais importantes fatores terapêuticos, como confirmam as considerações sobre o *campo* dos Baranger (1961-62) e o *terceiro-analítico* de Ogden (1994), entre outras.

Segundo Luz (2019), os pacientes não neuróticos conhecem de forma intuitiva o processo analítico, “buscam ajuda e desejam profundamente encontrar alívio para seu sofrimento” (Luz, 2011, p. 102), apesar de não se enquadrarem na técnica *standard*. Luz (2011) afirma tratar-se de indivíduos que gratificam o analista por sua boa evolução quando adequadamente tratados e por nos ensinarem muito sobre psicanálise. Refere que a função analítica de suas personalidades tem grande potencial para desenvolver-se “e por isso vale o esforço de um tratamento analítico, mesmo que seja longo e conturbado” (p. 102). Concordando com Luz, penso que cada configuração psicopatológica determina um tipo predominante de relação com o *objeto analista* – subjetivo, transicional, objetivo.

Como comenta Winnicott (1971) quando se refere ao uso do objeto, os pacientes neuróticos usam o analista – objeto transferencial – e a análise “como usaram seus pais, seus irmãos e seus lares” (p. 130), diferentemente de outros que “necessitam adquirir, através de nós, uma capacidade de nos usar” (p. 130). Para o objeto ser usado, precisa ser reconhecido como real “no sentido de fazer parte da realidade compartilhada” (p. 123), situação resultante do processo de maturação, no qual se inclui a fase dos fenômenos transicionais.

Ciente da importância de adequar a técnica psicanalítica a estes casos, Winnicott (1971) repensa o *timing* das interpretações, afirmando que

não adquirira eu a técnica que tornasse possíveis os movimentos transferenciais. Só recentemente me tornei capaz de esperar; e esperar ainda pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente (...) e evitar romper esse processo natural pela produção de interpretações. (...) Estarrece-me pensar quanta mudança profunda impedi,

ou retardei, em pacientes *de certa categoria de classificação* pela minha necessidade pessoal de interpretar. (p. 121, grifo do autor)

Quando da abordagem destes núcleos não neuróticos, o *setting* analítico e o enquadre interno do analista devem se moldar o quanto possível, com o analista *estando para* o seu paciente, o que impõe adaptações ao método e à técnica. Para o analista poder transitar, dispor-se conforme objeto subjetivo, transicional ou objeto objetivo promovendo as condições necessárias ao processo de subjetivação e individuação, o divã, a neutralidade, a abstinência e a interpretação adquirem novas configurações. Passa a ser vital, assim, que o analista mostre-se adequado às necessidades do paciente – além de utilizar o enquadre, o analista precisaria *enquadrar-se*. Como afirma Dias (2011), “teremos que ser objetos subjetivos, para o paciente, e suportar o fato de não existirmos para ele, como pessoas separadas, sabendo, ao mesmo tempo, que nossas atitudes os afetam imediatamente” (Google Books, s/p).

Thormann (2019, comunicação pessoal) refere que “a poltrona fixa, a poltrona giratória e o divã” seriam todos “objetos que podem ou não ter a função transicional, de unir e separar usando a experiência da ilusão”, pois “a mobilidade mais importante seria a da forma do analista apresentar o mundo-espaço para seu paciente – a transicionalidade como fenômeno no espaço entre analista e paciente”.

Em especial quando existiram falhas no desenvolvimento emocional primitivo daqueles pacientes cujo objeto não pôde ser materialmente constituído e internalizado dentro de uma área prévia de ilusão, como nos descreve Winnicott, penso que a mobilidade da poltrona pode ter facilitado o trânsito entre os seus estados internos. Cogito que possamos pensar no giro da poltrona como algo relacionado com estes movimentos internos, entre o que é subjetivamente concebido e o que é objetivamente percebido. Nos momentos regressivos, o divã é, às vezes, mal tolerado, ao passo que o giro sob seu controle permite ao paciente experimentar a “ilusão da onipotência” que “fornece as bases para a capacidade de relacionar-se com a realidade objetivamente percebida sem ser por ela aniquilado” (Dias, 2011, s/p). No desenvolvimento emocional primitivo, a passagem da dependência absoluta para a dependência relativa ocorre através da adoção e posse do objeto transicional: o bebê vai gradualmente abandonando o controle mágico, onipotente, do mundo subjetivo. Poderíamos relacionar a mobilidade física com um tipo de comunicação da dinâmica interna? Ou seriam ensaios desta construção, tecida através da função transicional do espaço potencial analítico? Essa mobilidade física seria o equivalente externo da dinâmica interna do paciente: ele não é um psicótico e ele não é um neurótico; ele *é ambos e nenhum*, ao mesmo tempo. Penso

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

em Winnicott (1971) e no paradoxo: “o objeto transicional *não é um objeto interno* – é uma possessão. Tampouco é (para o bebê) um objeto externo” (p. 24). Associao: Poder-se-ia pensar a mesma equivalência em relação à poltrona giratória – ser e não ser, simultaneamente, poltrona e divã?

Luz (2019) considera que o “uso de um divã/não divã, portanto, um divã que se encaixa com perfeição no espaço transicional” preenche os requisitos de enquadre que os pacientes mais frágeis precisam. Afirmo tratem-se de “pacientes transacionais” que

ainda não podem brincar o jogo do carretel como o neto de Freud fazia, pois confundem separação com desaparecimento. Precisam de um espaço para poder brincar do jogo do carretel de forma quase concreta, fazendo o analista aparecer e desaparecer, até que esse objeto analista possa ser internalizado de forma consistente e segura. (s/p)

A falha ambiental que contribuiu para o dano emocional será revivida no tratamento para ser significada e elaborada, e a comunicação nestes estados regressivos dá-se de forma primitiva – *aquem das palavras* – “quando as palavras não alcançam, o *setting* ocupa o lugar da interpretação e o experienciar ocupa o lugar do lembrar” (Thormann, 2019, comunicação pessoal). A dificuldade de comunicação, somada ao frágil contato com a realidade, obriga esses pacientes a buscarem formas de controlar o ambiente e defender-se da angústia psicótica que os inunda. O contato visual com o olhar materno é um dos mais importantes recursos utilizados pela criança para se tornar capaz de diferenciar os mundos interno e externo. Nos momentos de muita angústia, como ocorre com a criança pequena, o paciente precisa do contato visual, e o uso do divã é sentido como ameaçador. Segundo Thormann (2019, comunicação pessoal), aqueles pacientes nos quais não se deu a suficiente constituição de um *self* “precisam ir e vir para ensaiar a separação, através do olhar e não olhar”. Com a potencial mobilidade da poltrona, os sentimentos de abandono, desamparo e impotência despertados pela perda do contato visual seriam amenizados, possibilitando-se o *sonhar*.

Ocorrência frequente, nas sessões de segunda-feira: “Ai, hoje eu preciso ficar de frente! Me ajuda, acho que tô louca! Dormi até há pouco, não consegui acordar pra fazer nada, quase me atrasei!”(sic).

O pedido para ficar de frente na busca do contato do olhar pode ser facilitado após as separações, quando a capacidade de sustentar o objeto-analista internalizado é excessivamente frágil. O *girar* sutil possibilita que o paciente certifique-se da sobrevivência do analista quando de seus ataques raivosos, sem

ferir intensamente sua onipotência defensiva, ainda necessária nesses estados imaturos. Outra vantagem da mobilidade seria a maior facilidade de *flagrar* o analista *sem querer*, com o objetivo de conferir a sustentação de sua atenção; a lesão grave que esses pacientes apresentam em sua capacidade de confiar torna-os descrentes, necessitando testar de maneira contínua a confiabilidade do analista. São pacientes “verdade-dependentes” (Oliveira, 2018, p. 340).

Segundo Green, a comunicação nas estruturas não-neuróticas caracteriza-se por “um ir e vir: às vezes, a comunicação poderá se ajustar ao modelo do sonho, mas em outras, (...) o fará explodir”² (Green & Urribarri, 2015, p. 100). A possibilidade de ir e vir de um estado menos desenvolvido psiquicamente para uma condição mais evoluída, que suporta a realidade da condição de separado, ficaria representada na posição eleita pelo paciente enquanto na poltrona giratória-reclinável. Usar a poltrona face a face, com os pés tocando o chão, representaria a necessidade mais primitiva de controle mágico sobre o objeto, além de dispor da função de espelho do analista; poder recostar-se, abrindo mão do controle visual do objeto externo e relaxando a ponto de perder o contato com o chão, significaria um estado mais confiante no símbolo interno do objeto primitivo estável.

Gabbard (2009) diz que a hipervigilância a estados emocionais dos outros pode ser adaptativa e protetora. O frequente uso de identificações projetivas maciças e a busca de controle ininterrupto sobre o analista tendem a impedir que os pacientes olhem para seu mundo interno, para sua pobre capacidade de *insight*. O atendimento de costas na poltrona, portanto, facilitaria o trabalho intensificando o *insight*, pois a segurança da mobilidade neutralizaria a ameaçadora rigidez e a exposição física provocadas pelo divã, fatores que intensificam a sensação de vulnerabilidade e agravam a ansiedade já intensa. Em estados agudos de ansiedade, os pacientes traumatizados tendem a paralisar, inviabilizando seu trabalho psíquico ainda débil e incipiente.

Em suas recomendações sobre a técnica da psicanálise, afirma Freud (1913/1972b) que “não posso suportar ser encarado fixamente por outras pessoas durante oito horas (ou mais) por dia.” (p. 176), pontuando a importância do uso do divã para promover maior liberdade da mente do analista no exercício de sua função. Ogden (2016), por sua vez, relata que costuma explicar aos seus pacientes desde o início da análise, independentemente da frequência de sessões combinada, que o uso do divã lhe propicia a privacidade necessária para pensar de um modo diverso àquele típico de uma conversa face a face, acrescentando que o mesmo deverá ocorrer para o paciente. Penso que a poltrona giratória seja capaz de fornecer

² Tradução livre de “un ir y venir: algunas veces, la comunicación podrá conformarse con el modelo del sueño, en tanto que otras, (...) lo hará estallar”.

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

este conforto ao analista por sua maior aceitação, possibilitando o uso mais precoce da posição de costas, o que ficou demonstrado pelos pacientes citados, que se recusaram a usar o divã clássico, mesmo tendo experiência prévia, e aceitaram ficar de costas na poltrona giratória.

Manter-se permanentemente à mercê das projeções maciças tende a exaurir o analista, arriscando que fique tomado pelos sentimentos contratransferenciais de impotência, raiva, vazio. Para suportar estar presente para o paciente, o analista precisa *livrar-se do paciente* de certa maneira. Menos inundado pelas projeções, sua mente libera-se para “sonhar os sonhos não sonhados” (Ogden, 2005, p. 1) ou *pesadelar os pesadelos* desses pacientes precoce e gravemente traumatizados, ou ainda, segundo Green, “ter certa disponibilidade para elaborar seus pensamentos loucos para tornar figuráveis os impulsos arcaicos, as cenas tanto repetidas quanto impensáveis” (Green & Urribarri, 2015, pp. 75-6, tradução livre).

José, ao sentir-se triste, vira-se de costas para “ficar mais à vontade” (sic) para chorar. Em outro momento, ainda de costas, passa a sentir-se intensamente angustiado; gira a poltrona e volta a ficar face a face.

Ao falar a respeito da abordagem de níveis mais profundos em certos momentos críticos de uma análise clássica ou na análise dos pacientes não neuróticos, Green (1972) ressalta a importância da contenção e da constância do enquadre analítico, condições que permitem o nascimento e o desenvolvimento de uma relação de objeto. Fala-nos também sobre a ausência como uma situação intermediária entre a presença e a perda. Nos estados nos quais as angústias predominantes seriam a de intrusão e de aniquilação, e em que a ausência não se sustenta, caindo na agonia da perda, o recurso da mobilidade da poltrona poderia anestesiar as turbulências ainda excessivas, evitando estados ameaçadores de desorganização, porém ferindo menos profundamente a ilusão da onipotência. Em situações de ameaça de impasse, com pacientes que deitam no divã, um dos recursos disponíveis para evitar a ruptura é convidar o paciente a ficar face a face, buscando-se conversar sobre o que está ocorrendo no campo. No entanto, alguns pacientes sentem o *retornar para a poltrona* como uma regressão, algo humilhante e que pode agravar um contexto já de risco. Na minha observação, alguns pacientes giram por si a poltrona ou eu os convido a ficar face a face, parecendo-me que esta mudança os atinge menos narcisicamente do que se tivessem que sair do divã e *regredir* para a poltrona.

Em comunicação pessoal, Eizirik (2018) comenta que “muitos pacientes sentam no divã em determinados momentos, durante uma crise de angústia, ou voltam para a poltrona, ou ficam de pé caminhando pela sala, ou ainda sentam para mostrar uma foto ou vídeo em seu celular”, lembrando que a ida para o

divã tem a sua importância, mas não se trata de uma mudança necessariamente definitiva e sim de uma ocasião, um momento da análise, situação esta que pode ser revertida provisória ou permanentemente. Eizirik assinala ainda que “há muito mais transicionalidade, movimentos emocionais de ir e vir no campo analítico, níveis de ansiedade toleráveis e intoleráveis, do que uma visão *standard* e plana nos sugeriria”. A poltrona giratória promoveria um tipo de *continuum* quando da ocorrência das mobilizações referidas?

5. Luís

História de trauma precoce em ambiente familiar tóxico: mãe abandonante, pai violento, tia engolfante. Parece não ter criado matriz relacional suficientemente boa. Defesas maníacas estruturadas, dissociação grave. Todas as suas relações são lábeis.

Luís iniciou tratamento comigo há mais de dez anos, tendo feito outras terapias no passado, inclusive três anos de análise, deitado no divã, cinco sessões semanais há mais de vinte anos. Comigo sempre esteve face a face, eliminando qualquer possibilidade de ficar de costas, por ter considerado a experiência traumática após aqueles anos de análise.

Há um ano, comentando sentir-se bem, disse que gostaria de experimentar continuar vindo de forma quinzenal, pois estava se considerando em condições para tal. Luís mostrava-se com frequência inconformado por tantos anos de terapia e análise ao longo de sua vida. Depois, por mensagem, disse que havia optado por espaçar ainda mais as sessões, ficando um mês sem vir, até que pede para marcar um horário com urgência. Aflito, relata que voltara a ter as tonturas que apresentava antes de iniciarmos nosso trabalho e que chegara a desmaiar mais de uma vez. Em termos clínicos, não apresentava nenhuma alteração para justificar os sintomas, e seu clínico reforçou que seriam de “fundo emocional” (sic).

Luís retornou frustrado, irritado e assustado com estes quadros. Contou que me “desconstituiu” (sic), falou mal de mim para seus amigos e familiares no período em que esteve ausente, dizendo para todos que o seu tratamento comigo havia sido tempo perdido.

Voltamos às sessões semanais e eu lhe disse que não ficar me olhando o tempo todo talvez pudesse ajudá-lo em algumas construções que pareciam serem falhas em seu desenvolvimento. Ele tem consciência de que sempre quer ter tudo sob seu controle, bem como da relação disto com a labilidade em suas relações. Ficou muito angustiado em um primeiro momento, mas, algumas sessões após esta

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

conversa, disse que havia decidido virar, mas na poltrona. Uns meses se passaram, e ele agora comenta até preferir esta posição por se sentir mais à vontade para pensar e por se distrair menos de si, pois não fica focado em me observar.

As tonturas espaçaram-se; quando ocorrem, ele faz contato comigo por WhatsApp e aliviam; não teve mais quedas. Minha hipótese: Luís ficou lesado em sua capacidade de internalizar o objeto. Para afastar-se, tem que desconstituí-lo. Estaríamos nesta modalidade agora, construindo sua capacidade de estar só na presença do objeto?

6. Considerações finais

“A diversidade das práticas psicanalíticas corresponde à diferença da demanda, da viabilidade prática e, sobretudo, dos tipos e dos níveis de organização psíquica, mas também da competência e da disponibilidade psíquica dos analistas”. (Brusset, 2013, s/p)

As reflexões relatadas neste trabalho partiram da observação de fenômenos que ocorreram de maneira natural, despertando a minha curiosidade e levando-me a buscar fundamentação nos aportes teóricos para melhor compreensão e possível aplicação técnica de uma ferramenta em potencial que se apresentou para mim. Em inspirador e consistente comentário, referindo-se a estórias “em torno do que Winnicott propôs como *adaptação ativa do analista às necessidades do paciente*” que surgem “na intimidade das nossas conversas, no *cá entre nós*”, Thormann (2019) comenta sobre “nosso desamparo como analistas” e sobre a nossa “possibilidade de criarmos a partir deste desamparo”. Afirmo ainda:

Penso que é responsabilidade do analista, a busca de uma atitude de permeabilidade-sustentadora, favorecendo a construção de modelos para pensar a clínica a partir da experiência com cada paciente. (...) Tecer a trama entre o subjetivo e o objetivo é estar vivo como analista. Supõe reinventar-se, reinventar a psicanálise para si com o outro e no outro, bem como na sua relação e expansão com a cultura. (2009, p. 50)

Considero que vivenciamos uma rica variedade de fenômenos em nossa prática diária que instiga a inovar, principalmente quando da exploração dos

aspectos não neuróticos da personalidade. Entretanto, concordo com a preocupação de Vasconcellos (2019): “atualmente temos visto muitas novidades em nossa área, mas nem sempre elas são bem fundamentadas”. Vasconcellos afirma que poderemos confiar no futuro da psicanálise “na medida em que fundamentarmos teoricamente as inovações técnicas propostas” (comunicação pessoal).

Referindo-se ao processo de separação-indivuação, Mahler (1979) relata o caso de um paciente *borderline* que não suportava ficar deitado no divã em alguns momentos da análise, quando parecia transformar-se em “pouco mais de um pequeno monte de miséria – uma criança abandonada” (p. 146). Em tais situações, voltava à posição face a face e referia: “quando estou deitado tenho esta sensação de flutuar, como se estivesse muito longe de você, no espaço” (p. 146). Teria a mobilidade da poltrona giratória amenizado as angústias desse paciente em seu sofrido processo analítico?

As considerações de Mahler, Pine e Bergman (1975) a respeito dos fenômenos transicionais também me remeteram à poltrona giratória, quando se referem ao uso dos livros de história pelas crianças:

(...) pareciam possuir uma natureza transicional pelo fato de satisfazer a necessidade de se distanciar e explorar um mundo maior (através da simbolização e da fantasia); por outro lado, a situação proporcionava proximidade, e a chance de chegar perto da pessoa que estava lendo. (p. 128)

Imagino que, nas situações em que predomina a linguagem não verbal, caso eu dispusesse dos recursos utilizados nas análises infantis – jogos, brinquedos, livros –, estes promoveriam significativos incrementos na comunicação. Na falta de tais recursos, penso que a mobilidade promovida pela poltrona, oferecendo diferentes possibilidades como o girar, o manter ou não os pés no chão, o reclinar ou não, podem oferecer um elemento adicional para a ocorrência de fenômenos transicionais, somando-se à mobilidade interna da mente do analista, fator essencial do processo, o que vitalizaria a comunicação, além de contemplar necessidades típicas desses estados regressivos.

Por fim, cogito que a minha poltrona giratória também tenha sido um tipo de objeto transicional, parte deste complexo e instigante processo de me tornar uma psicanalista. Listo, sem ordem de prioridade, alguns fatores envolvidos: 1) As exigências técnicas inerentes ao atendimento de pacientes graves; 2) As minhas vivências como paciente em tratamento psicoterápico face a face e de analisanda no divã; 3) A minha preocupação em respeitar as exigências da formação analítica e de me construir como uma analista com um sólido “enquadre interno” (Green

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

& Urribarri, 2015, p. 77), ainda que preocupada por privar meus pacientes de um recurso técnico que poderia beneficiá-los; 4) O fato de estar em uma segunda área de atuação como profissional da saúde, assim como a bagagem de experiência que consegui acumular. 6) Um desejo de *atalhar*? De “usar o sapato de salto alto da mãe”, como refere Saffer (2018, p. 47) em seu criativo trabalho?

Green considera que a noção de *transicional* aportada por Winnicott “inaugurou uma perspectiva fundamental”, iniciando uma “mudança decisiva no pensamento clínico” (Green & Urribarri, 2015, p. 97). Afirmo que a transicionalidade seria uma chave para compreender a simbolização, eis que aborda a relação entre realidade psíquica e realidade exterior, entre “objeto subjetivo e objeto percebido objetivamente” (p. 97). Em *Conferências brasileiras* (1990), imagina Winnicott entre Anna Freud e Melanie Klein na *British Psychoanalytic Society*, dizendo: “estou cheio destas mulheres! O externo, o interno... o externo, o interno... não quero ter que escolher. Então, eu invento um terceiro campo: o *campo transicional*” (p. 29, grifo meu).

Encerro *brincando de plagiar* Green e homenageando Winnicott: o divã, a poltrona... o divã, a poltrona... não quero ter que escolher. Então, eu *sugiro* um terceiro recurso: o *Divã transicional*. □

Abstract

Elastic chair? Transitional divan? Reflections on my swivel recliner

Combining her clinical experience in the areas of anesthesiology and psychoanalysis and illustrating with clinical vignettes, the author reports, reflects and proposes some theoretical foundations for the use of her reclining and swivel chair, which has proved to be a potentially useful and rich technical proposal in treatment of certain types of clinical situations. She thinks that due to its mobility, the swivel chair can relate to the transitional function of uniting and separating, using the experience of illusion in the analysis of regressive aspects of the personality, when it is accessing nuclei that are still psychically *premature*. She supports on Ferenczi, Green, Roussillon, Ogden, Gabbard, Ferro, among others, with an emphasis on Winnicott’s transitional phenomena to support her ideas about the tool, which would *become and not be* an armchair and *be and not be* a divan. So, could the swivel chair be thought of as a *transitional divan*?

Keywords: Psychoanalysis; Psychoanalytic technique; Winnicott; Transitional; Countertransference; Regressive cases

Resumen

¿Sillón elástico? ¿Diván transicional? Reflexiones sobre mi sillón giratorio

Uniendo su experiencia clínica en las áreas de la anestesiología y del psicoanálisis e ilustrando con viñetas clínicas, la autora relata, refleja y propone fundamentos teóricos para el uso de su sillón reclinable y giratorio, la cual fue se revelando una útil y rica propuesta técnica en potencial en el tratamiento de ciertos tipos de situaciones clínicas. Cogita que, debido a su movilidad, el sillón giratorio pueda relacionarse con la función transicional de unir y separar, utilizando la experiencia de la ilusión en el análisis de aspectos regresivos de la personalidad, al acceder a núcleos aún psíquicamente prematuros. Se ampara en Ferenczi, Green, Roussillon, Ogden, Gabbard, Ferro, entre otros, con énfasis en los fenómenos transicionales de Winnicott para basar sus ideas sobre la herramienta, que vendría *a ser y no ser* sillón y *ser y no ser* diván. ¿El sillón giratorio podría ser entonces pensado como un *diván transicional*?

Palavras chave: Psicoanálisis; Técnica psicoanalítica; Winnicott; Transicional; Contratransferencia; Casos regresivos

Referências

- Anzieu, D. (1985). *Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- Baranger, M. & Baranger, W. (1961-62). La situación analítica como campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1), 3-54.
- Bollas, C. (2013). *Catch them before they fall: the psychoanalysis of breakdown*. Nova York: Routledge.
- Brusset, B. (2013). La especificidad de las prácticas psicoanalíticas. In A. Green, *Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Cahn, R. (2013). Retos y límites de las psicoterapias realizadas por el psicoanalista. In A. Green, *Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Dias, E.O. (2011). *Sobre a confiabilidade e outros estudos*. São Paulo: DWW Editorial. Recuperado de <https://books.google.com.br/>
- Eizirik, C.L. (2013). Un discurso siempre vivo. In A. Green y F. Urribarri, *Del pensamiento clínico al paradigma contemporáneo – Conversaciones* (pp. 11-17). Buenos Aires: Amorrortu/editores, 2015.
- Eizirik, C.L. (2018). Comunicação pessoal.
- Eizirik, C.L. (2019). Comentário realizado na apresentação deste trabalho na Quinta Científica dos Candidatos, SPPA, Porto Alegre, dezembro, 2019.

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

- Etchegoyen, R.H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ferenczi, S. (1992). Elasticidade da técnica analítica. In *Obras completas. Psicanálise IV*. Trad. de A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Ferro, A. & Nicoli, L. (2017). *The new analyst's guide to the galaxy – Questions about contemporary psychoanalysis*. Londres: Karnac.
- Freud, S. (1972a). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud – O caso Schreber. Artigos sobre técnica e outros trabalhos*, (Vol. 12, pp. 147-159). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1972b). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud – O caso Schreber. Artigos sobre técnica e outros trabalhos*, (Vol. 12, pp. 163-187). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913)
- Gabbard, G. (2009). A psicoterapia neurobiologicamente informada para transtorno da personalidade borderline. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 11(2), 267-85.
- Green, A. & Urribarri, F. (2015). *Del pensamiento clínico al paradigma contemporáneo – Conversaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (2008). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1972)
- Green, A. (2002). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 2008.
- Green, A. (2011). El momento crucial de los años 2000. In *Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista* (Tercera Parte: Principios de las psicoterapias hechas por psicoanalistas, Cap. 4). Madri: Biblioteca Nueva.
- Kahr, B. (2016). *Tea with Winnicott*. Londres: Karnac.
- Luz, A. B. (2010). Ferenczi: Grão-vizir ou enfant terrible. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2010000200003
- Luz, A.B. (2011). A verdade como forma de desenvolver e preservar o espaço para pensar nas mentes da paciente e da analista. *Livro Anual de Psicanálise, XXV*, 101-116.
- Luz, A.B. (2019). *Psicanálise contemporânea e o divã transicional*. Comentário realizado na apresentação deste trabalho na Quinta Científica dos Candidatos, SPPA, Porto Alegre, 2019.
- Mahler, M.S. (1979). *O processo de separação-indivuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- Mahler, M.S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *O nascimento psicológico da criança Simbiose e indivuação*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1986
- Ogden, T.H. (1994). O terceiro-analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos In *Os sujeitos da psicanálise* (pp. 57-91). Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

Poltrona elástica? Divã transicional? Reflexões sobre a minha poltrona giratória

- Ogden, T.H. (1995). Analisando formas de vitalidade e desvitalização da transferência-contratransferência. *Livro Anual de Psicanálise, XI*, 175-88.
- Ogden, T.H. (2005). *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Ogden, T.H. (2016). *Reclaiming unlived life*. New York: Routledge.
- Oliveira, A.L.M. (2017). A caixa de ferramentas do analista contemporâneo. *Anais do XI Simpósio Interno Integrado – Associação de candidatos e Instituto de Psicanálise SPPA*. Porto Alegre, 2017, 15-29.
- Oliveira, A.L.M. (2018). A preocupação psicanalítica primária. Tempo de despertar. *Revista de Psicanálise da SPPA, 27* (2), 335-354.
- Roussillon, R. (2018). *Primitive agony and symbolization*. New York: Routledge.
- Saffer, P.L. (2018). Meu divã chegou: E agora? Algumas reflexões sobre o divã. *Anais do XII Simpósio Interno Integrado – Associação de candidatos e Instituto de Psicanálise SPPA*. Porto Alegre, 2018, 45-56.
- Thormann, L.L. (2009). O setting-incubadora: ressonâncias do pensamento de Winnicott na clínica psicanalítica. *Revista do CEPdePA, 15*, 43-51.
- Thormann, L.L. (2019). *Cá entre nós: um novelo de dúvidas e uma floresta de possibilidades*". Comentário realizado na apresentação deste trabalho na Quinta Científica dos Candidatos, SPPA, Porto Alegre, 2019.
- Vasconcellos, M.C.G. (2019). Comentário pessoal.
- Winnicott, D.W. (2000). *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D.W. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Recebido em 05/01/2019

Aceito em 25/05/2020

Revisão gramatical de **Gustavo Czekster**

Revisão técnica de **Karem Cainelli**

Ana Lúcia Monteiro Oliveira

Rua Dr. Florêncio Ygartua, 288/308

90430-010, Porto Alegre – RS – Brasil

analm_oliveira@yahoo.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA