

Como eu falo com meus pacientes¹

Thomas H. Ogden², San Francisco

RESUMO: Neste artigo, o autor tenta descrever e ilustrar como ele fala com seus pacientes. Ele evita o uso de linguagem que convida o paciente a se engajar predominantemente no pensamento do processo secundário consciente, quando as dimensões inconscientes do pensamento são o que é necessário. Ele valoriza os mal-entendidos porque eles tendem a convidar a conjecturas, possibilidades, um senso de humildade, diante da condição humana desconhecida e incognoscível. O autor constata que as certezas do analista minam o processo analítico e o potencial de crescimento psíquico do paciente. Ele discute as formas de descrever, ao invés de explicar, na conversa analítica, que facilitam melhor o processo analítico. Um exemplo clínico é fornecido em que o autor discute seus próprios processos de pensamento enquanto conversa com um de seus pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Interpretar, descrever, explicar, questionar, mal-entendido.

Talvez as questões clínicas mais importantes, e as mais difíceis para mim como psicanalista praticante, sejam aquelas não tanto relacionadas com o que digo aos meus pacientes, mas com a forma como converso com eles. Em outras palavras, meu foco ao longo dos anos mudou do que quero dizer para como quero dizer. Claro, os dois são inseparáveis, mas neste artigo eu enfatizo o último. Discutirei problemas e possibilidades geradas pelo reconhecimento de que nunca podemos conhecer a experiência do paciente; a impossibilidade de generalizar sobre como falamos

1. Tradução para o português: Adalberto A. Goulart.

2. Psicanalista e Supervisor do Instituto Psicanalítico do Norte da Califórnia (IPA).

com os pacientes, visto que cabe ao analista reinventar a psicanálise com cada paciente; a abordagem do analista ao medo da mudança psíquica do paciente; a maneira pela qual o “*off-ness*” do analista, seus mal-entendidos e distorções podem estimular a expressão criativa tanto por parte do paciente quanto do analista; e as maneiras pelas quais descrever a experiência, em vez de explicá-la, promove melhor o discurso que aborda o nível inconsciente do que está ocorrendo na análise. No trabalho clínico que apresento, descrevo meus próprios pensamentos falados e não falados sobre como converso com o paciente.

“Paciente e analista, em cada momento de seu trabalho conjunto, esbarram no fato de que o imediatismo de sua experiência vivida é incomunicável. Ninguém descreveu a brecha entre as mentes dos seres humanos tão bem quanto William James” (1890):

Cada uma dessas mentes [neste auditório] guarda seus próprios pensamentos para si mesma. Não há doação ou troca entre eles. Nenhum pensamento chega à vista direta de um pensamento em outra consciência pessoal que não a sua. Isolamento absoluto, pluralismo irredutível, é a lei... As brechas entre tais pensamentos [os pensamentos de duas pessoas diferentes] são as brechas mais absolutas da natureza [pág. 226].

Assim, ao conversar com os pacientes, minha própria experiência é incomunicável; a experiência do paciente, inacessível: nunca posso conhecer a experiência do paciente. As palavras e a expressão física ficam muito aquém de comunicar a experiência vivida pelo paciente ou a minha própria. No entanto, o paciente e eu podemos ser capazes de comunicar algo como nossas experiências vividas, rerepresentando a experiência. Isso pode envolver o uso de uma linguagem particular a cada um de nós e ao evento emocional que está ocorrendo, por exemplo, por meio de metáfora, ironia, hipérbole, ritmo, rima, sagacidade, gíria, sintaxe, etc., bem como a expressão corporal, como mudanças no tom de fala, volume, ritmo e qualidade do contato visual.

Essa divisão, entre a subjetividade do paciente e a minha, não é um impedimento a ser superado; é um espaço no qual uma dialética de

separação e intimidade pode dar origem à expressão criativa. No cenário analítico, se comunicar a experiência individual fosse de alguma forma possível, o paciente e eu perderíamos a necessidade/oportunidade de imaginar criativamente as experiências do outro. Paradoxalmente, as partes que faltam, as partes deixadas de fora de nossas comunicações, abrem um espaço no qual podemos, de alguma forma, preencher a lacuna entre nós e os outros. A experiência do paciente de ser criativo no ato de se comunicar é uma parte essencial do processo de “sonhar a si mesmo mais plenamente na existência” (Ogden 2004, p. 858), tornando-se de uma maneira que é exclusivamente sua.

A impossibilidade de conhecer a experiência de outra pessoa tem implicações importantes na maneira como converso com meus pacientes. Por exemplo, tento não dizer a um paciente o que ele está pensando e sentindo, pela simples razão de que não posso saber disso; em vez disso, tento me limitar a dizer apenas o que penso e sinto. É importante acrescentar que essa não é uma regra rígida que eu me imponho. Em vez disso, como acontece com quase tudo relacionado à conversa com os pacientes, a maneira como falo com um paciente, em todos os casos, depende do que está acontecendo entre esse paciente em particular e eu neste momento específico.

Quando falo com um paciente sobre o que sinto que está acontecendo emocionalmente na sessão, posso dizer algo como: “Enquanto você estava falando [ou durante o silêncio], esta sala parecia um lugar muito vazio [ou lugar pacífico, ou lugar confuso, e assim por diante].” Ao formular as coisas dessa maneira, deixo em aberto a questão de quem está sentindo o vazio (ou outros sentimentos). Foi o paciente, ou eu, ou algo que nós dois criamos juntos inconscientemente (o “campo analítico” [Civitaresse 2008, 2016; Ferro 2005, 2011] ou o “terceiro analítico” [Ogden 1994])? Quase sempre, são todos os três — o paciente e eu como indivíduos separados, e nossas co-criações inconscientes.

Descobri que fazer perguntas a um paciente do tipo: “Por que você ficou tão calado hoje?” ou “Por que você decidiu pular a sessão de ontem?” funciona como um convite ao paciente a mover-se para o nível superficial

de sua experiência, a pensar e falar comigo nos modos de pensamento consciente, lógico, sequencial, cronológico, de causa e efeito (processo secundário). Assim, quando me pego fazendo perguntas que convidam a um processo de pensamento secundário por parte do paciente ou de mim, paro para me perguntar: O que há no aspecto inconsciente do que está acontecendo que está me assustando?

O sentimento de certeza do analista está muitas vezes ligado à ideia de que existe uma “técnica analítica” adequada derivada de ideias passadas de uma geração de analistas para outra (que pode ser codificada por determinadas “escolas” de pensamento analítico). Por outro lado, eu penso em “estilo analítico” como a própria criação pessoal que é vagamente baseada em princípios existentes da prática analítica, mas mais importante, é um processo vivo que tem suas origens na personalidade e na experiência do analista (Ogden 2007). É essencial que não incorporemos em nossa prática de análise uma visão já ultrapassada de que o antagonismo do paciente ao processo analítico representa frequentemente um esforço para matar a análise ou matar o analista. Tal ponto de vista exclui a capacidade do analista de refletir sobre as dimensões da transferência-contratransferência, na “oposição” do paciente ao trabalho analítico³. Schafer (1980, 1983a, 1983b) escreveu extensivamente sobre os perigos de tal prática e a necessidade de manter uma “atitude afirmativa” (1983a, p. 12), uma abordagem que envolve uma resposta compassiva e compreensiva às razões inconscientes do paciente para combater a mudança psíquica. Em minha experiência, a “falta de vontade” ou a “incapacidade” de um paciente para fazer um trabalho analítico quase sempre reflete o equivalente, na transferência-contratransferência, do método que ele desenvolveu na infância para proteger sua sanidade e sua própria vida, um método que vejo com respeito e até admiração.

Mas, quando levadas para a idade adulta, as técnicas psíquicas que ajudaram o paciente a preservar sua sanidade e sua vida na infância

3. Winnicott (1963) focaliza um tipo de medo do trabalho analítico que surge da necessidade do paciente de se proteger de “ser encontrado antes de estar lá [antes de desenvolver uma identidade] para ser encontrado” (p. 190).

podem tornar-se severamente limitantes de sua capacidade de aprender com a experiência, de se envolver em relacionamentos maduros ambos os objetos, internos e externos, para se tornar ele mesmo da maneira mais completa possível. A experiência do paciente com essas limitações e a dor psíquica associada a elas, são quase sempre as forças subjacentes que levam o paciente a buscar ajuda na análise.

Se uma análise progrediu em algum grau significativo, as diferenças podem ser sentidas tanto pelo paciente quanto por mim entre a situação atual e o que imaginamos ser a experiência infantil do paciente. Primeiro, o paciente se sentiu sozinho na infância em relação aos problemas que estava enfrentando - uma sensação aterradora de que estava preso com pessoas com as quais a comunicação genuína e a mudança real eram impossíveis (e o paciente e o analista experimentam algo como esse estado de coisas na relação transferência-contratransferência). Mas o paciente também pode sentir que, de alguma forma, não está mais tão sozinho quanto antes. Em segundo lugar, o paciente não é mais uma criança e possui capacidades psíquicas para lidar com a ameaça à sua sanidade e à sua vida que ele não tinha disponível quando criança. Essas diferenças sentidas forneceram uma base importante de esperança nas análises que conduzi.

Na minha experiência, a certeza também pode interferir no processo analítico quando o paciente e/ou o analista responsabiliza exclusivamente os pais pelos problemas emocionais atuais do paciente. Embora possa parecer verdade para o paciente e para mim que ele foi severamente negligenciado, menosprezado, abusado sexualmente ou violentamente por seus pais, percebi que cabe a mim não apresentar ou juntar-me ao paciente na “culpa dos pais”. Ao participar dessa simplificação excessiva, sou conivente em roubar ao paciente a oportunidade de vivenciar sua vida de uma maneira mais complexa e talvez mais humana, que pode vir a incluir uma compreensão do senso de responsabilidade racional e irracional do paciente. pelos problemas que experimentou na infância. O sentimento de responsabilidade doloroso e cheio de culpa do paciente, pela destrutividade do que ocorreu em sua infância, pode ser ocultado pela firme crença

de sua parte (e minha) de que ele foi uma vítima passiva de negligência ou abuso dos pais.

Uma abordagem de culpar os pais por parte do analista, pode simplificar tanto a experiência do paciente – ou a incapacidade de experimentar (Winnicott 1974 [1971]) – o que ocorreu, que a integração genuína das experiências da infância, em toda a sua complexidade, se torna totalmente mais difícil. Uma experiência com um paciente com quem trabalhei em análise há muitos anos me vem à mente a esse respeito. Quando criança, ele havia sido brutalmente espancado por seu pai. Disso eu não tinha a menor dúvida. Mas foi somente depois de muito trabalho analítico ter sido feito que o paciente conseguiu me contar um segredo que lhe pareceu inimaginavelmente vergonhoso: o “fato” de ele ter repetidamente provocado a raiva de seu pai a ponto de ele bater no paciente. Somente depois que o paciente pôde confiar a mim e a si mesmo essa lembrança, ou talvez fosse uma fantasia (não fez diferença na análise), ele pôde entender que provocar seu pai, se é que o fez, poderia ser apenas um esforço inconsciente de sua parte para criar a ilusão de que ele tinha algum controle sobre a terrível raiva e violência de seu pai. Eu disse ao paciente em resposta a ele me confiar seu segredo: “Se você provocou seu pai da maneira que disse que fez, foi sem dúvida a melhor coisa que você poderia ter feito naquelas circunstâncias. Acredito que salvou sua vida ter uma pequena lasca de senso de controle nessas circunstâncias”. Se eu tivesse julgado desde o início da análise na forma de participar da culpabilização dos pais, acho que o paciente teria muito mais dificuldade em obter acesso à sua memória inconsciente (ou ainda não vivida) como memória/fantasia indescritivelmente “vergonhosa”.

Também descobri que uma mudança da explicação para a descrição facilita o processo analítico, liberando tanto o paciente quanto a mim da necessidade de compreender. “Meramente” descrever, em oposição a “descobrir causas” para o que está acontecendo, reflete meu senso de humildade diante de tudo o que é “humanamente compreensível ou humanamente incompreensível” (Jarrell 1955, p. 62) na vida de meus pacientes e na vida

da análise.

Um exemplo de descrição em vez de explicação ocorreu em um encontro analítico inicial. No início de meu desenvolvimento como analista, se uma paciente em um encontro inicial começasse me dizendo que se sentia apavorada ao vir me ver, eu poderia ter perguntado: “O que a aterroriza?” ou “Por que você está apavorada?” Mais recentemente, quando uma paciente começou a me dizer que estava com medo de vir me ver, eu disse: “Claro que você está”. Minha resposta foi o que considero uma descrição em ação, ou seja, uma descrição da minha aceitação dela exatamente como ela é, ou seja, com medo de mim, e uma maneira de acolher suas fantasias em vez de tentar dissipá-las apresentando razões conscientes, “lógicas” (processo secundário) para elas ou por meio de reafirmação.

A paciente ficou visivelmente surpresa com o que eu disse, o que pode ter algo a ver com sua resposta, o que me surpreendeu: “Não sei se estou no consultório certo, mas vou ficar um pouco.” Sua resposta sugeriu que eu não era o que ela esperava, mas agora ela estava mais curiosa do que apavorada, e ia “ficar por um tempo” para descobrir mais sobre o que e com quem ela estava se envolvendo.

Um segundo exemplo de descrição em vez de explicação ocorreu em uma sessão após vários anos de análise do Sr. M. O paciente disse que havia começado a contar à esposa um sonho que tivera em que seu filho estava morto. Antes que ele pudesse entrar em mais detalhes, ela disse: “Pare, eu não quero ouvir mais nada”. Eu disse ao Sr. M: “Bom para ela”.

Quando eu disse espontaneamente “Bom para ela”, eu tinha em mente a ideia (ou talvez mais precisamente, senti) que assim como o paciente é todas as figuras em seus sonhos, ele também é todas as figuras em seus relatos de sua vida cotidiana. Em sua história sobre contar o sonho para sua esposa, eu vi o paciente não apenas como ele mesmo, mas também como sua esposa (interrompendo). Acredito que o paciente vivenciou meu dizer “Bom pra ela” como meu reconhecimento e valorização de seu ato de se interromper. O paciente fez uma pausa depois que fez esse

comentário e disse que se sentiu aliviado quando ela o interrompeu. Pareceu-me que sua resposta era um reflexo de seu reconhecimento de que havia percorrido algum caminho no curso da análise, tornando-se capaz de se interromper quando sentiu o impulso de evacuar seus sentimentos insuportáveis “para” os outros.

Em nenhum desses exemplos expliquei algo ao paciente; em vez disso, ofereci descrições sucintas de estados de sentimento: “Claro, você está” (o que você está sentindo agora parece apenas natural) e “Bom para ela” (você se impedir de evacuar o sentimento é uma conquista a ser reconhecida).

UMA MULHER AINDA NÃO É UMA MENINA

A Sra. Y e eu conversamos brevemente por telefone quando ela ligou para marcar uma consulta. Quando abri a porta da sala de espera, fiquei surpreso ao ver uma mulher que imaginei ter vinte e poucos anos, mas poderia ser muito mais velha ou muito mais jovem. Ela estava vestida com os apetrechos da era hippie, *flower-child*. Ela usava um vestido na altura do tornozelo que parecia ter sido comprado em uma loja de roupas de segunda mão. O vestido era grande o suficiente para esconder quase toda a curvatura de seu corpo. Colares de contas de uma variedade de comprimentos e cores estavam pendurados em seu pescoço de uma forma que adicionava uma camada a mais de distração da forma do seu corpo.

Ao me apresentar como Dr. Ogden, a paciente respondeu não em palavras, mas olhando profundamente nos meus olhos da maneira (eu imaginei) que um médium ou vidente poderia encontrar os olhos de um cliente em potencial. A Sra. Y lentamente se levantou da cadeira da sala de espera enquanto mantinha contato visual comigo. Eu disse: “Por favor, entre”, gesticulando em direção à porta aberta para o corredor, mas com uma pequena inclinação para frente de sua cabeça, ela indicou que eu deveria liderar o caminho. Olhei para trás quando ouvi a paciente fechando a porta da sala de espera, mas quando estávamos andando no corredor acarpetado

entre a sala de espera e o consultório, não pude mais ouvir seus passos atrás de mim. Uma imagem da jornada de Orfeu e Eurídice de volta do submundo passou pela minha mente quando decidi não me virar para ver se ela estava seguindo. Ao chegar ao consultório, abri a porta e dei um passo para o lado para permitir que a Sra. Y entrasse na sala à minha frente. Ela olhou para mim para perguntar sem palavras onde ela deveria se sentar, ou talvez se deitar no divã. Apontando para a poltrona do outro lado da sala, eu disse: “Por favor, sente-se.”

Senti-me como se fosse um ator de um filme em que me pediam para improvisar uma cena de médico e paciente sentados para iniciar a primeira sessão analítica. Havia uma qualidade de outro mundo que essa paciente parecia trabalhar duro para manter, mas fiquei com um sentimento de profunda tristeza por essa atriz que parecia condenada a desempenhar um papel interminavelmente no mesmo drama e a tentar recrutar pessoas para interpretar os outros personagens da peça. (Falei apenas duas ou três frases curtas e a paciente não disse nada em palavras durante a cena complexa que se desenrolava).

Sentei-me na minha poltrona que está posicionada atrás do divã e de frente para a poltrona da paciente. Depois de me instalar, olhei para a Sra. Y de uma forma que a convidava a começar. Seguiu-se então um silêncio suficientemente longo para que eu estudasse seu rosto. Ela não usava maquiagem e, embora não houvesse vestígios de sujeira no rosto, imaginei que ela não tomava banho há algum tempo, como se fosse uma cigana. Embora ela tivesse traços faciais que eu achava atraentes, ela parecia totalmente desprovida de sexualidade masculina ou feminina. Ela era, nesse sentido, sem vida e, conseqüentemente, um pouco enigmática.

Tornou-se evidente, depois que o silêncio durou algum tempo, que a Sra. Y não estava organizando seus pensamentos; ela estava esperando que eu começasse. Não permiti que esse silêncio se transformasse em uma luta de poder ou em um buraco psíquico no qual o paciente pudesse cair. (Raramente deixo um silêncio no início de uma sessão analítica inicial por mais de meio minuto.) Eu disse: “Parece-me que nosso encontro começou

há algum tempo”.

“Por favor, me diga o que você quer dizer”, disse a Sra. Y de uma forma que parecia virar a mesa, tornando-me o paciente e ela, a analista.

Eu disse, um tanto desconfortável: “Sinto como se tivesse conhecido várias versões de você: enquanto conversávamos ao telefone, quando nos encontramos na sala de espera e enquanto estávamos sentados aqui nesta sala”.

Ela perguntou: “O que há de surpreendente nisso?” Mas antes que eu tivesse a chance de responder, ela acrescentou: “Acho que sou estranha”.

Olhei para ela com curiosidade.

“Acho que tento não ser convencional. Você não é o primeiro a me achar estranha”.

“Estranho não é uma palavra que eu uso muito. Não acho que ser crítico ajuda muito ninguém.”

Ela disse: “Isso soa muito bem, mas... perdi a noção do que estávamos falando”. Seu comentário sarcástico sobre a natureza estereotipada da minha resposta – “Isso parece muito bom” – me machucou por sua precisão.

“Estamos falando sobre como você às vezes perde o controle de si mesma.”

Ela disse com lágrimas nos olhos: “Eu suponho. Eu realmente não sei. Eu não entendo o que eu deveria estar fazendo aqui.”

“Não é suposto.” Ao me ouvir dizer isso, senti como se não estivesse sendo um analista de verdade e mais uma vez estivesse apenas desempenhando o papel de analista. Eu não me sentia eu mesmo, o que era uma sensação muito perturbadora. Senti-me genuinamente confuso sobre o que estava fazendo nesta sala com essa paciente. Assim que comecei a me recompor, ocorreu-me que a Sra. Y não só não sabia por que estava sentada nesta sala comigo, como também não sabia quem era a mulher na performance, ou se aquela mulher ainda era uma menina vestida com uma fantasia que pertencia mais à geração de sua mãe do que à sua.

A Sra. Y disse: “Eu não sou boa na escola. Eu nunca fui. Digo que estou entediada, mas simplesmente não entendo o que eles estão fazendo lá. Estou lendo um livro de fantasia agora. Você não gostaria. Meus pais odeiam. Eles tentam me fazer ler seus livros, mas me aborrecem até a morte. Alta literatura”.

Eu disse: “E você é baixa literatura?”

“Eu acho. Esqueça. Não vale a pena falar sobre isso.”

“Você não é?”

“Não, eu não sou.”

Ao longo desta parte do encontro, eu estava ciente de que não estava fazendo perguntas sobre quem era a Sra. Y, estava descrevendo o que ela estava dizendo de uma perspectiva que a surpreendeu e começou a capturar sua imaginação, por exemplo, reformulando sua declaração: “Perdi a noção do que estamos falando” para “Estamos falando sobre como às vezes você perde a noção de si mesma”.

Eu gostei da Sra. Y. Eu senti neste ponto da sessão que ela tinha alguns aspectos de uma mulher, mas ela era psicologicamente uma garota que estava brincando de se fantasiar. Sua idade cronológica era irrelevante. Parecia-me que ela não era inteiramente um “ninguém”, “uma alma perdida”; senti que havia um pouco de alguém ali escondido na fantasia e um pouco de alguém que ainda não havia se tornado ela mesma de maneira substancial. Eu não podia conhecer a experiência dela, mas podia ter alguma noção da minha experiência de estar com ela. Parte do que eu tive que trabalhar conscientemente foi um conjunto de sentimentos de tristeza por ela, juntamente com desconforto com a sensação de que eu estava desempenhando um papel em seu teatro de aprisionamento, um teatro no qual ela sobreviveu, em vez de viver. No limite da minha consciência estava minha curiosidade sobre o sentimento de que eu era Orfeu liderando Eurídice, tentando não olhar para trás.

A paciente me despertou do meu estado de semi-sonho quando disse: “Não sei por que estou aqui.”

Eu disse: “Como você pôde?” Não respondi com afirmações como: “Algo deve ter feito você se dar ao trabalho de vir me ver” ou mesmo: “Acho que você está aqui porque sente que precisa de ajuda com alguma coisa”. Eu não queria forçá-la a apresentar razões conscientes ou explicações para seu comportamento, que serviriam apenas como distrações da dimensão inconsciente do que estava acontecendo.

Houve então um longo silêncio. Desviei meu olhar, o que pensei que permitiria à Sra. Y uma oportunidade de estudar meu rosto ou evitar seu olhar, se ela quisesse. Eu podia ver na periferia da minha visão que ela estava olhando para mim de uma forma que transmitia a sensação de que ela não sabia o que fazer comigo. Ela me parecia um animal selvagem sem lar. Um pensamento passou pela minha mente: “Se ela é sem-teto, o que vou fazer com ela?”

“Você tem medo de mim?” ela perguntou. Eu disse: “Não, não tenho”.

“Que fofo”, disse ela.

Senti como se tivesse levado um tapa na cara — estava sendo mostrada a violência emocional de que a Sra. Y era capaz. Na cena que se desenrolava, eu estava no papel de uma criança cujo afeto e desejo de ser amado foram recebidos com escárnio. Também senti que havia alguma justificativa para seu comentário sarcástico, “Que fofo”, pois não era inteiramente verdade que eu não estivesse com medo dela.

Eu disse: “Você pode ser dura quando precisa ser”. E ela: “Eu sempre preciso ser. Eu disse que sou estranha.”

Eu disse: “Eu também sou estranho”.

“O que você quer dizer?” ela disse, parecendo mais interessada do que ela havia se permitido antes.

“Só olhe para esse lugar. Fica no porão de uma casa. Eu passo a maior parte das minhas horas de vigília aqui. Você tem que ser estranho para fazer isso.”

“Eu acho. Sua mesa está bem arrumada, mas notei quando entrei que há pedaços de papel no chão que parecem ser de um daqueles cadernos de

arame que crianças da escola usam. Pra falar a verdade, achei estranho, mas gostei. E você está velho. Isso é sempre um pouco assustador para mim. Desculpe se o insultei.”

“Por que você não deveria dar uma olhada em mim e nas coisas em meu consultório que podem lhe dizer algo sobre em quem você está apostando?”

Ela disse: “Você está olhando para mim, tentando me entender”.

“Prefiro dizer que estou tentando conhecê-la”, digo.

Ela disse: “Você já sabe, não é?”

“Então, eu sou um leitor de mentes”, eu disse.

“Conheci leitores de mentes. Sério”, disse ela.

Eu disse: “Não duvido. Eu sei que você não está aqui para ler sua mente, mas você pode estar aqui para aprender a ler sua própria mente.”

“Essa é boa. Eles te ensinam isso na escola de psiquiatras?”

Não dei nenhuma resposta porque não queria me envolver com ela dessa maneira, pois achava que só nos distrairia de uma forma mais real de relacionamento. Além disso, eu silenciosamente concordei com ela que meu comentário parecia enlatado. Perguntei a mim mesmo por que estava falando com ela de maneira tão empolada, uma maneira que não me soava como eu.

Depois de uma pausa de meio minuto mais ou menos, ela disse: “Sinto muito. Estou nisso de novo, não estou?”

“Poderia ser.”

“Minha mãe pode ler mentes. Sério.”

“Não exatamente. Ela está na minha cabeça o tempo todo me dizendo o que há de errado com o que estou fazendo. Não exatamente dizendo. Gritando. Não consigo tirá-la da minha cabeça.”

Agora eu era mais capaz de colocar em palavras para mim mesmo minha sensação de que a Sra. Y estava me mostrando, na maneira como se vestia, que ela e sua mãe eram uma pessoa, a mesma idade, o mesmo estilo de se vestir, a mesma maneira de examinar, a mesma maneira de pensar, a mesma maneira de falar, a mesma maneira selvagem. Mas, ao mesmo

tempo, sua mãe era outra para ela. A paciente estava muito confusa com isso, assim como eu. Ela sentiu que sua mãe estava em sua cabeça, mas sua cabeça ainda não era dela neste momento, o que a levou a sentir medo de se perder inteiramente para a mãe-na-cabeça-dela. Esses pensamentos sobre o que poderia estar acontecendo não eram de forma alguma conclusões ou explicações; eram impressões, possibilidades, indagações, sentimentos, descrições (principalmente de vergonha e perda de meu senso comum de conexão comigo mesmo). Não fiz perguntas à paciente sobre a voz em sua cabeça porque estava novamente preocupado com o fato de que perguntas desse tipo provocariam respostas no nível consciente (processo secundário), o que nos levaria à superfície, longe dos aspectos mais primitivos e indiferenciados da experiência que estava ocorrendo neste momento.

Eu disse: “Parece um pesadelo do qual você não consegue acordar”.

“Ela está me dizendo que não posso confiar em você.”

“Não me surpreende.”

“Você não tem medo dela?”

“Não, eu não tenho.” Eu não perguntei a ela: “Por que eu deveria ter?” porque, novamente, eu não estava atrás de explicações, estava atrás de descrição. Nesse ponto da sessão, algo havia mudado: eu estava sendo sincero quando disse que não tinha medo nem da paciente nem de sua mãe-na-cabeça-dela.

“Você deveria ter medo. Sério.”

“Estou te provocando.” Ela não estava apenas me provocando, ela estava flertando comigo de uma maneira adorável, de uma maneira que refletia algumas das maneiras pelas quais ela tinha uma noção de si mesma, que ela não parecia sentir que estava totalmente em posse de sua mãe. Seu flerte não parecia perverso ou teatral; parecia-me uma expressão genuína de seu jeito feminino de gostar de mim. Havia agora um brilho em seus olhos que contrastava com o olhar pseudo-hipnotizador com que ela me encontrou na sala de espera.

À medida que o final da sessão se aproximava, perguntei à Sra. Y se ela gostaria de me encontrar novamente.

Ela respondeu: “Você vai ser o mesmo que você é agora?”

Eu disse: “Sim e não. Espero que você me reconheça como a mesma pessoa que conheceu hoje, mas também espero que algo diferente aconteça em nosso encontro, o que pode significar que você terá que me conhecer novamente na próxima vez, e eu terei que conhecê-la novamente também.” Senti que estava sendo prolixo e novamente caindo no discurso formulado.

“Então eu vou ter que ligar para você para que você saiba.”

A Sra. Y ligou uma semana depois dizendo: “Gostaria de me encontrar com você mais uma vez, se estiver tudo bem para você”.

Eu disse que estava tudo bem para mim.

Continuamos a nos encontrar “apenas uma vez” por cerca de dois meses antes da Sra. Y pedir para nos encontrarmos regularmente. Aos poucos, aumentamos a frequência das sessões para quatro vezes por semana, à medida que a paciente passou a me sentir cada vez menos como alguém que desejava tomar conta de sua mente ou acompanhá-la em apresentações teatrais. No entanto, tais suspeitas não estavam ausentes da transferência, assim como sentimentos de que eu era apenas “uma imitação de analista” não estavam ausentes da contratransferência.

Neste relato de uma sessão analítica, estou descrevendo o que notei em oposição a coletar pistas para decifrar, descobrir ou chegar a uma interpretação. Minhas perguntas a mim mesmo não foram direcionadas para descobrir “Por quê?” ou “Como assim?” ou “Qual é a causa das alucinações auditivas da paciente?” Em vez disso, eu estava interessado em como é ser habitado da maneira como essa paciente era e da maneira estranha e perturbadora como eu estava conversando com essa paciente. Minhas observações, impressões e devaneios não buscavam explicações para o que acontecia; em vez disso, eram elementos que eu poderia usar em meus esforços para descrever para a paciente e para mim quem era a paciente e quem eu era (no momento presente da sessão, em constante mudança).

O leitor deve ter notado que não pedi à paciente que me ajudasse a entender sua experiência. Por exemplo, eu não pedi a ela para

“preencher” as referências que ela fez a experiências particulares, como o som de sua mãe em sua cabeça gritando comentários críticos para ela. E eu não tentei me explicar para a paciente, em vez disso falei com ela de uma maneira que eu esperava que provocasse nela um nível tolerável de ansiedade misturado com curiosidade (por exemplo, quando eu disse: “Eu também sou estranho”). Devo dizer também que minhas falhas em falar naturalmente com a paciente não foram simplesmente “erros”; eram expressões produtivas da minha própria perda de conexão comigo mesmo que espelhava, mas não replicava, a experiência da paciente de perder a noção de quem ela era.

E na maioria das vezes eu não tentava ajudar a Sra. Y a “entender” o que eu estava dizendo. Meus comentários eram muitas vezes do tipo: “Realmente” ou “Não estou surpreso” ou “Não, não estou [com medo]”. Às vezes, tentei descrever (oferecendo metáforas) o que imaginei que a paciente estava experimentando, por exemplo, quando eu disse: “Parece um pesadelo do qual você não consegue acordar”. Foi particularmente importante incluir “soa como” ao conversar com essa paciente, cuja mente já estava ocupada por (o que parecia ser) duas pessoas.

Esses aspectos da maneira como conversei com essa paciente, refletem um forte sentimento de minha parte de que todos nós falamos com um desejo simultâneo de ser compreendidos e de não ser compreendidos, e que ouvimos os outros tanto com o desejo de compreender quanto com o desejo de não compreender. O último – o desejo de não compreender e de não ser compreendido – reflete apenas em parte um desejo de não ser conhecido, um desejo de manter um aspecto do Eu que permanece em um isolamento necessário (como descrito por Winnicott, 1963). Em minha experiência, o desejo do paciente de não ser compreendido, muitas vezes se esforça mais no sentido de chegar a si mesmo à sua maneira do que o desejo de ser compreendido. O desejo de ser compreendido carrega inerentemente um desejo de fechamento, um desejo de ser reconhecido por quem se é no presente. Em contraste, acho que o desejo do paciente de não

ser compreendido envolve um desejo de sonhar consigo mesmo (em oposição a ser visto pelo analista). Respeitar a necessidade de autodescoberta do paciente me impõe uma exigência de não “saber demais” (Winnicott 1963, p. 189). Os mal-entendidos colocam o paciente e a mim em posição de fazer uso do “*off-ness*” do meu entendimento, em um esforço para criar representações de sua experiência que nem ele nem eu poderíamos ter antecipado – “não é isso, é mais assim” – um isso que não poderia ter sido concebido (sonhado) sem o “*off-ness*” particular do entendimento. Lembro-me aqui da descrição de James Grotstein (em uma conversa que tivemos há mais de vinte e cinco anos) de um momento em sua análise com Bion. Em resposta a uma das interpretações de Bion, Grotstein disse: “Eu entendo”. Bion respondeu impacientemente: “Por favor, tente não entender. Se você deve, *meta-stand*, *para-stand*, *circum-stand*, mas por favor, tente não entender (understand)” (Grotstein, comunicação pessoal, 1990). Compreender, desta perspectiva, é uma atividade mental bastante passiva em comparação com o ato de não compreender e fazer algo com o “*off-ness*” do entendimento. O trabalho de compreensão carrega o perigo de “matar” uma experiência que já esteve viva em uma sessão analítica. Uma vez que uma experiência foi “descoberta”, ela está morta. Uma vez que uma pessoa é “compreendida”, ela não é mais interessante, não é mais uma pessoa viva, em desenvolvimento, misteriosa.

Sou grato aos membros do “Thursday Seminar” por me ajudarem a desenvolver um pouco do pensamento clínico que apresentei neste artigo.

HOW I TALK WITH MY PATIENTS

ABSTRACT: In this paper the author attempts to describe and illustrate how he talks with his patients. He avoids use of language that invites the patient to engage predominantly in conscious, secondary process thinking, when unconscious dimensions of thinking are what are called for. He values misunderstandings because they tend to invite conjecture, possibility, a sense of humility, in the face of the unknown and unknowable human condition. The author finds that certainty on the part of the analyst undermines the analytic process and patient’s potential for psychic growth. The author discusses the ways describing, as opposed to explaining, in the analytic conversation, better facilitates the analytic process. A clinical example is provided in which the author discusses his own thought processes as he talks with one of his patients.

KEYWORDS: Interpreting, describing, explaining, questioning, misunderstanding.

CÓMO HABLO CON MIS PACIENTES

RESUMEN: En este artículo el autor intenta describir e ilustrar cómo habla con sus pacientes. Evita el uso de un lenguaje que invita al paciente a involucrarse predominantemente en un proceso secundario de pensamiento consciente, cuando lo que se requiere son dimensiones inconscientes del pensamiento. Valora los malentendidos porque tienden a invitar a la conjetura, la posibilidad, un sentido de humildad, frente a la condición humana desconocida e incognoscible. El autor encuentra que la certeza por parte del analista socava el proceso analítico y el potencial de crecimiento psíquico del paciente. El autor discute las formas en que describir, en lugar de explicar, en la conversación analítica, facilita mejor el proceso analítico. Se proporciona un ejemplo clínico en el que el autor analiza sus propios procesos de pensamiento mientras habla con uno de sus pacientes.

PALABRAS CLAVE: Interpretar, describir, explicar, cuestionar, malentendido.

REFERÊNCIAS

- Civitarese, G. (2008). *The intimate room: Theory and Technique of the Analytic Field*. London: Routledge.
- . (2016). *Truth and the Unconscious in Psychoanalysis*. London: Routledge.
- Ferro, A. (2005). *Seeds of Illness, Seeds of Recovery: The Genesis of Suffering and the Role of Psychoanalysis*. London: Routledge.
- . (2011). *Avoiding Emotions, Living Emotions*. London: Routledge.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*, Vol. 1. New York, NY: Dover Publications, pp. 224-290.
- Jarrell, R. (1955). To the Laodiceans. In *Poetry and the Age*. New York, NY: Vintage, pp. 34-62.
- Ogden, T. H. (1994). The Analytic Third—Working with Intersubjective Clinical Facts. *Int. J. Psychoanal.* 75: 3-19.
- . (2004). This art of psychoanalysis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *Int. J. Psychoanal.* 85: 857-877.
- . (2007). Elements of analytic style: Bion's clinical seminars. *Int. J. Psychoanal.* 88: 1185-1200.
- Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry* 7:29-53.
- . (1983a) *The Analytic Attitude*. New York: Basic Books.
- . (1983b) Resisting and empathizing. In *The Analytic Attitude*. New York: Basic Books, pp. 66-81.
- Winnicott, D.W. (1963). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York, NY: International Univ. Press, pp. 179-192.
- . (1974) (1971). Fear of breakdown. In *Psychoanalytic Explorations*, eds. C. Winnicott, R. Shepherd, and M. Davis, pp. 87-95. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1989.

thomas.ogdenmd@gmail.com