



O pensamento clínico: contemporâneo, complexo, terciário*

*Fernando Urribarri***, Buenos Aires

A noção de pensamento clínico inscreve-se no centro do projeto que impulsionou a obra de André Green – especialmente após o ano 2000 – de um novo paradigma psicanalítico contemporâneo: freudiano, pluralista, complexo. Pensamento clínico é um conceito que conjuga uma dimensão epistemológica e uma dimensão técnica, renovadora da teoria da clínica. Por isso, este artigo aborda, em primeiro lugar, o pensamento clínico em relação à epistemologia complexa (Morin, Atlan, Castoriadis) e ocupa-se da sua relação com a noção de processos terciários (Green) e de pensamento terciário (Urribarri). Em segundo lugar, esclarece-se sua especificidade clínica (relacionada com uma original teorização do enquadre analítico) em torno do trabalho psíquico do analista que é concebido como um eixo conceitual terciário: inclui a atenção flutuante (chave do modelo freudiano), a contratransferência (do modelo pós-freudiano), fundando a escuta analítica no enquadre interno do analista (chave do modelo contemporâneo). Finalmente, esboça-se o colocar em cena desta perspectiva em relação ao funcionamento neurótico (ou do sonho) e o não-neurótico (ou do ato).

Descritores: pensamento clínico, paradigma psicanalítico contemporâneo, complexidade, processos terciários, pensamento terciário, contratransferência, enquadre psicanalítico, modelo do sonho, modelo do ato, estruturas não-neuróticas.

* Este artigo é uma versão reelaborada da apresentação realizada no painel de encerramento do I Encontro Internacional André Green, realizado em outubro de 2011 na Associação Psicanalítica Argentina.

** Membro efetivo da Associação Psicanalítica Argentina.



1. A introdução do pensamento clínico

Para falar da noção de pensamento clínico e de seu papel na obra de André Green gostaria de começar compartilhando uma lembrança que nos ajudará a entrar no assunto. No ano de 2006, André Green organizou e presidiu o Colóquio Aberto *Unidade e diversidade da prática dos analistas* da Sociedade Psicanalítica de Paris. Fui convidado a participar do painel de abertura e, logicamente, assisti ao resto do colóquio. Ainda lembro o impacto de suas palavras de encerramento sobre os milhares de colegas ali reunidos:

É possível que os historiadores da psicanálise marquem o final dos anos 1000 e o início dos anos 2000 distinguindo em nossa disciplina o que proponho chamar de virada do milênio. Hoje, quando alguns esperam com impaciência a morte da psicanálise, eu, por minha vez, vejo o sinal de uma renovação, a inauguração de uma etapa que a fará sair dos perigosos impasses em que havia caído (Green, 2006, p.229).

Acredito que esta virada renovadora que André Green vislumbrava para a psicanálise pode ser reconhecida em sua obra. Orientado *Para uma psicanálise do futuro* (Green, 2002c), esta *virada do ano 2000* (como podemos chamá-la por analogia com a revolucionária *virada do ano 20* na obra de Sigmund Freud) corresponde ao lançamento do projeto de um novo paradigma psicanalítico contemporâneo para superar a crise dos modelos pós-freudianos (kleiniano, lacaniano, hartmaniano, etc.). Esta virada comporta, no percurso de André Green, um trabalho duplo, individual e coletivo. Neste último aspecto destaca-se seu papel no lançamento e na animação de um amplo movimento instituinte (transinstitucional e plurigeracional) impulsionando internacionalmente a produção contemporânea mediante a realização de colóquios, grupos de pesquisa, números especiais da *Revista Francesa de Psicanálise* e vários livros coletivos.

Nesta etapa, a obra de André Green desenvolve, por um lado, reflexões e aportes para construir uma nova matriz disciplinar contemporânea: freudiana, complexa, pluralista, de fronteira. Por outro lado, produz um aprofundamento de seus próprios temas de pesquisa e de seu modelo pessoal. Cada uma destas vertentes se expressa em duas importantes obras *inaugurais* deste período. *Orientações para uma psicanálise contemporânea* (2002a) procura oferecer, ao mesmo tempo, uma cartografia dos desafios que definem o campo contemporâneo e uma bússola teórico-clínica para orientação. Em *O pensamento clínico* (2002b) encontramos



os dois eixos temáticos principais que marcam seus textos após a virada do ano 2000. O primeiro tem como centro o estudo da destrutividade: abrange desde o trabalho do negativo nas estruturas não-neuróticas até a revisão da teoria da pulsão de morte. O segundo é uma renovada e renovadora reflexão sobre a clínica que visa a desenvolver um novo modelo clínico terciário, um modelo especificamente contemporâneo. Este eixo organiza-se em torno da introdução da noção de *pensamento clínico*. “O pensamento clínico é definido como o modo original e específico de racionalidade surgido da experiência prática. Corresponde ao trabalho de pensamento ativado na relação do encontro psicanalítico” (Green, 2002b, p. 12). À destrutividade radical revelada em certos modos de funcionamento limítrofe responde dialeticamente o aprofundamento da criatividade do trabalho do analista.

Inscrito no próprio centro do projeto de um novo paradigma contemporâneo, não surpreende que o pensamento clínico seja um conceito que conjuga duas grandes vertentes. Uma pertence à epistemologia e a outra à teoria da clínica e da técnica.

2. O pensamento clínico e o paradigma da complexidade

De um ponto de vista epistemológico podemos dizer que o pensamento clínico é a forma psicanalítica do pensamento hipercomplexo (Morin, Atlan, Castoriadis). Seu autor inscreve explicitamente o pensamento clínico (e, ao mesmo tempo, procura inscrever o pensamento psicanalítico contemporâneo) dentro do paradigma da complexidade – sobre o qual cita Freud como sendo um precursor. É o que em outros termos (anteriores, mas ainda vigentes) Green chama de *lógica da heterogeneidade* (Green, 1998a).

Esta perspectiva data do final dos anos 70, quando nosso autor inicia um fecundo e prolongado diálogo interdisciplinar com os pensadores *complexos*. Um intercâmbio cujos frutos podem ser lidos precocemente. Um exemplo: *A vida é uma desordem fecunda* (Green, 1979) alinha-se com as novas teorias da auto-organização que reformulam as relações entre organização e caos, entre acaso e determinismo. Outro exemplo: em *Pensar a epistemologia da prática* (1986a) considera o psiquismo como um *sistema aberto* e define o processo analítico como *uma autodesorganização sob liberdade vigiada*.

Epistemologicamente, na formulação da noção de *pensamento clínico*, a referência à clínica tem um sentido preciso e programático. Por um lado, faz referência à singularidade do pensamento psicanalítico por sua afinidade com os processos inconscientes, tanto em nível intrapsíquico quanto intersubjetivo,



afinidade quanto aos seus conteúdos heterogêneos e às suas diversas lógicas. Por outro lado, a referência à clínica define este pensamento em relação a uma práxis motorizada por um projeto de transformação orientado para a emergência de uma subjetividade autônoma. Nestes sentidos, a psicanálise é um modo de pensamento singular, irreduzível tanto ao pensamento corrente quanto ao pensamento tradicional, científico ou filosófico.

Insistirei no nosso apaixonante objeto de estudo, exemplo de complexidade epistemológica (Green, 2002b). A ideia da especificidade do objeto, seu recorte graças ao enquadre como condição do método marcou o pensamento de André Green desde suas diferenças iniciais com Jacques Lacan (em quem critica as extrapolações de outras disciplinas como a linguística ou a antropologia) até suas tardias polêmicas com o ex-presidente da IPA Robert Wallerstein. Em seu último intercâmbio na *Newsletter* da IPA no final dos anos 90, encontramos o que considero um dos antecedentes imediatos das ideias que se cristalizam no conceito de *pensamento clínico*. Fazendo oposição a certa ideologia positivista ligada à *investigação quantitativa* e aos ideais empiristas de objetividade, Green destaca a singularidade do pensamento do analista durante a sessão e sua importância epistemológica para a investigação e para a produção em psicanálise.

Ao final de seu artigo *Que tipo de investigação para a psicanálise?* lemos:

Tendo refletido muito sobre a atual crise da psicanálise tal como se manifesta nos congressos da IPA, cheguei à conclusão de que o maior risco para o futuro da psicanálise é o declínio e a possível queda do pensamento psicanalítico, do espírito da psicanálise, do estado mental específico que habita o analista durante seu trabalho e seu pensar. Nossa missão é manter vivo este espírito (Green, 1996, p. 26).

Seu interlocutor é o impulsionador de uma iniciativa para superar a grave fragmentação da psicanálise em escolas rivais que propõem que a clínica poderia ser uma base comum (*common ground*). Diz que não entende o que Green quer dizer com *espírito* da psicanálise. Para esclarecê-lo, em sua *Resposta a Robert S. Wallerstein* (1996), escreve:

Quanto ao *espírito* da psicanálise, tenho certeza de que qualquer analista praticante de “período integral” (*full time*) pode compreender a que faço alusão. Poderíamos dizer que se trata daquilo que constitui o fundamento (*ground*) da identidade psicanalítica trabalhando. [...]. Às vezes, fica uma sensação de que esta (identidade) está sob ameaça de se eclipsar ou de



desaparecer sob diversas influências. Algumas correspondem a fatores externos e outras a fatores internos da psicanálise. Talvez eu possa esclarecer melhor minha ênfase no estado mental do analista operando na sessão. No contexto da atual discussão, falar da abordagem altamente subjetiva do analista não implica apenas opô-lo aos métodos *objetivos* da investigação quantitativa; implica destacar o peculiar – se não único – funcionamento da escuta do psicanalista (p. 33).

Logo acrescenta: “Faço alusão às construções oscilantes, alternantes e provisionais que vão acontecendo, às vezes simultaneamente e às vezes consecutivamente, durante o trabalho psíquico. Este trabalho psíquico deve ser colocado em relação aos conhecidos processos análogos como o trabalho do sonho, o trabalho do luto e assim por diante”. E conclui:

Ainda procura-se um método de investigação que seja coerente, não somente com o conteúdo da psicanálise, mas com o tipo de pensamento que é seu verdadeiro objeto. Lamento dizer que minha impressão é a de que o método adotado até agora [da investigação empírica e quantitativa] distorceu a natureza do objeto. Se, como diz um ditado inglês, *a prova do pudim está em comê-lo*, se for indigerível seria uma evidência ainda mais forte (ibid, p. 335).

Em 2001a, escreveu o artigo *A crise do entendimento analítico* para um número especial internacional da *Revista Francesa de Psicanálise (Principais correntes da psicanálise contemporânea)* que ele próprio idealiza e edita. O texto é usado para *O pensamento clínico* (2002b). Nele enfatiza que, em vez de extrapolar os métodos (e ideologias) de outras disciplinas, é preciso uma *investigação sobre a investigação* para desenvolver uma abordagem apropriada do objeto da psicanálise. O sentido não é um observável diz Green. A psique dá sinais. É possível reconhecê-los e estudá-los como sinais, mas não mediante uma abordagem direta, empírica, nem quantificável. O dispositivo metodológico ideal para esta investigação é o do enquadre analítico, condição de possibilidade da relação analítica e da constituição do objeto analítico. Entre outros perigos, Green adverte contra o amálgama e a diluição da teoria analítica em uma psicologia geral, de raiz evolutiva, cognitiva ou *neurocientífica*. Também contra a extrapolação de protocolos de investigação provenientes de diversos âmbitos acadêmicos. “Acho que o essencial da investigação em psicanálise deve situar-se ao lado da prática e da clínica psicanalítica, cuja referência é indispensável para manter o rumo do



pensamento nesse âmbito. A psicanálise é a ciência fundamental do psiquismo e não remete a outras ciências fundamentais das quais seria somente uma aplicação” (2002b, p. 339).

Para a construção de um paradigma contemporâneo, o autor de *A causalidade psíquica* (1995) aposta na relação interdisciplinar com a epistemologia da complexidade. Em *Em direção a uma psicanálise do futuro* (2002c), sua palestra no histórico colóquio *O trabalho analítico*, organizado na UNESCO (2002c), conclui do seguinte modo:

Ei-nos aqui buscando orientar a investigação futura. Enfrentar a psicanálise do amanhã requer um pensamento novo. Está em germe na obra freudiana, embora seja frequentemente ignorado. É o pensamento hipercomplexo que Edgard Morin nos ajudou a conhecer melhor. Este pensamento baseia-se em três princípios: a) *A complexidade dialógica*, que afirma que a relação é mais importante que os termos que ela reúne. Ela pressupõe, no mínimo, dois termos. Não vou desenvolver, apenas mencionar a coincidência com aquilo que a psicanálise contemporânea denomina *terceiridade*; b) *A recursividade*, que nos obriga a não separar esquematicamente as causas e os efeitos. Pois a causa produz efeitos que retroagem sobre a causa; e o efeito torna-se, por sua vez, causa. É o que se denomina “curva recursiva”. E o *après-coup* e a ressignificação nos prepararam para compreender facilmente esta causalidade não linear; c) *O ponto de vista hologramático*: a parte está no todo, que se reencontra, ele próprio, dentro da parte. E o todo está na parte, que, por sua vez, está no todo (Green, 2002c, p. 258-259).

3. Pensar n(a) clínica: o pensamento terciário

A outra dimensão que impulsiona e define a conceituação do pensamento clínico corresponde, como dissemos, à investigação da prática contemporânea, definida pela sua exploração dos limites da analisabilidade. *Como funciona, na sessão, a mente do psicanalista contemporâneo* poderia ser uma pergunta para definir esta vertente. O pensamento clínico é o pensamento da e na prática contemporânea.

A noção de pensamento clínico participa da construção de um modelo que aspira a integrar os aportes e a superar as limitações dos modelos freudiano e pós-freudianos. Em seu núcleo, proponho distinguir o *trabalho psíquico do analista* como um eixo conceitual que inclui e articula as noções de escuta, atenção



flutuante, contratransferência, imaginação analítica. Convergem com as noções de matriz ativa (dialógica) do enquadre e enquadre interno do analista no desenvolvimento de um *pensamento terciário* (Urribarri, 2007, 2010).

No que apresento a seguir gostaria de abordar alguns aspectos centrais do pensamento clínico e do modelo clínico contemporâneo. Entre outros aspectos relacionados com o funcionamento do analista, vou destacar as mudanças introduzidas em relação à contratransferência, à visão do funcionamento mental do analista. Ou seja, à passagem de um *conceito totalizante* da contratransferência (que inclui a totalidade do funcionamento do analista e que é o núcleo do modelo clínico pós-freudiano) para uma *concepção enquadrada* da contratransferência dentro de uma visão contemporânea mais ampla e complexa da escuta e do trabalho do analista. Trata-se de uma mudança de paradigma na técnica. A contratransferência deixa de ser um conceito-marco (que organiza os outros) e passa a ser um conceito demarcado, que se subordina e integra ao pensamento clínico – núcleo dinâmico de um pensamento terciário.

3.1. O trabalho psíquico do analista e o modelo clínico contemporâneo

Para abordar o modelo contemporâneo, devemos colocá-lo em relação ao freudiano e ao pós-freudiano. Esquemáticamente, podemos assinalar que, no modelo freudiano, a teoria centra-se no conflito intrapsíquico; as psiconeuroses de transferência constituem o quadro clínico paradigmático, de referência, que ilustra e confirma o modelo; a prática aponta para a análise das resistências e a cura passa pela dissolução da neurose de transferência. A técnica baseia-se na associação livre e na atenção flutuante, sendo necessariamente a contratransferência um obstáculo.

Por sua vez, os modelos pós-freudianos deslocam o foco da teoria sobre o objeto (em algumas regiões como relação de objeto, em outras, como laço estrutural com o Outro/outro) desenvolvendo uma perspectiva predominantemente intersubjetiva ou relacional. Correlativamente, a técnica modifica-se acentuando o papel central do analista (do objeto da transferência): na corrente anglo-saxônica, a prioridade é dada à contratransferência e, na lacanianiana, destaca-se o desejo do analista; na clínica, o funcionamento psicótico (e, secundariamente, o das crianças) é tomado como referência central, paradigmática.

O modelo contemporâneo propõe uma nova síntese ou matriz disciplinar. A teoria concebe o sujeito psíquico como processo heterogêneo de representação que simboliza as relações no e entre o intrapsíquico (centrado na pulsão) e o intersubjetivo (centrado no objeto). Forma psicanalítica do pensamento complexo, a perspectiva metapsicológica contemporânea acentua a heterogeneidade, a



processualidade e a poiese ou criatividade do psiquismo. Na clínica, os casos-limites tornam-se os novos quadros paradigmáticos. Isso promove a exploração/extensão dos limites da analisabilidade e das possíveis variações do método. A introdução do conceito de enquadre inaugura um esquema triádico (enquadre/transferência/contratransferência) do processo analítico.

No modelo contemporâneo, a introdução e elaboração do conceito de enquadre tem um papel central. O enquadre diferencia-se da mera situação material e é concebido como uma função constituinte do enquadre e do processo analítico. De natureza transicional (entre a realidade social e a realidade psíquica), o enquadre é instituição e encenação do método analítico, de seu núcleo dialógico e de sua matriz intersubjetiva simbolizadora. O enquadre institui o espaço analítico, que é um terceiro espaço que torna possível o encontro e a separação (a discriminação) entre o espaço psíquico do paciente e o do analista. Contenção e distância, o enquadre delimita o espaço potencial que torna possível a comunicação analítica. Seu estatuto é, ao mesmo tempo, clínico e epistemológico: o enquadre é condição da constituição do objeto analítico (Green, 2007), objeto terceiro, diferente do paciente e do analista, produzido pela comunicação de cada dupla analítica singular.

Desde o ano 2000, o autor de *O pensamento clínico* (2002b) produziu diversos trabalhos de revisão dos fundamentos da técnica e da clínica do ponto de vista metapsicológico da relação entre o intrapsíquico e o intersubjetivo (sobre a contratransferência, o processo, a interpretação e, muito especialmente, o enquadre). Estas teorizações estão ligadas a intervenções polêmicas que visam a, principalmente, sustentar o caráter psicanalítico da prática com variações do enquadre – como a *psicoterapia analítica*, ou o trabalho *face a face*. Green propõe distinguir, no enquadre, entre uma fração variável e uma fração constante. A fração constante corresponde à *matriz ativa*, de natureza dialógica, constituída pela associação livre do paciente acoplada à escuta flutuante e à neutralidade benévola do analista. Matriz dialógica que forma o núcleo da ação analítica, cujo agente é a dupla analítica, com independência relativa das formas de trabalho. A fração variável constitui uma espécie de *estojo protetor* da matriz ativa e corresponde às disposições materiais, secundárias, tais como a frequência, a posição do paciente e os diversos aspectos do contrato analítico.

O enquadre, sustenta Green, transforma-se em uma ferramenta diagnóstica: *um analisador de analisabilidade*. A possibilidade de usar ou não o enquadre como espaço analítico potencial no qual seguir a regra fundamental permite avaliar as possibilidades e dificuldades do funcionamento representativo. Com pacientes não-neuróticos, então, as modificações do enquadre (menor frequência de sessões, posição face a face, etc.) são fundamentadas para estabelecer as melhores condições



possíveis ao funcionamento representativo. Porém estas variações decorrentes da impossibilidade ou inadequação da aplicação do enquadre psicanalítico tradicional conservam uma referência ao mesmo no trabalho psíquico do analista: o enquadre interiorizado pelo analista na sua própria análise funciona mais como enquadre virtual do que como protocolo concreto. Estrutura-se usando o apoio da *estrutura enquadrante* do analista, transformada em matriz simbólica reflexiva graças à formação analítica (Urribarri, 2010). A diversidade da prática, com seus enquadres variáveis encontra sua unidade (ao mesmo tempo seu fundamento e sua condição de possibilidade) no *enquadre interno do analista* (Green, 2000b) como aval do método.

A noção de *enquadre interno do analista*, concebida como matriz objetualizante e representativa é a sede do pensamento clínico. O trabalho psíquico do analista articula uma série de dimensões e operações heterogêneas (escuta, figurabilidade, imaginação, elaboração da contratransferência, memória pré-consciente do processo, historização, interpretação, construção, etc.). Seu funcionamento ótimo é o dos *processos terciários*, processos transicionais internos sobre os quais se fundam o pensamento e a criatividade do analista.

O pensamento clínico – define Green no livro homônimo – é o resultado de um trabalho mútuo de observação e auto-observação dos processos mentais que usam os canais verbais (2002b). Logo, lembra que antes havia proposto que o enquadre analítico transforma o aparelho psíquico em aparelho de linguagem. E também que o processo analítico se define como o retorno para si mesmo mediante a passagem pelo outro. Acrescenta a estas fórmulas a ideia de que o pensamento clínico consiste em articular, por meio da linguagem, dois tipos de pensamentos: os pensamentos que surgem das relações entre representações conscientes e pré-conscientes e os pensamentos que ligam os processos organizados pela linguagem aos processos inconscientes, dominados pelo processo primário. Afirma que este é o núcleo dinâmico do pensamento clínico (ibid). (Prolongando esta perspectiva, propusemos considerar o pensamento clínico como um *pensamento terciário*, enquanto complexização e *colocação em forma* reflexiva dos processos terciários).

Em contraste com a ideia de que as psicoterapias psicanalíticas são variantes mais simples e superficiais de trabalho analítico, estas são reconhecidas na sua complexidade e dificuldade. Do lado do analista enfatiza-se a necessidade de um trabalho psíquico especial para tornar representável, pensável, analisável o conflito psíquico situado nos limites da analisabilidade. Por exemplo, a escuta deve combinar a lógica dedutiva (do modelo freudiano) com uma lógica indutiva. Na formulação da interpretação explicita-se o seu caráter conjectural, usando o modo condicional ou interrogativo para permitir que o paciente tenha uma *margem de*



jogo, podendo usá-la ou rejeitá-la. Diante do mutismo (de cunho lacaniano) e da tradução simultânea (de inspiração kleiniana), a matriz dialógica do método volta a ser valorizada e aprofundada. A noção de diálogo analítico adquire um relevo conceptual e não apenas descritivo. Em ambos os casos – psicanálise ou psicoterapia – pode-se dizer que o objetivo de reconhecimento e metabolização do inconsciente é similar. Seu resultado desejável é a constituição ou o desenvolvimento de um enquadre interno (ou interiorização do enquadre), mediante o qual o núcleo dialógico (intersubjetivo) da análise se torne uma matriz intrapsíquica reflexiva, uma plataforma dinâmica da função objetualizante (Urribarri, 2005).

A introdução do conceito de enquadre inaugura um esquema triádico (enquadre – transferência – contratransferência) do processo analítico: se a transferência e a contratransferência são o motor, o enquadre constitui seu fundamento. Nesta perspectiva, o enquadre é polissêmico, conjugando diversas lógicas para as quais a escuta deve estar aberta: da unidade (do narcisismo), da dupla (mãe-bebê), do transicional (da ilusão e do potencial), do triangular (da estrutura edípica). Concordando com esta polissemia do enquadre, a posição do analista é também múltipla e variável: não pode ser nem predeterminada nem fixa; nem como pai edípico nem como mãe continente, etc. O analista deve *brincar*, tanto no sentido teatral e musical quanto lúdico, em função dos cenários desdobrados na singularidade do campo analítico. Já que o inconsciente *fala em diferentes dialetos*, o analista deve ser *poliglota*. Na técnica proposta por Green para as estruturas não-neuróticas, privilegia-se a dimensão transicional e dialógica do trabalho analítico: destaca-se um recurso que poderíamos denominar *squiggle* verbal – um estilo de intervenção orientada pelo (e em direção ao) movimento representativo do discurso do paciente.

Em *A posição fóbica central* (2000c), André Green propõe uma concepção da associação livre (e da atenção flutuante) como produção acoplada da dupla analítica: define o discurso em sessão como um processo arborescente de *criação* de sentido que determina, na fala do paciente e na escuta do analista, um movimento duplo de *reverberação retroativa e antecipação anunciadora*. Esta virtualidade polissêmica da comunicação analítica pode se tornar potencialidade traumática nas estruturas não-neuróticas: a posição fóbica central é um exemplo de defesa contra esta última possibilidade.

Tecnicamente, passa-se da (sistemática) interpretação *da* transferência à interpretação *na* transferência. A dimensão do *aqui-agora-comigo* passa a articular-se com o *ali-naquele então-com outro*. A *Nachtraglichkeit* freudiana, (a ressignificação, o *après-coup*) que define a temporalidade específica da psicanálise



recupera um papel central, sendo duplamente aprofundada: como dimensão essencial, inerente ao processo de representação, e como chave do trabalho psicanalítico. A historização passa a ser uma dimensão chave do trabalho de análise. (A historização centra-se na história do processo analítico e, como exemplificaremos mais adiante, não deve ser confundida com a mera construção, nem muito menos com a *colocação em relato* da história do paciente). O livro *O tempo fragmentado* (2000a) demonstra toda a riqueza metapsicológica da teoria da temporalidade que está em sua base.

Neste contexto destaca-se a importância da imaginação do analista (especialmente solicitada no trabalho nos limites da analisabilidade). Assim redefinida, a escuta analítica é mais ampla do que a contratransferência, e a atividade do analista vai além da elaboração e do uso da mesma. Posto que nem todo movimento da mente do analista além do processo secundário é contratransferencial, por exemplo, destaca-se o papel da regressão formal do pensamento do analista como via para dar figurabilidade ao não-representado do paciente.

Em seu eloquente artigo *Desmembramento da contratransferência: o que ganhamos e o que perdemos com a extensão da contratransferência* (2001b), André Green propõe distinguir e designar três dimensões que costumam se confundir. O que corresponde à posição analítica que precede e favorece a transferência do paciente, assim como a sua predisposição geral para reconhecer e processar sua própria contratransferência é denominado *conjunto ante-analítico* (podendo ser considerado como uma *ante-transferência*). É o alicerce da *contratransferência stricto sensu*, singular, por vir. Justamente a *contratransferência à obra* (em francês, *a l'ouvre*, ou seja, em obra, em andamento, inerente ao trabalho) diferencia-se da latência da disposição ante-analítica e “encarna-se de maneira efetiva na relação singular[...] Refiro-me a uma contratransferência que surpreende as expectativas do analista” (Green, 2012, p. 103-104). A contratransferência é uma exigência de trabalho psíquico para o analista. A assimetria da relação analítica “não dá a ele nenhuma autoridade interpretativa, mas sim um dever de analisar a transferência do paciente e seu eco no analista” (ibid., p. 103-104). Para isso, sustenta que “o lugar da contratransferência e do pensamento analítico implicam na mobilidade dos registros e na ativação dos processos terciários” (ibid., p. 103-104). O duplo registro (intrapíquico e intersubjetivo) favorece um *pensamento terceiro* que emerge das operações de reunião e separação (intersubjetivo), articulado com os diversos modos de pensamento (intrapíquico) abrindo uma possibilidade de sair dos impasses da dualidade. Finalmente, propõe diferenciar um *acoplamento à*



transferência ou contratransferência engrenada (engrené) na qual o trabalho de pensamento é paralisado por uma relação inconsciente hipnótica de fascinação mútua, na qual o analista responde em espelho à força de reverberante da transferência do paciente.

Green postula uma sustentação pré-consciente da atenção flutuante. Isto não significa que o papel do inconsciente do analista seja excluído, mas que é articulado, mediado pelo pré-consciente que é o que permite sua simbolização e seu uso técnico. O papel do pré-consciente adquire uma importância renovada como espaço de mediação, interseção e interação representativo: espaço transicional interno, pivô da associação livre do paciente (e da atenção flutuante do analista), sede de sua perlaboração. Neste contexto deve situar-se a ideia do enquadre interno do analista como uma matriz representativa pré-consciente na qual se fundam a compreensão e a criatividade do analista. Na elaboração da contratransferência, os processos terciários do analista permitem que a ressonância inconsciente primária se ligue adquirindo figurabilidade, podendo chegar a ser significada e logo pensada mediante a linguagem e, finalmente, religada ao inteligido da situação analítica.

Para ilustrar o pensamento clínico enquanto complexização do trabalho psíquico do analista, gostaria de citar uma descrição precisa do autor de *Loucuras privadas* (1986b). Ao discutir o modelo pós-freudiano e particularmente a noção bioniana de *rêverie* como modelo da contratransferência totalizante, escreve:

Em que consiste a escuta do analista? Em primeiro lugar, em compreender o sentido manifesto do que se diz, condição necessária para tudo o que vem a seguir; depois, e é a etapa fundamental, em imaginarizar o discurso, ou seja, não somente imaginá-lo, mas incluir nele a dimensão imaginária, construindo de outro modo o implícito desse discurso na encenação do entendimento. A etapa seguinte (delirará ou) desligará a sequência linear desta cadeia, evocará outros fragmentos de sessão: alguns recentes (talvez da última sessão), outros menos recentes (surgidos há alguns meses) e, finalmente, outros muito mais antigos (por exemplo, um sonho do início da análise). [...]. O analista tem a tarefa de ser o arquivador da história da análise e de buscar nos registros de sua memória pré-consciente para o que convocará suas associações a todo momento. Eis aqui o fundo sobre o qual é desenvolvida a capacidade de *rêverie* do analista. Esta adquire corpo na última etapa, a de religação, que se efetivará selecionando e recombinao os elementos assim recolhidos para dar nascimento à fantasia



contratransferencial que vai ao encontro da fantasia transferencial do paciente (Green, 1987, p. 360).

3.2. Sonho e ato: dois modelos freudianos para o pensamento clínico

Tudo o que dissemos, espero, permite-nos articular o pensamento clínico com o díptico dos *dois modelos, do sonho e do ato* que Green propõe em *O tempo fragmentado* (2000a) para dar conta das perspectivas teórico-clínicas derivadas da primeira e da segunda tópicos freudianas, as quais correlaciona com as diferenças entre a análise de estruturas neuróticas e não-neuróticas. Estes modelos, por sua vez, são esclarecidos quando referidos ao funcionamento ou ao disfuncionamento da estrutura enquadrante. É possível, assim, compreender o papel do enquadre na situação analítica clássica e seus impasses (e variações) nas situações nos limites da analisabilidade (Urribarri, 2005, 2010). Neste sentido, é possível distinguir o duplo aporte de Green à técnica, correspondente às duas dimensões fundamentais de sua teorização do processo representativo (*função básica do psiquismo*): a teoria generalizada da representação e a teoria da estrutura enquadrante, matriz e sede da função representativa. Esquemáticamente, pode-se dizer que, do ponto de vista técnico, cabe à primeira o *trabalho de representância* e à segunda o *trabalho de limite* (o que, em termos descritivos, pode diferenciar-se como função interpretante, centrada no conteúdo e função enquadrante, centrada no continente). Ambas devem ser complementadas em torno do restabelecimento da função objetualizante, cuja condição mínima é o investimento significativo, norte da escuta e da intervenção do analista.

No modelo de sonho (realização e mascaramento do desejo inconsciente), as representações são um dado de base do psiquismo: criam *As cadeias de Eros* (1998b) ao ligar e articular a pulsão, *encadeando-a* ao processo representativo. Isto pressupõe que a função continente da estrutura enquadrante (narcisismo primário) esteja suficientemente bem estabelecida para que a análise possa concentrar-se no conteúdo segundo um eixo primordialmente intrapsíquico. Os conflitos identificatórios estão ligados dialeticamente aos avatares do desejo e não colocam em jogo o narcisismo primário nem as identificações primárias. A clínica funda-se, assim, sobre a compatibilidade existente entre representação de coisa/representação de palavra, reunidas transferencialmente na associação livre. O processo articula-se, segundo Green, no trípole *enquadre/sonho/interpretação*.

Ligado à segunda tópica – na qual se observa a substituição do inconsciente pelo id – o modelo do ato (*agieren*) está centrado na moção pulsional e nos fracassos de sua ligação com a representação (agora a ligação representativa é um resultado possível, mas já não um dado de partida). O trauma e a compulsão de repetição



mortífera tomam o lugar referencial da realização de desejo. A referência às falhas na relação com o objeto primário e correlativamente à prevalência de um narcisismo de morte torna-se central. Os conflitos identificatórios colocam em jogo os limites entre o sujeito e o objeto, afetando a estrutura narcisista primária e suas identificações nucleares. A estrutura enquadrante como espaço de representação é transbordada por um funcionamento evacuativo, projetivo, dessimbolizante.

O irrepresentável irrompe na cena analítica e põe em cheque tanto a associação livre quanto a atenção flutuante. Nestas situações, o modelo greeniano da estrutura enquadrante dá fundamento teórico e orienta as variações do enquadre e da técnica. A construção do continente psíquico e do pré-consciente como espaço transicional interno, e base dos processos terciários, torna-se uma condição para a análise do conteúdo. É neste contexto em que, como referente da técnica, o sonho (a interpretação do conteúdo latente) é substituído pelo jogo (a co-construção do sentido no espaço intersubjetivo como condição para sua introjeção no e estruturação do intrapsíquico). Por exemplo, nas situações em que se torna conveniente o trabalho *face a face*, nas que constatamos que o sobreinvestimento da percepção funciona como um contrainvestimento da representação. Consequentemente, antes de considerar *tornar consciente o inconsciente*, deve-se começar por *tornar consciente (pensável) o manifesto*. A aposta do jogo analítico na representação aponta para a interiorização (que contenha a compulsão evacuativa) na atualidade da sessão. É uma aposta em um processo de subjetivação. O eixo interpretativo centrado no intrapsíquico deve ser articulado com – e em certa medida, deslocado para – o intersubjetivo. Prioriza um *trabalho do limite* que busca correlativamente delimitar/construir fronteiras internas (formações intermediárias entre as instâncias) e externas (entre o ego e o objeto). Por isso, sugeri que o processo seria organizado num trípole: *enquadre interno/ato/interiorização* (sendo esta interiorização o resultado tópico do processo dinâmico da religação mediante a figuração e a representação) (referência).

Então, para encerrar, retornamos à pergunta: *Como funciona a mente do analista contemporâneo?* Nossa resposta estabeleceu uma relação da noção de pensamento clínico com a de pensamento terciário. Recapitulemos algumas das ideias com as quais definimos o modelo clínico contemporâneo como terciário: o objeto analítico, objeto terceiro formado pela relação analítica. O enquadre, elemento terceiro, de estatuto transicional. O trípole do processo analítico: transferência/contratransferência/enquadre. O enquadre interno do analista, aval da terceiridade, quando o campo analítico tende a uma dinâmica dual, bidimensional. O trabalho psíquico do analista, eixo conceitual terciário, que inclui





a atenção flutuante (perspectiva intrapsíquica, análise de conteúdo) e a contratransferência (perspectiva intersubjetiva, análise da relação e do continente) subordinando-as a uma gama mais ampla e complexa de operações na qual se destaca a imaginação (a criatividade) psicanalítica. Os processos terciários, núcleo do trabalho psíquico do analista, de seu pensamento clínico. □

Abstract

Clinical thinking: contemporary, complex, tertiary

The notion of clinical thinking is inserted in the core of the project which enhanced André Green's work, – especially since the year 2000 – of a new contemporary psychoanalytic paradigm: freudian, pluralist, complex. Clinical thinking is a concept which brings together an epistemological and a technical dimension, which renew the theory in clinical practice. For this reason the present article approaches first the clinical thinking in connection to complex epistemology (Morin, Atlan, Castoriadis) and dwells on its correlation to the notion of tertiary processes (Green) and of tertiary thoughts (Urribarri). Second, it explains its clinical specificity (related to an original tertiarization of the analytic framework) concerning the psychic work of the analyst, conceived as a tertiary conceptual vortex: includes floating attention (a key in freudian model), countertransference (from the post-freudian model), basing the analytic listening in the internal framework of the analyst (a key in the contemporary model). Finally it questions this perspective in relation to neurotic functioning (or of dreams) and the non-neurotic (or of acts).

Keywords: clinical thinking, contemporary psychoanalytical paradigm, complexity, tertiary processes, tertiary thinking, countertransference, psychoanalytical framework, model of dreams, model of acts, non-neurotic structures.

Resumen

El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciário

La noción de pensamiento clínico se inscribe en el centro del proyecto que impulsó la obra de André Green, – especialmente desde el año 2000 – de un nuevo paradigma psicoanalítico contemporáneo: freudiano, pluralista, complejo.



Pensamiento clínico es un concepto que conjuga una dimensión epistemológica, y una dimensión técnica, renovadora de la teoría de la clínica. Por ello este artículo aborda en primer lugar el pensamiento clínico en relación con la epistemología compleja (Morin, Atlan, Castoriadis) y se ocupa de su relación con la noción de procesos terciarios (Green) y de pensamiento terciario (Urribarri). En segundo lugar se precisa su especificidad clínica (relacionada con una original teorización del encuadre analítico) en torno al trabajo psíquico del analista, que es concebido como un eje conceptual terciario: que incluye la atención flotante (clave del modelo freudiano), la contratransferencia (del modelo postfreudiano), fundando la escucha analítica en el encuadre interno del analista (clave del modelo contemporáneo). Por último se esboza la puesta en juego de esta perspectiva en relación con el funcionamiento neurótico (o del sueño) y el no neurótico (o del acto).

Palabras llave: pensamiento clínico, paradigma psicoanalítico contemporáneo, complejidad, procesos terciarios, pensamiento terciario, contratransferencia, encuadre psicoanalítico, modelo del sueño, modelo del acto, estructuras no neuróticas.

Referências

- Green, A. (1979). La vida es un desorden fecundo. Angustia y narcisismo. In *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires: Amorrortu, 1983.
- _____. (1986a). Pensar la epistemología de la práctica. In *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: EUDEBA, 1996, pp. 369-380.
- _____. (1986b). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- _____. (1987). La capacidad de rêverie y el mito etiológico. In *La foliee privée*. Paris: Gallimard, 1990.
- _____. (1995). *La causalidad psíquica*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997, 304 p.
- _____. (1996). Respuesta a Robert S. Wallerstein. In J. Sandler, A. M. Sandler, R. Davies, et al. *La investigación psicoanalítica clínica y observacional: raíces de una controversia*, André Green y Daniel Stern. Londres: Karnac, 2000.
- _____. (1998a). Lógica de la heterogeneidad. In *La representación y lo irrepresentable. Entrevista a André Green por Fernando Urribarri*. *Revista de Psicoanálisis (APA)*. Número Especial Internacional.
- _____. (1998b). *Las cadenas de Eros*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (2000a). *El tiempo fragmentado*. Buenos Aires: Amorrortu, 2002.
- _____. (2000b). El encuadre: su interiorización por el analista. *Revista Zona Erógena, Buenos Aires*, 49, p. 21-23, 2001.
- _____. (2000c). La position phobique centrale: avec un modèle de l'association libre. *Revue Française de Psychanalyse*, 64(3), pp.743-771.



- _____. (2001a). La crisis del entendimiento psicoanalítico. In *El pensamiento clínico*, Buenos Aires: Amorrortu, 2010, pp. 313-327.
- _____. (2001b). Démembrement du contretransfert. In J. J. Baranes, F. Sacco, et. al. *Inventer en psychanalyse: construire et interpréter*. Paris : Dunod, 2002.
- _____. (2002a). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004. 416 p.
- _____. (2002b). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- _____. (2002c). Hacia un psicoanálisis del futuro. *Presentado en el Coloquio El trabajo analítico*. UNESCO, 2003.
- _____. (2006). *Coloquio Unidad y diversidad de la práctica de los analistas*. Sociedad Psicoanalítica de Paris. Paris: PUF.
- _____. (ed.) (2007). Resonance of suffering: countertransference. In *Non-neurotic structures*. London: IPA, 2007. 256 p.
- _____. (2012). *La Clinique psychanalytique contemporaine*. Paris : D'Itaque.
- Urribarri, F. (2005). Le cadre contemporaine de la représentation. In F. Richard e F. Urribarri (Eds.) *L'ouvre d'André Green*. Paris: PUF.
- _____. (2007). El trabajo psíquico del analista y los tres conceptos de contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (3), 2009.
- _____. (2010). André Green: pasión clínica, pensamiento complejo: hacia el futuro del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 68(2-3), 2011, pp. 365-393.

Recebido em 10/10/2012

Aceito em 05/11/2012

Tradução de **Beatriz Affonso Neves**

Revisão técnica de **Lúcia Thaler**

Fernando Urribarri

Av. Callao 1960 4º piso (Recoleta)

Ciudad Autonoma de Buenos Aires

e-mail: zonaerogena@yahoo.com

© Associação Psicanalítica Argentina

Versão em português Revista de Psicanálise – SPPA