

# Dos sonhos traumáticos ao sonhar analítico

## *From traumatic dreams to analytical dreaming*

---

Perla Klautau\*  
Monah Winograd\*\*

**Resumo:** Os sonhos traumáticos geralmente possuem o mesmo conteúdo e são recorrentes, trazendo de volta acontecimentos que estão dissociados no psiquismo. Isolados, os conteúdos não integrados ao ego encontram, por meio da produção onírica, acesso à consciência. O objetivo deste artigo é sustentar a ideia de que a função do analista consiste em construir, junto com o paciente, um campo transferencial-contratransferencial capaz de propiciar o sonhar analítico. Com o propósito de sustentar esta ideia, examinaremos as noções de tato psicológico (FERENCZI, 1928), de construções em análise (FREUD, 1937), de contratransferência (HEIMANN, 1960), de regressão (WINNICOTT, 1954), de terceiro analítico (OGDEN, 1996) e de espaço potencial (WINNICOTT, 1967).

**Palavras-chave:** Sonhos traumáticos, construções em análise, contratransferência, regressão, terceiro analítico.

**Abstract:** *Traumatic dreams usually have the same content and are recurrent, thus bringing back events that are dissociated in the psyche. On an isolated basis, the content not integrated with the ego gain access to the conscience through dreaming production. The objective of this article is to support the idea that the analyst's function is to create with the patient a transference and counter-transference field in which analytic dreaming can be produced. In order to support this idea, concepts such as psychological tact (FERENCZI, 1928), constructions in analysis (FREUD, 1937), counter-transference (HEIMANN, 1960), regression (WINNICOTT, 1954), analytic-third (OGDEN, 1996) and potential space (WINNICOTT, 1967) will be examined.*

**Keywords:** *Traumatic dreams, constructions in analysis, counter-transference, regression, analytic-third.*

---

\* Psicanalista, membro efetivo/CPRJ, pós-doutoranda Psicologia Clínica/PUC-Rio (bolsista/FAPERJ).

\*\* Psicanalista, profa. Programa pós-graduação/PUC-Rio.

Durante o relato de um sonho, num misto de surpresa e constatação, é feita a seguinte comunicação: “o sonho vem para puxar o lençol do fantasma”. Esta frase foi dita por um paciente durante uma de nossas sessões acompanhada da seguinte explicação: “o sonho coloca a gente de frente para o fantasma e puxa o lençol! Aí dá para ver o que tem por baixo! Sem tirar o lençol não dá para conhecer e enfrentar o fantasma”. Se utilizarmos o referencial psicanalítico clássico para interpretar esta associação, chegaríamos, facilmente, à ideia de que os sonhos devem ser entendidos como um tipo de realização alucinatória de desejos. E o fantasma, de acordo com a explicação dada, poderia ser relacionado com a fantasia inconsciente recalcada. Isto é, com a roupagem que disfarça os desejos inconscientes, travestindo-os e tornando-os mais apropriados para penetrar no terreno consciente. Porém, o contexto ao qual o paciente faz referência é outro. Vejamos o relato do sonho: “eu estou sempre na mesma casa, a casa em que eu morei durante toda minha infância e adolescência. Só que a casa ainda estava em construção. Eu via o barro vermelho caindo, sempre tenho a impressão de que a casa ‘tá’ desmoronando bem devagarinho. Os cômodos não tinham ligação, as partes da casa ficavam separadas e as pessoas isoladas umas das outras: nunca dá para eu chegar perto, para me comunicar. Neste sonho, meu pai e minha mãe estão sempre juntos, mas longe de mim”.

O sonho descrito é classificado pelo paciente como um pesadelo que suscita imensa angústia. Trata-se de um sonho recorrente que possui sempre o mesmo conteúdo e o acorda no meio da noite com o seu próprio grito: “fico sempre muito nervoso, sinto medo de dormir e sonhar a mesma coisa. Também me deixa tenso contar agora pra você. Se eu pudesse controlar, ia escolher não lembrar”. Este sonho poderia ser incluído em uma categoria que se apresenta como uma exceção à regra de que os sonhos são realizações de desejo, regidos pelo princípio do prazer – os “sonhos traumáticos” (Freud, 1920a). Este tipo de sonho geralmente possui o mesmo conteúdo e se repete de forma recorrente, trazendo de volta os traumas infantis. O fantasma, ao qual o paciente faz referência durante a sessão, diz respeito, justamente, aos traumas vividos na infância que estão dissociados no psiquismo. Isolados, os conteúdos não integrados ao ego encontram, através da produção onírica, um meio de acesso à consciência. Se acompanharmos a lógica do raciocínio desenvolvida pelo paciente, torna-se possível afirmar que quando o conteúdo traumático atinge a consciência, o lençol cai e o que está por baixo do pano torna-se visível. Diante disso, surge a pergunta: o que fazer frente a frente com o fantasma? Em outras palavras: como encontrar meios para elaborar situações traumáticas vividas em momentos nos quais o equipamento linguístico

responsável pelas operações simbólicas e pela produção de significações não esteve em ação?

O objetivo deste artigo é elaborar respostas para essas perguntas, partindo da ideia de que certos tipos de pacientes e determinados momentos do tratamento exigem do analista uma postura diferente da assumida quando a interpretação é utilizada como principal ferramenta clínica. Assim, como há sonhos que não se restringem ao modelo de realização alucinatória dos desejos regidos pelo princípio do prazer, há casos e momentos de um tratamento que escapam à lógica da problemática edipiana. Por não estarem relacionados à interpretação do desejo recalcado, determinados casos exigem do analista uma mudança de posição referente ao modo de acessar os conteúdos inconscientes. Estamos assim, diante do que, atualmente, vem sendo chamado de *casos e situações limite, borderlines, pacientes difíceis*, etc. Existe uma extensa terminologia para denominar certos tipos de pacientes, cujo sofrimento primordial está ligado a uma problemática narcísico-identitária que possui a clivagem como mecanismo de defesa principal. Com este tipo de casos, o trabalho analítico passa a ser realizado com a incumbência de enfrentar os obstáculos impostos pelo uso da técnica clássica como recurso para a investigação do material traumático clivado, já que este não pode ser situado no domínio da representação e da significação.

Se na neurose o recalcado retorna e, por meio da rememoração, é passível de interpretação, nos casos em que traumas precoces continuam atuantes, as percepções clivadas também retornam. A diferença é o modo e a roupagem utilizados no retorno: na medida em que não são de natureza representativa, as percepções clivadas retornam em ato ou por meio dos sonhos traumáticos. Desta forma, o que está em jogo nos sonhos traumáticos não difere significativamente do que é atuado repetidamente. Geralmente, através dos diferentes tipos de comunicação não verbal, o paciente faz com que o analista entre em contato com uma parte de seu psiquismo não percebida de forma direta por ele mesmo. Para que se tenha acesso a este plano da experiência subjetiva, é preciso contar com modos de conhecimento e de interação que não dependam apenas da operação verbal, que permitam uma aproximação e entendimento do sentido da experiência do outro com base na percepção, na ressonância afetiva e na sintonia emocional. Quando o afeto domina a cena, o processo comunicativo é ampliado e passa a comportar e conferir destaque à presença sensível do analista na sessão. Isto significa que os processos perceptuais e cognitivos do analista são usados como uma espécie de bússola a fim de facilitar a compreensão das percepções clivadas que penetram no domínio da consciência por meio dos sonhos traumáticos. Neste contexto, a ideia de *sonhar analítico* tor-

na-se peça chave para a condução do tratamento de pacientes cuja capacidade de rememoração e de representação encontra-se limitada.

### **Sonhos traumáticos: repetição e rememoração**

Em 1920, no Congresso de Haia, Freud fez uma comunicação com o título *Suplemento à teoria dos sonhos*, na qual anuncia uma classe de sonhos que se apresenta como uma exceção à regra de que os sonhos são realizações de desejo, regidos pelo princípio do prazer: “Trata-se dos chamados sonhos ‘traumáticos’, que ocorrem em pacientes que sofreram acidentes, mas que aparecem também durante a psicanálise de neuróticos, trazendo-lhes de volta traumas esquecidos da infância” (FREUD, 1920a, p. 15). Alguns meses depois, em *Mais além do princípio do prazer* (FREUD, 1920b), esta ideia é apresentada detalhadamente, como uma nova categoria de sonhos que visa promover o trabalho de ligação suspenso. Os sonhos em questão direcionam o sujeito de volta ao evento traumático com a finalidade de dominar o excesso de estímulo e processar a ligação da energia livre. Neste contexto, agir repetidamente assume o caráter de uma rememoração que ocupa o lugar de uma lembrança não integrada à cadeia representativa. Portanto, o material que não é integrado nos sistemas psíquicos retorna e se repete com o intuito de engendrar um funcionamento associativo para que o excesso possa ser elaborado e, finalmente, representado.

É, porém, impossível classificar como realização de desejo os sonhos que estivemos debatendo e que ocorrem nas neuroses traumáticas, ou sonhos tidos durante as psicanálises, os quais trazem à lembrança os traumas psíquicos da infância. Eles surgem antes em obediência à compulsão à repetição, embora seja verdade que, na análise, essa compulsão é apoiada pelo desejo (incentivado pela sugestão) de conjurar o que foi esquecido e reprimido. Dessa maneira, pareceria que a função dos sonhos, que consiste em afastar quaisquer motivos que possam interromper o sono, através da realização dos desejos dos impulsos perturbadores, não é a sua função original. Não lhes seria possível desempenhar essa função até que a totalidade da vida mental houvesse aceito a dominância do princípio de prazer. Se existe um ‘além do princípio de prazer’, é coerente conceber que houve também uma época anterior em que o intuito dos sonhos foi a realização dos desejos (FREUD, 1920b, p. 49).

Seguindo este raciocínio, Ferenczi (1934) propõe uma função anterior à transformação dos restos diurnos em realização de desejo: “penso, entretanto, que o retorno dos restos diurnos já representa por si mesmo uma das funções

do sonho” (FERENCZI, 1934, p. 128). Sob esta ótica, os restos diurnos são equiparados a restos de vida e considerados sintomas de repetição de traumas. A finalidade do retorno dos resíduos de vida no material onírico é de conduzir o trabalho de ligação a uma resolução que não foi efetuada durante o atravessamento do acontecimento traumático originário. Portanto, nesta visada, todo e qualquer sonho pode ser entendido como uma tentativa de elaboração de acontecimentos traumáticos.

De acordo com Ferenczi (1929), a dimensão traumática está diretamente relacionada ao desamparo experimentado pela criança que, desde muito cedo, registra os sinais da falta de resposta do ambiente frente a situações que ultrapassam sua capacidade de atribuir significado ao que foi vivido. A permanência destes sinais não representados no psiquismo são considerados como propiciadores de traumatismos. O ponto de partida desta concepção é a relação traumática vivida entre adultos e crianças. Em seu artigo, *Confusão de língua entre os adultos e a criança*, Ferenczi (1933) enfatiza uma diferença observada: a criança se organiza a partir da linguagem da ternura, marcada pelo faz-de-conta; já, o adulto é dominado pela linguagem da paixão cujo traço principal é o recalque e a ambivalência. Para fundamentar esta ideia, o mecanismo de sedução da criança pelo adulto é descrito como o paradigma da situação de desamparo pelo ambiente. Neste sentido, a sedução deve ser entendida como uma violação psíquica:

As crianças sentem-se física e moralmente sem defesa, sua personalidade é ainda frágil demais para poder protestar, mesmo que em pensamento, contra a força e a autoridade esmagadora dos adultos que as emudecem, podendo até fazê-las perder a consciência. *Mas esse medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas, e a identificar-se totalmente com o agressor* (FERENCZI, 1933, p. 117).

No modelo proposto por Ferenczi, o medo da criança transforma a identificação com o agressor em incorporação fazendo com que este desapareça da realidade externa e passe a existir no registro intrapsíquico. Desta forma, instala-se no interior da criança o sentimento de culpa do agressor: “o jogo até então anódino apresenta-se agora como um ato merecedor de punição” (FERENCZI, 1933, p. 117). É justamente neste momento que se estabelece a confusão de línguas: *a criança se sente, ao mesmo tempo, inocente e culpada*. Diante de tal confusão, perde a confiança no testemunho de seus sentidos. É

possível adicionar a isto, a falta de sustentação do ambiente refletida através da desqualificação do afeto experimentado pela criança.

De um modo geral, as relações com uma segunda pessoa de confiança – no exemplo escolhido, a mãe – não são suficientemente íntimas para que a criança possa encontrar uma ajuda junto dela; algumas tênues tentativas nesse sentido são repelidas pela mãe como tolices. A criança de quem se abusou converte-se num ser que obedece mecanicamente, ou que se fixa em uma atitude obstinada; mas não pode mais explicar as razões desta atitude (FERENCZI, 1933, p. 117-8).

O desmentido é experimentado como violação, disparando o dispositivo da clivagem a partir da qual se observaria, simultaneamente, duas partes da personalidade em ação: uma estaria preservada, na medida em que tudo sabe, mas nada sente, ao passo que a outra parte, encontrar-se-ia destruída, destituída de valor por falta de confiança nos próprios afetos. O corolário disto é a obediência mecânica ao sentimento de culpa introjetada a partir da identificação com o agressor. Tal obediência é descrita por Ferenczi (1933) como uma espécie de transe traumático e se expressa através da compulsão à repetição.

Quando o aumento de excitação não pode ser contido, o princípio do prazer fracassa e produzem-se experiências traumáticas, colocando a capacidade de elaborar as experiências vividas fora de ação. Sem a dimensão associativa operante, a compulsão à repetição entra em cena com sua marca patente: a repetição do trauma. A função deste tipo de defesa é a de dominar o excesso de excitação provocado pelo acontecimento traumático. Ao guiar o sujeito de volta ao acontecimento traumático, o mecanismo de compulsão à repetição se torna parte integrante dos sonhos repetitivos. Nesse caso, vê-se como as marcas do trauma não são metabolizadas e congelam-se, impedindo suas retranscrições e sua articulação em uma rede representacional. A consequência imediata é que a ação psíquica do trauma conduz à aniquilação do sentimento de si, levando o sujeito à incapacidade de compreender e de nomear o que se passa; exigindo, assim, um grau de complexidade psíquica que a criança ainda não é capaz de ter. O que está em jogo, nessa situação, necessita de tradução, de uma ligação que ainda não foi realizada. Desse jeito, é possível entender que o sonho visa dominar à angústia suscitada pelo choque traumático originário. Portanto, frente à angústia, a atividade onírica pode funcionar como uma tentativa de encontrar sentido para o que foi vivido e, assim, propiciar meios de converter o inominável em experiência psíquica traduzida e integrada ao ego. Por conseguinte, os restos do dia e da vida são impressões psíquicas tendentes à repetição não resolvidas e nem dominadas, inconscientes e que, talvez, jamais foram conscientes, as quais surgem mais nas con-

dições do sono e do sonho do que em estado vígil e exploram para seus fins a capacidade de realização de desejo no sonho (FERENCZI, 1934, p. 129).

Para Ferenczi, a tendência à repetição do trauma é mais propícia durante o sono. Sem a ação da censura e do recalque, o conteúdo traumático encontra uma via que possibilita o acesso à consciência. Neste sentido, os sonhos atualizam os acontecimentos traumáticos ocorridos na primeira infância. Em circunstâncias favoráveis, como na regressão, esses conteúdos emergem e reivindicam solução. Essa regressão pode ser entendida como o estado de sono, mas também pode ser vivida durante o processo analítico.

### ***Sonhar com: regressão, holding e interpretação***

Uma das funções do analista diante da compulsão à repetição, que insiste em trazer à consciência os conteúdos clivados, é estabelecer conexões entre lembranças, sentimentos e percepções isoladas. Nesta perspectiva, o analista pode assumir uma postura diferente da comumente adotada no tratamento psicanalítico clássico. O manejo deste tipo de cura é sustentado pela associação livre por parte do analisando, pela atenção flutuante e pela interpretação do material inconsciente recalçado por parte do analista. Quando o que está em pauta é o uso da interpretação como ferramenta clínica, caberia ao analista descortinar o véu que encobre a realidade psíquica, ou seja, os desejos inconscientes recalçados e as fantasias que exercem determinação sobre a formação dos sintomas. Diferentemente das neuroses, o manejo de casos e situações regidos pela compulsão à repetição não opera no domínio da representação e da significação. Para acessar o material clivado que precisa ser integrado ao eu, torna-se necessário que o analista participe do trabalho associativo usando o próprio funcionamento mental. É neste momento que o uso do *holding* e da regressão pode entrar em cena.

Regressão e *holding* são duas expressões usualmente utilizadas para definir um tipo de manejo clínico proposto por Winnicott (1954a, 1954b), cuja direção visa o estabelecimento de uma provisão ambiental capaz de fornecer o suporte necessário para a integração de experiências que não foram metabolizadas, traduzidas, nem tampouco articuladas à rede representacional. Na tradução da obra de Winnicott para o português, o termo *holding* foi mantido com a grafia original, devido ao fato de não ter sido encontrada nenhuma palavra ou expressão capaz de abranger o significado deste termo. Na língua inglesa, *holding* é utilizado no sentido do verbo *to hold*, que possui alguns significados compatíveis com a ideia de Winnicott: segurar, aguentar, sustentar

e conter. Sendo assim, a expressão em questão deve ser entendida como uma sustentação proveniente do ambiente que possui a peculiaridade de adaptar-se às necessidades que vão se modificando ao longo do tempo. Quando pensado em relação ao manejo da transferência, a temática do *holding* é de crucial importância para a busca de alternativas à prática interpretativa clássica e traz atrelada a si o conceito de regressão. Diferentemente de Freud, Winnicott não usa esse termo para traduzir uma ideia de recuo aos pontos de fixação da libido. Para Freud, a regressão seria o resultado de uma interrupção no processo de desenvolvimento: diante de uma situação traumática, o progresso é interrompido e o desenvolvimento recua em direção aos pontos de fixação da libido. Dessa forma, o sujeito traumatizado passa a lançar mão de mecanismos de defesa não compatíveis com o estado de desenvolvimento libidinal em que se encontra. Winnicott, por sua vez, vê na regressão a possibilidade de o paciente reviver, através da situação de dependência, as falhas de adaptação sofridas nos primeiros momentos de vida.

O uso clínico da regressão na prática winnicottiana faz parte do processo de cura de pacientes que não possuem o eu integrado, nesse sentido, é feito a partir do estabelecimento de um ambiente de *holding* no *setting analítico*. Desta forma, é imprescindível incluir no manejo clínico, não só o ambiente, mas, sobretudo, o modo como este se comporta. Sendo assim, ambiente, *setting* e a pessoa do analista devem ser considerados equivalentes. De acordo com essa lógica, o *setting* deve ser encarado como parte integrante da personalidade do analista: este passa a desempenhar um papel efetivo no processo de integração das experiências que, embora não discursivamente organizadas, são articuladas, ordenadas e carregadas de sentido. Ao adaptar-se empaticamente às necessidades do paciente, o analista identifica-se com o sofrimento em questão, reproduzindo uma situação precoce, na qual o ambiente adapta-se às necessidades do sujeito, apresentando-se como condição de seus processos de integração. Ao reconhecer e nomear o sofrimento do paciente, o analista empresta sua sensibilidade, colocando seu funcionamento mental à disposição do paciente. Deste modo, a função do analista consiste em construir, junto com o paciente, um campo transferencial-contratransferencial capaz de propiciar o que podemos chamar, parafraseando Ferenczi, de *sonhar com*. Para avançarmos no entendimento desta ideia, torna-se oportuno investigar as noções de tato psicológico (FERENCZI, 1928), de construções em análise (FREUD, 1937) e de contratransferência (FREUD, 1910; HEIMANN, 1960).

Em 1928, na conferência *Elasticidade da técnica psicanalítica*, Ferenczi postula a noção de tato psicológico como sendo norteadora da ação do analis-

ta, principalmente, no que diz respeito à capacidade de perceber “quando e como se comunica alguma coisa ao analisando” (FERENCZI, 1928, p. 27). Ao instituir esta medida técnica, um privilégio é dado ao estabelecimento de um contato empático com o analisando que tem a função de possibilitar uma compreensão emocional de “quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc” (FERENCZI, 1928, p. 27). Sendo assim, tato é definido como “a faculdade de ‘*sentir com*’ (*Einfühlung*)” (FERENCZI, 1928, p. 27). De acordo com esta lógica, é necessário que o analista adote uma postura flexível, “como uma tira elástica” e “ceda às tendências do paciente, mas sem abandonar a tração” (FERENCZI, 1928, p. 31-2). Por outro lado, Ferenczi esclarece que tato não é sinônimo de satisfação de todas as demandas; diz respeito a uma compreensão analítica – “é uma distância justa, nem a mais nem a menos” (Pinheiro, 1995, p. 110). No final da referida conferência, é feita, aos analistas, a seguinte recomendação: “Antes que o médico se decida a fazer uma comunicação, deve primeiramente retirar por um momento sua libido do paciente e avaliar a situação com frieza: em nenhum caso deverá deixar-se guiar só pelos seus sentimentos” (FERENCZI, 1928, p. 28). Deste modo, ao se despojar de atitudes sentimentalistas e ao se colocar no mesmo diapasão do paciente, o analista passa a participar da sessão, utilizando seus processos psíquicos e a contratransferência como ferramentas clínicas.

Alguns anos mais tarde, no artigo *Construções em análise*, Freud (1937) propõe o termo construção para formalizar um trabalho de organização e composição do material esquecido, não trazido ao registro consciente pelo analisando. Quando isto acontece, passa a ser tarefa do analista “completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, construí-lo” (FREUD, 1937, p. 293). Um pouco antes de chegar a tal constatação, ao entrar em contato com os elementos apresentados pela associação livre desenvolvida pelo paciente, Freud fez a seguinte pergunta: “Que tipo de material põe ele à nossa disposição, de que possamos fazer uso para colocá-lo no caminho da recuperação das lembranças perdidas (FREUD, 1937, p. 292)?” E logo deu a resposta:

Todos os tipos de coisas. Fornece-nos fragmentos dessas lembranças em seus sonhos, valiosíssimos em si mesmos, mas via de regra seriamente deformados por todos os fatores relacionados à formação de sonhos. Se ele se entrega à associação livre, produz ainda ideias em que podemos descobrir alusões às experiências reprimidas e derivados dos impulsos afetivos recalca-

dos, bem como das reações contra eles. Finalmente, há sugestões de repetições dos afetos pertencentes ao material reprimido que podem ser encontradas em ações desempenhadas pelo paciente, algumas bastante importantes, outras, triviais, tanto dentro quanto fora da situação analítica. Nossa experiência demonstrou que a relação de transferência, que se estabelece com o analista, é especificamente calculada para favorecer o retorno dessas conexões emocionais. É dessa matéria prima – se assim podemos descrevê-la – que temos de reunir aquilo que estamos à procura (FREUD, 1937, p. 292).

De todo o material enumerado, vale à pena destacar o retorno das “conexões emocionais”, propiciado pela relação transferencial. De acordo com Freud, as conexões emocionais ou, em outros termos, os afetos despertados pela relação transferencial devem ser usados como matéria-prima para as construções. É importante lembrar que os afetos não são apenas despertados no paciente pelas conexões emocionais restabelecidas na transferência: os afetos também são despertados no analista pela relação contratransferencial. De modo que, levando às últimas consequências o que é proposto no trecho citado, é possível afirmar que os elementos contratransferenciais servem de material para o trabalho de construção (BERTRAND, 2009). Tal fato nos permite fazer da contratransferência um elemento que pode ser adicionado ao material enumerado por Freud.

Em *Sobre a contratransferência* Paula Heimann (1960) apresenta a ideia de que o psicanalista poderia e, principalmente, deveria servir-se da contratransferência na clínica. Para a autora, na medida em que, durante a sessão, o inconsciente do analista engloba o do paciente, o psicanalista deve usar a contratransferência como um instrumento facilitador da compreensão do inconsciente do analisando. Esta concepção permite usar as percepções do analista, baseadas na apreensão de conteúdos afetivos comunicados a partir da transferência, como elementos não verbais pertencentes à sessão. Mesmo participando do trabalho associativo, o analista mantém a “distância justa” sem se afastar dos fundamentos técnicos (FERENCZI, 1928). Nestas situações, a neutralidade deve ser concebida como uma forma de *proximidade neutra*. É importante lembrar que tal tipo de proximidade não diz respeito ao compartilhamento de experiências; acontece justamente o oposto: quando o analista se aproxima do material comunicado de forma não-verbal pelo analisando, o distanciamento em relação aos afetos apreendidos através da relação contratransferencial é preservado. Ao se deixar afetar pelas modulações afetivas do paciente, o psicanalista, preservando a neutralidade, adota certa dose de atividade que muda a qualidade de sua presença durante a sessão.

Ao incluir todo o seu funcionamento mental, envolvendo mudanças de sensibilidade, os processos perceptuais e cognitivos do analista tornam-se parte do processo de integração, propiciando, assim, o que podemos chamar de *sonhar com* que é vivido quando um campo transferencial-contratransferencial é construído. Neste contexto, a ideia de *sonhar com* pode ser entendida de maneira complementar ao que foi estabelecido por Ferenczi (1928) como “sentir com”: ambas estão relacionadas à disponibilidade do analista de entrar em contato com o material que não é comunicado verbalmente, sendo que a proposta de *sonhar com* envolve, além da disponibilidade de estabelecer um tipo refinado de sintonia afetiva com o paciente, o uso do funcionamento mental do analista, despertado pelos conteúdos comunicados durante a sessão, como parte integrante do trabalho de simbolização.

## O sonhar analítico e o trabalho de construção

Neste momento torna-se oportuno lançar mão de um sonho recorrente contado por outro paciente durante uma de nossas sessões: “esse é um sonho que eu sempre tenho e, por causa dele, até parei de comer chiclete. Eu tô mastigando um chiclete e ele vai crescendo, crescendo e vou ficando com um bolo de chiclete grande que vai aumentando e me deixando nervoso, mas se eu cuspir eu perco todos os meus dentes!” Certa vez, depois de escutar o relato do sonho, a analista disse: “nossa, que agonia! Sempre que escuto você contando este sonho me dá uma angústia, uma sensação de não ter saída. É como se fosse assim: se correr o bicho pega e se ficar o bicho come!” Após esta intervenção, o paciente disse: “é assim que me sinto! Vivo encurralado. Por isso nunca consigo me decidir. Me sinto paralisado, não consigo sair do lugar. Agora, pensando no motivo, lembro do meu pai gritando comigo depois de eu seguir todas as recomendações da minha mãe. Acho que os dois me confundiam. Eles sempre foram tão diferentes, não sei como casaram. Separaram quando eu tinha um ano. Será que foi por minha causa que eles casaram?”

Quando o analista faz de seu funcionamento mental uma ferramenta clínica, torna-se possível conceber uma ampliação do campo transferencial-contratransferencial. Tal alargamento permite que a ideia de sonhar analítico entre em cena. A comunicação das percepções e do estado afetivo do analista diante do sonho relatado permitiu que o paciente tivesse acesso a conteúdos que se encontravam sob ação da clivagem. Desta forma, o que está sendo proposto como sonhar analítico diz respeito à construção de um espaço que possibilita o acesso ao material clivado que não pode ser expresso verbalmente através da

rememoração. Neste contexto, a noção de terceiro analítico desenvolvida por Ogden (1996) merece ser destacada:

Considero o processo analítico como aquele em que o analisando é criado por meio de um processo intersubjetivo similar àquele presente na identificação projetiva. Uma análise não é simplesmente um método de descoberta do oculto; é principalmente um processo de criação de um sujeito analítico que não existia antes. Por exemplo, a história do analisando não é descoberta, ela é criada na transferência-contratransferência, num fluxo perpétuo em que a intersubjetividade do processo analítico evolui e é interpretada pelo analista e pelo analisando (ver SCHAFFER, 1976, 1978). Desta forma, o sujeito analítico é “criado por”, e existe em permanente evolução na intersubjetividade dinâmica do processo analítico: o sujeito da psicanálise toma forma no espaço interpretativo entre analista e analisando (1996, p. 41).

Ogden (1996) propõe uma ampliação da compreensão do processo de identificação projetiva, fazendo desta uma forma de terceiridade intersubjetiva. Sob a ótica deste autor, o processo de identificação projetiva pode ser conceituado como a criação de uma subjetividade. Para sustentar este argumento, Ogden (1996) apoia-se na teoria de Bion: “a identificação projetiva é considerada um processo em que os pensamentos do bebê que não podem ser pensados e os sentimentos que não podem ser sentidos são evocados na mãe quando esta é capaz de se tornar psicologicamente disponível para ser usada” (p. 39). Neste caso assistimos a criação de uma terceira subjetividade através da interpenetração de duas subjetividades: “nessa relação dialética, projetor e ‘recipiente’ entram numa relação de estar-em-um (*at-one-ment*) e estar separado simultâneas” (p. 40).

Ao transpor esta dialética para a clínica psicanalítica, Ogden (1996) refere-se a “experiência de estar simultaneamente dentro e fora da intersubjetividade do analista-analisando” como “terceiro analítico” (p. 59). Sendo assim, o terceiro analítico deve ser entendido como produto da interpenetração produzida pelas subjetividades do analista e do analisando. Para Ogden, a experiência analítica acontece justamente nesta área terceira que “ocorre no vértice do passado e do presente e envolve um passado que está sendo recriado (tanto para o analista quanto para o analisando) por meio de uma experiência produzida entre analista e analisando (isto é dentro do terceiro analítico)” (p. 71-2). De acordo com esta lógica, torna-se possível conceber a ideia de sonhar analítico como uma produção advinda da construção de um espaço transferencial-

-contratransferencial que possui a peculiaridade de produzir uma terceira subjetividade que só existe durante a sessão de análise.

O conceito de “espaço potencial” (WINNICOTT, 1967) fornece subsídios para o entendimento do funcionamento desta terceiridade. Tal espaço é concebido como uma área intermediária, *nem dentro nem fora*, isto é, um campo de interseção formado pela sobreposição entre o que é concebido pelo eu e o que é fornecido pelo ambiente. Portanto, este espaço não pertence exclusivamente à realidade psíquica nem faz parte do mundo repudiado como não-eu. Para Winnicott (1967), este espaço tem origem no lugar ocupado pela brincadeira que, por sua vez, envolve, hipoteticamente, o primeiro uso do símbolo pela criança. No desenvolvimento emocional infantil, o simbolismo entra em cena para remediar o gradual processo de separação da dupla mãe-bebê. Para remediar tal perda e para que a falta materna não se estabeleça, algo é encontrado e criado pela criança: um ursinho, a ponta de um cobertor ou até mesmo um ruído de um movimento respiratório, podem ser destacados e constituídos com um objeto ou fenômeno transicional (WINNICOTT, 1951).

O objeto constitui um símbolo da união do bebê e da mãe (ou parte desta). Esse símbolo pode ser localizado. Encontra-se no lugar, no espaço e no tempo, onde e quando a mãe se acha em transição de (na mente do bebê) ser fundida ao bebê e alternativamente ser experimentada como objeto a ser percebido, de preferência a ser concebido (WINNICOTT, 1967, p. 135).

Portanto, os objetos e fenômenos transicionais podem ser entendidos como algo que é produzido para que o espaço entre a mãe e o bebê esteja permanentemente em estado potencial, isto é, para que este espaço nunca se constitua como tal. Se transpusermos estas indicações para o campo em que se desenrola o processo analítico, é possível conceber que analista e analisando estão simultaneamente fundidos e separados. Acreditamos que é justamente este estado de ligação que possibilita o que está sendo proposto como sonhar analítico. Isto é, uma construção conjunta do inconsciente do paciente e do analista vivida em um tempo específico no espaço transferencial-contratransferencial (OGDEN, 1996; COELHO JUNIOR, 2013).

Para terminar, é importante retomar *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900) e lembrar que, desde sua escrita, Freud torna o processo onírico indissociável da ideia de ligação. Ou seja, quando o analista entra em contato com o conteúdo manifesto do sonho, já se encontra diante de um trabalho de simbolização realizado previamente pelo sonhador que, ao recordar e relatar o material onírico, estabelece

ligações capazes de indicar uma via de acesso ao inconsciente. Por outro lado, quando o paciente entra em contato com as interpretações oferecidas pelo analista encontra-se também diante de um trabalho de ligação. Seguindo este raciocínio, uma sessão de análise pode ser concebida como um sonho, ou, como a ação de sonhar. Isto atesta o lugar de pedra angular ocupado pelos sonhos e, conseqüentemente, pelo sonhar no funcionamento psíquico e na técnica psicanalítica.

**Perla Klautau**

pklautau@uol.com.br

**Monah Winograd**

winograd@uol.com.br

### **Tramitação:**

Recebido em 08/09/2013

Aprovado em 26/09/2013

### **Referências**

BERTRAND, M. Construire um passe, inventer um possible. *Revue Française de Psychanalyse*, 5, p. 1359-1417, 2008.

COELHO JUNIOR, N. Tempo do sonho, tempo da rêverie e o terceiro analítico. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, Rio de Janeiro: CPRJ, v. 35, n. 28, p. 49-60, 2013.

FERENCZI, S. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. *Sándor Ferenczi: Obras completas, Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_. (1929). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_. (1931). Análise de crianças com adultos. In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_. (1933). Confusão de línguas entre os adultos e as crianças. In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_. (1934). Reflexões sobre o trauma. In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FREUD, S. (1900). *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1995. (ESB, 4 e 5).

- \_\_\_\_\_. (1910). *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, 1995. (ESB, 11).
- \_\_\_\_\_. (1920a). *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1995. (ESB, 18).
- \_\_\_\_\_. (1920b). *Suplemento à teoria dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (ESB, 18).
- \_\_\_\_\_. (1937). *Construções em análise*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (ESB, 23).
- HEIMANN, P. On counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, p. 9-15, 1960.
- OGDEN, T. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- PINHEIRO, T. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/Editora UFRJ, 1995.
- WINNICOTT, D. W. (1951). Os objetos e os fenômenos transicionais. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- \_\_\_\_\_. (1954a). Retraimento e regressão. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- \_\_\_\_\_. (1954b). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- \_\_\_\_\_. (1967). A localização da experiência cultural. In: \_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.