"Recluso numa casca de noz": pensamentos sobre complexidade, reducionismo e "espaço infinito"[1]

Glen O. Gabbard

Resumo: O pluralismo é marca registrada do discurso psicanalítico no século XXI. No entanto, um efeito colateral desagradável gerado por ele é a tendência, em determinados lugares, à retração em direção a um ortodoxismo. Essa tendência se origina na percepção da necessidade de dar embasamento teórico aos limites entre as diferentes teorias, de maneira a diferenciar umas das outras. A definição dessas fronteiras implica o risco de perdermos de vista o fato de que o pensamento psicanalítico genuíno é fundamentalmente não-reducionista. Além disso, recentemente a noção central de *sobredeterminação* – jamais abandonada por Freud – tem sido negligenciada por autores que argumentam que determinado ponto de vista é melhor do que outro. Analistas e pacientes, todos são levados secretamente a formulações simplistas, avessas à complexidade. A necessidade de permanecer aberto para o "espaço infinito" de sentido, motivo e causa deveria ser marca registrada da prática clínica psicanalítica. O autor considera as implicações dessas idéias para a técnica e apresenta um caso clínico que ilustra os desafios inerentes a uma aproximação do trabalho psicanalítico como fenômeno complexo.
Palavras-chave: pluralismo; complexidade; reducionismo; sobredeterminação; causa; motivo; sentido; teoria; metáfora; contratransferência.

Quando Hamlet reflete sobre o seu destino no castelo de Elsinore, ele diz: "Eu poderia estar recluso numa casca de noz e julgar-me rei de ilimitado espaço"[2] (1973a, II.ii, p. 258).

Pensei muitas vezes que esta é uma descrição bastante adequada para o analista que está sentado na sua sala de atendimento. Paciente e analista permanecem ali a portas fechadas, dia após dia, por um período de anos, ambos confinados em suas respectivas posições na sala, cada qual com seu papel definido no arranjo assimétrico do *setting* psicanalítico. O analista está restrito ao sigilo e a outros limites analíticos que compõem a arquitetura do enquadre. Dentro dessa concha de abstinência e confinamento, no entanto, abre-se ao analista o limite do espaço infinito. O espaço a que me refiro aqui é, naturalmente, uma paisagem interna. Embora em alguns aspectos ele ressoe a noção de Matte-Blanco (1998) – o inconsciente como conjuntos infinitos [*infinite sets*] –, penso de maneira um pouco diferente a

1 Este artigo foi apresentado no CAPS Lecture da Sociedade Britânica de Psicanálise, em 28 de abril de 2006, e no Freud Lecture da Associação Psicanalítica de Nova York, em 1º de maio de 2006. Tradução: Elsa Vera Kunze Post Susemihl (membro filiado da Sociedade Brasileira de São Paulo SBPSP e Edith Vera Laura Kunze, com RBP.

2 Tradução para o português de Péricles Eugênio da Silva Ramos. São Paulo: Abril Cultural, 1976. [NT]

respeito deste espaço particular. Trata-se para mim de um território que inclui o espaço intrapsíquico do paciente, o espaço intrapsíquico do analista e o limite mal definido entre ambos, no qual os dois primeiros espaços convergem e se sobrepõem.

Para contemplar o espaço infinito, é preciso uma mente suficientemente aberta, capaz de tolerar a complexidade, o paradoxo, a multicausalidade, os pontos de vista alternativos. Em psicanálise, a teoria pode estar na posição de senhor ou de escravo. Nós, analistas, corremos o risco de nos confinar à nossa casca de noz teórica, a tal ponto que também o nosso pensamento pode se tornar restrito. A adesão dogmática a uma teoria pode então resultar num colapso do espaço infinito, espaço que de outra maneira poderia estar disponível a nós, nas nossas *reveries* particulares, enquanto estamos com o paciente. Também as múltiplas perspectivas a partir das quais compreender o sintoma e a transferência do paciente pode se reduzir então a uma única visão privilegiada, ajustada ao nosso modelo teórico preferido. Conforme Britton (no prelo) observou recentemente: "As teorias não informam somente sobre a prática; elas também podem obstruir seu desenvolvimento".

Um paradoxo intrigante surgiu na cena psicanalítica contemporânea. O pluralismo é a marca registrada do discurso psicanalítico no século XXI – as páginas das nossas revistas estão repletas de diálogos entre culturas psicanalíticas, os quais ecoam também nos corredores dos nossos encontros. As semelhanças e as diferenças entre os modelos em conflito são investigadas com entusiasmo. No entanto, esse pluralismo gera um efeito colateral indesejado: a tendência, em certos lugares, à retração em direção a uma ortodoxia. A tendência se origina na percepção da necessidade de esclarecer alguns limites teóricos, de maneira a diferenciar umas das outras. Buscar a exatidão pode acabar eclipsando uma abertura extremamente necessária em relação a outros pontos de vista.

Essa necessidade de demonstrar como uma teoria difere da outra não leva necessariamente a um bloqueio do pensamento psicanalítico criativo. O mero fato de comparar e contrastar as teorias entre si pode expandir os seus limites. No entanto, se um diálogo é percebido como ameaça à sacralidade de um edifício teórico, o resultado pode ser uma polarização do tipo "nós" ou "eles". Quando insistimos em que a nossa própria visão é absolutamente a correta, perdemos o cerne da noção psicanalítica de complementaridade. Pode haver polarizações ao longo de falsos limites, tais como conflito *versus* déficit, profundo *versus* superficial, edípico *versus* pré-edípico, trauma real *versus* trauma endógeno, psicologia individual *versus* psicologia de duas pessoas. Deveríamos ter em mente as sábias palavras de Schafer:

> A análise do contexto desafia o pensamento dicotômico […] Vemo-nos obrigados a analisar repetidamente transferências e contratransferências emaranhadas e multifacetadas, todas se manifestando ou permanecendo ocultas nas fantasias e nos *enactments*, algumas típicas e previsíveis, outras surpreendentes (2005, p. 771-2).

A definição de limites implica o risco de perdermos de vista o fato de que o pensamento psicanalítico genuíno é fundamentalmente não-reducionista. Embora seja uma idéia com a qual, é bem provável, todos os psicanalistas concordem integralmente, no discurso psicanalítico quase sempre existe também uma tendência a pensar no formato "não mais que" (Schafer, 1970), isto é, a reduzir um fenômeno mental complexo a um simples e

determinante "Isso é não mais que…". Em outras palavras, sintomas como a incapacidade de finalizar uma dissertação são claramente uma manifestação da ansiedade de castração. Hartmann (1951), Schafer (1970) e outros sublinharam que essa maneira de interpretar não leva em conta a autonomia, a função múltipla, a mudança de função e o múltiplo apelo das interpretações a todos os sistemas psíquicos. Conforme observaram os filósofos Feigl e Brodbeck (1953), a psicanálise não é uma ciência do "não mais que", é antes uma ciência do "algo mais" (Schlesinger, 2003). Uma análise deve expandir a nossa compreensão e não reduzi-la.

Sobredeterminação

À luz dessas tendências desconcertantes e já passada a celebração dos 150 anos de nascimento de Freud, é hora de revisitar sua noção fundamental de *sobredeterminação* e reassegurar o papel crucial que ela desempenha na teoria e na técnica psicanalíticas. Esse termo se encontra nos *Estudos sobre a histeria* (Breuer e Freud, 1893-95); em nota de rodapé, Strachey comenta que a palavra alemã usada por Breuer naquele contexto foi *überdeterminiert.* Para ilustrar o sentido do termo, Breuer relata o caso de uma moça de 17 anos que teve o primeiro ataque histérico quando um gato pulou sobre ela por trás e parou no seu ombro. Enquanto todos à sua volta, inclusive ela própria, identificavam o gato como a causa do ataque histérico, Breuer sublinha ter havido histórias de assaltos sexuais cuja recordação foi *disparada* pelo ataque do gato.

Em 1985, ao defender seu artigo sobre a neurose de angústia, Freud deu uma definição simples do termo: "Como regra geral, a neurose é *sobredeterminada*, ou seja, os diversos fatores operam em conjunto na sua etiologia" (p. 131). Numa passagem sobre a histeria, Breuer afirma:

> Em todos os casos de histeria, assim como neste, deve haver uma convergência de diversos fatores antes que um sintoma histérico possa ser gerado numa pessoa até então normal. Estes sintomas invariavelmente são "sobredeterminados", para usar a expressão de Freud (1893-5, p. 212).

Se Freud empregava a palavra geralmente para descrever os sintomas histéricos, ele rapidamente expandiu o conceito. Três anos mais tarde, ao falar do recalque (1898), já afirma que todo produto psíquico é sobredeterminado. O termo floresceu plenamente em seu trabalho épico sobre os sonhos (1900), quando ele então argumenta que a sobredeterminação está no centro do trabalho onírico. Ao longo de toda a vida, Freud defendeu firmemente a idéia de sobredeterminação. Ela aparece até em *Moisés e o monoteísmo* (1939), texto que escreveu já perto do fim. Segundo afirma, no caso de Moisés, cada evento parece surgir de diversas causas convergentes. Strachey aponta ali, em nota de rodapé, que Freud nunca abandonou o conceito de sobredeterminação.

Houve outras áreas que se apropriaram extensamente desse conceito central da psicanálise. Ele foi "cooptado" pelo campo da arte, da literatura e do cinema, como referência à idéia de múltiplas narrativas. O escritor Tom Stoppard, por exemplo, observa: "A pergunta 'O que significa isto?' não tem apenas uma única resposta correta. Qualquer narrativa sugere no mínimo uma metanarrativa" (1999, p. 8). Não obstante, a visão de

Freud costuma ser mal compreendida por aqueles que escrevem a partir de uma perspectiva exterior à psicanálise. Quase antecipando as críticas que receberia mais tarde, em *Totem e tabu* (1913a) Freud evitou especificamente o reducionismo, ao afirmar que não havia o menor risco de a psicanálise tentar reduzir um fenômeno tão complicado como a religião a uma única fonte.

Uma discussão aprofundada sobre a sobredeterminação, no entanto, nos leva a águas turvas a respeito da diferenciação entre causa, motivo e sentido. Ricœur (1977) nota que Freud deixou nebulosa essa diferenciação quando tentou identificar fatores relevantes em termos de causa no seu trabalho. Além disso, Rubovits-Seitz (1988) sublinha que não é possível separar um motivo de seu sentido, na medida em que muito daquilo a que nos referimos como sendo um sentido é compreendido como motivo. Todo comportamento surge a partir de uma rede de razões ou motivos que estão ligados a sentidos. Vários autores (Friedman, 1995; Holt, 1972; Meissner, 2005; Sherwood, 1969) chamaram a atenção para a dificuldade de Freud em decidir se o homem é uma criatura influenciada por forças naturais – e, portanto, aderida aos princípios da causalidade física – ou se é alguém motivado por sentidos.

Essa problemática se reflete na discussão de Freud do caso Dora (1905), quando ele afirma inicialmente que não existem motivos envolvidos na formação de sintomas e que eles também não se encontram presentes no início de uma neurose. Dezoito anos mais tarde, Freud mudou sua visão e acrescentou uma nota de rodapé ao texto, na qual afirma que seu ponto de vista a respeito dos motivos não mais poderia ser sustentado. Ele revê então a compreensão anterior, observando agora que os motivos que levam a uma doença podem existir antes mesmo do aparecimento da doença e são parcialmente responsáveis por ela.

Essa visão complexa que Freud tinha a propósito da interface entre causa e sentido também foi observada por seus críticos. Grünbaum (1984), por exemplo, criticou-o por ele atribuir inferências causais que não se justificavam a partir dos sentidos que havia descobert em seu *setting* clínico. Essa crítica, no entanto, apresenta uma visão extremamente simplificada do modelo conceitual de Freud. Shope (1973) observa que existem pelo menos quatro usos do conceito de sentido na obra de Freud: 1) uma entidade que substitui o fenômeno mental; 2) uma intenção ou propósito de um fenômeno mental; 3) a significação de um fenômeno mental; 4) os motivos causais inconscientes existentes por trás do fenômeno. Freud não compreendia o sentido e a causa como sinônimos; Shope afirma, no entanto, que Freud incluiu uma rede causal inconsciente em sua compreensão de sentido.

Rubovits-Seitz compartilha da visão de que a crítica feita por Grünbaum tende a considerar a compreensão de Freud de maneira supersimplificada. Ele faz a seguinte observação:

> A teoria psicanalítica considera que sentidos latentes e determinantes psíquicos estão inequívoca e complexamente relacionados, ponto de vista consonante com: 1) seu conceito central de continuidade, isto é, de que todos os aspectos do funcionamento mental estão conectados; 2) sua lógica não-linear da realidade psíquica […]; e 3) os conceitos adicionais de que experiências subseqüentes podem influenciar acontecimentos [mentais] anteriores, de que sentidos podem se transformar em causas, de que motivações funcionam como causas e como sentidos e de que os sentidos sugerem a natureza de seus determinantes (1998, p. 187).

No âmbito da prática, podemos partir do princípio de que atualmente a maioria dos analistas reconhece a complexa interação existente entre causa, motivo e sentido. Provavelmente, veriam um modelo de causalidade linear com ceticismo, e, caso tal modelo parecesse se ajustar à sua prática, até reconheceriam que o trabalho com o sentido pode ser infinitamente expandido. Na psicanálise contemporânea, a interpretação de um sintoma é guiada menos pela busca de suas causas múltiplas do que por sua compreensão a partir de uma complexa rede de sentidos (Phillips, 1987; Rubovits-Seitz, 1998).

Friedman (1995) sugere que conceitos como causa, motivo e sentido não são tão díspares como alguns críticos têm sugerido. Ele reconhece algumas diferenças entre eles, isto é, que um sistema motivacional trata de *impetus* e dos fenômenos do *impetus*, assim como o desejo sexual não é idêntico a um sentido. No entanto, observa que, ainda que a teoria freudiana não se funde numa explicação motivacional, quando o analista está trabalhando com um paciente individual, ele elabora as coisas com o paciente quase exclusivamente em termos de razões que tenham a ver com sentidos conscientes e inconscientes para o paciente.

A psicanálise mantém a posição de se basear na hipótese, de certa forma fora de moda, da complexidade de compreensão das questões humanas. Atualmente nadamos contra a corrente do reducionismo. A psicologia evolucionista reduz o comportamento humano a noções darwinianas de sobrevivência a partir de valores e aptidões. Na psiquiatria biológica, o reducionismo genético reduz a natureza polimórfica das síndromes psiquiátricas à identificação de genes, à localização do lado do cérebro responsável por determinada condição ou à descoberta do neurotransmissor anormal. A idéia de que um comportamento complexo possa se reduzir a verdades simples tem um apelo enorme, em especial numa era em que somos fascinados por diagnósticos *high-tech* e prescrições farmacológicas do tipo "solução imediata".

É muito fácil, no entanto, localizar as forças que impelem a sobredeterminação e a complexidade para fora do nosso campo. Nós, analistas, nos vemos intimidados pela complexidade da situação clínica. Agarramo-nos aos nossos modelos teóricos explicativos favoritos, assim como um náufrago se agarra à tábua de salvação que restou de seu barco. Ansiamos por verdades universais que possam se impor aos nossos dados. Quando um psicanalista famoso como Rangell afirma: "Nunca deixei de observar na situação clínica que terror e horror são ansiedades de castração e de modo algum uma forma de resposta de ansiedade" (1991, p. 8), sua certeza o re-assegura. Face a face com a ameaça provinda de um encontro com as formas primitivas do terror do paciente, o analista pode interpretar com convicção as origens de tal terror. Claro está que, ao longo da história da psicanálise, tem havido uma tendência a reduzir a origem de qualquer coisa mais confusa ou assustadora a um único determinante. Essa tendência se manifesta em particular na forma da linguagem: "Aquilo do que você *realmente* está com medo é…", ou ainda "Subjacente a esse caos, existe *realmente* um desejo muito simples".

Até Freud (1937) parecia aliviado ao proclamar que se havia chegado ao "leito de rocha firme"[3] quando, ao tratar de uma paciente, finalmente encontrava a inveja do pênis e, ao tratar de um paciente, desnudava-se o protesto masculino ou a ansiedade de castração. Francamente, não acredito que a expressão "leito de rocha firme" seja um conceito clínica

3 Do inglês *bedrock* e do alemão *gewachsener Fels*; imagem que Freud retira da geologia, referente a uma formação rochosa que tem como característica a firmeza e a impossibilidade de ser removida. [NT]

ou heuristicamente útil no discurso psicanalítico. Do meu ponto de vista, é mais útil ao analista assumir que, quando se acredita ter encontrado um *bedrock,* na verdade alguma combinação dos limites de um edifício teórico, um impasse clínico de algum tipo e uma aversão contratransferencial a uma elaboração futura. Ouça as palavras de Freud ao descrever sua frustração:

> Em nenhum outro ponto do trabalho analítico sofre-se mais de um sentimento opressivo de que todos os nossos repetidos esforços foram em vão, e da suspeita de ter "falado ao vento", do que quando se tenta persuadir uma mulher a abandonar seu desejo por um pênis, baseando-se no fato de que esse desejo é impossível de ser realizado (p. 252).

Podemos imaginar que as concepções de Freud a respeito do que uma mulher devia ou não fazer com certeza ativavam intensos protestos conscientes e/ou inconscientes nas suas pacientes mulheres. Quando nos deparamos com este aparente "leito de rocha firme", talvez seja mais útil encará-lo como um impasse que aparentemente, antes de mais nada, está refletindo um "fundamento falso" nas nossas conceituações, e assim continuar a escutar os múltiplos sentidos e funções inerentes às associações da paciente, e, ainda, observar os *enactments* que ocorrem entre paciente e analista.

Não podemos ignorar que esta passagem indica uma posição ambivalente de Freud em relação ao conceito de sobredeterminação. Naturalmente, como todos nós, também ele foi levado a um pensamento reducionista naqueles momentos em que não era capaz de fazer mais progressos em sua reflexão. Um estudo detalhado de sua obra revela uma tensão dialética recorrente entre reducionismo e sobredeterminação. A própria teoria pulsional dualística também pode ser compreendida como uma forma de pensamento reducionista.

Muitos pacientes também preferem explicações simples e diretas que iluminam o seu sofrimento. Certa vez recebi um paciente que me procurou para uma segunda análise e me contou que sua primeira análise lhe havia sido muito útil: "Descobri que odeio meu pai e me senti muito melhor depois disto", ele me explicou. Nós também podemos achar bem mais fácil, e certamente menos confuso, evitar o "espaço infinito" com sua causalidade e seu sentido complexos, convergindo de maneira tão difícil de ser compreendida. Tampouco chegaremos a nos sentir satisfeitos ao aceitar trabalhar com esse modo multideterminado de compreensão com nossos pacientes.

Freud observou uma vez que a sobredeterminação "de certa forma nos desvia da elegância de uma interpretação" (1913b, p. 270). A vida tende a ser bem mais confusa do que aquilo que os nossos escritos psicanalíticos refletem. Ainda assim, Britton (no prelo) observa que tanto os membros do público em geral, como os próprios praticantes da psicanálise, por vezes demandam certezas e coerência.

Dessa forma, nós, analistas, podemos estar reclusos numa casca de noz de teoria que restringe a nossa visão do paciente. Muitos de nós talvez prefiram se fechar prematuramente em uma teoria a enfrentar a alternativa plena de incertezas. Podemos achar difícil suportar a ansiedade contratransferencial de não saber (Faimberg, 2005), ao nos perdermos num mar de associações, antecedentes históricos, fragmentos de memória e transferências. Uma psicanálise orientada por teoria provê a ilusão de termos a situação sob controle, o que é altamente valorizado por nós. Com freqüência, os analistas se tornam investidos narcisi-

camente num paradigma particular de compreensão (Rothstein, 1980) que, acreditamos então, supre com respostas a nossa confusão em meio ao caos que confrontamos num encontro analítico difícil. Há meio século, Wheelis fez a seguinte observação:

> Psicanalistas com freqüência descrevem um ou outro colega como sendo rígido, dogmático e autoritário; no entanto, nenhum analista se autodescreve assim. A inferência da qual não podemos escapar aqui é que alguns de nós se refugiaram em dogmas sem nem mesmo saber que o fizeram. (1956, p. 171)

A própria literatura psicanalítica também pode trabalhar contra a operacionalização do princípio da sobredeterminação e contra uma apreciação plena sobre a complexidade no trabalho clínico. Na função de editor de uma revista, passei a compreender que, ao compor suas palavras na tela do computador, os autores psicanalíticos escrevem para uma audiência particular e invisível. Desejam então, da maneira mais persuasiva possível, demonstrar que a conceituação de seus dados clínicos a partir da perspectiva teórica de sua preferência tem mais valor do que teria caso fosse feita a partir de outra perspectiva teórica. A serviço de uma argumentação convincente, apresentam uma versão do trabalho psicanalítico que, se não totalmente fictícia, é ao menos apresentada de forma bem mais elegante do que a versão da vida real costuma ser nas trincheiras da sala de atendimento.

Esses mesmos autores são obrigados a se restringir a limitações de espaço para publicação, definidas pelos editores das revistas a que submetem seus manuscritos. Sendo assim, devem afirmar suas hipóteses e apresentar o material clínico que as fundamentam em um número de páginas relativamente pequeno, e de maneira a poderem ser digeridas com facilidade pelo leitor típico. Assim, o próprio formato das nossas publicações talvez acabe encorajando uma forma de reducionismo.

Implicações para a técnica

Na medida em que analista e paciente podem se engajar igualmente na busca de explicações simplistas e diretas, segue-se a pergunta a respeito do que o analista pode fazer no intuito de preservar um ambiente que esteja aberto à natureza sobredeterminada do fenômeno clínico.

Até aqui, abordei em conjunto dois temas que se relacionam, mas não são idênticos: 1) a falha no reconhecimento de múltiplas causas e sentidos; e 2) o risco de uma aproximação limitada por se orientar basicamente pela teoria.

Esses dois conceitos estão interligados a partir de uma idéia central: a de que a teoria é uma metáfora. Nossas teorias constituem tentativas de capturar o que são as transformações psicológicas. Por serem metáforas, as teorias psicanalíticas estão fadadas ao mesmo destino de todas as metáforas: em algum ponto elas falham. Com essa visão em mente, a sobredeterminação passa a ser um comentário a respeito da própria teoria analítica. Em resumo, isso significa que toda metáfora a respeito do que acontece psicologicamente pode vir a falhar. Uma interpretação é uma metáfora que falha até mesmo quando é expressa ou formulada. E, ainda, existem de fato analistas que tender a formular interpretações dogmáticas como resposta defensiva ao medo de perceber que seu conjunto de metáforas pode ter limitações.

A teoria em si não é um problema; ao contrário, é uma ferramenta essencial para o analista. Não somos capazes de analisar prescindindo dela. Porém, mesmo dentro dos limites de uma teoria, existe um amplo campo em que é possível levar em consideração a sobredeterminação. Enfatizo aqui que é preciso manter uma relação específica com a teoria. A teoria deve ser vista como um passageiro que nos acompanha na jornada que fazemos com o paciente, e não como o motorista do veículo que está nos levando. Podemos manter um diálogo interno com esse passageiro, enquanto estamos com nossos pacientes. A partir dessa conversa, emergem então idéias baseadas nessa teoria particular, mas devemos considerar que tais idéias são apenas uma lente dentre o conjunto de lentes a partir do qual podemos olhar para o material.

Conforme Wadell (2005) sublinhou, a teoria pode interferir na nossa observação. O ponto relevvante, aqui, não diz respeito a devermos abraçar uma perspectiva teórica importante, mas antes àquilo que Joseph Sandler ressaltou em seus escritos; conforme ele diz, há um valor em "tolerar diferentes teorias na mente e tentar compreendê-las no sentido de permitir sua interação, de maneira que possam levar a desenvolvimentos clinicamente úteis" (1990, p. 862).

É inerente ao papel analítico que desempenhamos cultivar certo grau de ceticismo acerca das nossas formulações prontas e da teoria do paciente a respeito da sua patogenia. Um analista sempre deve duvidar. Logo, no diálogo interno que mantemos com a teoria, devemos ter em mente que a nossa teoria pode ou não se ajustar ao material analítico presente. Nos Seminários Italianos, Bion enfatizou que a teoria nunca deve ser privilegiada em relação à observação clínica direta. Afinal, os pacientes não procuram análise por estarem sofrendo de uma teoria:

> Podemos dizer que temos na análise um colaborador em quem podemos confiar, pois ele se comporta como se realmente tivesse uma mente e porque pensa que alguém, que não ele, pode ajudá-lo. Em suma, a ajuda mais importante que um analista pode receber não provém de seu próprio analista, do supervisor, do professor ou dos livros que lê, mas de seu paciente. O paciente, e somente o paciente, sabe o que é ser ele mesmo. (2005, p. 3)

Assim, Bion exorta o analista a ousar sentir e pensar tudo o que lhe venha à consciência, independentemente de tais sentimentos ou pensamentos estarem ou não de acordo com suas teorias preferidas ou com aquelas preferidas por outros. Essa aproximação se assemelha ao que Chodorow (2003) referiu como simplesmente escutar ou escutar com um propósito determinado [*listen to* ou *listen for*]. O modo de o analista estar com o paciente deve evitar um fechamento prematuro.

Tanto Winnicott (1971) quanto Balint (1968) advertem o analista contra saber demais ou se apressar em oferecer uma interpretação "correta" para trazer ordem à experiência do paciente. Tais manobras podem inibir a necessidade emergente de o/a paciente encontrar a maneira de compreender sua experiência interna.

Ogden também se refere sucintamente a esse ponto:

> O analista […] deve possuir uma capacidade de *reverie*, isto é, uma capacidade de sustentar, por longos períodos de tempo, um estado psicológico de receptividade em relação aos sonhos não-sonhados e interrompidos do paciente, na forma em que são vividos na transferência-contratransferência (2004, p. 862).

Em outras palavras, uma implicação técnica importante é que esse tempo é um ingrediente crucial na aproximação do analista. A multiplicidade de sentidos e funções só emerge se for criado o "tempo analítico" para ela. Isso corresponde à sensação de que paciente e analista têm todo o tempo do mundo. O analista precisa se contentar em aguardar a complexidade da situação e permanecer nela, independentemente do desconforto isso em ambas as partes. O analista precisa viver com aquilo que o paciente está experimentando, em todas as suas derivações, seus ecos no desenvolvimento e suas funções como manifestações da transferência-contratransferência (Ogden, 2005). Esse processo envolve um emprego construtivo da teoria e, também, um desaprender aquilo que se sabe sobre teoria e que pode nos deixar à deriva. O resultado é a criação de uma atmosfera na qual a surpresa seja possível.

Acompanhar o estado emocional do paciente e as nossas próprias respostas emocionais, sem ter de explicar imediatamente os sentimentos, pode facilitar uma libertação dos grilhões da teoria. Como Bion assinalou: "Penso que aquilo que o paciente sente é a coisa mais próxima a um fato – conforme geralmente o entendo – que o paciente chega a experimentar" (2005, p. 7).

Os pacientes passarão pela análise exatamente da maneira pela qual necessitam fazê-lo (Gabbard, 2000). Podemos tentar impor nossas expectativas em relação a uma fase inicial, uma fase intermediária e uma fase de encerramento da análise. Podemos tentar impor conceitos tais como rivalidade edípica, posição depressiva, transferências *self*-objeto ou *attachments* inseguros do paciente – porém, para sorte nossa, os pacientes encontram maneiras de se expressar muito diferentes dessas expectativas orientadas a partir de teorias. Colocarmo-nos em uma posição na qual a teoria fica na retaguarda de nossas mentes analíticas é algo que devemos a nossos pacientes. Fazendo assim, toda vez que retornar à nossa sala de atendimento, ele poderá reinventar a psicanálise e nós poderemos compartilhar dessa reinvenção como co-inventores (Ogden, 2005).

Na época em que Freud conceituou a sobredeterminação, ele estava pensando em termos de uma psicologia individual. Atualmente, neste segundo século de psicanálise, estamos mais inclinados a compreender a psicanálise incluindo tanto a psicologia individual como a psicologia de duas pessoas. Dessa forma, um novo princípio técnico passa a ser o reconhecimento de que um determinante de fantasias, transferências, resistências e comportamentos sintomáticos do paciente pode estar relacionado ao *enactment*, ao viés e ao modo de o analista intervir ao longo da sessão.

Os trabalhos de Gill (1987), Hoffman (1992), Greenberg (1995) e Mitchell (1997), para citar apenas alguns dentre muitos trabalhos sobre o tema, enfatizam o impacto contínuo do comportamento real do analista sobre o paciente. A investigação desse impacto é mais um marco da técnica. Um elemento importante é um questionamento sistemático sobre como a subjetividade/contratransferência pode influenciar de maneira específica aquilo que o paciente diz ou faz. Com freqüência os pacientes sentem que precisam concordar com ou se rebelar contra o que o analista espera deles, o que se relaciona também à teoria adotada.

O analista precisa ter uma escuta ativa, que permita ao paciente sentir-se compreendido sem que seu material seja enquadrado numa fórmula metapsicológica predeterminada. Essa maneira ativa de escutar se aproxima do que Poland (2000) descreveu como *testemunhar*. Ele enfatiza, assim, a necessidade de o analista respeitar os sentidos que o próprio paciente dá ao material, enquanto simultaneamente sustenta múltiplos pontos de

vista. Poland reconhece o paradoxo existente na íntima conexão entre uma definição de *self* e uma preocupação com outro e identifica três perspectivas relacionais na díade analítica:

> A primeira perspectiva se refere a uma psicologia individual intrapsíquica; a segunda olha para psicologias de duas pessoas, baseadas na interação entre sujeitos separados; uma terceira perspectiva considera a interação emocional como o desenvolvimento de uma díade singular unificada (p. 30).

Outra maneira de promover a capacidade do paciente de observar os múltiplos fatores causais se dá pela forma como o analista usa a interpretação. Ao interpretar, ele deve estar atento a não fechar outras possibilidades, o que deixaria implícito que o "leito de rocha firme" foi alcançado. Se ele diz, por exemplo, "a razão fundamental da sua ansiedade quanto ao sucesso é…", "o importante de tudo isso é…" ou "todas as suas preocupações se reduzem a…", o paciente escutará isso tão atentamente como se escutasse uma verdade expressa por um oráculo. A própria escolha de determinadas palavras em tais pronunciamentos remete a reducionismo e a teoria "monocausal".

Schafer (2005) observa que os analisandos com freqüência escutam essas interpretações como se fossem um sinal de insatisfação do analista com a narrativa que eles construíram. É possível que exista mesmo um elemento coercitivo nesse tipo de fala e que o paciente o perceba, levando-o assim a sentir que deveria estar falando alguma outra coisa. Schlesinger indica que "a forma geral apropriada para uma interpretação não é: 'O que você *realmente* queria dizer…', mas antes: 'Você talvez tenha querido dizer…'" (2003, p. 16).

Da mesma forma, as interpretações devem estimular outras metanarrativas possíveis além daquela que o analista está focando. Poderíamos dizer, por exemplo, que: "Além do seu *insight* sobre o medo que tem do ódio do seu pai em relação ao sucesso que você alcançou, fico imaginando se você também não se preocupa com a idéia de acabar dizimando seu pai com este sucesso". Ao falar assim, o analista expande a compreensão que o paciente tem a respeito dos determinantes e, simultaneamente, pavimenta o caminho para que ele continue a associar outros possíveis determinantes. Dessa forma, estimulamos nele uma atitude de considerar a existência de outros sentidos, acrescidos a qualquer sentido que ele possa já ter atribuído ao fenômeno. O trabalho nunca se encerra. Encerramos uma análise, mas não o analisar.

A tarefa é desafiadora, e não só em função do nosso desejo de simplificar. A contratransferência do analista em relação a um paciente específico é influenciada por um conjunto de fatores que conferem ainda maior complexidade ao quadro clínico. Toda vez que o analista entra no consultório, traz consigo, internamente, compromissos com supervisores, professores, autores e com as próprias teorias (Smith, 2001). Estamos presos de maneira inextrincável a um conjunto de identificações ambivalentes com aqueles que nos precederam. Não importa o que tentemos, não conseguimos deixá-los do lado de fora da porta do nosso consultório quando estamos analisando.

Ao mesmo tempo, somos todos a favor da liberdade de pensamento para o analista, o que é uma expectativa de certa forma bastante alta, uma vez que o melhor que podemos ter esperança de alcançar é manter essas diversas conexões e lealdades no âmbito consciente da nossa atenção livremente flutuante. As interpretações, é claro, não são todas igualmente válidas, e, em última instância, alguns temas e sentidos são mais estimulantes

para o paciente do que outros. À sua própria maneira, os pacientes nos supervisionam, na medida em que nos deixam saber quais as formulações interpretativas que podem ser descartadas e quais aquelas que devem ser mantidas.

Um exemplo clínico ilustrará alguns desafios que encontramos ao preservar o espaço analítico no sentido de possibilitar a emergência da natureza sobredeterminada dos fenômenos clínicos. Neste caso, a análise de um simples *enactment* – um atraso recorrente em todas as sessões – revelou ter múltiplos determinantes e múltiplos sentidos. Conforme observado acima, esses fragmentos de análise são apresentados telegraficamente e de maneira incompleta, para poderem se ajustar ao espaço finito determinado pelos editores.

O caso Marie

Marie era uma mulher divorciada no final dos seus 30 anos quando iniciou a análise comigo, com uma freqüência de cinco sessões semanais. A razão de ter procurado análise foi uma série de relacionamentos insatisfatórios com homens. Esses relacionamentos a faziam sentir-se usada e sem valor, o que contribuía para uma sensação de perda e tristeza. Ela os associava com seu ódio pelo pai, que havia lhe dito que nenhum homem a agüentaria. No entanto, era uma profissional respeitada e competente em seu trabalho. Sentia também que enganava a todos ao parecer mais inatingível do que realmente era e passar a impressão de gozar de uma situação melhor do que aquela em que realmente se encontrava.

A partir do primeiro mês de análise, Marie se envolveu intensamente com um homem da geração de seu pai e amigo próximo deste. Quando esse relacionamento se iniciou, ela começou a apresentar na análise um padrão de comportamento que consistia em chegar atrasada entre cinco e quinze minutos a cada sessão. As tentativas de investigar os sentidos desses atrasos eram recebidas paciente com uma formulação pronta: "A vida toda eu sempre fui atrasada. Gosto de fazer as coisas no meu tempo, não no tempo dos outros. É tudo o que há para dizer sobre disso". A paciente tinha sua própria explicação, preexistente e reducionista.

Nesses primeiros meses de análise, ela encontrou minha mulher num evento social. A sessão seguinte, para a qual se atrasou em vinte minutos, foi preenchida com comentários autodepreciativos. Marie sentia que era impossível competir com alguém como minha esposa e falou a respeito de várias experiências horríveis que teve com diversos homens, todas evidenciando sua dificuldade em encontrar um homem bom e que a aceitasse.

No dia seguinte, veio à sessão e contou um sonho: "Eu estava fazendo amor com o amigo do meu pai, quando então fui interrompida pela campainha. Ao abrir a porta, uma mulher muito raivosa me deu um tiro na cabeça". Nas suas associações, lembrou-se de como a mãe ficava furiosa quando ela tinha um relacionamento bem-sucedido com um homem. Prosseguindo o relato, disse: "Fico muito ansiosa quando venho às sessões, porque sinto que sua esposa teria muito ciúme se soubesse o que sinto por você". Eu disse que ela talvez chegasse atrasada para minar o trabalho analítico e, dessa forma, evitar o ódio de uma outra mulher, que ficaria enraivecida diante de um relacionamento bem-sucedido na análise. Em resposta à minha interpretação, Marie contou que uma vez, levianamente, chegou a atirar num lago uma máquina fotográfica nova e cara. Havia recebido essa máquina do pai, mas sentia que a irmã ficaria com muito ciúme se ela e o pai usufruíssem juntos de um *hobby* especial.

Nesse ponto da análise, eu me sentia bastante seguro a respeito do que estava ocorrendo ali. A paciente havia iniciado a análise envolvendo-se com um homem que era próximo a seu pai, enquanto, ao mesmo tempo, passou a se atrasar para a análise. Temia que esse relacionamento evocasse ódio em sua mãe. De maneira similar, chegando atrasada e tentando destruir o processo analítico, ela estava evitando o triunfo edípico na transferência, que enraiveceria minha esposa. Sua vida constava de uma série de triângulos edípicos ubíquos, sempre envolvendo rivais femininas assustadoras. Eu me via então numa complacência desconcertante.

Um ano e nove meses

Apesar das minhas interpretações teoricamente sólidas sobre a configuração edípica, a paciente continuava a se atrasar. Decididamente, ela não se impressionava com a minha certeza. Passados cerca de um ano e nove meses, Marie chegou com quinze minutos de atraso e começou com uma associação. Contou-me então que estava no chuveiro antes de vir à análise e que teve um sentimento muito forte de ser de novo uma adolescente e de que o pai a prendera; periodicamente ele entrava no chuveiro e lavava seu cabelo com xampu de maneira rude e sádica, sempre insistindo que precisava ter certeza de que estava limpo. Marie me disse que, quando estava vindo para o consultório, teve uma forte sensação de que eu a estava no divã, tal como seu pai a prendia dentro do chuveiro.

Contou-me então um sonho: "Eu estava na beirada de um rochedo olhando para baixo, para um abismo, e um cachorro selvagem tentava subir pela encosta do rochedo. O cachorro no fim conseguiu alcançar subir o topo do rochedo e eu o chutei novamente para baixo". Perguntei-lhe a respeito de suas associações e ela disse que o sonho descrevia a maneira com que se sentia em relação a si mesma: sentia uma intensa raiva que precisava ser continuamente empurrada para baixo, para que não aparecesse na superfície. Encorajei-a a não interromper essas associações, a observar o que mais lhe vinha à mente.

Marie então me contou que havia se envolvido com um outro homem que era parcialmente impotente, e que ela na verdade gostava do seu problema sexual e não tinha muito interesse em que ele o solucionasse. Contou que tinha aversão ao sexo oral, pois sentia, com freqüência, um impulso de morder o pênis do homem. Com dor, ela acabou se dando conta de que parte dela tinha o desejo de castrar o homem de uma forma hostil, como uma forma de se vingar das ofensas que experimentara por parte de seu pai, no passado. Disse, então, que sabia que eu me aborrecia com o fato de ela sempre se atrasar, mas pensava que, assim, estaria me protegendo do cão selvagem que havia dentro dela. Desse modo, uma outra camada de significados emergiu do prosseguimento da análise dos atrasos. Chegando tarde, Marie não só evitava o ódio de um rival edípico, mas também me protegia de um lado agressivo e selvagem dentro dela, um lado que poderia me destruir se ficasse livre dos seus grilhões durante uma sessão de cinqüenta minutos.

Três anos e dois meses

Cerca de dois anos mais tarde, a paciente ainda não havia estabelecido um relacionamento satisfatório com um homem. Havia se separado recentemente de um namorado,

quando ele descobriu que ela estava usando um vibrador. Contou-me, então, que preferia se masturbar com o vibrador a ter relações sexuais com o namorado, pois, com o vibrador, ela mantinha tudo sob controle. Disse em seguida que estava lendo um livro sobre fantasias masturbatórias, e as mais excitantes para ela eram fantasias de fazer sexo com máquinas, quando então ela teria pleno controle da situação. Uma fantasia específica incluía amarrar um homem e fazê-lo se submeter a ela. Comentei que, no relacionamento analítico, parecia que eu estava numa posição de certa forma submissa a ela, pois todos os dias eu tinha de esperar que ela chegasse para começar o trabalho. Ela riu e disse: "Eu mantenho o controle da situação aqui, porque sou eu quem determina quando a sessão vai começar. Adoro deixar você se perguntando se eu vou chegar ou não – ou ao menos *quando* vou chegar".

Marie prosseguiu, dizendo que "se fez de difícil" comigo tal como fazia com outros homens, pois, no caso deles, acreditava que, tão logo se entregasse sexualmente, eles não teriam mais interesse e ela os perderia. Apontei-lhe que, de maneira similar, ela não queria ser penetrada por mim; preferia me frustrar, chegando tarde e tendo sessões parciais. Ela respondeu: "Se eu te frustro, então você vai continuar a me buscar para ver se consegue me submeter ao seu controle".

Na seqüencia, disse que tinha uma fantasia de que eu tentaria moldá-la, caso ela colaborasse comigo. Trabalhar analiticamente seria uma forma de se subjugar a mim. Ela me disse: "Eu sei que estou te frustrando, mas assim eu também garanto que você vai me procurar". Refleti no quanto eu realmente vinha buscando por ela. Estava tentando analisar o atraso com um tipo de entusiasmo que sugeria que eu estava altamente investido em fazê-la vir às sessões na hora marcada. De certa forma, então, eu estava fazendo um *enactment* de sua fantasia: eu a procuraria caso ela resistisse a preencher as minhas expectativas.

Ao refletir a respeito desse drama que se desenrolava entre nós, lembrei-me de um artigo de Fairbairn (1940) no qual ele sugere que o amor é perigoso demais para que o deixemos estender-se sobre os nossos objetos. Marie fez um arranjo tal que ela fugia do meu amor enquanto me protegia do seu. Eu lhe disse então: "Você deve estar muito preocupada com a possibilidade de eu perder o interesse em você e de você me perder inteiramente, caso desista de se atrasar e passe os cinqüenta minutos completos comigo".

Esse comentário foi seguido por um longo silêncio. Marie então comentou, segurando as lágrimas: "Não quero precisar demais de você. Porque senão eu fico muito vulnerável. Fico com medo de sentir uma necessidade tão intensa que vou engolir você e te arrebatar. Não sei se agüento isso. Você talvez se horrorizasse, se visse até que ponto eu sou carente".

Marie me contou que seus atrasos tinham ainda outros determinantes. Ela evitava ficar numa posição submissa, na qual eu a controlaria, fazendo-me esperar por ela e entretendo a fantasia de que ela era quem estava com as rédeas da relação. Ela era capaz de me controlar e me subjugar. Além disso, estava desesperadamente aflita com a eventualidade de precisar demais de mim, caso se permitisse usar os seus cinqüenta minutos no divã. Imaginava que então libertaria uma voracidade que me devoraria e me deixaria como uma concha vazia. Essa nova camada de sentidos me levou a uma mudança na técnica: passei a focar mais os medos subjacentes de Marie a respeito de seus próprios desejos do que o seu desejo agressivo de me controlar.

Finalização

A paciente passou o último ano e meio de análise envolvida num relacionamento bastante saudável com um homem que fora paciente com ela e pôde tolerar sua necessidade de testar o relacionamento repetidas vezes. Na medida em que experimentou sentimentos de perda em relação a mim e à análise, quando o final se aproximou Marie usou a metáfora sexual para expressar a maneira pela qual ela sentiu que me permitira penetrá-la, da mesma maneira que permitiu que o novo namorado a penetrasse. Sentia-se também profundamente preocupada com a idéia de que eu pudesse me ressentir do seu sucesso e odiá-la por isso, tal como sua mãe o havia feito. Lembrou que, quando a convidou para sua colação de grau da faculdade, a mãe respondeu: "Claro, eu estarei lá e jogarei pedras". Pensou então que talvez outra razão para seus antigos atrasos na análise fosse uma tentativa de evitar ataques invejosos que eu poderia ter em relação ao seu sucesso.

Discussão

Nesses fragmentos de uma análise de seis anos aqui condensados, pretendi demonstrar, de forma algo esquemática, a maneira pela qual múltiplos determinantes podem emergir ao longo da análise de um sintoma ou de um *enactment* particular durante o processo analítico. Reduzir o sentido de um sintoma a uma causa seria, na melhor das hipóteses, uma compreensão parcial do sintoma. Além disso, a capacidade de entrelaçar diferentes formulações teóricas permitiu-me uma compreensão mais completa dos vários sentidos de seu atraso.

Dentre os determinantes significativos do atraso, encontravam-se estes:

1. Evitar o triunfo edípico, no qual ela me teria todo para si e, ao mesmo tempo, enraiveceria uma rival feminina que poderia retalhá-la.

2. Uma tentativa de me proteger do ódio ilimitado dentro dela, derivado da raiva pelo pai em função do tratamento sádico que este lhe dispensara. Quando comparou a análise à situação de estar presa no chuveiro pelo pai, ela projetou a agressão sádica em mim também. Tornei-me o objeto persecutório que seu pai havia sido, e assim ela tinha de evitar minha agressão tanto quanto a dela.

3. Simultaneamente, ela fez um *enactment* da fantasia na qual eu estaria submisso ao seu controle onipotente, pois precisava esperar por ela todos os dias para iniciar a sessão. Tornei-me a figura subjugada e não aquele que subjuga. Ela sentia intensamente que me manteria envolvido enquanto se "fazia de difícil e me forçava a procurar por ela". Em retrospecto, minha frustração contratransferencial com os atrasos me tornou um alvo ideal para o seu controle onipotente, projetivamente negado. Eu de fato desejava analisar seus atrasos, pensando na possibilidade de serem interrompidos. Sem dúvida, expressei minha ânsia em mudar seu comportamento, convencendo-a, desse modo, de que ela estava sendo bem-sucedida no propósito de me fazer buscar por ela. Essa dança de transferência-contratransferência reflete como a psicologia de duas pessoas pode ser útil

para compreender como um comportamento particular é co-determinado por ambos, paciente e analista.

4. A convicção de que seu amor era tóxico levou-a a chegar atrasada para evitar destruir-me com sua carência. Uma abertura em relação às idéias de Fairbairn permitiu-me formular o que se passava, de uma forma que facilitou minha capacidade de pensar sobre o que ocorre na relação analítica.

5. Finalmente, a paciente foi capaz de se dar conta de que seus atrasos crônicos se relacionavam a uma transferência materna comigo – ou seja, ela estava se protegendo da mãe, que se ressentiria de seu sucesso e a atacaria invejosamente.

O caso de Marie ilustra um corolário importante do princípio da sobredeterminação. Compreender novos sentidos e novos determinantes leva com freqüência a uma mudança de direção. Uma compreensão parcial pode se expandir e se tornar uma compreensão mais completa e profunda, e nossa aproximação técnica poderá tomar uma direção inesperada.

Com relação a esse aspecto, a sobredeterminação não é definida somente por sentidos paralelos, mas também por hierarquias e ramificações de sentido que contêm verdades psíquicas mais detalhadas a respeito do paciente.

Conclusão

Os analistas precisam lutar contra a tendência a serem complacentes com explicações simples, independentemente do quão tentadoras elas sejam. Forças no campo da saúde mental nos levam a desempenhar nosso trabalho de maneira mais rápida, para sermos "eficientes com relação aos custos". Chegar a formulações prematuras é reforçado por essas correntes na cultura, bem como pelo nosso ímpeto natural a ter a sensação de domínio sobre o caos da condição humana. Finalmente, devemos evitar o canto da sereia da certeza teórica, que leva a um fechamento analítico antes de uma investigação completa dos múltiplos sentidos do comportamento e dos sintomas do paciente.

A citação com a qual iniciei o texto não está completa. Hamlet qualifica seu *status* de "rei do ilimitado espaço" com um pensamento posterior: "não fossem os meus sonhos maus" (1973a, II.ii.261-2).

Quando penso sobre o futuro incerto da análise, também eu tenho um sonho mau: que o pluralismo acabe nos levando de volta a uma ortodoxia para esclarecer posições e a um retorno a uma forma de reducionismo e um pensamento do tipo "leito de rocha firme".

No entanto, nem todos os sonhos são maus. Os próprios sonhos são uma janela para o princípio da sobredeterminação e do "espaço infinito" do inconsciente. Bion poderia dizer que um rei do infinito espaço precisa sonhar novas metáforas que expandam o conhecimento infinitamente. Shakespeare parece ter antecipado Bion nesse aspecto. Ainda assim, em outra contribuição do bardo, Bottom acorda de um sonho e anuncia que "deveria ser chamado de sonho de Bottom, pois ele não tem fundo [*bottom*]" (*Sonho de uma noite de verão*, 1973b, IV.i.219-20).

"Aprisionado en una cáscara de nuez": pensamientos sobre complejidad, reduccionismo y "espacio infinito"

Resumen: El pluralismo es la marca registrada del discurso psicoanalítico en el siglo 21. No obstante, un efecto colateral desagradable que provoca es la tendencia en algunos lugares a una retracción en dirección a un ortodoxismo, tendencia esta que tiene su origen en la percepción de la necesidad de dar soporte teórico a los límites entre las diferentes teorías, en el intento de diferenciar una teoría de otras. La definición de estos límites nos coloca bajo el riesgo de perder de vista el hecho de que el pensamiento psicoanalítico genuino es fundamentalmente no reduccionista. Además de eso, la noción central psicoanalítica de sobredeterminación, que Freud nunca abandonó durante toda su carrera, ha sido recientemente tratada con negligencia por autores que argumentan, en sus comunicaciones, que un determinado punto de vista es mejor que otro: analistas y pacientes, ambos son llevados secretamente a formulaciones simplistas que evitan la complejidad. La necesidad de permanecer abierta para el "espacio infinito" de sentido, motivo y causa debería ser una marca registrada de la práctica clínica psicoanalítica. El autor considera las implicaciones de estas ideas para la técnica, y presenta el material de un caso clínico que ilustra los desafíos inherentes a una aproximación del trabajo psicoanalítico como fenómeno complejo.
Palabras claves: *pluralismo; complejidad; reduccionismo; sobredeterminación; causa; motivo; sentido; teoría; metáfora; contratransferencia.*

"Bound in a nutshell": thoughts on complexity, reductionism, and "infinite space"

Abstract: *Pluralism is the hallmark of 21st Century psychoanalytic discourse. Nevertheless, an unpleasant byproduct of pluralismo is a tendency in some quarters to retract into orthodoxy, stemming from a perceived need to shore up theoretical boundaries in the service of differentiating one theory from another. The delineation of borders places us at a risk losing sight of the fact that genuine psychoanalytic thinking is fundamentally non-reductionistic. Moreover, the core psychoanalytic notion of overdetermination, which Freud never abandoned throughout his career, has recently been neglected as authors argue in their Communications that one point of view is better than another. Both analysts and their patients secretly are drawn to simple formulations that eschew complexity. The need to remain open to the "infinite space" of meaning, motive, and causation should be a hallmark of clinical psychoanalytic practice. The author considers the implications for technique, and provides case material to illustrate some of the challenges inherent in approaching psychoanalytic work as a complex phenomenon.*
Keywords: *pluralism; complexity; reductionism; overdetermination; cause; motive; meaning; theory; metaphor; countertransference.*

Referências

Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock. 205 p.

Bion, W. R. (2005). *The Italian seminars*. Bion, F., editor; Slotkin, P., translator. London: Karnac. 109 p.

Breuer, J.; Freud, S. (1893-5). *Studies on hysteria.* SE 2.

Britton, R. (in press). *Uncertainty in mental life*. London: Karnac.

Chodorow, N. (2003). From behind the couch: Uncertainty and indeterminacy in psychoanalytic theory and practice. Common Knowledge 9:463-87.

Faimberg, H. (2005). *The telescoping of generations: Listening to the narcissistic links between generations*. London: Routledge. 168 p.

Fairbairn, W. D. (1940). Schizoid factors in the personality. In Psychoanalytic studies of the personality, p. 3-27. London: Tavistock, 1952.

Feigl, H; Brodbeck, M. (editors) (1953). *Readings in the philosophy of science*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts. 811 p.

Freud, S. (1895). A reply to criticisms of my paper on anxiety neurosis. SE 3, p. 119-40.

Freud, S. (1898). The psychical mechanism of forgetfulness. SE 3, p. 287-98.

Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. SE 4-5.

Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria. SE 7, p. 1-122.

Freud, S. (1913a). *Totem and taboo.* SE 13, p. 1-161.

Freud, S. (1913b). An evidential dream. SE 12, p. 267-78.

Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. SE 23, p. 209-54.

Freud, S. (1939). *Moses and monotheism.* SE 23, p. 1-138.

Friedman, L. (1995). Main meaning and motivation. Psychoanal Inq 15:437-60.

Gabbard, G. O. (2000). On gratitude and gratification. JAm Psychoanal Assoc 48:697-716.

Gill, M. M. (1987). The analyst as participant. Psychoanal Inq 7:249-59.

Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. Psychoanal Q 64:1-22.

Grunbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique*. Berkeley, CA: U. California Press. 310 p.

Hartmann, H. (1951). Technical implications of ego psychology. Psychoanal Q 20:31-43.

Hoffman, I. Z. (1992). Expressive participation and psychoanalytic discipline. Contemp Psychoanal 28:1-15.

Holt, R. R. (1972). Freud's mechanistic and humanistic image of man. Psychoanal Contemp Sci 1:3-24.

Matte-Blanco, I. (1998). *Thinking, feeling, and being: Clinical reflections on the fundamental antinomy of human beings and the world*. London: Routledge. 347 p.

Meissner, W. W. (2005). The dynamic unconscious: Psychic determinism, intrapsychic conflict, unconscious fantasy, dreams, and symptom formation. In Person, E. S., Cooper, A. M., Gabbard, G. O., editors. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychoanalysis*, p. 21-37. Washington, DC: American Psychiatric.

Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 292 p.

Ogden, T. H. (2004). This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. Int J Psychoanal 85:857-77.

Ogden, T. H. (2005). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. London: Routledge. 143 p.

Phillips, J. (1987). Grilnbaum on hermeneutics. Psychoanal Contemp Thought 10:585-626.

Poland, W. S. (2000). The analyst's witnessing and otherness. JAm Psychoanal Assoc 48:17-34.

Rangell, L. (1991). Castration. JAm Psychoanal Assoc 39:3-23.

Ricœur, P. (1977). The question of proof in Freud's psychoanalytic writings. JAm Psychoanal Assoc 25:835-71.

Rothstein, A. (1980). Psychoanalytic paradigms and their narcissistic investment. JAm Psychoanal Assoc 28:385-95.

Rubovits-Seitz, P. F. D. (1998). *Depth-psychological understanding: The methodologic grounding of clinical interpretations*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 464 p.

Sandier, J. (1990). On internal object relations. JAm Psychoanal Assoc 38:859-79.

Schafer, R. (1970). The psychoanalytic vision of reality. Int J Psychoanal 51:279-97.

Schafer, R. (2005). Caring and coercive aspects of the psychoanalytic situation. JAm Psychoanal Assoc 53:771-87.

Schlesinger, H. J. (2003). *The texture of treatment t: On the matter of psychoanalytic technique*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 292 p.

Shakespeare, W. (1973a). Hamlet. In Craig, H., Bevington, D., editors. *The complete works of Shakespeare*, revised edition. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.

Shakespeare, W. (1973b). *A midsummer night's dream*. In Craig, H., Bevington, D., editors. *The complete works of Shakespeare*, revised edition. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.

Sherwood, M. (1969). *The logic of explanation in psychoanalysis*. New York, NY: Academic Press. 276 p.

Shope, R. K. (1973). Freud's concepts of meaning. Psychoanal Contemp Sci 2:276-303.

Smith, H. F. (2001). Hearing voices: The fate of the analyst's identifications. JAm PsychoanalAssoc 49:781-812.

Stoppard, T. (1999). Pragmatic theater. New York Review of Books Sept 23, p. 8-10.

Waddell, M. (2005). The aetiology of an idea: Observing development. Paper presented to: British Psychoanalytical Society, London, November 2.

Wheelis, A. (1956). The vocational hazards of psycho-analysis. Int J Psychoanal 37:171-84.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York, NY: Basic Books. 169 p.

Glen O. Gabbard

[Baylor Psychiatric Clinic; Baylor College of Medicine]

6655 Travis – Suite 500

Houston – TX 77030 – USA

ggabbard12@aol.com