

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA**

**A Contratransferência como Dispositivo de Trabalho na
Clínica Psicanalítica com Pacientes Fronteiriços**

Por

Renata Arouca de Oliveira Morais

BRASÍLIA – DF – BRASIL, 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA**

**A Contratransferência como Dispositivo de Trabalho na
clínica Psicanalítica com Pacientes Fronteiriços**

Por

Renata Arouca de Oliveira Morais

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Deise Matos do Amparo

BRASÍLIA – DF – BRASIL, 2015

Este trabalho foi realizado no Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Deise Matos Amparo.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Deise Matos Amparo (Universidade de Brasília – Presidente)

Prof.^a Dr.^a Marta Rezende Cardoso (Universidade Federal do Rio de Janeiro –
Examinador Externo)

Prof.^a Dr.^a Katia Cristina Tarouquella Brasil (Universidade Católica de Brasília –
Examinador Externo)

Prof.^a Dr.^a Eliana Rigotto Lazzarini (Universidade de Brasília – Membro Interno)

Prof.^o Dr.^o Luiz Augusto Monnerat Celes (Universidade de Brasília – Membro Interno)

Dr.^a Márcia Teresa Portela de Carvalho (Universidade de Brasília – Pesquisadora
Colaboradora – Examinador Interno – Suplente)

Agradeço e dedico a todos que contribuíram para realização e conclusão deste trabalho.

Minha gratidão e meu carinho.

RESUMO

Nesta tese, abordamos a utilização da contratransferência como dispositivo no trabalho clínico com pacientes fronteiriços. Neste trabalho, que afeta tanto o paciente quanto o analista, este pode valer-se de seus sentimentos para conduzir a clínica se utilizando do que capta com seus afetos e pensamentos como dispositivo para intervir sobre a realidade psíquica do paciente, a relação terapêutica e também como elemento para favorecer a simbolização. A clínica com os pacientes fronteiriços aponta para o fato de esses pacientes, em função de um nível grande de resistência, de fragilidades do *self*, dificuldades no processo de simbolização, recusarem-se a seguir as regras da psicanálise clássica propostas pelos analistas e, com isso, leva-os a reinventar seus estilos ao criar novas formas de escuta clínica. A atualidade desses casos aponta para o “atravessamento de paradigmas”, ou seja, o diálogo da teoria pulsional e das teorias das relações de objeto. Assim, o analista deve propor um enquadre que auxilie e facilite a dupla para o trabalho clínico. Além da contratransferência, a transferência, assim como outros dispositivos, mostram-se importantes para a montagem do enquadre e o início de um trabalho psicoterapêutico. Questões sobre estilos, técnica perpassam nossa tese, ancoradas principalmente em Winnicott, André Green e Ferenczi na utilização da contratransferência como um dispositivo vivo de trabalho do analista. Ressaltamos a relevância dos analistas pensarem também sobre a ética como um norteador de seu trabalho. Para tanto, como um exercício de elaboração teórica e clínica, tomamos dois casos fronteiriços de nossa prática para discussão e descrição. Por fim, afirmamos que cabe ao analista utilizar-se de sua capacidade vinculatória para suprir o prejuízo representacional dos pacientes e possibilitar a expressão daquilo que são incapazes de representar. A relação estabelecida não ocorre apenas a partir da interpretação, mas, principalmente, de um trabalho de tradução e nomeação das formas do sentir.

Palavras-chave: contratransferência, dispositivo, fronteiriços, clínica, enquadre.

ABSTRACT

In this thesis we discuss the use of countertransference as a device in clinical work with borderline patients. In this work that affects both the patient and the analyst, this may avail himself of his feelings to conduct clinical using what captures your feelings and thoughts like device to act on the psychic reality of the patient, the therapeutic relationship as well as element to favor symbolization. Clinical patients with border points to the fact that these patients, due to a high level of resistance, self weaknesses, difficulties in symbolization process, refusing to follow the rules of classical psychoanalysis proposed by analysts and, it leads them to reinvent their styles to create new forms of clinical listening. The relevance of these cases points to the "crossing of paradigms", ie the dialogue of drive theory and theories of object relations. Thus, the analyst must propose a fit to assist and facilitate the double for clinical work. In addition to the counter the transfer, as well as other devices found to be important to the assembly of the frame and the beginning of a psychotherapeutic work. Questions about styles, technical permeate our thesis, anchored mainly in Winnicott, André Green and Ferenczi the use of countertransference as a live device work analyst. We emphasize the relevance of analysts think also about ethics as a guiding its work. Therefore, as a theoretical and clinical development exercise we took two border cases in our practice for discussion and description. Finally, we affirm that it is up to use to analyst vinculatória its ability to meet the representational detriment of patients and enable expression of who are unable to represent. The established relationship does not occur only from the interpretation, but mainly a translation work and appointment of the ways of feeling.

Keywords: countertransference, device, fronteiriços, clinical, frame.

SUMÁRIO

Introdução.....	9
Capítulo 01 – Os estados fronteirios: perspectivas atuais.....	20
1.1. O mal-estar atual e a clínica contemporânea	21
1.2. Winnicott e o falso <i>self</i>	30
1.3. Os estados fronteirios.....	49
1.3.1. Green: casos limites	49
Capítulo 02 – Os dispositivos analíticos em cena: enquadre, transferência e contratransferência.....	69
2.1. O enquadre e o <i>setting</i>	72
2.2. Transferências e consequências na técnica	77
2.3. A contratransferência	86
Capítulo 03 – O trabalho clínico: condições de analisabilidade na clínica com pacientes fronteirios.....	110
3.1. O trabalho clínico com os casos fronteirios	110
3.1.1. Contribuições de Winnicott	111
3.1.2. Contribuições de André Green.....	137
3.2. O diagnóstico de analisabilidade	156
Capítulo 04 – Os modos de simbolização e a contratransferência como pensamento vivo do analista.....	171
4.1. A simbolização e suas inscrições.....	171
4.2. A contratransferência como pensamento vivo do analista.....	186
Capítulo 05 – Reflexões teóricas e clínicas sobre dois estudos de caso com pacientes fronteirios.....	205
5.1. Caso Clínico Joana.....	207
Condições de analisabilidade e o <i>setting</i>	209
O enquadre interno e a posição do analista.....	211
O processo analítico e o manejo clínico.....	213

A contratransferência como dispositivo vivo.....	226
Considerações finais.....	240
5.2. Caso Clínico Luana.....	242
O uso do analista na busca de um <i>self</i> verdadeiro.....	242
A relação analítica como espaço potencial	246
Considerações Finais	267
Referências Bibliográficas.....	26772

Introdução

O encontro entre duas pessoas é algo que afeta tanto o clínico como o paciente. É a partir desse enlace entre estes dois que se encontram com um aparato de dispositivos que um trabalho se realiza. Assim, pretendemos, nesta tese, mostrar um aspecto particular da clínica com os pacientes fronteirios, ao focar a contratransferência como um dispositivo vivo de trabalho no analista nessa clínica. Ou seja, o que o analista capta do paciente com seus afetos e pensamentos, que não necessariamente está dito, pode ser elemento utilizado para pensar, além da questão do diagnóstico diferencial, a relação, o *setting*, a dinâmica psíquica do paciente e também ser utilizado como elemento de simbolização.

As indagações iniciais e interesse sobre esse campo de estudo iniciaram-se, há alguns anos, a partir da nossa experiência clínica com pacientes psicóticos. Com esses pacientes, observamos que o sofrimento vivenciado era marcado pela angústia de desintegração e despedaçamento do paciente, e essas angústias despertavam no clínico questões relacionadas à ação terapêutica do analista em relação ao paciente diante da problemática e do sofrimento vivenciado por eles. Nessa clínica da psicose, foi observado que o paciente buscava experienciar uma fusão e simbiose na relação transferencial. Essa dinâmica nos fazia perguntar, a partir da nossa contratransferência, qual era a relação de extensão em relação aos nossos pacientes e em que momentos nos confundíamos com eles. Muitas vezes, era utilizado como apoio outros profissionais, as transferências múltiplas, com o objetivo de expandir a rede de suporte técnico. Era notório a diferença exigida por esses pacientes no que se refere ao dispositivo técnico.

Nessa experiência clínica, as regras clássicas da psicanálise não eram suficientes para acompanhar essa modalidade de sofrimento psíquico. O *setting* e a técnica

psicanalítica eram transgredidos para que o trabalho terapêutico pudesse se realizar. Sentíamos, muitas vezes, gerenciando o caos e a desordem tanto interno quanto externo de nossos pacientes. Entretanto, mesmo com toda a complexidade desse enlace transferencial, nesse espaço de trabalho clínico, tornou-se evidente como, a partir de uma disponibilidade de escuta e organização de *setting* com características diferenciadas para o nível de simbolização desses pacientes, essas pessoas com sofrimentos psíquicos graves despertavam capacidades para transformar seu sofrimento e sua angústia no sentido de lidar melhor com a realidade, com o outro, seus próprios sonhos e desejos.

Atualmente, observamos – no nosso percurso de atendimento clínico no ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade de Brasília (UnB) e nos últimos anos de atendimento de uma prática clínica de consultório, que já perduram treze anos –, com mais frequência, o aparecimento de pacientes que não chegam a apresentar um quadro psicótico clássico, mas que poderiam ser tomados como fronteirços e exigem de nós, clínicos, uma flexibilidade de postura com relação às regras postuladas pela psicanálise, como a associação livre, a atenção flutuante, a abstinência e o *setting*. Isso ocorre em função desses pacientes tenderem à atuação, ao ataque ao *setting* e ao terapeuta, diante de uma capacidade de se vincularem e de se pensarem diminuídos. Os fronteirços seriam pacientes que, de acordo com Green (1988), tenderiam à insanidade. Na clínica, essa “fronteira da insanidade não é uma linha; é, antes, um vasto território sem nenhuma nítida divisão: uma *terra de ninguém* entre a sanidade e a insanidade” (Green, 1988, p. 67).

Muitas questões têm sido vivenciadas a partir desse trabalho clínico. Essas questões dizem respeito a uma maneira própria de trabalhar com esses pacientes, que nos trouxeram várias questões: Quais as principais diferenças entre o manejo técnico da psicanálise clássica com pacientes neuróticos e na clínica com pacientes fronteirços? O

que se pode fazer com os próprios sentimentos (do analista) e percepções na relação com esses pacientes? O que o clínico capta do paciente que não está dito, mas que pode ser utilizado como elemento para pensar sobre o mesmo? Ou, ainda, há a possibilidade de isso ser utilizado como elemento de simbolização? O que o clínico pode, deve e não deve fazer para colocar em ação o trabalho psicoterapêutico? Podemos chamar de psicanálise o trabalho realizado nessa clínica? Como a relação psicoterapêutica pode possibilitar a organização do paciente e favorecer a capacidade de simbolização? Qual o lugar do clínico e do trabalho que permeia essa clínica? Essas são questões complexas que nos interrogam e que pretendemos desenvolver. Mesmo não tendo o intuito de responder pormenorizadamente todas essas questões, elas nos serviram de mote para dar início ao estudo da contratransferência como dispositivo na clínica.

Nesse sentido, a contratransferência pode ser um importante elemento para se pensar a clínica, principalmente quando aliada a outros dispositivos. Além de auxiliar o clínico no entendimento da dinâmica psíquica de seu paciente, pode ser um veículo na condução do tratamento como também uma maneira de estabelecimento de contato da dupla. É a partir desse encontro, marcado pela transferência, em que o paciente tem a possibilidade de falar/dizer de si mesmo, de formas variadas, e, além disso, vivenciar na relação com o clínico, que as possíveis mudanças ou elaborações podem ocorrer ou não. Pretendemos, por meio desta tese, estudar como ocorrem essas mudanças em psicoterapia de base analítica, utilizando o analista como um dispositivo. A partir de nossa experiência clínica, foi possível perceber que o percurso psicoterápico pode trazer mudanças tanto para a pessoa que busca a terapia quanto para o analista. A relação entre essas duas pessoas influencia tanto um quanto o outro. Enfatizamos, neste trabalho, sobre a importância da contratransferência na clínica com pacientes fronteirços.

Sobre o fronteiroço, apoiamo-nos na definição de Green (1988), conforme a qual o autor baseia sua hipótese no ponto de vista dinâmico, afirmando que as divisões do aparelho mental estariam sujeitas a grandes variações. Não há, portanto, uma divisão nítida em nenhuma parte: nos instintos; entre o corpo e a mente; no ego e suas inter-relações com o id, o superego e a realidade. A problemática com relação à divisão estende-se entre os pensamentos que são carregados de quantidades de afeto e não podem ser destacados dos instintos, salvo através de uma intensa divisão, muitas vezes acompanhada de crenças mágicas e de uma ilusão de onipotência investida narcisicamente. A atuação, nesses casos, é o verdadeiro modelo da mente, seja ocorrendo para dentro, no corpo, com sintomas psicossomáticos, seja para fora, mediante a atuação-fora, ou seja, o agir preencheria o espaço. Há uma dependência sem recursos em que a passividade é sentida como ameaça, aberta aos perigos que o objeto “mau” onipotente pode causar. A sexualidade infantil tomada como prioridade se amplia para as questões relacionadas à fragilidade do Eu, às questões dos espaços psíquicos, à constituição das temporalidades e às questões do trauma relacionado ao desamparo advindos dessa ampliação. Desse modo, prioriza-se o arcaico e o modo como este funciona e se organiza em função da constituição e sustentação do aparelho psíquico, trazendo à tona a importância do objeto primário para além das questões edípicas (Lazzarini, 2006; Figueiredo, 2009; Cardoso & Cardoso, 2010; Carvalho 2011).

Na relação com o outro, a transferência mostra-se de maneira tensa, intensa e com possibilidade de fusão. Há momentos de turbulência, onde a violência, o ódio e os ataques à relação apresentam-se. O que por sua vez traz sentimentos ambivalentes e hostis e uma contratransferência, com uma carga emocional alterada, tanto da parte do analista como da parte do paciente. Há uma invisibilidade por parte do paciente com

relação a alteridade, a dinâmica do fronteiroço na relação com o outro, expressa-se na lógica do ou, ou eles ou o outro onde neste meio a destrutividade, o negativismo perpassam a relação. O filme “*Alien – o oitavo passageiro*”- ajuda-nos a entender a dinâmica destas relações. Afirmamos que nos fronteiroços a perversão como negativo da neurose cede passagem para as questões que envolvem as loucuras privadas (Green, 1988) de pacientes e analistas (Carvalho, 2011).

Sendo assim, o sofrimento é algo extremamente presente nesse contexto. Muitas vezes é o motivador para o início de um tratamento psicoterápico. Mesmo sem ter clareza, os pacientes procuram um clínico em função de dores e angústias que apresentam em suas vidas. Nesse processo, a palavra para Freud é ferramenta essencial do tratamento psíquico, e o que ele propõe para assegurar a eficácia dos tratamentos é o esforço de provocar no doente os estados e as condições psíquicas mais propícios para a cura; pois, ao dizer algo, o modo de dizer e a situação irão influenciar os efeitos produzidos pelo ouvinte. Entretanto, a dimensão da representação-palavra nessa clínica que nos propusemos a escrever apresenta-se com dificuldades, uma vez que os pacientes utilizam-se mais de palavras atuadas como expressão de seu mundo interno, o que trará repercussões no trabalho.

Nesse percurso clínico, o analista se questiona em vários aspectos, desde o próprio modo de funcionamento psíquico, sua postura, seu jeito de ser e também suas bases teóricas. A clínica com pacientes mais graves, ditos fronteiroços, traz questões sobre a problemática da comunicação entre analista e paciente, sobre a sua disponibilidade de estar com eles, sobre o espaço físico de análise; enfim, é uma clínica na qual as projeções são maciças. A transferência, como vimos, em muitos momentos, é intensa e com momentos de fusão, o que traz consequências para o analista e também para o paciente. O transbordamento pulsional perpassa o *setting* e geralmente sofre

ataques do paciente diante do desassossego psíquico vivenciado pelo mesmo. A angústia gerada em função desse cenário é grande. Nesse sentido, enfatizamos a importância do clínico ter um bom percurso de análise, um espaço para trocas e aprofundamentos teóricos com um laço institucional, de preferência e referência, um espaço para supervisões e, em muitos casos, uma retaguarda psiquiátrica, além de outros profissionais.

Recorremos à psicanálise como base teórica e prática para ajudar a pensar essas questões. Temos na psicanálise um cabedal teórico rigoroso e enriquecido, capaz de estabelecer elos causais e de conferir sentido a sombras da psique ao fornecer explicações calcadas em um método de rigor distinto do das ciências da natureza. A “cirurgia” da psicanálise poderia, segundo Freud (1917a), ter um acesso mais preciso e profundo das verdadeiras causas, para, então, fazer coincidir o controle moderno com a cura da terapia. Entendemos o trabalho realizado aqui como uma psicoterapia de base analítica em que a compulsão à repetição se torna um de seus registros. Entretanto, elencamos a partir de nossa prática e deste trabalho algumas questões para discussão. O trabalho com o fronteiro exclui os alicerces que fundamentam a prática psicanalítica com neuróticos? Como fundamentar a prática do que é fronteiro em cada um de nós não só nos pacientes, mas no que é fronteiro em cada um de nós? Ou como trabalhar o campo da transicionalidade como constituinte da vida psíquica de todas as organizações psíquicas? Independentemente de ser psicanálise ou não, trata-se, no contexto clínico, de uma realidade psíquica.

No parágrafo anterior, nomeamos nosso trabalho e, ao tentar nomeá-lo, perpassamos discussões que envolvem as questões da técnica. Entretanto, faz-se necessário deslocarmos das questões técnicas para as questões da ética, pois é a ética que irá nortear todo o nosso trabalho de ser psicanalista e psicoterapeuta. Para tanto,

Figueiredo & Junior (2000), em *Ética e Técnica em Psicanálise*, apresentam contribuições importantes sobre essas questões, ao falarem sobre a forma de estarmos com nossos pacientes, uma forma baseada numa *presença reservada*, em que, com paciência e discrição, podemos esperar que o processo terapêutico se desenvolva com naturalidade no seu próprio ritmo. Ser psicanalista nos requer certas posturas que são de extrema importância na lida com nossos pacientes, com a alteridade que ali se apresentará. Assim, caberá a nós ter disponibilidade na oferta de um espaço consistente que proporcione o estabelecimento da confiança como um dos elementos primordiais ao campo.

Apresentaremos cinco capítulos que organizam nossas ideias e tese. No primeiro, visualizamos o momento atual clínico, uma vez que essa atualidade irá influenciar os pacientes que se apresentam à nossa porta. Assim, diante das várias escolas psicanalíticas, trazemos as contribuições de Winnicott – com a questão do falso *self* – e André Green, autor da escola francesa, com o entendimento sobre os casos limites. Essas escolas são as que mais possuem afinidade com nossa formação e que trazem explicações do entendimento e funcionamento psíquico das configurações fronteiriças que o presente trabalho se propõe a mostrar, e nós, a entender. Além de trazerem contribuições importantes à temática da contratransferência.

No segundo capítulo, apresentamos inicialmente a definição do que entendemos por dispositivo e intitulamos três dispositivos importantes que dão sustentação ao nosso trabalho. Assim, trazemos definições sobre o “espaço de oferta” do psicanalista e o que comporta esse espaço físico e suas imediações: espaços e tempos laterais atraídos por ele (Figueiredo, 2009). Apresentamos que esse cenário no qual nos propusemos a trabalhar e estudar envolve duas realidades e mostramos como ocorreu o desenvolvimento das construções teóricas a respeito delas, desde seu nascimento

proposto por Freud até os contemporâneos. Nesse percurso, sentimos a necessidade de também recorrer a outros autores, como, por exemplo, Ferenczi, Heimann, Racker e Figueiredo para ampliar e embasar nossas discussões sobre a contratransferência, que nos faz pensar como nós, clínicos, nos inserimos nessa seara teórica/clínica, pois é através do psicoterapeuta que também se passa todo o trabalho. Em nosso entendimento, em muitos momentos, o analista é o veículo do que ocorre em uma sala de análise. Assim, a dimensão da relação toma espaço e lugar em nosso trabalho com as perspectivas da transferência e da contratransferência, mas enfatizamos a contratransferência como um dispositivo no sentido de podermos pensar sobre o trabalho desenvolvido e, principalmente, sobre o paciente, pois entendemos a contratransferência como a consequência de um desejo inconsciente do paciente de transmitir ao analista afetos que experimenta, mas que não reconhece nem verbaliza.

No terceiro capítulo, trazemos as contrições dos dois teóricos, Winnicott e Green, aos quais recorreremos para nortear o trabalho em questão; afinal, são autores com experiência na clínica com os pacientes fronteiraços. Winnicott possui uma vasta experiência clínica sobre os processos envolvidos no amadurecimento do *self* e as contruições do ambiente ou da mãe suficientemente boa e má na sustentação e contenção desse percurso. Assim, o autor afirma que o ambiente/mãe desempenha algumas funções nesse processo para que o desenvolvimento ocorra. A atualidade dos casos fronteiraços tem exigido um diálogo entre teorias psicanalíticas diferentes e separadas: como a teoria pulsional e a teoria das relações de objeto. Green é um autor que procura pensar e estabelecer essa conversa e nos convida a reinventar nossa escuta com pacientes que apresentam dificuldades em seguir as regras clássicas propostas pelos analistas.

No quarto capítulo, enfatizamos a figura do analista como um elemento vivo, presente e atuante nesse cenário, recorrendo a Freud e Roussillon, com seu entendimento sobre os processos de simbolização. Apontamos aqui que, em um processo de constituição, inicialmente nós somos os outros. Com isso, enfatizamos a importância do clínico/outro nos processos psicoterapêuticos, principalmente com pacientes mais regreditos, que se encontram com um funcionamento mais primitivo, visto que em nosso entendimento “é como se o aparelho psíquico do analista fosse alugado pelo paciente com o intuito de fazer chegar mensagens que ele não pode autorizar-se a reconhecer e decifrar sozinho” (Green, 2008, p. 77).

No quinto e último capítulo, fazemos a discussão de dois casos fronteira no qual elencamos como prioridade a relação entre analista e paciente, mas enfocamos a figura do analista e seu estado afetivo como norteador de todo o cenário. São casos que atendemos há alguns anos em processo psicoterápico e nos quais podemos contar com uma rede de apoio, como, por exemplo, a retaguarda psiquiátrica.

Nesse contexto, o trabalho terapêutico traz consigo elementos de passagem e trânsito entre tempos, contextos e pessoas, pois colocará a realidade psíquica e a realidade criativa em laço. Aqui, a ilusão se torna condição e, ao mesmo tempo, incitadora de um trabalho que tentará modificá-la. Essa ilusão pode permitir a repetição de cenas e o retorno a tempos passados na transferência. Esse seria o contexto sobre o qual o trabalho psicoterapêutico de temporalizar se constituirá. Trabalho esse em que a presença do paciente também se faz necessária e importante, pois, para que possamos ser clínicos e terapeutas, precisamos dos pacientes para o estabelecimento de uma parceria e para que algo se construa ou se desconstrua para se construir.

Assim, supomos que, no contexto dessa modalidade de relação que pode se estabelecer na clínica, o paciente terá possibilidades mais amplas de construções

psíquicas que favoreçam o Eu e contribuam para a realização de mais investimentos no mundo externo, nas relações sociais, nas atividades laborais e criativas. Esse espaço pode levar o paciente a sair de uma posição mais regressiva e narcísica para a construção de processos nos quais os investimentos pulsionais favoreçam o contato com o outro e os processos de comunicação e simbolização, ou seja, onde mudanças pudessem ocorrer.

Freud já apontava alguns desafios afirmando “admitir as imperfeições de nossa compreensão, a aprender novas coisas e a alterar os nossos métodos de qualquer forma que os possa melhorar” (1918a, p. 173). Esses desafios referem-se ao tratamento de

pacientes tão desamparados e incapazes de uma vida comum que, para eles, há que se combinar a influência analítica e educativa [...]. Mas isso deve sempre ser feito com muito cuidado, e o paciente deve ser educado para liberar e satisfazer sua própria natureza, e não para assemelhar-se conosco (Freud, 1918a, p. 178).

Desse modo, outro aspecto importante e que não poderíamos deixar de mencionar é a expansão da psicanálise freudiana, na qual seria provável que fôssemos forçados a agregar o que aprendemos do método psicanalítico tradicional com uma “simples sugestão” ou a possibilidade de estar com o paciente (Freud, 1918a).

Por esse caminho, Freud afirma que:

qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (1918a, p. 181).

Assim, o autor já nos apresentava os impasses existentes na ampliação da clínica psicanalítica para além do “divã”, no qual teremos a contaminação de elementos que não lhe são próprios, como a influência educativa, a sugestão direta e a nomeação. Tem-se que admitir esses elementos como inerentes à prática psicanalítica junto a pacientes mais graves e buscar novas formas de trabalho junto ao fronteiro, operando mudanças

que nos conduzam a uma psicanálise possível nesse campo e que possa continuar sendo chamada de psicanálise.

Desse modo, tendo no analista uma “figura de escuta”, estabelece-se um vínculo com a criação de um espaço de confiança e continuidade, no acompanhamento do paciente ao falar de suas questões. Seguindo essa direção, o analista apresenta-se com seu valioso trabalho, ao oferecer-se como um dispositivo vivo para trabalhar as questões dos pacientes, auxiliando-os a pensar à medida que elas aparecem, com a apresentação gradativa da realidade.

Capítulo 01

Os estados fronteirios: perspectivas atuais

A prática clínica tem feito os analistas questionarem-se sobre o modo de trabalhar, a forma com que acolher, interpretar, escutar, ou seja, como estar os pacientes e o que fazer. O aumento dos quadros fronteirios no cenário psicanalítico atual traz a necessidade de aprofundar e desdobrar as indicações e o manejo da técnica psicanalítica, com o objetivo de vislumbrar dispositivos mais eficácia no tratamento desses casos clínicos difíceis.

Como clínicos, somos com frequência confrontados com a prática, especificamente na clínica dos estados fronteirios, de tratar pacientes marcados pela insistência da violência, do trauma, inclusive como uma tendência à repetição no espaço analítico (Cardoso & Cardoso, 2010). Assim, temos na pessoa do clínico uma figura importante nesse cenário e, por meio dele, o processo psicoterapêutico pode ser pensado e trabalho. Outra parte desse cenário refere-se ao próprio paciente, ao seu funcionamento psíquico e ao processo clínico propriamente dito.

Dessa maneira, buscando configurar algumas especificidades do funcionamento psíquico dos quadros fronteirios e limites e no sentido de apontar a complexidade desse campo de estudo, neste primeiro capítulo, faremos a apresentação de duas concepções teóricas pós-freudianas, que buscam elucidar esse campo. Nesse sentido, abrimos a nossa reflexão com algumas perguntas. Que casos seriam esses? Que clínica é essa? Como manejá-la no aspecto transferencial?

1.1. O mal-estar atual e a clínica contemporânea

A organização cultural impõe ao homem restrições e renúncias. Sobre estes regulamentos, Freud afirma, no *Mal-estar na civilização* (1930[1929]), que eles possuem o intuito de proteger os homens contra a natureza e ajustar seus relacionamentos mútuos, e descreve que “A sujeira de qualquer espécie nos parece incompatível com a civilização.” (Freud, 1930[1929], p. 99) Assim, os elementos, como, por exemplo, limpeza, ordem, poder de uma comunidade, entram em cena como tentativas de regular os relacionamentos sociais, pois se essas tentativas não fossem feitas, os relacionamentos ficariam sujeitos a vontades arbitrárias, o que se poderia dizer que o homem “fisicamente” mais forte decidiria a respeito de outros, mas no sentido de seus próprios interesses e impulsos instintivos.

Portanto, o que encontramos nesse processo de civilização que Freud nos apresenta nesse texto seriam as modificações ocasionadas nas habituais disposições instintivas dos seres humanos, ou seus deslocamentos sobre suas condições de satisfação ao conduzi-los para outros caminhos. Segundo o autor, na maioria dos casos, esse processo coincidiria com o da sublimação¹, noutros, porém, pode diferenciar-se dele. “A sublimação do instinto constitui um aspecto particularmente evidente do desenvolvimento cultural; é ela que torna possível às atividades psíquicas superiores, científicas, artísticas ou ideológicas, o desempenho de um papel tão importante na vida civilizada” (Freud, 1930[1929], p. 103).

Assim, os tabus, as leis e os costumes impõem restrições que influenciam e organizam as pessoas em grandes unidades. Os sacrifícios impostos à civilização são, por exemplo, com relação à sexualidade, como vimos anteriormente, e também à

¹ Processo postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. Diz-se que a pulsão é sublimada na medida em que é derivada para um novo alvo não sexual ou em que visa objetos socialmente valorizados (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 638).

agressividade, pois, no objeto sexual, a pessoa pode tentar satisfazer sua agressividade, explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo. Há uma inata inclinação humana para a perversidade, a agressividade e a destrutividade e, também, para a crueldade.

Freud (1930[1929]) afirma que a inclinação para a agressão existente no ser humano constitui um fator que perturba os relacionamentos com o próximo e força a civilização a um dispêndio de energia. Desse modo, a civilização tenta utilizar esforços a fim de estabelecer limites para seus instintos agressivos e manter suas manifestações sob controle por formações psíquicas reativas. O instinto de destruição – moderado, domado e, por assim dizer, inibido em sua finalidade – deve, quando dirigido para objetos, proporcionar ao ego a satisfação de suas necessidades vitais e o controle sobre a natureza, já que a civilização constitui um processo a serviço de Eros, cujo propósito é combinar indivíduos isolados, depois, em famílias e, em seguida, em raças, povos e nações.

Sobre essa tendência ao desligamento, ao longo do século XX, pode-se perceber uma quebra de valores tradicionais, segundo Hegenberg (2009), em que o ser humano vivencia uma crise existencial em razão da solidão provocada pela ruptura dos laços de solidariedade e da família, pela competição feroz, pelo individualismo crescente em uma sociedade em contínua transformação. Nesse sentido, a solidão humana se acentua e “Quem sou eu?” não é mais uma pergunta abstrata; torna-se uma questão cotidiana, e não simples fala teatral. O problema dos casos fronteira se inscreve nessa questão da pós-modernidade.

Vemos, no dia a dia de nossos consultórios, o predomínio de dinâmicas da parte perversa e psicótica da personalidade humana. Assistimos à falta e à falha da capacidade

de pensar e simbolizar. Há o incremento de um pensamento primitivo, pensamento concreto, pensamento sem pensador, como Bion (1962) diz. Temos uma incapacidade de amadurecimento no contato com o outro, com a realidade e com os afetos. De acordo com Vieira (2015), as vicissitudes e os recursos da estrutura defensiva do recalque, a formação das neuroses e, como tal, os recursos de representação de palavras se escondem para uma clínica psicanalítica do vazio, do negativo, como apontado por André Green, dos fenômenos pré-esquizoparanoídes, da angústia de desmoroamento, citada por Winnicott, ao que Bion escreveu como sendo o sofrimento, a angústia, o desespero da “anorexia dos afetos”.

Atualmente, verificamos um aumento de demandas de angústias mais primitivas dirigidas ao psicanalista. A praticidade relativa do convívio com os neuróticos é trocada pelo desconforto contratransferencial diante das mentes mais primitivas de simbolismo e de recursos de desenvolvimento das suas identidades, ou seja, nos deparamos com pessoas em desespero. Em alguns casos, assistimos a falhas graves interferindo no ser de uma maneira mais integrada, criativa. Por tratar-se de indivíduos que ainda não se constituíram, assistimos na clínica a indivíduos que andam em busca de si mesmos.

“Há uma desagregação do funcionamento mental, uma falha no processo de psiquização”, ou seja, hoje assistimos a uma “desumanização do sujeito” em que “o Eu se fragiliza em um desligamento contínuo do sentimento de existir, produzido por uma oferta inalcançável” (Da Poian, 2001, p. 12). Assistimos a crises das noções de paternidade e de maternidade, um mal-estar social, psíquico e biológico provocado pela falta de contornos e de limites, que ocasiona a força da violência pulsional.

Alguns autores como Green e Winnicott apontam para uma falta de identificações. Diante desse quadro, a pessoa tenta arrumar uma identidade que lhe

permite viver o momento. Nesse sentido, encontramos identidades adotadas sem firmeza alguma, pois o mundo de hoje exige volatilidade, mudanças e trocas.

Esse é o cenário com o qual nos deparamos: não há mais regras claras a seguir ou a se contrapor. A religião, a honra, a honestidade, a ética, o amor, o casamento, tudo encontra-se em questão, não sendo nada estável ou fixo. Vivemos em sociedades capitalistas que propõem à pessoa o consumo e a alienação. O consumo procura o preenchimento do vazio; são roupas da moda, carros, drogas, bebidas, viagens dos sonhos e todo um aparato dito como suficiente para garantir a “felicidade”. Infelizmente, diante desse quadro, essa tão imaginada “felicidade” não chega, e o que aparece é a famosa depressão, pois vemos uma pessoa incapaz de se satisfazer com o aparato de consumo oferecido.

A clínica contemporânea permite relacionar esses elementos com modelos de relação em que o desligamento está em evidência. Quando dizemos desligamento, nos referimos ao apagamento das diferenças, das possibilidades de trocas afetivas, do pensar, do esperar, da existência das falhas, frustrações e limites, da vivência e convivência em mundo real e não idealizado.

Os casos de neurose dominaram a cena analítica por muitos anos, no entanto, outras problemáticas vêm ocupando lugar na clínica, bem como no pensamento psicanalítico. Freud, contudo, já apresentava em seus casos clínicos, um caso que não se enquadrava em uma configuração neurótica nem psicótica. No caso *O Homem dos Lobos* (1918a), apesar de ser considerado um caso de neurose obsessiva, apresentava sintomas e defesas que tinham características da psicose. Freud (1918a) descreveu esse caso clínico como sendo portador de determinados indicadores de: “uma neurose obsessiva, com base na organização sádico-anal... a existência prévia de uma grave histeria no presente caso... uma psicose alucinatória... uma fobia por lobos... o mesmo

impulso para Deus, expressado em palavras não ambíguas, o sistema delirante paranóico *Senatspräsident Schreber*”.

Esse mesmo caso é interpretado por Green (2010), em que o autor descreve a cena do dedo cortado: de um lado, um corte do dedo sem sangue, de outro, sangue sem corte de dedo. Através de sua análise, a alucinação do dedo cortado é precedida da alucinação negativa do dedo ocultada no conteúdo alucinatório; esse fazendo senão positivar, a partir dessa alucinação negativa, uma amputação já operada no pensamento. Tem-se aí uma forma de organização que não pode mais ser considerada convincente do ângulo da neurose, mas também não pode ser definida como psicose.

Laplanche e Pontalis (1973) assim definem *fronteiriço*: “termo com a maior frequência usado para designar perturbações psicopatológicas que jazem na fronteira entre a neurose e a psicose, particularmente as esquizofrenias latentes que apresentam uma série aparentemente neurótica de sintomas”.

Essa conceituação, no entanto, não é unívoca no campo da psicanálise e uma interrogação se coloca. O funcionamento mental inconsciente nas suas modalidades e determinações é o campo de interesse dos psicanalistas. Chagnon (2009) traz sobre a originalidade semiológica abordada extraída na entrevista de investigação ou da sessão, particularmente, das associações livres ocorridas e subentendidas pela transferência. Há uma preocupação dos psicanalistas na definição dessa modalidade clínica e em também resgatar esses pacientes, encontrando recursos técnicos para tornar aí um trabalho psicanalítico possível. Assim, após a Segunda Guerra Mundial, houve o surgimento de vários trabalhos, tanto na Europa quanto na América do Norte, em que podemos considerar os *fronteiriços* como o novo paradigma: eles são para a psicanálise atual aquilo que a histeria era em seus primórdios.

Assim, a atualidade desses casos tem exigido aquilo que Figueiredo (2009) chama de atravessamento de paradigmas, pois faz dialogar teorias psicanalíticas tradicionalmente separadas e diferenciadas: a teoria das relações de objeto e a teoria pulsional. Se um dia o pensamento freudiano fragmentou-se nas escolas psicanalíticas diferenciadas, hoje elas se abrem para o diálogo em prol da sustentação e da manutenção da complexidade da obra freudiana em constante redescoberta.

Os fronteiros, ou também os estados-limite, tornaram-se sinônimo de um modo de organização ou de estrutura psíquica intermediária entre neurose e psicose. De acordo com Chagnon (2009), existem duas perspectivas nas correntes psicodinâmicas contemporâneas. Uma perspectiva situa o estado-limite como utilizando modalidades heterogêneas (neuróticas e psicóticas) e o concebe como instável; a outra modalidade o situa em um modo de organização original, mais ou menos estável, existindo em um eixo mediano entre neuroses e psicoses. E uma terceira definição tende a aparecer atualmente, a definição de funcionamento-limite como universal, mas atualizando-se somente em certas condições ambientais – de onde viriam o peso das modificações psicossociais contemporâneas na eclosão atual dos estados-limite ou no contexto regressivo da terapia.

Em língua francesa, os principais trabalhos psicanalíticos apresentados a respeito dos adultos são de Bergeret e André Green. Jean Begeret (1998, 2006) é um dos pioneiros nesses estudos, e seu trabalho resulta de uma descrição clínica e teorização metapsicológica em que a psicogenética serve de apoio. Para o autor, trata-se, antes de tudo, de uma doença do narcisismo referendada na luta contra a depressão, com características da angústia de perda de objeto, defesas primitivas, ego anaclítico e relação de objeto anaclítica. Nesses casos, teria tido um trauma psíquico precoce, em que, para aliviar-se do excesso de tensão sexual ou agressiva, a criança se utilizaria de

mecanismos de defesa mais arcaicos, tais como a recusa de representações sexuais (e não da realidade), a clivagem do objeto (e não do ego) em bons/ruins, a identificação projetiva ou o manejo onipotente do objeto, idealização ou ainda da repressão e da evitação, especialmente das representações de desejo agressivo muito ameaçadoras para a manutenção da relação do objeto.

Assim, o núcleo psicopatológico comum aos estados-limite que Begeret descreve pode ser resumido da seguinte maneira:

- A angústia é depressiva de perda do objeto e ocorre assim que o sujeito imagina que o objeto que sustenta seu narcisismo corre o risco de falhar.
- A relação com o objeto constitui-se de uma relação de grande dependência do tipo anaclítico com um objeto grande, forte sobre o qual o sujeito apoia-se e pelo qual ele deve ser amado. Trata-se de um objeto total, separado, distante de si, mas que permanece pregenital, não ainda no *status* edipiano e do qual o indivíduo fica no aguardo de satisfações positivas e de proteção. O luto é, então, impossível. O anaclítico tem necessidade do outro ao seu lado, embora tema os perigos da intrusão na proximidade grande demais, não consegue resolver a permanecer só: eis porque procura o grupo, uma entidade abstrata (uma ideologia) ou um produto de substituição, quando o precedente vem a faltar.
- O ego fragmentado opera em dois registros diferentes: “anaclítico”, fixado as necessidades narcisistas internas, e o outro adaptativo, voltado para a realidade exterior. Não se trata de um rompimento do ego, absolutamente, mas de uma dupla fragmentação em que o ego não pode se revestir de um grau de síntese e estruturação, permitindo-lhe uma real independência. A pessoa permaneceria, demasiada e massivamente, dependente da realidade exterior e das posições dos objetos, bem como da distância desses em relação a ele. Resiste mal às

frustrações, possui um narcisismo frágil, mal estabelecido, precisando de compreensão, de afeição e apoio, surgindo condutas de domínio e sedutoras.

- As instâncias ideais: o papel do superego permanece imaturo. O ideal do ego, também arcaico, comporta-se como um organizador central da personalidade tida como frágil, imperfeita e incompleta; o indivíduo é movido por ambições heroicas em fazer bem, para poder conservar a presença e o amor do objeto, mas eles vivem a constatação de um fracasso ou até mesmo de uma fraqueza entre suas ambições ideais e as realizações do ego, em que surge o constante risco depressivo.

Desse modo, o foco de Bergeret é a questão da violência fundamental, violência do instinto de essência narcisista, diferente da pulsão e morte, e que, nos casos de estados-limite, tem dificuldade para se integrar na estrutura edipiana.

Como conceituar esses casos e delimitar o que se chama de fronteiroço? Há, nas contribuições de alguns autores pós-freudianos, uma multiplicidade de categorias que buscam descrever e nomear a questão dos fronteiroços. Em função da heterogeneidade das definições aí existentes e também da multiplicidade de processos subjacentes encontrados nesses estados, torna-se fundamental apresentar alguns parâmetros dessas definições. A especificidade teórica da psicanálise francesa liga-se tanto às relações de objeto quanto ao impulso, tanto ao intra-psíquico como ao intra-subjetivo. Falamos, portanto, de uma referência ao limite, limites estes às representações tópicas do aparelho psíquico – id, ego e superego – em que verificamos limites incertos entre os espaços separados de dentro e fora, eu-outro, por um lado, e, por outro, dentro da psique entre as instâncias ou sistemas. Há uma especificidade nas operações do aparelho mental do que chamamos de fronteiroço, em que se caracteriza uma fragilidade psíquica narcisista constantemente ameaçada em sua integridade com ansiedades de separação e intrusão.

Seriam distúrbios de interioridade que retemem às questões de dentro e fora, entre percepção e projeção, eu e objeto, corpo e psique. Esses indivíduos são marcados por angústias traduzidas na instalação de um quadro de dependência e problemática depressiva.

Quanto à terminologia, podemos perceber uma grande variedade de termos utilizados nesse campo: estados fronteira, estados limites, organizações limites, falso *self*, *borderline*. Isso, muitas vezes, é feito de forma indiscriminada e nos faz pensar na necessidade e no cuidado para com o sentido inerente a cada um deles, já que isso se deve, entre outros aspectos, às distinções teóricas e às diversas formas de se tratar a questão.

Há, atualmente, tentativas de nomear as possibilidades nosológicas de quadros que não se enquadram na neurose nem na psicose. Essa seria outra dificuldade que encontramos nessa clínica, pois podemos perceber uma grande variedade de termos utilizados pelos diferentes autores.

No presente trabalho, entretanto, aprofundaremos a abordagem de dois autores. Nossa escolha em relação aos autores Winnicott – com seus construtos sobre o falso *self*, considerando o papel exercido pela mãe suficientemente boa, o espaço em potencial, ódio na contratransferência e a questão da transicionalidade e suas falhas – e André Green, com as angústias de intrusão/separação e o duplo-limite, se deve para além da questão de afinidade teórica, mas também porque esses autores traçam um diálogo dessas novas configurações psíquicas com a psicanálise e suas implicações para a analisabilidade. Essas contribuições permitem o desenvolvimento de uma reflexão sobre a clínica, as questões da técnica e a contratransferência, objetivo do nosso trabalho.

1.2. Winnicott e o falso *self*

Winnicott, médico/pediatra e reconhecido como o psicanalista dos casos difíceis, é também um autor importante na escola das teorias de relações objetais. Traz conceitos como verdadeiro *self* e falso *self*, mãe suficientemente boa e objeto transicional, referente ao processo de amadurecimento. Seu trabalho nos permite compreender a etiologia das patologias graves, vivências psicóticas, esquizoides temporárias em pessoas tidas como normais. Ao estudar seus textos, observamos que sua forma de pensar os distúrbios mentais segue um critério maturacional, e não apenas sintomatológico, o que abre as portas para pensarmos de forma mais ampla, possibilitando novas reflexões que levam em consideração o desenvolvimento psíquico e o ambiente do indivíduo.

Winnicott ressalta a importância de se levar em consideração tanto o processo de desenvolvimento do indivíduo quanto o ambiente no qual ele está inserido. Para ele, “normalidade significa tanto saúde de indivíduo como da sociedade, e a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo ou doente” (Winnicott, 1963b, p. 80). Assim, ao abordar os quadros psicopatológicos, ele leva em consideração vários fatores, entre eles a hereditariedade, o ambiente e o indivíduo, já que “em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apoia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo” (Winnicott, 1959/1964, p. 125). Ele também considera a capacidade do indivíduo participar na criação, na modificação ou manutenção do ambiente, ressaltando a capacidade do próprio indivíduo de se desenvolver apesar de uma falha ambiental.

Winnicott (1966) descreve alguns casos clínicos, ressaltando que em todos eles existiu uma dificuldade na relação mãe e bebê ou houve frequentes mudanças de cuidadores. Seu argumento é que “há certas dificuldades que surgem, quando coisas

primitivas estão sendo experienciadas pelo bebê, que dependem não só das tendências pessoais herdadas como também do que é proporcionado pela mãe” (p. 189). O que o autor propõe é que esses quadros psicopatológicos também podem estar relacionados com um fracasso adaptativo relativo nos cuidados iniciais ao bebê com uma falha “em estabelecer contato com o bebê de uma maneira humana” (p. 191).

Cabe ressaltar que, por mãe, Winnicott entende não apenas a figura materna que cuida do bebê, como também o ambiente. Solicito cuidado ao leitor para não tomar os momentos que Winnicott se refere à mãe ou aos cuidadores maternos, relacionando-os com os quadros psicopatológicos, como uma forma de culpabilizar a mãe pela psicopatologia. Sabemos da influência que a relação entre mãe e bebê exerce sobre a saúde mental, além da própria disponibilidade interna de cada indivíduo. Tem-se que bebês em situações extremas de trauma conseguem, ainda assim, ter um desenvolvimento normal, enquanto outros, apesar da disponibilidade ambiental, abacam desenvolvendo defesas psicóticas.

Winnicott (1967c) pensa os estados psicóticos como defesas emocionais e afirma que esses estados são uma organização de defesas altamente sofisticadas em que “a criança leva consigo a *memória (perdida) da ansiedade impensável*” (“*unthinkable anxiety*” ou “*primitive agony*”). Esses estados surgem como uma “estrutura mental complexa” de defesa contra a recorrência da ansiedade impensável, sendo que esse tipo muito primitivo de ansiedade só acontece em estados de extrema dependência, antes da separação entre o eu e o não eu. Do seu ponto de vista, a característica essencial “é a *capacidade da mãe (ou da substituta da mãe) de se adaptar às necessidades do bebê através de sua capacidade sadia de se identificar com o bebê (sem, evidentemente perder sua própria identidade)*” (p. 195-196).

Segundo Loparic (1996), são angústias relacionadas não à função sexual, mas às múltiplas ameaças ao sentimento de existir que assolam o bebê, tais como o temor do retorno a um estado de não integração (levando ao aniquilamento e à ruptura da linha de continuidade do ser), o medo da perda de contato com a realidade e o temor da desorientação no espaço, o pânico do desalojamento do próprio corpo (o despencar no vazio) e de um ambiente físico imprevisível, etc. Essas angústias primárias são impensáveis porque não podem ser definidas em termos de relações pulsionais de objeto, baseadas no modelo representacional (isto é, relações mediadas por representações de objeto, ou seja, representações mentais). Ocorre que tais angústias não acedem à percepção, nem chegam a ter um estatuto de fantasia e, na medida em que não ganham conteúdo representacional, são impedidas de alcançar a simbolização. Essas angústias eclodem em uma etapa bastante precoce da vida, antes que tenha sido claramente configurado um sujeito capaz de experimentá-las como algo interno. Elas assaltam a mente do bebê em um estágio do desenvolvimento primário quando há o encontro com um mundo sentido como incompreensível.

Ou seja, tudo começa com o nascimento, que é um problema fundamentalmente do bebê, não da mãe (Loparic, 1996). E o bebê, como tal, não existe no início, segundo a conhecida expressão de Winnicott (1971, 1975). Há apenas uma configuração inicial e indissolúvel, formada pelo bebê e o ambiente, do qual a criança não se diferencia.

Ao mesmo tempo em que ele pensa nos estados psicóticos como organizações defensivas patológicas contra ansiedades impensáveis, ressalta a importância da revivência dessas ansiedades nos momentos de regressão em análise e o medo do colapso que o paciente sente em função delas.

A ansiedade impensável, também denominada de “agonia primitiva”, “agonia impensável”, é um tipo de ansiedade muito presente nos estados psicóticos. No

momento da dependência absoluta, o bebê não tem capacidade de suportar as falhas do meio, elas não podem ser elaboradas em termos de raiva e de ódio, configurando, assim, uma experiência traumática. As falhas do meio são sentidas como invasões, gerando ansiedades impensáveis e experiências de ruptura na continuidade do ser e no sentido de existir. As ansiedades impensáveis são da ordem das sensações, não possuem representação e imagem, são sensações de vazio, de queda interminável, de cair no buraco preto e ainda sensações de desintegração, de aniquilamento, de despersonalização, desorganização temporal e espacial.

Uma das maneiras de nos aproximarmos dessas sensações é pelo que sentimos contratransferencialmente, quando afetados pela relação estabelecida com os pacientes; quando, por exemplo, no corpo a corpo com o paciente nesse estado, não conseguimos mais distinguir os limites do nosso próprio corpo e do corpo do paciente; quando perdemos totalmente a noção do tempo da sessão; ou quando, ao final de uma sessão, temos dificuldade de encontrar o caminho de casa, tal a nossa desorganização espacial. Na verdade, ao tentar transcrever esses momentos de afetação mútua, normalmente temos dificuldade, não encontrando palavras para expressar o que se passou clinicamente.

Outra forma de acesso às ansiedades impensáveis são as falas dos próprios pacientes quando têm possibilidade de falar sobre as experiências dessas ansiedades, como encontramos nos relatos de Little (1990) ou também em produções artísticas que nos aproximam dessas sensações, como quando somos afetados pela desintegração e pela despersonalização das figuras humanas, em alguns personagens e narrativas de Clarice Lispector, no *Livro do Desassossego* de Fernando Pessoa e na série de filmes *Alien*. Há um impacto nessas situações criadas pelo artista, tanto física quanto

psicológica, com o não familiar e com o desconhecido, que nos levam ao mundo dos terrores e de sentirmo-nos sem fronteiras e despersonalizados.

Assim, de acordo com Winnicott (1956), encontramos nessas pessoas um *self* que ainda não está constituído, devido à impossibilidade de existência de um ambiente suficientemente bom ao reagir mal às intrusões sofridas em sua vida. A expressão “caso fronteiro” designa o caso em que encontramos o cerne dos distúrbios na psicose; entretanto, o paciente possui uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose ou um distúrbio psicossomático quando a ansiedade central psicótica irromper de forma crua.

De acordo com o autor, a organização dessa personalidade falso *self* está relacionada às falhas no processo de maturação humana, que ocorrem com o ambiente facilitador, representado pela mãe suficientemente boa, ou por figuras substitutas, em que esta desenvolve a “preocupação materna primária”, estado em que há uma sensibilidade maior para com o bebê. Aqui, houve falhas nesse processo e a mãe não pode se identificar com o bebê, ela não pode se sentir como se estivesse em seu lugar e responder às suas necessidades. Passando a não existir uma relação de ego entre a mãe e a criança, assim, o bebê não pode começar a existir, a ter experiências e a construir um ego pessoal. Winnicott destaca que, no estabelecimento da alteridade, algo se perde ao se adquirir essa conquista. Já as falhas e distorções do brincar (processo simbólico) levam às formações e divisões que se estruturam em identificações superficiais, na linha do falso *self*.

Discutiremos, agora, algumas das implicações de pensar os estados psicóticos, relacionando-os ao desenvolvimento emocional, à influência do ambiente e suas consequências. Um aspecto da teoria winnicottiana que tem implicação direta na clínica é o questionamento de como podemos ajudar respeitando a forma de ser do indivíduo

no mundo, de maneira que essa ajuda não se traduza em submissão ou domesticação. Acreditamos que a saída para isso é o respeito. Respeito pelo tempo da pessoa e respeito pela forma como ela se coloca no ambiente e a forma como ela reage a esse ambiente.

Assim, nesse papel exercido pelo ambiente, Winnicott (1945, 1960, 1990) apresenta algumas funções que ela exerce descritas brevemente:

- O holding significa a sustentação, a proteção e o apoio às invasões ambientais. A mãe “adivinha” as necessidades do bebê; as respostas da mãe aparecem na medida do movimento do bebê, o que irá possibilitar a integração do mesmo. Essa relação com o ambiente faz com que o potencial inato para o crescimento se transforme na sensação de existir, na continuidade da existência. A continuidade do ser é a base da força do ego. Ser e aniquilamento são as duas alternativas.
- A integração associa-se aos estágios de excitação, estados afetivos e emocionais. Começam a se formar uma relação de ego entre mãe e bebê e as primeiras identificações primárias. Winnicott (1945) descreve que, à medida que há integração do ego, iniciam-se as ansiedades de desintegração. Traumas nessa fase de integração são os precursores de sentimentos de fragmentação e ansiedade de aniquilamento na psicose, predispondo à regressão quando outras defesas fracassam.
- A personalização refere-se ao sentimento de estar no corpo próprio. A mãe, por meio do manejo com o bebê, *handling*, dos cuidados diários, facilita a relação entre sensações cutâneas e musculares com a psique, fazendo a ligação psíquica. Winnicott (1945) afirma que as dificuldades ou retardos iniciais na personalização relacionam-se aos fenômenos psicóticos da despersonalização.

Então, o que temos aí é um bebê que depende da disponibilidade de um ambiente disposto a oferecer genuinamente seus cuidados, isto é, podendo contribuir para uma adaptação ativa e sensível às necessidades do bebê, que a princípio são absolutas. Portanto, a psique só pode ter origem dentro de um determinado enquadre, no qual o bebê pode gradualmente vir a criar um meio ambiente pessoal, que o capacitará, mais tarde, a se desembaraçar do mesmo. Para superar esse estado inicial de dependência e atingir a independência, o meio ambiente criado e subjetivado pelo bebê transforma-se em algo suficientemente semelhante ao ambiente percebido. Essa é uma etapa especialmente delicada do desenvolvimento, e de seu sucesso depende o estabelecimento da saúde ou da psicose (Winnicott, 1945).

Esse ambiente suficientemente bom funciona como uma espécie de membrana protetora que viabiliza o isolamento primário, fundamental para que se articule um espaço psíquico. Em outras palavras, através de uma adaptação ativa às necessidades do bebê, o meio ambiente o torna capaz de permanecer em um estado de isolamento imperturbado, ocupando um espaço em que ele possa desenvolver sua vida de fantasia – um mundo secreto sentido como só seu, onde mais tarde vai se alojar um aparelho psíquico e uma organização dos processos de pensamento. O bebê, que não tem consciência desse suprimento por parte do objeto, entrega-se à fruição de um movimento espontâneo. Se tudo correr bem, o meio ambiente é descoberto, sem que haja uma perda do sentido de *self*.

O autor descreve que a mente é uma função da psique-soma e vem compensar as deficiências do ambiente quando há irregularidades e atrasos nos cuidados maternos. Quando a mãe é suficientemente boa, há uma compensação adaptativa da mente às suas falhas relativas, resultando em compreensão. Se as deficiências ambientais se tornam repetidas e contínuas, há uma hipertrofia da atividade mental. O pensamento passa a

controlar, organizar e prever, passando a desempenhar a função dos cuidados maternos. A mente opõe-se à relação psique-soma, ficando algo separado, com vida própria, criando uma relação patológica. Essa defesa centrada na mente desenvolve o falso *self* e pode trazer várias dificuldades, como dependência da mãe real, doenças psicossomáticas, despersonalização e até estados confusionais.

- o indivíduo faz o caminho da onipotência até o princípio de realidade a partir da apresentação de objetos por parte da mãe, sendo esse mais um estágio nos ensinamentos de Winnicott (1945). A mãe apresentaria o seio no momento em que ele dá sinais de suas necessidades, por exemplo. A repetição desse gesto traz a sensação para o bebê de que o seio seria uma criação sua, passando a ser um fenômeno subjetivo. Aqui há uma dependência absoluta do bebê em relação aos cuidados da mãe-ambiente. Winnicott destaca duas ideias fundamentais para a compreensão da saúde mental e suas patologias: o falso e o verdadeiro *self* e o objeto transicional.
- na passagem do objeto subjetivamente concebido para o objetivamente percebido, Winnicott (1951, 1975) propõe uma terceira área entre a realidade externa e interna, o espaço intermediário de experiência, do brincar e do jogo, que define como espaço transicional, criador de realidade e, posteriormente, relacionado também à experiência cultural.

Nesse momento, iremos destacar o que Winnicott descreve como falso *self*, devido à importância e às contribuições para nossos estudos. Aqui ele aponta que outra consequência é a não integração do *self*, que leva à formação de defesas dissociativas, o que não é o mesmo que desintegração. Explica que parte do *self* permanece oculta, defendendo-se do ataque do ambiente, enquanto outra parte fica em contato com o

exterior, mas em um movimento de submissão, de passividade em que falseia a si mesmo, constituindo o falso *self*, o que implica identificações superficiais.

Desse modo, descrevemos como ocorre para Winnicott o processo de desenvolvimento do indivíduo e como, para o autor, o ambiente ou a mãe suficientemente boa exercem um papel importante. Entretanto, podem ocorrer falhas de confiabilidade na provisão ambiental em momentos em que o bebê, por seu estado de dependência absoluta, não possui condições de lidar com as intrusões do ambiente, por isso não consegue ainda lidar com o imprevisível. Aqui há problemas de identificação primária, para os quais a adaptação ambiental não foi suficientemente boa para a estruturação do ego, prevalecendo o que chama de falso *self*.

Acontecem traumas localizados nos estágios iniciais do amadurecimento humano que levam à quebra da continuidade na existência de um indivíduo. Seria uma reação automática do bebê à intrusão ambiental, pois o obriga a reagir em vez de continuar-a-ser, sendo ameaçado pelas angústias impensáveis ou sensações de aniquilação. As angústias impensáveis podem surgir como um padrão de defesa que se organizou contra as intrusões produzidas pelas deficiências ambientais no estágio de dependência absoluta. Assim, há a interrupção na continuidade de ser com organizações de defesas muito primitivas, o aniquilamento vivenciado aí está associado a sofrimentos de qualidades e intensidades psicóticas.

Sua teoria do processo de amadurecimento guia a compreensão dos fenômenos humanos com os quais nos deparamos na clínica. Assim, Winnicott solicita que sejamos capazes de localizar o estágio maturacional, no qual o sofrimento do paciente teve origem, pois, desse modo, compreendemos a natureza do adoecimento, procedendo de forma adequada em relação aos cuidados que devem ser conduzidos de acordo com as necessidades do paciente.

Para Winnicott (1960a), o *self* pode ser dividido em falso e verdadeiro. O modo com que o falso *self* aparece pode ser expresso na sensação de não existência da pessoa. Nesse sentido, o falso *self* possui uma função defensiva que é a de ocultar e proteger o *self* verdadeiro, o que quer que esse possa ser. Podemos verificar que o falso *self* defende o verdadeiro, ou seja, a preservação do indivíduo a despeito de condições ambientais anormais. O falso *self* tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao verdadeiro *self* emergir. Assim, uma de suas funções é a proteção do *self* verdadeiro contra insultos. A construção do falso *self* ocorre sobre identificações superficiais. O autor, em 1960, inscreve na patologia do falso *self* um amplo leque de doenças, como as psicoses, os quadros *borderline*, a depressão e o suicídio.

Para Winnicott (1954-1955), o indivíduo, ou como o autor descreve, tipos esquizoides, recria magicamente os objetos e o mundo, ou seja, a pessoa lança mão de uma fantasia onipotente e recria magicamente o mundo em um ambiente pessoal e social potencialmente receptivo. Desse modo, cria relacionamentos suficientemente bons com o social e as pessoas, não através da culpa e da reparação, mas sim pela inclusão do social e das pessoas em seu mundo fantasmático, de tal maneira que eles são recriados magicamente de acordo com uma fantasia não alheia à realidade. Assim, a relação com a realidade externa ocorreria de um modo onipotente, ou seja, há uma recriação mágica da realidade.

Se para Freud o objeto é pensado como objeto da pulsão (Laplanche & Pontalis, 1988), na vertente winnicottiana o objeto adquire outro estatuto, relacionado à experiência da transicionalidade e não mais à organização pulsional do sujeito. Como vimos anteriormente, Winnicott (1963c, 1983) considera os estados psicóticos como resultado de certas falhas de construção da personalidade, decorrentes de um ambiente

que não pôde ser suficientemente facilitador para ajudar o lactente a atingir várias metas, tais como a integração, a personalização e o desenvolvimento das relações objetais.

O êxito do desenvolvimento, que permite avançar no sentido do objeto percebido como exterior ao self, está intimamente ligado à capacidade do bebê de se sentir real. Essa capacidade tem ainda que se harmonizar com a noção de se sentir real no mundo e de sentir que o próprio mundo é real.

No decorrer do desenvolvimento psíquico normal, a adaptação ativa que a mãe propicia, procurando atender às necessidades que variam de acordo com as diferentes etapas do desenvolvimento, nutre o potencial criativo da criança. Isso origina uma prontidão para a alucinação. O amor e a compreensão proporcionam a identificação da mãe às necessidades do bebê, a ponto de ela fornecer-lhe algo além do alimento, que é a possibilidade de usar criativamente seu potencial para alucinar o seio provedor. A repetição dessa experiência desencadeia a habilidade do bebê de usar o recurso da ilusão, sem a qual é impossível o contato entre a psique e o meio ambiente. Isso permite que o bebê construa, nesse espaço de ilusionamento propiciado pela mãe, um objeto que o console e lhe dê conforto: o objeto transicional (Winnicott, 1951).

Continua Winnicott (1951), “a criança se alimenta com um seio que faz parte dela mesma e a mãe amamenta uma criança que faz parte dela mesma” (p. 21). A ilusão criada aí sustentará o longo processo de desilusão pelo qual a realidade se construirá e se revelará. A ilusão, desse modo, fundamenta um paradoxo em Winnicott, pois a criança cria um objeto que já estava lá, entretanto, para ser utilizado precisa ser criado por ela. Essa experiência se torna uma experiência de criatividade primária e estruturante da onipotência do infans ocorrendo dentro de um processo de dependência com o objeto primário e o ambiente. A desilusão progressiva acompanha o fenômeno da

ilusão, e a descoberta da alteridade do objeto, de sua não disponibilidade, produz experiências de desprazer, indispensáveis para a construção do objeto externo.

Do ponto de vista do desenvolvimento sequencial, temos primeiro a relação e depois o uso. A relação de objeto é uma experiência descrita em termos do sujeito como ser isolado (Winnicott, 1958, 1963a). Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo indivíduo, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção do objeto como um fenômeno externo. Quando Winnicott fala de uso de objeto, ele pressupõe como dada a relação de objeto, mas acrescenta novas características relacionadas à natureza e ao comportamento do objeto, isso porque o objeto, para ser usado, deve ser necessariamente real, no sentido de fazer parte da realidade partilhada, e não ser um feixe de projeções.

Ao se interessar pelo desenvolvimento e pelo estabelecimento da capacidade de usar objetos, Winnicott (1968) esclarece que o indivíduo primeiro precisa relacionar-se com o objeto; depois, ter de encontrar o objeto; em terceiro, destruir o objeto (com a não realidade do objeto); em quarto, o objeto deve sobreviver à destruição e só, então, o indivíduo pode usar o objeto.

Percebemos que a mudança do relacionamento para o uso de objeto está relacionada à destruição do objeto pelo indivíduo. No entanto, o bebê só pode destruir o objeto à medida que não há risco de o objeto sucumbir. Se o bebê sente que precisa proteger o objeto devido à sua fragilidade, ele não o destruirá e não chegará a relacionar-se com o objeto externo real, usando-o, amando-o ou odiando-o.

A tese de Winnicott (1969), nesse sentido, é que a destruição desempenha um papel fundamental na criação da realidade, colocando, o objeto fora do Eu. Para que o bebê perceba o mundo objetivamente, ele deve experimentar o objeto que sobrevive à sua destrutividade. A sobrevivência do objeto conduz ao uso do objeto. E o uso do

objeto conduz à separação de dois fenômenos distintos: a fantasia e a localização real do objeto fora da área de projeção. Assim, os objetos são destruídos por serem reais e são reais por terem sido destruídos. Os movimentos destrutivos possibilitam ao bebê conceber a alteridade do objeto, colocando-o fora de seu mundo fantasmático onipotente. Assim, o bebê poderá conceber um objeto independente dele mesmo e de seus estados internos.

Ao transpor o desenvolvimento da capacidade de usar objetos para o ambiente analítico, observamos que o analista precisa funcionar como “mãe suficientemente boa”, permitindo ser alvo da agressividade do paciente e sobrevivendo a ela. A sobrevivência do analista se expressa principalmente na manutenção do *setting* analítico e permite que o paciente desenvolva a capacidade de usar objetos. O analista, nesse momento, como mãe/ambiente, ao não retaliar o ataque, permite também que o paciente o coloque fora de sua área de onipotência, situação que instaura a realidade externa e a fantasia.

Segundo Winnicott (1945), muitos casos considerados inadequados para a análise “são realmente inadequados, se não soubermos lidar com as dificuldades surgidas na transferência em razão da falta essencial de uma verdadeira relação com a realidade externa” (p. 227). Acrescenta ainda que “na prática psicanalítica, as mudanças positivas que ocorrem nessa área podem ser profundas. Elas não dependem do trabalho interpretativo, mas sim da sobrevivência do analista aos ataques, que envolve e inclui a ideia da ausência de uma mudança de qualidade para a retaliação” (Winnicott, 1968, p. 175).

A sobrevivência do analista é um elemento que perpassa a clínica psicanalítica. Entretanto, com pacientes fronteirços, ela pode tornar-se imprescindível e ter efeitos muito negativos quando não manejada corretamente. Essa questão da destruição e da sobrevivência do analista pode ser ilustrada pela citação de Little:

Pude renunciar gradualmente a minha onipotência e ao meu *self* falso, “guardião”, e, contanto com o seu “apoio” (“*holding*”), reviver minha infância traumática. Eventualmente, pude de modo imaginoso, destruir e ser destruída por ele (novamente a mesma coisa) e depois, descobrindo que ambos havíamos sobrevivido, usá-lo e ser útil para ele (Little, 1990, p. 93).

Safra (2004), ao fazer um estudo desse relato de Little, revela que ele possui quatro momentos diferentes do processo do Little: o tempo em que ela abdica de sua experiência de onipotência defensiva; a possibilidade de reviver a experiência traumática; o momento de se abrir para a experiência de destruir e ser destruída; e, por fim, a possibilidade de usar o analista.

Essa experiência de destruir demonstra a aplicação das ideias de Winnicott acerca da importância da destruição e da sobrevivência do analista como elemento constitutivo que possibilita a colocação do analista fora da experiência de onipotência do paciente. Safra ressalta que a destruição, nesse caso, não está na dimensão da pulsão de morte e, sim, na dimensão constitutiva do sujeito. Uma dimensão que tem importância não apenas no processo de constituição, como também no processo analítico de Little, a partir da qual a experiência de alteridade pôde acontecer e, concomitante a isso, uma maior apreensão da realidade.

Temos, desse modo, a figura do analista exercendo, além dessa função de *holding*, também seu exercício de se deixar usar-se como um objeto transicional. Winnicott escreve pela primeira vez no artigo de 1951 “Objetos transicionais e fenômenos transicionais” e depois o reescreve em 1971, que dá origem ao primeiro capítulo do livro *O brincar e a realidade*.

Ele explica que o objeto transicional não necessariamente é um objeto real (brinquedo ou paninho), pode ser uma palavra, uma melodia, uma canção ou maneirismo. São objetos que não fazem parte do corpo do bebê, mas, do ponto de vista do bebê, ainda não são plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa.

O bebê assume direitos sobre o objeto que é afetuosamente acariciado, amado e mutilado. O objeto transicional “representa o seio, ou o objeto da primeira relação” e “precede o teste da realidade estabelecido” (p. 23). “Na relação com o objeto transicional, o bebê passa do controle onipotente (mágico) para o controle pela manipulação (envolve o erotismo muscular e o prazer de coordenação)” (p. 23). Dessa forma, temos que “o objeto transicional jamais está sob o controle mágico, como o objeto interno, nem tampouco fora de controle, como a mãe real” (p. 24). Assim, “não é o objeto que é naturalmente transicional”, isto é, o objeto transicional tem esse nome não por ser transicional, mas por representar a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação a algo externo e separado (p. 30).

Ao observar uma criança com seu objeto transicional, a sua primeira possessão não Eu, estamos também assistindo ao primeiro uso de um símbolo pela criança e a sua primeira brincadeira. Winnicott (1967a) explica que o objeto transicional constitui um símbolo de união do bebê e da mãe e pode ser localizado no lugar, no espaço e no tempo, onde e quando a mãe se acha em transição (na mente do bebê) de ser fundida ao bebê e, alternativamente, ser experimentada como um objeto a ser percebido. Assim, o “uso de um objeto simboliza a união de duas coisas agora separadas, bebê e mãe, *no ponto, no tempo e no espaço, do início de seu estado de separação*” (p. 135). Mais adiante, Winnicott enuncia mais um paradoxo, afirmando que “*este é o local que me dispus a examinar, a separação que não é uma separação, mas uma forma de união.*” (p. 136).

O destino do objeto transicional é ser descateixizado, de forma que seja relegado ao limbo das coisas semiesquecidas no fundo das gavetas ou dos armários de brinquedo. Winnicott (1959) enumera os seguintes destinos: gasto, “suplantado mas mantido”,

“dado a outrem (não satisfatório)”, “guardado pela mãe, como uma relíquia de um tempo precioso na vida dela (identificação)”, etc. (p. 47).

Winnicott (1951) continua afirmando que o destino do objeto transicional:

Não é esquecido e não é pranteado. Perde o significado, e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a “realidade psíquica interna” e “o mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum”, isto é, por todo o campo cultural (p. 19).

Nesse ponto, ele amplia o tema para o campo cultural. Assim, temos que os fenômenos transicionais, na saúde, se relacionam com a criatividade, o brincar, as apreciações artísticas, o sentimento religioso, o sonhar; e, na doença, com o fetichismo, o mentir, o furto, o vício em drogas, etc.

Por fim, Winnicott relaciona os objetos e os fenômenos transicionais com a sua teoria da ilusão/desilusão, afirmando que eles “pertencem ao domínio da ilusão que está na base do início da experiência”, sendo que esse primeiro estágio do desenvolvimento só é possível pela capacidade de a mãe se adaptar às necessidades do bebê, “permitindo-lhe a ilusão de que aquilo que ele cria existe realmente”. Essa área intermediária constitui grande parte da experiência do bebê e, posteriormente, “é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador.” (p. 30).

“O objeto transicional e os fenômenos transicionais iniciam todos os seres humanos com o que sempre será importante para eles, isto é, uma área neutra de experiência que não será contestada” (Winnicott, 1951, p. 27-28). Essa afirmação é de grande valor, uma vez que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completa e, como diria Winnicott, “nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna e externa”, contudo, o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária da experiência, que não é contestada.

Os estados psicóticos sugerem de uma tendência à clivagem básica na organização meio ambiente e indivíduo, desencadeados como uma reação ao fracasso das experiências de adaptação ativa do ambiente. A clivagem faz com que a vida interior – o mundo particular de fantasias do indivíduo – contenha poucos elementos derivados da realidade externa. A vida secreta torna-se, assim, incomunicável. O indivíduo se deixa levar por uma vida falsa, e essa submissão a um ambiente sedutor acaba por produzir um falso *self*, em que as pulsões ficam do lado do meio ambiente sedutor, traíndo a verdadeira natureza humana. A impossibilidade de configurar uma área segura para desenvolver o fantasiar impede o bebê de conviver com o segredo, necessário para que ele se sinta fortalecido o suficiente para deixar, em segurança, a proteção do isolamento primário. O campo transicional não se constitui como tal, impedindo que a criança flutue para dentro e para fora do seu mundo interno, de acordo com suas necessidades.

No texto *O brincar e a realidade*, Winnicott (1971, 1975) diz que a mãe suficientemente boa deve responder à onipotência do bebê, dando-lhe sentido, ela terá também uma função simbólica na medida em que dá sentidos imaginários, mas deve se fazer ao mesmo tempo falhante em sua capacidade de dar resposta, embora deva introduzir a falha de modo gradual. É necessário que ela suporte profundamente e sustente por um tempo suficiente o gesto através do qual o desejo da criança tenta se escrever com o corpo.

Na sustentação do ambiente à criança, ou, em umas das funções exercidas pela mãe suficientemente boa, existe uma dimensão temporal implícita. Winnicott, de acordo com Candi (2010), volta-se para a temporalidade ao apreender o fator quantitativo, dando uma medida quantitativa à resposta da mãe. Para o autor, essa dimensão é fundamental para o desenvolvimento da capacidade de simbolizar, pois o objeto proporciona um continuidade temporal contratada com a descontinuidade inevitável,

ligada às frustrações intoleráveis e às ausências prolongadas da mãe. É com o tempo que o equilíbrio entre as presenças e ausências permitirá a capacidade de estar só, implicando a internalização do *holding* e envolvendo a possibilidade de viver num espaço transicional que se encontra entre o interno demais e o externo demais. Entretanto, podem haver falhas, demora nesse percurso por parte da mãe, e Winnicott (1951) escreve de maneira mais detalhada sobre esses aspectos mais sombrios da negatividade:

Caso se torne impossível fazer com que a criança compreenda a ausência, quando a mãe sai de casa para ter um novo bebê, então, do ponto de vista da criança, a mãe está morta. É isto o que significa estar morto.

Trata-se de uma questão de dias, horas ou minutos. Antes que certo limite seja atingido, a mãe ainda está viva; depois de transposto o limite ela morreu. Entrementes, há um precioso momento de raiva, talvez, sempre potencial e trazendo consigo o medo da violência.

Daqui chegamos aos dois extremos, tão diferentes um do outro, a morte da mãe quando ela está presente e sua morte quando ela não pode reaparecer e, conseqüentemente, voltar novamente à vida. Isso tem a ver com a época anterior ao tempo em que a criança construía a capacidade de fazer reaparecer e fazer tornar a viver o objeto na sua realidade psíquica interna, sem precisar da segurança proporcional pelo ver, tocar ou cheirar (Winnicott, 1951, p. 39).

Winnicott nos traz, nessas passagens, que a morte psíquica está ligada à espera longa que ultrapassou os limites do bebê e provoca nele uma raiva que aniquila sua capacidade de espera. Ele nos diz: “Isto é o que significa estar morto”, a mãe não responsiva extingue a experiência de ser do bebê, a ausência da mãe produz uma anulação do bebê a sua própria vida. A criança tenta fazer reaparecer internamente mãe, mas não consegue achar uma imagem com vitalidade e se torna impermeável à sua própria dor e à sua própria possibilidade de ter uma experiência afetiva. Nesses casos, a reapresentação do objeto externo se desvitaliza e se esfumaça, a capacidade de criar e manter objetos transicionais que possam preencher criativamente o espaço potencial ficam muito prejudicadas.

Apresentamos nas linhas anteriores como ocorre o processo de amadurecimento do *self* e suas possíveis falhas para Winnicott. Segundo o autor, para que ocorra o amadurecimento do *self*, faz-se necessário haver uma mãe suficientemente boa que desempenhe algumas funções primordiais para o infans. Sem estas, seu desenvolvimento se atrofia e a possibilidade de um espaço para pensar e simbolizar, os espaços transicionais, ficam deficitários. Com isso, o bebê criará uma nova forma de organização, o falso *self*, como uma maneira de proteção do *self*. A seguir, elaboramos um quadro no qual elencamos de forma sucinta sobre os aspectos mais importantes da dinâmica psíquica do falso *self* segundo o autor.

No Quadro 1, em síntese, elencamos os principais elementos do funcionamento psíquico do falso *self* segundo Winnicott.

Quadro 1

O funcionamento psíquico do falso self

Posição	Organização mais primitiva, com defesas psicóticas, esquizoides, ou seja, mais arcaicas.
Narcisismo	Narcisismo exacerbado, com questões nas áreas das identificações e da identidade.
Origem	Problemática no campo da função materna ou falhas na provisão ambiental.
Angústia	Angústias impensáveis de aniquilamento. A ansiedade psicótica ameaça irromper.
Dinâmica Psíquica	A pessoa encontra-se na posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, entretanto o cerne do distúrbio é psicótico quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua.
Defesa	Cisão do <i>self</i> em falso e verdadeiro. Não há uma sólida fronteira egoica.
Relação de Objeto	A submissão e a imitação ao outro como aspectos bastante presentes. Quando o grau de <i>splitting</i> na personalidade não é tão grande, pode

	haver alguma vida quase pessoal através da imitação e pode ser até possível à pessoa representar um papel especial, o do <i>self</i> verdadeiro, como seria se tivesse existência.
--	--

Fonte: Winnicott (1945, 1954-1955, 1956, 1960a, 1975, 1990)

1.3. Os estados fronteiriços

Passamos neste momento a falar sobre “estados limites” na vertente da escola francesa, mais particularmente a partir de André Green, que não indica uma estrutura fixa, subentendendo um diagnóstico preciso. Esses estados diriam respeito a certos aspectos da personalidade ou a um modo peculiar de funcionamento do psiquismo que caracteriza um caráter transitório, suscetível de se fazer presente em diferentes configurações psicopatológicas ou mesmo em distintas situações de vida.

1.3.1. Green: casos limites

A psicanálise vem, ao longo dos anos, se deparando com exigências impostas aos analistas diante das novas condições de exercício da profissão e das novas demandas clínicas, o que nos obriga, enquanto clínicos, a discutir nosso lugar, nossa técnica e até as organizações e funcionamentos psíquicos de nossos pacientes a fim de buscar novas compreensões. Ou seja, os paradigmas estão em questão. Ao falarmos dessa época de questionamentos, André Green é um importante promotor e porta-voz dessa fase. Nascido no Egito, em 1927, e formado em psiquiatria em Paris, é um pós-freudiano a conciliar a obra de Freud e as inovações mais significativas dos psicanalistas da segunda geração. Faz parte de uma vertente psicanalítica francesa conhecida como “clássica”, muito ligada à obra de Freud. Entretanto, teve a necessidade de reconstruir os parâmetros metapsicológicos básicos; desse modo, organiza e seleciona a obra freudiana de modo particular, para fazer sentido em um contexto contemporâneo, impulsionado pelas novas problemáticas clínicas.

Nesse sentido, o Green traz a expressão “casos-limite”, utilizada por ele e por grande parte dos autores de língua francesa como um conceito clínico genérico e suscetível de ser dividido em uma multiplicidade de aspectos, definidos como estados-limites de analisabilidade (Green, 1974).

Em outro trabalho, Green acrescenta:

pensar sobre estados fronteirços entre o somático e o mental ou psíquico, entre o corpo e a mente, sobre o que atua um processo de transformação.

Concluindo, podemos dizer que em *nenhuma parte* realmente existe uma divisão nítida: nos instintos; entre o corpo e a mente; no ego e suas inter-relações com o id, o superego e a realidade; portanto temos de considerar o fronteirço como uma fronteira *móvel e flutuante*, tanto na normalidade como na grave doença, e como o conceito mais básico na psicanálise, que não pode ser compreendido em termos (representações) pictóricos, mas tem de ser concebido como processos de transformações de *energia* e *simbolização* (força e significado). O caso fronteirço é menos de uma fronteira que de uma terra de ninguém, todo um campo cujos limites são vagos (1988, p. 80).

Na suposição de Green, os limites são cujos e estão relacionados a vários campos, falamos primeiramente nos limites em um aparelho psíquico, conceituação trazida por Freud (1923). Esse aparelho é construído/constituído por traços mnêmicos feitos através da relação com o objeto externo que vai deixar essas marcas. Temos os limites na relação com o objeto – limites em relação eu-outro. Encontramos aí, nas primeiras relações, uma função materna que tanto é necessária quanto violenta de interpretação, pois é suposição. Falamos ao mesmo tempo em uma relação de cuidado que pode abrir espaço para o campo da simbolização, em que tudo que esse ser em constituição vive passará pelo seu corpo, nos registros do tocar e do sentir. Referimo-nos a um processo de mútua afetação da criança com seus cuidadores. Há uma comunicação entre esses corpos que impõe um ritmo, gestos e olhares. Aí se encontram as primeiras inscrições, que irão formar e criar o psiquismo da criança ao produzir efeitos e marcar, antes das representações-palavras, as representações-coisa.

O dentro e o fora se constituem como o primeiro limite constituído no aparelho psíquico. Para que esse processo ocorra, faz-se necessário perder o objeto para depois reencontrá-lo. Desse modo, Freud (1925) articula a perda do objeto a uma negatividade constitutiva, possibilitando sua substituição, deslocamento, por outros objetos. Green (2010) nos diz que o “objeto absolutamente necessário” precisa estar ausente para que ele possa ser simbolizado e inscrito no lugar daquilo que falta. Figueiredo (2004) reinterpreta as ideias de Freud (1911a) acerca da perda do objeto de satisfação, em que nos diz que essa perda gera uma insatisfação que também gera uma alucinação. A partir dessa alucinação, a criança pode começar seu processo de suportar as ausências maternas. Entretanto, esse processo não acontece automaticamente; e, nos casos fronteiraços, ele falha.

Temos aí o momento de estabelecimento do limite entre o dentro e o fora, em que Green (2010) apresenta a função intrínseca do objeto como paradoxal, onde o objeto estaria ali para estimular e despertar a pulsão autoerótica e, ao mesmo tempo, para conter. O objeto primário contém os excessos pulsionais intoleráveis e que são indiscriminadamente jogados para fora. Esses excessos são reintrojados no psiquismo do bebê.

Nessa sequência, em que há repetidos processos de reintrojeção do que foi expulso, forma-se o recalque. A partir da relação com o objeto externo, segundo Candi (2010), o recalque trabalha a partir desse modelo de aceitação e de recusa, de modo que, no final, o que é bom e ruim para o Eu é o que era bom e ruim para o objeto. Se a relação dos objetos foi internalizada e o sim e o não introjetados, o recalque pode se beneficiar de um limite entre o consciente–pré-consciente–inconsciente.

Nos casos fronteiraços, esses limites se estabelecem mal, as funções de estimulação e de contenção foram mal exercidas pelo objeto primário e, em

consequência, mal internalizadas pelo indivíduo. Com a função de contenção mal estabelecida, o limite que se estabelece no nível intersubjetivo se torna falho e também não se consegue fazer as devidas diferenciações entre o dentro e o fora e o sim e o não.

Quando isso ocorre:

o segundo limite se manifesta com toda sua potência produzindo clivagens, retraimento, denegações, identificações projetivas, características da lógica pulsional e do que chamamos do negativo do trabalho do negativo, causados pelos aspectos negativos da pulsão de morte, tais como o desinvestimento, a desobjetalização e o narcisismo destrutivo (Candi, 2010, p. 258).

O indivíduo se protege pelas clivagens desse excesso de excitações que não consegue ser contido pelas vias de sua relação com o mundo externo. As clivagens, nesses casos, não são aquelas consideradas por Freud como fundamentais para o desenvolvimento do psiquismo, pois elas trabalham no sentido de impedir o trabalho de representação. Os excessos de excitações voltam a ser expulsos indiscriminadamente sem que haja uma reintrojeção adequada.

Segundo Green (2010), quando há um fracasso do trabalho do negativo, gera-se uma dependência ou uma tentativa de exclusão excessiva do objeto primário, que não pode ser perdido para ser reencontrado. Há um prejuízo em diferentes escalas no desenvolvimento da função de simbolização, a ação da função desobjetalizante sobre o psiquismo e sobre os objetos internos e externos.

As consequências desse objeto que não pode ser perdido trarão repercussão na função autoerótica que se estabelecerá mal, pois o autoerotismo tem como função sustentar uma operação de transitividade entre o objeto primário e o bebê, até que o próprio corpo mental e físico do bebê possa substituir o mundo externo.

O processo e trabalho de subjetivação transcorrerá também pela relação entre o corpo e a organização do Eu, pois um “Eu mais arcaico é primeiro e, acima de tudo, um Eu corporal e a projeção de uma superfície ao derivar das sensações corporais,

principalmente das que se originam da superfície do corpo.” (Freud, 1923, p. 39). Ou seja, o Eu pode ser encarado, segundo o autor, como uma projeção mental da superfície do corpo, além de representar as superfícies do aparelho mental. Nesse início, o Eu encontra-se investido por pulsões que, em grande parte, satisfazem a si mesmas; constitui-se, nesse momento, a etapa do autoerotismo. O Eu obtém prazer com seu próprio corpo – boca, língua, dedos, etc. A dimensão sexual centra-se no indivíduo, em uma região do corpo, com a fonte e o objeto da satisfação fundidos e presentes. Logo, o que se apresenta é a pulsão/excitação nascendo e brotando do próprio corpo. Nesse processo, o corpo irá interagir com o meio e com o outro/objeto e, nessa interação, o Eu irá se constituir. Entretanto, tem-se nesse início uma indiferenciação do Eu com o outro/objeto.

O Eu e toda a sua realidade psíquica são inicialmente compostos de libido narcísica. O que ocorre nesses momentos iniciais, acreditamos, é que o Eu guarda um pouco de libido em si mesmo, e isso irá compor sua autoestima, seu amor próprio e sua pulsão de autoconservação. O narcisismo primário é a base para a organização do Eu, refere-se a como a criança foi recebida, como os pais a imaginaram. Logo, o narcisismo primário deve ser pensado dentro da relação primeira que se estabelece com o ambiente/objetos primeiros, levando em conta suas particularidades. Tomado como uma forma de ilusão primitiva, a criança tende a esquecer desse dado de sua construção. Nesse processo, o Eu irá procurar investir, catexizar, libidinizar o objeto; assim, temos a libido objetal. No entanto, a relação com o objeto trará desapontamentos, falhas, feridas e faltas, fazendo com que essa libido retorne ao Eu, narcisismo secundário – retirada da catexia narcísica sobre os objetos.

Nos estados fronteirços, estados de sofrimento narcísico-identitário, a pessoa fica presa à ilusão primeira, pois ela se pensa em função dela mesmo, apenas. Ela

esquece que não é autossuficiente, não é somente seu corpo nem somente sua psique, pois não é possível pensar o narcisismo levando em conta apenas si mesmo. Não é possível pensar a pessoa sem o objeto considerado como outra pessoa, habitado por uma vida psíquica e por desejos que lhe são próprios. Como essa operação é falha, o objeto primário fica como que entalado, pois o bebê nem está dele acompanhado nem pode largá-lo. Está preso no que Green (2010) chama de analidade primária.

Encontramos, nesses casos, falhas do ambiente que foram excessivas; assim, o potencial traumático inerente à própria condição humana se manifesta e inscreve sua marca, congelando o processo de constituição do psiquismo. Há uma falta que pode levar à morte psíquica, devido à sua carência. A relação de continuação iniciada na diáde entre o objeto primordial e o bebê foi precária. Dessa forma, instauraram-se núcleos traumáticos primários, clivagens, segundo Green (2010), ligadas à manutenção de uma onipotência narcísica, trabalhando no sentido de impedir o trabalho de representação. O excesso de excitação volta a ser expulso indiscriminadamente sem que haja uma reintrojeção adequada.

Como consequência, “a expulsão inicial causa um buraco que não é integrado à cadeia dos pensamentos. Este vazio interno engolfante ... se apresenta clinicamente sob a forma de um sentimento pontual de morte psíquica que se expressa nos brancos ou nas sensações de cabeça vazia” (Garcia, 2007, p. 133). O indivíduo, então, pode alcançar o que Green denomina de narcisismo negativo, aquele que aspira um nível zero de excitação ou um estado de não ser, em que não faz sentido falar em desejo apenas no trabalho da função desobjetalizante. Disso decorrem as angústias de intrusão e de separação.

A alternância entre o objeto perdido e o reconquistado caracteriza os pacientes fronteiros, e isso advém como resultado em intensas angústias nas experiências de

intrusão e de separação. A angústia mostra o indivíduo em seu total desamparo e a “imagem” do objeto interno aparece constantemente ameaçada, ou buscando a sobrevivência da perda em que são realizadas tentativas para fazer existir o objeto a qualquer preço. Tentativas estas necessárias num esforço contra sentimentos de fragmentação. Objetos substitutivos, como o próprio corpo do indivíduo ou algum objeto do mundo externo, entram aí ainda que provisoriamente para trazer um sentido de segurança (Garcia, 2007; Green, 1973). Desse modo, a alternância existirá entre a ameaça de ficar sem um objeto para enxergar a realidade externa e de ser invadido pelo objeto engolfante.

Green apresentou, em *O trabalho do negativo* (2010), o modo com que a pessoa se defendia através do recalque, da forclusão/rejeição, negação/denegação, desmentida/recusa, cuja contextualização impõe a denominação de conjunto de trabalho do negativo e apresenta mecanismos que atuam com linguagens diferenciadas ao mostrar o modo de ser de cada um. Nesse trabalho, o autor descreve a teoria das defesas constitutivas do psiquismo e também seu modo de pensar e trabalhar a clínica. O negativo é constitutivo do homem, pois a negatividade aponta para um tempo originário perdido desde sempre na memória do infantil, agindo em silêncio por pertencer à ordem de uma vista que continua a agir no presente como uma potência ordenadora (Green, 1986). Assim, necessita de um outro para apreendê-la e construí-la, pois não está acessível ao reconhecimento intelectual. Esse outro marca a presença de uma alteridade externa e interna e impõe o sugimento de uma linguagem que impossibilita qualquer tentativa de experiência e de interpretação dessa experiência, destituídas de um contexto e de interpretações possíveis (Carvalho, 2011).

Para Green (2010), os mecanismos de defesa são o cerne do que se pode designar por trabalho do negativo quando tomamos a perspectiva do funcionamento do

Eu e de sustentação das alteridades intersíquicas e intrapsíquicas. O autor também propõe nesse trabalho a expansão para a esfera das pulsões primárias, pulsão de morte, discutida em termos da função desobjetalizante e do narcisismo negativo. O trabalho do negativo em Green tem também a finalidade de constituir o duplo limite: real/psiquismo – vertical e soma/psiquismo – horizontal.

A oscilação permanente entre os efeitos das funções desobjetalizante e objetalizante garantem o funcionamento psíquico normal (Green, 2008). Essa afirmação abarca o trânsito das pulsões de destruição e de vida, ambas conservadoras. Em 1911, Freud diz que o narcisismo é “um estágio do desenvolvimento da libido entre o autoerotismo e o amor objetal” (Freud, 1911a, p. 68). Acrescenta ainda mais ao nos dizer que o narcisismo talvez seja indispensável para um desenvolvimento normal do indivíduo.

A partir de Freud, temos que o narcisismo seriam momentos da sustentação e do desenvolvimento do Eu em que o indivíduo consegue tomar a si próprio como objeto amoroso até o ponto em que se põe disponível para uma escolha amorosa que não ele mesmo. Pensamos o narcisismo como momentos de evidência do amadurecimento do Eu no que se refere à sua capacidade para investir libidinalmente no mundo externo e se recolher dele.

Desligar e ligar a libido são mecanismos próprios do Eu. O que combina escolhas identificatórias homossexuais e, posteriormente, heterossexuais. As palavras heterossexuais e homossexuais nesse momento são entendidas como escolhas pré-genitais e genitais. Isso em função do apontamento de Freud (1911a) para o fato de que, alcançado o estágio de escolha heterossexual, “as tendências homossexuais não são postas de lado ou interrompidas ... combinam-se com partes dos instintos do ego e,

como componentes ‘ligados’, ajudam a constituir os instintos sociais, ... a amizade e a camaradagem” (p. 69).

O processo de constituição do narcisismo é importante para a clínica dos pacientes fronteiriços, pois estes indivíduos possuem falhas na constituição narcísica e, como consequência, nas fronteiras do Eu. Há, nesses indivíduos, de acordo com Lazzarini (2006), dificuldades de restaurarem um caminho possível de vida em função da instalação de um ideal de eu frágil e oscilante que não tem condições de sustentá-lo em sua falta (p. 171).

Dificuldades de apagamento do objeto primário resultando em prejuízo nos processos de simbolização, ou seja, o fracasso do trabalho do negativo é característico dessa clínica. Green (1988) propõe ampliar as relações entre pulsão de morte e desligamento e pulsão de vida e ligação a partir dos escritos freudianos. Sobre isso, Garcia (2009) nos diz:

A sua proposta nesse sentido é compreender a meta essencial da pulsão de vida como sendo a de garantir uma *função desobjetalizante*, isto é, criar relação com o objeto, interno e externo, assim como transformar estruturas em objeto.... Então, levada às últimas consequências, a meta objetalizante das pulsões de vida garante a simbolização. Em contrapartida, a meta da pulsão de morte é realizar uma *função desobjetalizante*. No desligamento que ela empreende são atacadas as relações com o objeto e também com o próprio investimento. O desinvestimento constitui-se, portanto, na manifestação própria à pulsão de morte (Garcia, 2009, p. 106-107).

Oscilar de um polo que vai desde o amor de objeto à sublimação a outro, em que a regressão revela uma substituição dos investimentos de objeto por investimentos narcísicos provenientes do objeto, são as funções desobjetlizante e objetalizantes. Green (2008), com suas contribuições teóricas, chega no que ele denomina de desinvestimento do próprio investimento, “chegando a uma última etapa cujos prolongamentos se perdem no infinito (e) desinvestem o próprio Ego” (p. 271). A esse desinvestimento o

autor denominou de narcisismo negativo, em que há o empobrecimento e até um sentimento de autodesaparecimento do Eu.

O narcisismo negativo está relacionado à pulsão de morte e, desse modo, aspira atingir um nível zero de excitação pulsional. Segundo Green (2008), os efeitos do narcisismo negativo podem alcançar diferentes níveis de autoaniquilamento, o que pode ser chamado de recusa narcísica, pois o Eu parece ser mantido por sua própria oposição, “que pode tomar a forma de uma analidade primária.... Num aspecto externo, o processo de autodesaparecimento se põe em movimento, representando ao mesmo tempo a última escapada frente a uma situação contraditória e traumática” (p. 275). A analidade primária possui uma relação importante com o narcisismo negativo e o masoquismo que se mantém por meio de uma “fantasia mais ou menos onipotente de auto-suficiência do Ego” (p. 266), que busca afirmar sua própria liberdade por sua “capacidade quase auto-suficiente de se desligar dele e, se for necessário, de si mesmo” (p. 266).

O estudo acerca do trabalho do negativo, associado às vicissitudes do objeto e à construção dos limites inter e intrassubjetivos, é essencial para a compreensão do que acontece nos casos que denominamos de fronteirios. Nesse contexto, o trabalho de algumas linguagens do *não* possibilita a estruturação, bem como a desestruturação do psiquismo, e permitirá a compreensão de como acontece a perda do objeto primário e os problemas decorrentes da perda não realizada. Enquanto a primeira garante a simbolização, a segunda leva aos processos de desligamento pulsional e pode acarretar a dificuldade para construir representações.

Para o autor, a pessoa encontra-se submetida ao trabalho psíquico, o qual irá oscilar entre o “trabalho do luto” e o “trabalho do sonho”, duas modalidades diferentes do trabalho de representação. Assim, segundo Candi (2010), o trabalho do negativo

constitui o psiquismo tanto quanto o ameaça. Existe uma psicodinâmica na qual a representação na pessoa não surge como substituto suficientemente bom para se desprender do objeto externo absolutamente necessário. A última finalidade do trabalho do negativo é a constituição de um duplo limite que constitui o próprio psiquismo.

Toda concepção do aparelho psíquico para Green é uma referência aos limites, pois sua capacidade de se movimentar e sua funcionalidade residem nas suas duas áreas fronteiriças. A primeira – comparada ao pré-consciente – serve como uma barreira de contato entre os conteúdos inconscientes e conscientes, funcionando como uma pele interna para a vida fantasmática do inconsciente. A segunda permite a delimitação e a interação do mundo de dentro e do mundo de fora. Se as fronteiras não funcionam adequadamente, o psiquismo se estrutura de forma caótica, o pensamento não se desenvolve e se torna uma ruminação interminável, em que predominam afetos, tais como o ressentimento e o isolamento. O duplo-limite que o autor descreve refere-se a esses limites apresentados.

Dessa forma, há uma desorganização dos limites no interior do aparelho psíquico, isto é, da importância de mecanismos que acarretam tanto esclerose e rigidez entre as diferentes partes do aparelho psíquico, e não apenas a relação do ego com o objeto, mas também a permeabilidade excessiva entre o ego, o id e o superego. A noção de limite remete necessariamente a conceitos relacionados com a territorialidade, isto é, a conceitos espaciais.

Desse modo, o processo de simbolização/processo de pensar fica comprometido, pois a excitação que provém do corpo pulsionalizado representando o soma da pessoa fica impossibilitada de ser processada ou digerida/metabolizada. O psiquismo parece estar transbordando em alguns pontos, ou seja, parece estar incapacitado de conter em seus limites o que vem do inconsciente, do id ou de uma realidade muito traumática.

Prevalecem os processos de evacuação através da ação ou expulsão do somático. A pobreza da vida de fantasia é impressionante, como se a psique estivesse permanentemente capturada pelo concreto, o qual remete ao estado bruto, atado aos acontecimentos da vida. Frequentemente, o alucinatório, no lugar de tomar a forma onírica, é aqui vivido na vida desperta – presença alucinatória experimentada sem conteúdo alucinado de objeto primário. Isso nos leva a compreender que a atuação e/ou a somatização sejam a regra.

Segundo Green (2008), há o sentimento de um transbordamento afetivo que parece afogar o psiquismo. Assim, quanto à posição do objeto, a transicionalidade se mostra ausente. O objeto sofre transformações que o fazem passar do estado de instância todo-poderosa ao de negação de sua existência. Há variações da percepção do corpo, indo da proximidade fusional aos vários graus de distância, até a abstração e o despojamento da vivência corporal, ao mostrar a importância dos fenômenos que têm que ser enfrentados num perigo corpo a corpo. De modo geral, a psique vive em pé de guerra instaurado por um processo de defesas mutilantes, como os fenômenos de alucinação negativa, que abrem lugar, frequentemente, para a invasão por aquilo que não pode ser representado e para as manifestações de um superego insensato, tirânico e arbitrário.

Nesses casos, o aparelho psíquico tem a propriedade de fazer existir outra realidade, criando-a inteiramente, que se apresenta tão real quanto a outra. Há uma vontade de ignorar uma informação de origem perceptiva em que o Eu evita romper-se e deforma-se, pois sacrifica sua unidade ao chegar a se fissurar ou a se dividir, ao sobressair à manutenção de uma onipotência narcísica.

Podemos encontrar aí a questão da clivagem trabalhada em alguns textos freudianos. Estaria presente no *Fetichismo* (Freud, 1927), em que o autor utiliza o termo

rejeição – *Verleugnung* – designando as reações das crianças à observação da distinção anatômica dos sexos, e essa rejeição acarretaria uma divisão no ego do indivíduo. Freud ainda acrescenta que essa “divisão do ego” não é peculiar ao fetichismo, mas que, na realidade, pode ser encontrada em muitas outras situações nas quais o ego se defronta com a necessidade de construir uma defesa e que tal divisão ocorre não apenas na rejeição, mas também na repressão. Assim, há uma atitude dividida que se mostra naquilo que o fetichista faz com o fetiche, seja em realidade ou em sua imaginação, uma ação do conflito, do peso da percepção desagradável e seu contradesejo chegaram a um compromisso sob o domínio das leis inconscientes do pensamento – os processos primários, em que permanece o indício do triunfo sobre a ameaça de castração e uma proteção contra ela. Trata-se aí de um mecanismo de defesa que busca neutralizar a ameaça de castração em que o ato de renegar leva a uma divisão do Eu da pessoa. As ideias recusadas serão desmentidas, e isso sustenta a essência e a recusa da castração, a essência e a recusa do recalque. Assim, a ideia rejeitada tanto é mantida quanto conservada por meio desse mecanismo, o qual permite a sustentação de uma ideia e de seu contrário.

Entretanto, Freud irá generalizar o conceito ao partir da clivagem no fetichismo e estenderá até as formas avançadas que assume nas psicoses, por exemplo. De acordo com Freud (1940[1938]), o mecanismo encontrado no fetichismo capaz de manter o sujeito afastado da realidade possui semelhanças com o mecanismo atribuído às psicoses, mas também possui diferenças. O fetichista não contesta suas percepções alucinando a existência de um objeto em que não havia nada. Ele recoloca o valor do objeto em outro lugar.

O que podemos verificar aí é uma alteração do ego e o afastamento da realidade ocasionados pelos processos de defesa. Nesses processos, em situações de pressão, o

ego tende a se comportar sob as influências instintuais em que estava acostumado a se satisfazer, mas assusta-se com a experiência que lhe ensina que a continuação dessa satisfação resultará num perigo real quase intolerável. Aí o ego deve, então, decidir reconhecer o perigo real, dar-lhe passagem e renunciar a satisfação instintual, ou rejeitar a realidade e convencer-se de que não há razão para medo, de maneira a poder conservar a satisfação. Existe aí um conflito entre a exigência por parte do instinto e a proibição por parte da realidade. Segundo Freud (1940[1938]), essas duas reações contrárias ao conflito persistem como ponto central de uma divisão – *splitting* – do ego.

Assim, o que verificamos é uma dificuldade de reconhecimento da realidade externa nas psicoses, por exemplo. Aqui, o mundo exterior não é percebido de modo algum ou a percepção dele não possui qualquer efeito. Segundo Freud (1924[1923]), existem duas maneiras que o mundo externo governa o ego: uma é através de percepções atuais e presentes, sempre renováveis, e a outra é mediante o armazenamento de lembranças de percepções anteriores, as quais, sob a forma de mundo interno, são uma “possessão” do ego e parte constituinte dele. Nas psicoses, é recusada a aceitação de novas percepções, e o mundo interno como cópia do mundo externo que até agora o representou perde sua significação.

Os estados fronteiros possuem um contato maior com a realidade externa, mas mesmo assim esta se encontra com prejuízos. Nesses casos, é uma idealização tanto da realidade quanto dos objetos. Com relação ao teste de realidade, Figueiredo (2004) apresenta três conceitos importantes para pensarmos essas questões relacionadas aos casos fronteiros: *senso*, *teste* e *processamento de realidade*. Segundo o autor, a dificuldade encontrada por esses indivíduos para aprenderem com a própria experiência, a ponto de haver um amadurecimento emocional, é a principal especificidade dos problemas advindos do teste de realidade. Isso em função da precariedade dos limites

psíquicos, o indivíduo não confia no que percebe e entrega ao objeto transitório a responsabilidade da tradução do mundo e de suas experiências. Esses indivíduos não aprendem com a experiência por conta de

uma construção delirante que mascara e mesmo evita qualquer experiência com a falta e o vazio. Neste caso, verifica-se a produção onipotente de uma neorealidade narcísica-paranoide e/ou o encapsulamento esquizoide. Nestes dois casos ocorre uma negação da perda (do objeto) e da frustração (daí decorrentes), vindo a dominar a onipotência e a “arrogância”, incompatíveis com o aprender com a experiência (Figueiredo, 2004, p. 508).

Esses seriam modos encontrados que o indivíduo faz para se manter paralisado e protegido de qualquer ação que exija um trânsito psíquico e, como consequência, aprendizado. A necessidade de manter uma sensação de onipotência dificulta o aprendizado de diferenciações básicas e impede o estabelecimento de um senso de realidade, ou seja, “aceitação de que parte da experiência está fora de nossa área de controle onipotente sem que com isso se torne inimiga e hostil” (Figueiredo, 2004). Para o autor, um senso de realidade bem estabelecido torna o teste de realidade gradativamente desnecessário.

O processamento da realidade diz respeito à capacidade do indivíduo de adaptar-se à realidade, pois se refere a uma capacidade de experimentar a realidade e à fantasia, sem necessidade de dissociá-las. A hipótese, segundo Figueiredo (2004), é de que, quando o processamento de realidade não pode ser efetivado permanentemente, os ganhos dos testes de realidade são perdidos e precisam ser refeitos continuamente, mantendo-se ineficazes, perturbadores e insatisfatórios. Para realizar o processamento da realidade, é necessário experimentar a realidade e fantasia em um espaço de trânsito. Como o paciente fronteiro transitaria se ele se protege na imobilidade psíquica para não correr o risco da fragmentação? Para Carvalho (2011), fazer o teste de realidade pode se tornar o próprio sentido de vida, mesmo que isso empobreça e limite as experiências de vida.

Por fim, Figueiredo (2004) aponta que, no contexto do processamento e do teste de realidade, faz-se necessário diferenciar as relações diádicas e triádicas. “Discriminações entre fantasia e realidade podem ocorrer no campo das relações diádicas, mas os processamentos de realidade avançados requerem relações triádicas, vale dizer, exigem a entrada do sujeito na triangulação edípica” (p. 510). A passagem de uma relação diádica para a relação triádica requer a perda do objeto primário e, em consequência, o reencontro desse objeto possibilita também a percepção de outros objetos e a inserção do indivíduo em várias outras relações.

Para que o bebê venha alcançar a triangulação, segundo Figueiredo (2004), ele deve vivenciar a condição traumática de ser excluído da cena originária. Sua tese é de que algo equivalente à cena está na origem dos transtornos que chamamos de fronteiriços, desde que se entenda que essa experiência traumática ocorreu sob o domínio das relações diádicas, impedindo a aceitação mínima da realidade como limite, princípio de exclusão e de diferença. Eles não suportam a exclusão e a negam.

São configurações que vêm ocupando um lugar maior, tanto na clínica como também nos espaços onde a psicanálise se encontra inserida. Garcia e Cardoso (2010) aponta que nessa clínica “nos encontramos mais distantes da perversão, considerada por Freud como o negativo da neurose, e mais próximos da psicose na qual a relação com o outro e a fragilidade da estrutura egoica representam pontos nevrálgicos” (Cardoso & Cardoso, 2010, p. 92).

Outro aspecto importante encontrado nessa clínica são as angústias de despedaçamento/intrusão e separação/abandono, que Green afirma aparecer na relação com o outro. Segundo o autor, a angústia de separação-indivuação está relacionada às fases do desenvolvimento da criança, pois suas raízes estariam no sentimento da criança que, ao perder seu objeto, perderia a pessoa capaz de assegurar a satisfação de suas

necessidades e desejos. Nesses quadros, são pessoas que não conseguem aceitar e superar perdas, nem sempre relacionadas à morte de um objeto, mas frequentemente à perda de uma relação privilegiada com ele. Uma separação muito precoce e sem esperança de reencontro com o objeto materno pode ter ocorrido. A dimensão da presença da ausência, essencial para o psiquismo atingir sua complexidade e seu progresso, torna-se contra o aparelho psíquico, paralisando seu funcionamento, preenchendo-o de fantasias destrutivas ou impedindo qualquer pensamento. Nessa clínica, faz-se necessário um trabalho que dê ao paciente a sensação de continuidade de si.

Com relação às angústias de intrusão, estas mostram a incapacidade das fronteiras do ego de proteger o sujeito contra as intrusões do objeto. Ou seja, a sensação que o sujeito possui de ser invadido pela psique do outro, o que dá à pessoa o sentimento de arrombamento de sua própria psique e, ao longo do tempo, uma adesividade e submissão a esse outro. A intrusão se instala como consequência insuportável da invasão pelo objeto quando estão presentes angústias narcísicas importantes que tocam o sentimento de unidade do ego ou da identidade pessoal.

Desse modo, os limites existentes entre o ego e o objeto existem quando o objeto parece inacessível, inatingível, sempre fora do alcance do investimento ou, ao contrário, quando temos o objeto “mordendo” o território do ego, perseguindo-o dentro de seu próprio território. Segundo Green (1990), em relação aos *casos-limites*, não basta que o objeto esteja presente para que não haja angústia de separação – podemos até afirmar que a angústia de separação atinge seu máximo quando o objeto está presente e que, da mesma forma, a angústia de intrusão não se manifesta de modo predominante quando o objeto está presente, mas, precisamente, quando o objeto não está presente.

Nessas configurações, percebe-se sobre sua relação com o objeto externo uma mobilização intensiva da angústia, de invasão e, simultaneamente, de separação. Essas pessoas se encontram passivas, em um estado considerado por Cardoso e Cardoso (2007, 2010) como uma paixão mortífera, pois estão escravizadas sob o domínio do outro com a cristalização do ego numa situação de radical passividade pulsional, ou seja, servidão ao outro. Devido ao estado de vulnerabilidade narcísica, necessitam sustentar um permanente interesse do outro. Trata-se de uma espécie de abertura desesperada ao outro, o que distingue-se consideravelmente de uma indiferenciação para com o outro. Há, segundo a autora, uma organização defensiva de efeitos traumáticos marcadas por situações inscritas no poder da servidão.

Nessas configurações, os objetos se tonam incertos e instáveis, devido ao precário acesso à transicionalidade. Não há segurança da possibilidade do objeto sobreviver aos ataques da pessoa. A possibilidade de uma dialetização do espaço do dentro e do fora, assim como do real e da fantasia, é precária. A problemática central estaria centrada na experiência interna: a perda do outro, o seu desaparecimento corresponderiam à perda de si. Na base dessa vivência estaria a impossibilidade de manter o outro como objeto interno. Trata-se da ameaça de não poder perder o objeto (Cardoso & Cardoso, 2010).

Assim, temos uma configuração montada pela impossibilidade de lidar com perdas, falhas, frustrações advindas do objeto e/ou da realidade. Há uma submissão ao objeto que chega a ser uma servidão/escravidão ao outro e, ao mesmo tempo, o objeto, tal como a realidade, ficam idealizados. O objeto ou é apaixonante ou vira perseguidor, sem existir a possibilidade de ele falhar, se ausentar. Com relação à realidade externa, esta é de difícil apreensão, o que nos faz pensar também numa realidade interna difícil de ser processada/metabolizada e aceita.

O objeto não existe como algo que pode fazer inscrições/marcas, dando prosseguimento ao deslizamento e à ligação das representações. Tem-se aí a função desobjetalizante na qual há uma destruição por desinvestimento nas transformações do objeto e de suas funções psíquicas. Mas o que podemos verificar nesses quadros é uma espécie de medida extrema em que, após ter desinvestido dos objetos, transporta-se sobre o próprio ego, narcisismo negativo, e o desinveste. Trata-se de uma estrutura narcísica negativa na qual o próprio ego se empobrece e se desagrega a ponto de perder sua consistência, identidade, homogeneidade e organização. São formas de destruição em que o desinvestimento e o mecanismo fundamental são primordiais. Há um estado complexo em que esse desinvestimento afeta por vezes as funções mais vitais e representa a defesa última contra a explosão no caos pulsional. Nesse campo clínico, encontramos angústias catastróficas ou impensáveis, terrores de aniquilação ou de se desfazer, sentimentos de desvitalização ou de morte psíquica.

De forma sintética, apresentamos, no quadro a seguir, os principais elementos das organizações limites, segundo André Green.

Quadro 2

Aspectos dinâmicos das organizações limites

Posição	Patologias do limite: entre interno e externo, limites entre diferentes instâncias (id/ego/superego); se situam em um território de fronteira; limite concebido como conceito fronteira em movimento flutuante tanto na normalidade quanto na patologia; elas se formulam em termos de processo e transformação de energia e simbolização.
Narcisismo	Narcisismo negativo, procurando sempre unir a dependência e a passividade sempre sentida como ameaça de dominação pelo objeto onipotente.
Angústia	Dupla angústia: depressiva de separação – abandono (perda)/angústia paranoide de intrusão e engolfamento (invasão).

Movimento da Pulsão	Carência do ambiente por excesso ou falta; a pulsão tem dificuldade para se representar, pode ser descarregada no soma (somatização) ou no ato (atuação); compromete a elaboração psíquica; não abandona a teoria pulsional.
Conduta e Sintomas	Vazio de pensamento com impossibilidade de representar; cabeça vazia com sentimento de não existência, de não realidade do ego e dos objetos (identidade).
Dinâmica Psíquica	Ego se automutila por clivagem radical, que torna impossível o trabalho de representação; o trabalho de ligação entre representações e afetos é confundido; ego rígido e sem coesão com limites indefinidos.
Defesa	Primitivas e arcaicas; depressão primária – desinvestimento radical pelo peso da pulsão de morte e narcisismo.
Relação de Objeto	Modo de relação de objeto narcísico; metáfora do porco-espinho: longe demais se congelam/perto demais se espetam – ausência impossível de se constituir: objeto muito próximo e intrusivo ou muito longe e abandonado; o vazio pode ser invadido por objetos ruins e impulsos destrutivos; sujeito prefere manter uma relação sadomasoquista com o objeto negativo (interno/externo) sempre presente: masoquismo – oscila entre nada e a procura de objeto idealizado – indissociabilidade entre pensamentos e relações de objeto – furo de defesa dos limites contra a impiedade do objeto.

Fonte: Green (1988, 1990, 2008, 2010)

Assim, muitas dessas características que apresentamos ao longo deste capítulo aparecerão no contexto clínico, na transferência que o paciente irá estabelecer com o analista e, para tanto, caberá ao clínico reconhecê-las e manejá-las na relação. Elas servirão também de base para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial, além de serem uma forma de entendimento do mundo interno da pessoa. Podemos já nestas páginas iniciais ver a importância do outro no processo de construção subjetiva e o lugar em que o clínico/analista poderá colocar-se em relação ao paciente. Nesse sentido, no próximo capítulo, iremos descrever nossa posição sobre a transferência, a contratransferência e os dispositivos analíticos em cena.

Capítulo 02

Os dispositivos analíticos em cena: enquadre, transferência e contratransferência

O sofrimento é algo extremamente presente na clínica. Ele é o motivador para o início de um tratamento psicoterápico. É importante reconhecermos que mesmo a doença mais orgânica possível envolve sempre, pelo menos, dois sujeitos para ser reconhecida, tratada e eventualmente curada: o sujeito doente e o sujeito que trata (ou estuda) a doença. Temos, então, necessariamente, um encontro/desencontro qualquer entre dois ou mais seres humanos, originando uma profusão de intensas emoções que ocorre com impactos geralmente envolvidos por uma camada civilizada.

Freud (1937), com sua proposta de pesquisa arqueológica do inconsciente, ainda nos primórdios da psicanálise, com a paciente Anna O., atendida por Breuer, iniciou o que chamam de trabalho terapêutico de *talking cure*. A fala, nesse momento, já se encontrava no centro do tratamento e marcava o que viria a ser a psicanálise. Nesse sentido, a palavra para Freud é ferramenta essencial do tratamento psíquico, e o que ele propõe para assegurar a eficácia dos tratamentos é o esforço de provocar no doente os estados e as condições psíquicas mais propícias para a cura, ao tentar garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego, pois, ao dizer algo, o modo de dizer e a situação irão influenciar nos efeitos produzidos pelo ouvinte.

No processo terapêutico, além da transferência e da contratransferência, outros dispositivos entram em cena para a construção de um trabalho. Esses dispositivos são muito bem colocados por Freud, entre outros autores, em seus artigos sobre técnica, mas, já em 1913, ele nos adverte e chama as regras de “recomendações”, e não reivindica qualquer aceitação incondicional para elas. Isso em função das diferentes

constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes que irão opor-se a qualquer mecanismo da técnica. O autor enfatiza que esses mecanismos que ocasionam um curso de ação, às vezes, mostram-se ineficazes, enquanto outros habitualmente errôneos podem, de vez em quando, conduzir ao fim desejado.

Portanto, cabe ao clínico a tarefa de, entre outras, perceber, junto ao paciente, o que poderá ser utilizado como regra e também como recurso no processo terapêutico e o que seria sentido como obstáculo no estabelecimento e andamento do processo. Para tanto, o analista deve ter sensibilidade, espontaneidade, flexibilidade e manejo na condução.

Matot e Roussillon (2010) ressaltam os dispositivos como os facilitadores do encontro/desencontro entre o analista e o analisando. Um dos dispositivos apontado pelos autores seria o estado afetivo do analista, ou seja, sua reação e os conceitos teóricos que serão por ele utilizados; à reação foi que Freud chamou de contratransferência. Esse estado afetivo, a reação do clínico, comandará outros dispositivos, havendo, então, consequências de seu estado afetivo sobre a organização dos outros dispositivos. Logo, o que ordena o campo é o estado afetivo do clínico e sua reação. Entretanto, os autores descrevem que o estado afetivo do paciente vai ter um impacto sobre o clínico em três níveis: um propriamente afetivo, outro sobre o dispositivo como uma questão metodológica e, por último, sobre o pensar do clínico, ou seja, os conceitos teóricos que serão por ele utilizados. Ao abordar essa questão do dispositivo, Matot e Roussillon (2010) afirmam que um pensar metodológico sobre essa questão é importante, pois ajudará a sustentar e regular o encontro clínico.

O trabalho clínico será guiado também pelo dispositivo espaço/temporal e os elementos do enquadre que guardam uma mensagem, a ser interpretada pelo paciente,

pois esse dispositivo diz alguma coisa ao outro e, ao mesmo tempo, traz conforto ao auxiliar o clínico a exercer seu trabalho e o paciente a trazer seus conteúdos. Para que os dispositivos existam, segundo Matot e Roussillon (2010), deve haver um trabalho clínico envolvendo um esforço para otimizar a capacidade de simbolização de uma pessoa.

O dispositivo deve, então, ser um facilitador de simbolização, ou melhor, uma maneira de materializar as operações de simbolização, ou, então, de conduzir a “simbolizar a simbolização”. Portanto, na clínica, o analista deve dar ao paciente a ideia de que ali ele irá simbolizar. Na clínica psicanalítica, o enquadre² deve facilitar e, ao mesmo tempo, transmitir a mensagem de que ali se simboliza. Entretanto, esse dispositivo deve ser adaptado ao funcionamento do paciente, ou de sua transferência, pois, quando o paciente não consegue utilizar um dispositivo para simbolizar, ele o ataca. O dispositivo deve oferecer recursos para permitir que o paciente se utilize dele para se expressar. A cada vez que um elemento do dispositivo é utilizado, ele nos indica o funcionamento psíquico do paciente, já que esse modo de funcionamento irá se projetar no dispositivo.

O último ponto sublinhado por Matot e Roussillon (2010) é que o dispositivo deve oferecer uma teoria da simbolização, mas também elementos operatórios de simbolização, e a regra é feita para isso. Ao formular a regra fundamental da psicanálise, Freud propõe uma dupla transformação: a transformação do campo motor no visual e do visual no verbal. Os pacientes, então, irão fazer aparecer as moções pulsionais e vão fazer eclodir as imagens e produzir metáforas nas quais o clínico irá escutá-las nesse campo metafórico. Porém, existem pessoas que não são capazes de

² Por enquadre entendemos “...o conjunto das condições de possibilidade requeridas para o exercício da psicanálise. Isso compreende as disposições materiais que regulam as relações entre analisando e analista (pagamento das sessões a que falta, coordenação das férias entre paciente e analista, duração das sessões, forma de pagamento etc.)” (Green, 2008, p. 53).

fazer essa dupla transformação. Geralmente, o paciente fronteiroço passa diretamente do campo motor para o campo verbal, em que o falar é fazer e, assim, o clínico terá que fazer um trabalho de desenvolvimento do campo visual de metaforização, de modo a ajudá-lo a nomear seu mundo interno.

A análise, nesses casos, segundo Cardoso e Cardoso (2007), funcionaria como um espelho negativo do ego, no sentido de ajudar o paciente a ver as coisas que ele não consegue por si mesmo, ou para ver um lado dele que ele não percebe diretamente, ele não pode ver ou sentir, mas ele pode medir os efeitos indiretos sobre os outros ou sobre si mesmo. Assim, o paciente faz reviver na análise o que não pode ser representado em sua história, ou seja, as percepções e sensações seriam agora, no contexto analítico, substituídas por representações. Seria um trabalho que consistiria em fazer ligações com a apropriação de marcas que não puderam ser incluídas na tópica.

De todo modo, aprofundaremos neste capítulo a importância dos dispositivos de trabalho do clínico, desde os elementos do enquadre à transferência e à contratransferência, em particular esses dois últimos, como dispositivos que vão permitir o trabalho de elaboração.

2.1. O enquadre e o *setting*

Em um de seus textos, *Sobre o início do tratamento*, Freud (1913) apresenta, além do uso do divã no trabalho terapêutico, as posições, ou melhor, as disposições tanto do analista quanto do paciente em cena, marca lugares. “Atenho-me ao plano de fazer com que o paciente se deite em um divã, enquanto me sento atrás dele, fora de sua vista” (p. 149). O autor vai, ao longo desses textos, expor como ocorre o trabalho de psicanálise e pontuar sobre como devemos proceder. Para tanto, ele fala sobre a dificuldade de ser encarado fixamente pelo paciente – “não desejo que minhas expressões faciais deem ao paciente material para interpretação ou influenciem-no no

que me conta” (p. 149) – e também sobre a importância do terapeuta sentir-se “livre” nessa escuta para se entregar à corrente de seus pensamentos inconscientes. Nesse texto, Freud nos apresenta dispositivos para nos auxiliar no trabalho de elaboração como a regra do associar livremente colocada para o paciente ao nos dizer que “em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará” (p. 149). E complementa ao dizer que:

Nunca se deve esperar uma narrativa sistemática e nada deve ser feito para incentivá-la. Cada pormenor da história terá de ser repetido mais tarde e é apenas com estas repetições que aparecerá material adicional para suprir as importantes associações que são desconhecidas do paciente (Freud, 1913, p. 151).

Esta é a regra fundamental dada ao paciente, a associação livre. Em seus textos, o autor aponta uma série de regras para o estabelecimento do tratamento analítico. Entretanto, o que se apresenta na clínica do paciente fronteiro é uma dificuldade do paciente deitar e associar livremente, acreditamos que em função do precário nível de simbolização. A análise, em sua maior parte do tempo, acontece face a face. Para o paciente, o olhar torna-se parte importante do processo. Além desse detalhe, outro importante refere-se à quantidade de vezes: o analista deve ter paciência, pois o que acontece muito, inicialmente e durante um bom tempo, é um número de vezes mais reduzido para o trabalho, já que são pacientes que apresentam dificuldades para estabelecer um vínculo de intimidade.

Ao mesmo tempo, ao colocar as condições de trabalho para o paciente, Freud irá dizer sobre a necessidade de uma regra fundamental para o analista também, a escuta flutuante. O analista deixa guiar a atenção livre, mas ao mesmo tempo selecionar um material vindo da fala do paciente que junta com tudo o que ele apresentou na sessão. Ou seja, devemos pegar o que liga os fatos e ao mesmo tempo tentar sonhar, imaginar junto com o paciente e falar para ele.

Para essa regra apresentada ao analista, Green (1988), no artigo *O processo de desvinculação*, propõe uma analogia feita sobre esse tipo de escuta e as possibilidades de leitura e interpretação com o texto literário. O autor nos diz que isso ocorreria em função do objetivo de estudar e interpretar as relações entre o texto literário e o inconsciente, pois existe aí uma transformação em que não se lê o texto, mas o escuta, e o escuta de acordo com especificações que são pertinentes ao processo psicanalítico, ou seja, lado a lado da rigorosa leitura há uma leitura solta e em flutuação livre realizando-se.

O analista aplicaria ao texto o mesmo tratamento que aplica ao discurso do paciente, que encobre um discurso inconsciente. Entretanto, há uma diferença entre o texto literário com o texto manifesto de um sonho, pois neste o analista teria acesso, ao trabalhar sobre as associações que revelam os resíduos diurnos, os pensamentos gerados pelo sonho para o desejo subjacente ao sonho. Para o autor, a literatura apontaria representações pré-conscientes que, por sua vez, tornaria possível, com a ajuda de traços no texto escrito, deduzir a fantasia inconsciente, como se pensar e escrever houvessem se tornado o mesmo e único processo.

Assim, quando o analista pede a alguém que fale de acordo com a associação livre, pede-se a abolição de um limite, a abolição de uma censura não só moral, mas também racional. Green diz de outra maneira:

...a associação livre desfaz a trama da linguagem, e desfazendo a trama da linguagem, desfaz a trama do pensamento e da lógica. Desfazendo a trama da lógica e do pensamento, revela a loucura potencial do indivíduo, ou seja, os limites da razão são ameaçados. É este o motivo pelo qual existe o *setting*... (Green, 1990, p. 20).

Sobre este aspecto, Green (2008) propõe distinguir dois elementos no enquadre. *A matriz ativa* e o *estojo*. *A matriz ativa* é composta pela associação livre e atenção e escuta flutuantes, marcadas pela neutralidade benevolente do analista. Assim, no enlace

da associação livre do paciente com a escuta do analista, constitui-se o par dialógico que caracterizaria a psicanálise. O *estajo* é constituído pelo dispositivo material: o número e duração das sessões, a periodicidade dos encontros, as modalidades de pagamento.

Green sustenta a tese de que a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica diferem fundamentalmente em relação ao estajo e, ao mesmo tempo, partilham vários aspectos da matriz ativa. A falta de um enquadre, análogo ao do tratamento clássico, na psicoterapia, resolveria-se, para o autor, na necessidade de o analista criar um *enquadre interno*. Ou seja, um enquadre que ele internalizou em sua própria análise e que, estando presente em seu espírito, o levaria a salvaguardar as condições necessárias na busca de mudanças.

Ainda que a referência ao enquadre interno seja uma tentativa de pensar sobre o enquadre psicoterápico, parece haver na tese sustentada pelo autor um ponto a ser ainda trabalhado. Quando entende-se que o estajo refere-se às condições materiais que sustentam as possibilidades de simbolização, parece inevitável pensar que mudanças no estajo terão impacto na matriz ativa. O autor, em alguma medida, anuncia esta necessidade de reflexão ao afirmar que “...nós distinguiremos o processo psicanalítico como um modelo exemplar da psicanálise, em todos os pontos paradigmático, a ser colocado em perspectiva com as variações constatadas nos processos psicoterapêuticos cujas características permanecem a definir e que são objeto de interesse para os psicanalistas” (p. 60). Ao refletir sobre a transferência, Green pergunta-se até que ponto o enquadre não participa da produção da transferência, salientando ser essa uma questão importante que só pode ser resolvida se investigarmos as consequências das exigências do enquadre.

Podemos fazer um paralelo do enquadre com a terminologia *setting*, utilizada por Winnicott, pois foi ele quem introduziu esse conceito na psicanálise. O *setting* é a

definição do espaço psicanalítico onde o analista se torna seu guardião. Entretanto, tendo ele enunciado todas as condições do protocolo analítico, é como se, de certo modo, o analista encarregasse o *setting* de cuidar de seu próprio espaço sem que o analista tenha que se ocupar disso, pois foi dito. De acordo com Winnicott, o *setting* é definido para se fazer a experiência da transgressão porque ninguém vai conseguir mantê-lo. O paciente será o primeiro a tentar romper por pequenas coisas, como, por exemplo, atraso no pagamento ou no horário da sessão, uma ausência, dificuldade em permanecer deitado ou mesmo pela impossibilidade de seguir a regra fundamental.

O que se verifica é que o próprio analista não está a salvo das transgressões do *setting*, mas o *setting* se encontra presente como uma forma de dizer a dupla que há algo acima deles, uma espécie de lei, à qual estão submetidos. O analisando queixa-se das restrições que lhe são impostas pela situação analítica, não se dando conta de que essas restrições são válidas também para o analista. É pelo fato de o *setting* ser definido como limite que, com respeito a essa ação de delimitação da análise, pode-se avaliar as relações que se passam entre o “fora” e o “dentro” da análise. O interesse desse e de todo limite é não somente delimitar dois espaços, mas, sobretudo, ver quais serão as passagens, as transgressões que poderão ocorrer de um espaço para o outro e nos dois sentidos.

A teoria implícita do *setting* é a do sonho na obra de Freud, mas Winnicott irá nos dizer que o *setting* é a relação mãe-filho. Já Green nos diz que todo o interesse da teoria do *setting* deve-se ao fato de o *setting* não poder se prestar a uma única teorização. Isso, segundo Green (1990), significa dizer que o *setting* é objeto de uma interpretação polissêmica: não devemos escolher entre o *setting* como metáfora dos cuidados maternos ou aplicação do modelo do sonho, ou ainda como estrutura que encerra processos de pensamento, pois o *setting* pode desempenhar sucessivamente,

esses diversos papéis. O que devemos fixar é sua função de limite, que pode, conforme o momento da análise, remeter tanto ao espaço psíquico quanto à relação mãe-filho, ou à manutenção de um espaço no qual possa ser pronunciado um discurso.

2.2. Transferências e consequências na técnica

O ambiente do qual nos propomos a estudar interessa-nos particularmente e temos a intenção de resgatar neste trabalho o jogo da transferência/contratransferência, constituído no contexto do encontro/desencontro entre o paciente e o analista, no qual os dois se afetam. A transferência é entendida como uma repetição de um passado esquecido em que há o mundo fantasmático do paciente onde o analista irá investir. Assim, temos a cena analítica em que a nomeação/interpretação implicará um processo de elaboração que trará consigo um trabalho de reorganização e diferenciação dos investimentos objetais, pois nesse processo poderá haver reorganização do campo de significações.

Este termo, transferência (*Übertragung*) surge pela primeira vez em Freud (1888), no artigo sobre *Histeria*, depois novamente em *Estudos sobre a histeria*, em 1905, e na obra clássica de Freud (1900), *Interpretação dos sonhos*. A transferência aparece nesses textos como uma “falsa ligação”, um conceito periférico e uma interferência no processo de análise. É possível realizar um estudo sobre a história da palavra e um estudo etimológico da palavra na obra de Freud, entretanto, interessamo-nos no conceito de transferência, sua definição e nas suas características como um conceito fundamental da clínica psicanalítica.

Partimos da compreensão do conceito de transferência a partir do texto de Freud (1905 [1901]) *Fragmento da análise de um caso de histeria*, em que a transferência é definida como um conceito nuclear e constitutivo da teoria e da clínica psicanalítica. Há

a introdução conceitual do termo transferência nesse texto, e este passa a ocupar um lugar estratégico e a referir-se a um fenômeno fundamental do processo de análise:

...reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se consciente, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico (Freud, 1905 [1901], p. 111).

A transferência, nesse momento, aparece como um fenômeno de resistência no processo de cura e é tratada como um sintoma. As histéricas de Freud, em vez de lembrar as fantasias de sedução, realizam uma transferência amorosa com o analista. No entanto, observamos que Freud já possui uma ideia do conceito de transferência, de sua origem e de sua importância no processo de análise.

O aspecto teórico da transferência é trabalhado por Freud (1912a) no texto *A dinâmica da transferência*. Aqui há um esforço do autor no sentido de uma explicação sistemática do conceito, onde se amarra tudo o que já fora formulado sobre a transferência numa concepção dinâmica da mesma.

Nesse texto, Freud define a transferência negativa e a positiva, ao mesmo tempo mostra que a transferência pode variar entre os extremos, desde a expressão de um ódio exacerbado pelo analista (transferência negativa) até ao amor apaixonado e inteiramente sexual (transferência positiva). Para ele, a transferência negativa, composta de sentimentos hostis, e a positiva, relacionada a impulsos eróticos, eram consideradas instrumentos da resistência. A positiva, composta de sentimentos amigáveis e afetuosos, pode ser admitida na consciência do paciente e, dessa forma, impulsionar o tratamento. Ele acreditava que, quando a resistência era totalmente negativa, não havia possibilidade de influenciar o paciente por meios analíticos. Esse seu ponto de vista é alvo de críticas por outros analistas, entre eles, Ferenczi, que demonstra a possibilidade e a necessidade da análise de ambas as transferências.

Freud também afirma que, na presença de ansiedades relacionadas ao complexo de Édipo – ansiedades de castração –, podemos estabelecer uma neurose de transferência, mas que, na presença de ansiedades relacionadas a neuroses narcisistas, ela não pode ser desenvolvida, ou seja, diante dessas ansiedades, a psicanálise, em sua forma clássica, é ineficaz. Em suas palavras:

...aqueles que sofrem de neuroses narcísicas não tem capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma.... Não manifestam transferência, e, por essa razão, são inacessíveis aos nossos esforços e não podem ser curados por nós (Freud, 1917 [1916], p. 447-448).

Posteriormente, Freud (1925 [1924]) afirma que a transferência se estabelece nesses casos, mas é completamente negativa e, portanto, não há qualquer possibilidade de influenciar o paciente por meios analíticos. Até o final de sua obra, observamos que ele não acreditava na possibilidade de “sucesso terapêutico” no trabalho psicanalítico com pacientes em estados psicóticos. Posteriormente, esse ponto de vista é refutado por outros analistas.

Assim, a transferência encontra-se presente desde o começo da construção da teoria e da prática clínica em psicanálise e constitui-se o melhor meio para o progresso terapêutico, já que pode fornecer aos sintomas um novo significado, podendo o paciente ser “acessado nas suas dimensões de percepções e vivências que lhes eram desconhecidas antes de suas experiências de análise e, a partir do acesso a estes diferentes níveis de experiências, podem eventualmente redirecionar suas vidas e viver do modo mais confortável e com maior qualidade” (Filho, 2004, p. 618). Nesse sentido, traz consigo como elementos de passagem e trânsito entre tempos, contextos e pessoas ao colocar a realidade psíquica e a realidade criativa em laço. A ilusão se torna condição e, ao mesmo tempo, incitadora do trabalho que tentará modificá-la. Essa ilusão permitiria a repetição de cenas e tempos passados na transferência e esse seria o

contexto sobre o qual o trabalho analítico de temporalizar se constituiria. A repetição transferencial se faz em uso do tempo e das possibilidades que a ilusão permite.

Contanto que o paciente apresente complacência bastante para respeitar as condições necessárias da análise, alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma ‘neurose de transferência’ da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento da experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada (Freud, 1914a, p. 201).

Tem-se aí o *setting* analítico em que a “neurose” se torna objeto de estudo através da neurose de transferência acessível a uma observação mais acurada e ao controle das intervenções. Assim, por meio dessa criação, o analista acabaria chegando aos fatos autênticos ou ao despertar das lembranças, representantes de uma investigação bem-sucedida à psique. O analista, para Freud (1917a), teria acesso à compreensão de todo um jogo de forças do inconsciente capaz de lhe assegurar mais segurança quanto ao andamento do trabalho e de seu resultado. Temos a importância da transferência, mas também da figura do clínico nessa relação para poder pensar e intervir na transferência, ao atuarem como dispositivos.

As peculiaridades da transferência colocarão o analista numa das séries psíquicas que o paciente já formou. Assim, temos a importância de aprofundarmos mais a dinâmica da transferência, na qual Freud (1912a) descrevia que tudo que se possa justificar em fundamentos sensatos ou racionais torna-se inteligível se tivermos em mente que a transferência foi estabelecida não apenas pelas ideias antepassadas

conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes. Ou seja, em 1917 [1916], Freud mostra ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. A transferência torna-se, nesse momento, o melhor instrumento ao tratamento.

O conceito de transferência e sua dinâmica na situação analítica constituem descobertas freudianas que nos possibilitam falar em uma clínica propriamente psicanalítica. Entretanto, inicialmente, essa era postulada como um obstáculo que deveria ser ultrapassado. Em suas formulações, o autor abrirá espaço para a figura do analista como um terreno fértil onde a transferência irá se depositar a partir de suas peculiaridades e de sua presença na cena analítica em que certos elementos de um conflito passado serão reproduzidos de maneira mais ou menos disfarçada.

Em *Recordar, repetir e elaborar*, Freud (1914a) introduz o conceito de compulsão à repetição, redefine os lugares do recordar, da repetição e da elaboração no tratamento e traz uma ampliação da noção de transferência, que culmina com a formulação do conceito que nos referimos anteriormente, de neurose de transferência. Nesse texto, ele também expõe a relação entre transferência, resistência e repetição, afirmando que “a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido” (p. 166), e ainda que “o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou recalçou, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o sem, naturalmente, saber o que está repetindo.” (p. 165) Portanto, quanto maior resistência, maior a repetição. Assim, temos que o “paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência” (p. 167).

A dinâmica da transferência revela-se como a arma mais potente de resistência, pois aparece como um obstáculo inicialmente, devendo ser “dissolvida”. Entretanto, aos poucos, ela irá revelar a qualidade do sofrimento ou da repressão que se ocupa em ocultar, o que Freud (1920) irá trabalhar em seu texto *Além do princípio do prazer*, como a repetição na transferência, em que fará emergir a compulsão à repetição conjuntamente à transferência da realidade psíquica. Assim, posteriormente, a transferência torna-se um movimento poderoso, uma responsabilidade de valor inestimável que recai sobre os ombros do analista, devendo ser encarada como um veículo de cura e uma condição de sucesso. Em 1914, Freud demonstra que o paciente atua seu passado ao invés de relembrar, mas que, no manejo da transferência, pode-se transformar a compulsão do paciente à repetição num motivo para recordar. Com o manejo, “o paciente abandona-se à sua compulsão à repetição, que substitui *agora* o impulso para recordar” (Freud, 1914a, p. 169).

Desse modo, o processo psicanalítico possui três tempos fundamentais: o primeiro seria o período inicial, no qual o analista espera pelo estabelecimento da neurose de transferência; o segundo marca a existência da neurose de transferência e o terceiro o período da dissolução desta. Assim, o que verificamos no estabelecimento da neurose de transferência é a neurose do paciente centralizando-se na figura do analista, e a própria atitude do paciente em relação a sua doença é modificada, pois é induzida tolerância em relação à própria doença e o paciente passa a apresentar uma “doença artificial”. Ou seja, o paciente substitui sua neurose pela neurose de transferência, a partir da qual pode ser curado pelo trabalho de análise.

Com a instalação da neurose de transferência, o trabalho de análise propriamente dito inicia-se para Freud. Com a neurose – que tem uma etiologia sexual e está relacionada à perda da memória do desejo infantil – e do paciente – que não consegue

recordar que aquilo que está vivendo com o analista está associado a outros objetos –, o trabalho de análise consiste em superar a repetição por meio da recordação. Na análise, a repetição é remetida ao passado e o paciente recorda seu desejo, o que leva à dissolução da neurose de transferência e o indivíduo tem a possibilidade de enxergar o seu analista como um outro e não como réplica dos pais.

A transferência, que era tida inicialmente como resistência ou um obstáculo ao tratamento, muda com o conceito de complexo de Édipo, pois Freud irá considerá-la como uma forma de reviver, na análise, as relações com as figuras parentais e os conflitos psíquicos. O conflito edípico faz Freud compreender que a transferência liga-se às imagens parentais, ou seja, o paciente transfere para o analista os conteúdos do complexo de Édipo. Isso o leva a conceber a transferência não apenas como um deslocamento do afeto circunstancial, mas como deslocamento de conteúdos inconscientes das relações parentais. A transferência adquire, então, a partir dos protótipos infantis, a concepção de fator estruturante do processo de análise.

Nos textos técnicos de Freud, verificamos que o conceito de transferência não é construído de forma imediata e linear, mas é sim elaborado e aumenta progressivamente de importância e torna-se complexo. A transferência vai desde uma “falsa conexão” e como um problema a ser enfrentado até a aceitação como um fenômeno essencial da análise, no qual é vista como possibilidade do fazer analítico.

Verificamos, a partir do estudo dos textos técnicos que Freud utiliza como base para a compreensão do processo psicanalítico, o modelo onírico, que é aplicado na compreensão dos sintomas, da sessão e de qualquer tipo de manifestação psíquica. Esse modelo ainda é utilizado na concepção de *setting*, como, por exemplo, o uso do divã e a compreensão do fenômeno transferencial. Baseada no modelo onírico, observamos que a noção de transferência aparece associada ao fenômeno do deslocamento: um afeto

relacionado a uma representação se desloca, se transfere, para outra representação que não a original, o que vai se constituir como uma “falsa conexão”, na qual a carga afetiva ligada originalmente a uma pessoa do passado conecta-se à figura do analista.

Safra (2004) fornece uma contribuição para a compreensão da noção de transferência nos textos de Freud ao explicar que, além de ela estar associada ao fenômeno do deslocamento, é compreendida no registro temporal. A neurose de transferência em Freud é abordada como um passado atualizado e não reconhecido como passado. O paciente age ainda como se estivesse no passado. A transferência é, então, uma alteração da própria temporalidade da subjetividade, na qual o indivíduo não pode recordar ou encontrar a memória de sua infância. Safra nos mostra que a transferência em Freud é compreendida tendo como referência o deslocamento temporal: passado e presente. Com essa noção de transferência, o trabalho de análise consiste em recuperar a memória do desejo infantil por meio da interpretação da relação transferencial.

Freud (1937), em *Construções em análise*, afirma que o paciente fornece, nas associações livres e na transferência, conexões emocionais da memória do desejo infantil e que a relação transferencial é estabelecida para favorecer o retorno dessas conexões emocionais. Logo, o trabalho de análise consistiria no paciente recuperar a memória do desejo e, no analista, “completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que (a fala do analisando) deixou atrás de si, ou mais corretamente, *construí-lo*” (p. 276). Freud, nesse texto, compreende que o trabalho de construção ou de reconstrução do analista assemelha-se à escavação feita por um arqueólogo, na qual a reconstrução de um edifício é realizada a partir de restos encontrados nos escombros. Porém, no trabalho de análise, a reconstrução é feita a partir de lembranças, das associações e da relação transferencial.

O autor ainda chama a atenção dos analistas para o caráter preliminar que esse trabalho de construção constitui: “o analista completa um fragmento da construção e comunica ao sujeito, de maneira que possa agir sobre ele; constrói, então, um outro fragmento a partir do novo material que sobre ele se derrama, lida com este da mesma maneira e prossegue, desse modo, alternado, até o fim” (p. 279), sendo que “o caminho que parte da construção do analista deveria terminar na recordação do paciente” (p. 284), ou melhor, as construções realizadas na análise por analista e por analisando devem recuperar fragmentos de experiências perdidas.

A proposição de Freud em *Análise terminável de interminável* é a de que a análise, de certa forma, é interminável, no sentido de que o inconsciente não tem fim. Com essa proposição, percebemos que a própria construção é algo sempre completo e inacabado. Nesse sentido, existe sempre algo que escapa à construção, ficando de fora, impossível de apreender e de reconstruir. A noção de construção nos leva à questão do limite da interpretação e do que pode ser interpretável. A interpretação desvela sentidos que não se esgotam e que se fazem e se refazem a partir de diferentes referências clínicas. Ao sempre deixar cair restos sem solução, a interpretação aponta para as possibilidades e os limites impostos à própria prática clínica.

Temos que a psicanálise não cria a transferência, mas sim a evidencia. O processo de análise fornece um novo significado transferencial e substitui a neurose comum pela neurose de transferência. Encontramos uma importante formulação de Freud a respeito da transferência, em que a neurose de transferência introduz uma interessante concepção do que é o espaço analítico, que podemos associar à ideia de Winnicott sobre uma área transicional, “entre a doença e a vida real”, no qual a transferência “cria uma região intermediária” por meio da qual é possível a transição.

Assim, nesse encontro/desencontro analítico, outros dispositivos, além da transferência, entram em cena para a construção de um trabalho. Agora, iremos explorar as construções teóricas a respeito da outra pessoa presente no processo, o analista. Ou seja, entra em cena a contratransferência.

2.3. A contratransferência

A contratransferência entra em cena à medida que o conhecimento da intensa vida de fantasia, dos mecanismos inconscientes, ganham corpo na prática clínica. Ao mesmo tempo, esses poderosos mecanismos inconscientes podem colocar em risco o lugar do analista, sua neutralidade e abstinência. Trata-se de um conceito psicanalítico construído pela via da alteridade. Trata-se aqui de um campo que envolve um Eu e um outro. Entretanto, ressaltamos em nossa tese a importância e o uso da contratransferência como veículo no processo terapêutico para além da sua utilização na construção de um diagnóstico do paciente.

A via da alteridade aponta para a existência de uma outra pessoa, a pessoa do analista, que diz da existência de um outro, presente na relação terapêutica. Essa concepção afirma a contratransferência como um outro aspecto e parte do tratamento clínico e, mais, afirma a presença do analista, que passa a coexistir no processo analítico ao poder fazer-se presente emocionalmente/psiquicamente na relação. No processo histórico de discussão desse tema, há um consenso sobre o envolvimento de reações, sentimentos do analista, etc., mas também divergências advindas das diferentes elaborações, realizadas ao longo do desenvolvimento desse conceito. Assim, é importante, neste momento, compreender seu significado, as referências iniciais em Freud e, posteriormente, alguns desenvolvimentos pós-freudianos.

Contratransferência é um neologismo criado por Freud e em alemão significa *Die Gegenübertragung*. Segundo Orozco (2000, p. 137), indica: “1. *Gegen*, de

oposição, ‘contra’, ‘que se opõe a’, mas também contém a ideia de reciprocidade. 2. *Über*, que significa sobre, em cima. 3. *tragung*, que vem do verbo *tragen*, carregar, levar”. Assim, é uma palavra para tentar dar conta do impasse vivido pelo analista diante do impacto da transferência erótica, mas que abarca também o significado de indissolúvel união e de algo que está em frente.

Freud (1910), no texto sobre *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, enuncia a atitude recomendada nas inovações da técnica relacionada aos próprios médicos e à sua contratransferência surgida como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes. O autor ainda adverte aos que praticam a psicanálise que nenhum analista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas e, assim, indica, para o início de suas atividades, uma autoanálise, levando-a cada vez mais profundo enquanto estiver realizando suas observações sobre seus pacientes.

Freud aponta o cuidado clínico em diferenciar espaços, para respeitar e priorizar o processo terapêutico do paciente. O analista deve, portanto, ter seu próprio espaço, ou seja, sua análise pessoal.

Assim, o autor, nesse texto, mostra-se enfático na ideia da autoanálise ser suficiente para o analista se tornar capaz de reconhecer onde no seu inconsciente o analisando tocou. Já em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud (1912b) volta a falar sobre a atitude de neutralidade como garantia do exercício da psicanálise, esta entendida como uma técnica diferente, que prescreve ao médico ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado. A contratransferência aparece nesse texto e deve ser entendida a partir de sua natureza erótica, como uma falta de abstinência por parte do analista.

Novamente, o tema é abordado por Freud (1915 [1914]) em *Observações sobre o amor transferencial*, ainda situado paralelo à transferência erótica e entendida como resistência em oposição ao avanço do tratamento analítico:

Para o médico, o fenômeno significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente. Ele deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa; de maneira que não tem nenhum motivo para orgulhar-se de tal “conquista”, como seria chamada fora da análise. E é sempre bom lembrar-se disto. Para a paciente, contudo, há duas alternativas: abandonar o tratamento psicanalítico ou aceitar enamorar-se de seu médico como um destino inelutável (Freud, 1915 [1914], p. 178).

O que podemos encontrar nesses escritos de Freud é a instalação da neurose de transferência e as dificuldades que daí surgem. Entendemos que o paciente busca, acima de tudo, a preferência que o analista possa lhe dedicar na intimidade da situação analítica, cujos elementos originários são mobilizados e entram em cena, induzindo ao enamoramento, que constituiria os primórdios da neurose de transferência. Seguindo o texto, ele escreve que o médico deve negar o paciente que anseia por amor, e o tratamento deve ser levado a cabo de abstinência, mas explícita:

Com isto não quero significar apenas a abstinência física, nem a privação de tudo o que a paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma pudesse tolerar isto. Em vez disso, fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos. O que poderíamos oferecer nunca seria mais que um substituto, pois a condição da paciente é tal que, até que suas repressões sejam removidas, ela é incapaz de alcançar satisfação real (Freud, 1915[1914], p. 182).

A condição para uma clínica psicanalítica é aqui apresentada pelo autor, pois cabe ao analista o papel de favorecer as condições para que se efetuem as mudanças psíquicas, ao utilizar das forças que são mobilizadas no tratamento. Nesse trecho, Freud

deixa claro o não oferecimento de substitutos para apaziguar, recomendação importante na clínica com pacientes regressivos e que conduzem o analista ao impasse técnico.

A contratransferência é um conceito psicanalítico antigo que recentemente tem sido ampliada e enriquecida. Costumávamos pensá-la, essencialmente, como uma falha do analista a ser eliminada através da análise pessoal. Atualmente, a pensamos como algo que tem suas causas e efeitos no paciente e, portanto, como indicação de algo a ser nele analisado também. Assim, a descoberta de que a contratransferência pode ser empregada de forma tão útil não implica que ela tenha cessado para sempre de constituir um sério obstáculo. Assim, o analista irá “assumir um papel” oferecido pelo paciente de sua realidade psíquica. Como o ator numa peça de teatro que representa, contracena e incorpora, no momento do espetáculo, o papel lhe dado pelo diretor.

Laplanche e Pontalis (1988), ao falar sobre a transferência, definindo-a em termos conceituais e elencando o que ela aborda desde a sua origem em Freud, dizem que o paciente faz inconscientemente com que o médico desempenhe figuras parentais amadas ou temidas, em que o que realmente se transfere é a realidade psíquica ou o desejo inconsciente e os fantasmas conexos, neste sentido:

- Nós, analistas, podemos, por exemplo, nos acharmos na posição de superego, de modo geral, seria todo o mecanismo das identificações que nesta relação acharão ocasião de se desdobrar e de se desligar.
- Na linha de pensamento da noção de relação de objeto, procuramos ver em ação, na relação de transferência, as modalidades das relações do indivíduo com seus diferentes tipos de objeto – parciais ou totais. Nesse contexto, cada pormenor da transferência do paciente será entendido em termos da relação de objeto.
- Sobre o modo da relação, temos na psicanálise o valor especial dado à palavra e, portanto, na relação transferencial. No entanto, quando Freud descreve as

manifestações da transferência, classifica também o agir, contrapondo à lembrança a repetição como vivência. Ele acrescenta que o analista não estaria menos implicado no processo quando o paciente lhe conta determinado acontecimento ou sonho do quando visa o analista num comportamento. O agir, dessa maneira, tal como o dizer, é entendido como um modo de relação em que se veicula uma comunicação.

- Por fim, em suas orientações, eles apresentam um elemento próprio da transferência, que a coloca para além de um fenômeno puramente espontâneo ou como uma projeção sobre a tela constituída pelo analista, mas há a transferência de um elemento próprio do indivíduo a disposição para a transferência onde a situação analítica favorecia a emergência. O pedido instaura a análise desde logo e é por intermédio deste que todo o passado se entreabre, até o mais fundo da primeira infância. Pedir, segundo Laplanche e Pontalis (1988), foi o que o indivíduo sempre fez, ele não vive senão por meio disso. A regressão nada mais mostra que o retorno ao presente de significantes usados em pedidos para os quais existe uma prescrição.

As regras técnicas expostas por Freud conduzem o analista para além de sugestões ou recomendações técnicas sobre o exercício da psicanálise. O autor, em seus escritos, aponta para uma relação influenciada pela interação entre conteúdos inconscientes, que surgem da escuta flutuante pelo analista e da associação livre pelo analisando. As prescrições estabelecidas por Freud determinam essa interação, pelas regras fundamentais que devem se submeter tanto o analista como o paciente. A execução da psicanálise prioriza orientações sobre seu exercício em função do paciente e seus conteúdos. Para o analista, as orientações são praticamente restrições e prescrições da atividade psicanalítica.

Freud (1912b), ao longo da construção de sua teoria, descreve algumas metáforas para explicar qual a postura do analista durante o processo. Esse tem que ser como “um receptor telefônico, um espelho e um cirurgião” (p. 129). Ou seja, o analista deveria ajustar-se a um órgão transmissor – o inconsciente do paciente – e reconstruir a mensagem original para reenviá-la ao transmissor. Deve ser também o reflexo da imagem mostrada, sem mostrar nada além desta. E, por último, deve agir de maneira precisa e objetiva, diante de algo a ser retirado do paciente. Freud já deixa claro sua posição e orientação aos analistas para uma postura precisa e objetiva.

Freud utiliza o conceito contratransferência em apenas dois artigos ao longo de toda a sua obra: o texto *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910) expressa sua visão da contratransferência como algo a ser superado ou ultrapassado para que o analista volte a trabalhar em condições adequadas: “Tornamo-nos cientes da contratransferência que nele [no analista] surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos e a sobrepujará” (Freud, 1910, p. 130).

E no artigo *Observações sobre o amor transferencial* (1915[1914]), as duas últimas referências diretas ao fenômeno contratransferencial aparecem, indicando na primeira seu caráter negativo e indesejável:

Para o médico, o fenômeno [o amor transferencial do paciente em relação ao analista] significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente (Freud, 1915 [1914], p. 209-210).

Na segunda referência que faz dentro desse artigo, há a reiteração da necessidade de uma posição neutra, livre de sentimentos contratransferenciais, do analista: “...não devemos abandonar a neutralidade para com o paciente que adquirimos por manter controlada a contratransferência (Freud, 1915 [1914], p. 214).

Em outro artigo, *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912b), há uma contribuição sobre o que ele considerava adequado para o controle da

contratransferência, conseqüentemente, para a postura do analista. Nesse artigo, ele orienta como controlar aspectos inconscientes do analista, influenciados pelo inconsciente do analisando, curiosamente, sem usar o termo contratransferência.

Para tanto, trago alguns trabalhos de Ferenczi (1919, 1924, 1928), como, por exemplo, *A técnica psicanalítica* (1919), *Perspectivas da psicanálise* (1924) e *A elasticidade da técnica* (1928). A posição de neutralidade do analista, na qual Freud insistia em seus escritos técnicos, parecia para Ferenczi incompatível com o trabalho terapêutico feito com pacientes de graves comprometimentos ou fronteirços. Ele critica a clínica rígida e estereotipada dos analistas de sua época, que tomavam os escritos de Freud como uma bíblia. Suas indicações irão apontar para um modelo relacional mais afetivo, sincero e humano. Entende, como Freud, que a repetição é o verdadeiro material inconsciente – mais importante do que a lembrança, que continuava sendo a prioridade de Freud (1914a), e começou a usar a *técnica ativa* para favorecer a repetição. Ele enfatiza, em 1924, que, quando não se permite a repetição na análise, ela acontecerá fora dela. E que tudo o que não afeta o paciente diretamente no presente permanecerá sem efeito psíquico. Insiste sobre o fato de que não é o esclarecimento intelectual que produz mudança psíquica, e sim a possibilidade desse esclarecimento incidir sobre a experiência emocional atual.

A neutralidade é algo que o analista deve priorizar, ou seja, sua visão de mundo, seus aspectos morais da personalidade, muito bem colocados pelos autores psicanalíticos para a construção de um processo analítico, devem ser flexibilizados. Na clínica com pacientes fronteirços, torna-se, em alguns momentos, importante o comparecimento da pessoa do analista, até para marcar a diferença e abrir acesso para a alteridade do outro, ou seja, o reconhecimento, pelo paciente e pelo analista, de que também existem ali duas pessoas e que elas são diferentes.

Ferenczi (1932) também traz em suas teorias a postura e a sinceridade do analista e questiona-os: "...não será natural, e também oportuno, ser francamente um ser dotado de emoções, ora capaz de empatia, ora abertamente irritado? O que quer dizer: mostrar-se sem disfarces, tal como se exige do paciente (p. 132). O autor coloca que, se o analista pode se colocar numa posição de decodificar e captar as mensagens transmitidas pelo inconsciente do paciente, o paciente não seria capaz de fazer o mesmo com o analista? Ele percebe a necessidade de franqueza e autenticidade por parte do analista caso quisesse ter bons resultados com seus pacientes, pois "pacientes perspicazes não tardam em desmascarar toda a pose fabricada" (1928, p. 32). Segundo suas formulações, muitas análises chegavam a situações de impasse ou terminavam no momento em que algo não era admitido pelo analista, muitas vezes nem mesmo a si próprio, mas era captado inconscientemente pelo paciente.

Em 1933, Ferenczi afirma: "Cheguei pouco a pouco à convicção de que os pacientes percebem com muita sutileza os desejos, as tendências, os humores, as simpatias e as antipatias, mesmo quando este está inconsciente disso..." (p. 98). Aí ele aponta para a hipocrisia profissional e ao mesmo tempo para a insinceridade pessoal consciente e inconsciente do analista, obstaculizando o processo terapêutico. Ferenczi segue as indicações de Freud (1912b); conforme este, a análise só seria possível se o analista se encontrar numa determinada posição subjetiva. As regras que Freud diz respeito neste artigo não se referem a comportamentos observáveis, mas sim ao funcionamento interno do analista no contato com seus pacientes. Entretanto, diferentemente de Freud, Ferenczi (1919) considerava os fenômenos contratransferenciais não apenas pontos cegos ou aspectos não trabalhados na análise do analista, mas ele acreditava que tudo o que se passasse do lado do analista, instrumento

ou obstáculo, poderia ser definido como parte integrante da contratransferência, devendo ser examinado e compreendido.

A contratransferência é, para Ferenczi (1919), uma questão a mais a ser trabalhada, já que nesta poderiam existir sentimentos ambivalentes despertados. Sabemos que sentimentos ternos são influenciados pelo amor que o paciente devota ao analista ou, muitas vezes, pela onipotência com que o analista é brindado, mas também devemos ter consciência e tomar todo o cuidado com as manifestações desagradáveis, invasivas, intrusivas.

Nesse sentido, no texto *A técnica psicanalítica*, Ferenczi (1919) descreve a necessidade de se ter um domínio da contratransferência, domínio por parte do analista e sua condição de aparição em todas as análises. O autor coloca a vida mental do analista em ação, a natureza dos fenômenos contratransferenciais deixa de ser apenas um ponto cego ou resto não analisado, como apontado por Freud, mas faz parte da relação humana que se estabelece em análise, com analista e analisando, e é obstáculo ou instrumento como parte integrante de tudo que se passa do lado do analista.

...sendo o médico, não obstante, um ser humano e, como tal, suscetível de humores e simpatias, antipatias e também de ímpetos pulsionais – sem uma tal sensibilidade não poderia mesmo compreender as lutas psíquicas do paciente – é obrigado, ao longo da análise, a realizar a dupla tarefa: deve, por um lado, observar o paciente, examinar suas falas, construir seu inconsciente a partir de suas proposições e de seu comportamento; por outro lado, deve controlar constantemente sua própria atitude a respeito do paciente e, se necessário, retificá-lo, ou seja, *dominar a contratransferência*. A condição prévia para isto é, naturalmente, que o médico tenha sido analisado. Entretanto, mesmo analisado, não poderia emancipar-se das particularidades do seu caráter e das flutuações do seu humor ao ponto de tornar-se supérfluo o controle da contratransferência (Ferenczi, 1919, p. 365).

Diferentemente de Freud, Ferenczi considerava os fenômenos contratransferenciais não apenas pontos cegos ou aspectos não trabalhados na análise do analista, mas tudo o que se passasse do lado do analista – instrumento ou obstáculo para

a análise – poderia ser definido como parte integrante de sua contratransferência, devendo ser examinado e compreendido analiticamente. Aí estaria o uso da contratransferência, que Ferenczi fala nesse mesmo artigo. O analista deve manter-se constantemente em contato com todos os pensamentos e o colorido de afetos que lhe ocorram em relação aos seus pacientes. Ou seja, experimentar o medo e a angústia das vivências contratransferenciais.

A terapêutica analítica cria, ...para o médico, exigências que parecem contradizer-se radicalmente. Pede-lhe que dê livre curso às suas associações e às suas fantasias, que deixe falar o seu próprio inconsciente; Freud ensinou, com efeito, ser essa a única maneira de aprendermos intuitivamente as manifestações do inconsciente, dissimuladas no conteúdo manifesto das proposições e dos comportamentos do paciente. Por outro lado, o médico deve submeter a um exame metódico o material fornecido, tanto pelo paciente, quanto por ele próprio, e só esse trabalho intelectual deve guiá-lo, em seguida, em suas falas e em suas ações. Com o tempo, ele aprenderá a interromper este estado permissivo em face de certos sinais automáticos, oriundos do pré-consciente, substituindo-o pela atitude crítica. Entretanto, essa oscilação permanente entre o livre jogo da imaginação e o exame crítico exige do psicanalista o que não é exigido em nenhum outro domínio da terapêutica: uma liberdade e uma mobilidade dos investimentos psíquicos, isentos de toda inibição (Ferenczi, 1919, p. 367).

É um complexo funcionamento interno que se movimenta, de modo a oscilar entre livre devaneio, trabalho intelectual rápido e preciso, passando também pela auto-observação de fantasias, sensações físicas, sentimentos. Ou seja, é entre relaxamento e concentração que o analista deve buscar fazer seu trabalho.

O autor afirma que o narcisismo do analista pode dificultar o reconhecimento, o manejo e a interpretação da transferência. “O narcisismo do analista parece apropriado para criar uma fonte de erros abundante, na medida em que suscita uma espécie de contratransferência narcísica, e leva o analisando a realçar as coisas que lisonjeiam o médico e a reprimir comentários pouco favoráveis...” (Ferenczi, 1924, p. 237). Ele critica uma maneira excessivamente teórica e intelectualizada de clinicar, que não

produzia os resultados terapêuticos esperados. “Dificuldades técnicas surgiram de um saber excessivo do analista” (Ferenczi, 1924, p. 240). Sustenta também que a psicanálise precisava passar de uma fase do conhecimento para a fase do experimentado, sugerindo a colocação do saber a serviço do tratamento, provocando, diretamente, em função do saber, as experiências vividas adequadas e limitando a explicar ao paciente somente a experiência que lhe seja perceptível.

Ressaltamos também a atenção para a qualidade da relação entre analista e analisando e para uma capacidade fundamental do analista, a empatia, o tato, o *feeling*, a intuição. Esses também se colocarão na cena e na relação analítica. Ferenczi (1928) escreve sobre isso ao nos dizer como e quando comunicamos alguma coisa para o analisando, quando podemos declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões, em que forma a comunicação deve ser apresentada, como podemos reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente, quando devemos calar e aguardar outras associações e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente.

Nesse contexto, temos a sensibilidade da relação em questão, pois, muitas vezes, a forma com que as colocações, a postura do analista, o tipo de sofrimento do analisando irão influenciar o processo. Estar atento para essas nuances é algo que se faz necessário ao analista, mas também pensamos que, além dessa atenção para a relação, o analista deve ter olhares para si mesmo, perceber seu ser, seus limites, pois acreditamos que isso também irá perpassar o trabalho, assunto que iremos discutir nas próximas linhas. A confiança em nossas teorias, na psicanálise e em seu método de trabalho deve ser condicional, pois, como nos diz Ferenczi (1924), pode haver casos que sejam uma exceção à regra ou mesmo pode haver a necessidade de se modificar alguma coisa na

teoria em vigor até então. A modéstia do analista é a expressão da aceitação dos limites do nosso saber.

Nesse momento, apontamos para a importância da percepção do tato. Ferenczi (1928) descreve o tato como a faculdade de “sentir com”. Segundo o autor, esse “sentir com” refere-se à capacidade do analista, devido à experiência com a dissecação de numerosos psiquismos humanos, mas, sobretudo, ao entendimento de seu próprio psiquismo/eu e de conseguir tornar presentes as associações possíveis ou prováveis do paciente, as associações que o paciente ainda não percebe e nós – não tendo, como ele, de lutar com resistências – adivinhar não só seus pensamentos, mas também as tendências que lhe são inconscientes.

Mas o que o autor queria dizer com isso? Porque ele acreditava que esse “sentir com” poderia trazer progresso para o processo terapêutico? Ferenczi nos diz que, pelo fato de o analista não ser o paciente, o analista pode se tornar capaz de, empaticamente, sentir o que o paciente sente, pensar o que ele pensa, deduzindo-lhes ideias reprimidas e os impulsos inibidos, sem sofrer as mesmas resistências que ele sofre.

Entretanto, devemos, nesse trabalho, ficar atentos às resistências, tidas como outro pilar do processo, pois isso também deve servir como um dos balizadores em uma comunicação e na forma com que esta deve se efetivar. Essa postura não deve servir para estimular resistências do analisando. Entretanto, não cabe a nós, e nem à psicanálise, poupar o paciente de todo o sofrimento. Entretanto, levá-lo a aprender a suportar constitui um dos efeitos de uma psicanálise, além de a possibilidade de chegar os analisandos no estágio de conseguir realizar todo o trabalho de interpretação quase sozinho ou apenas com uma ajuda mínima.

Como tudo na vida, o trabalho em questão também envolve riscos, dificuldades, e uma delas seria o fracasso. As frustrações desse trabalho são inúmeras, pois, além das

limitações que o próprio trabalho impõe, temos de estar atentos às limitações do paciente e às nossas também. Ao pensar nelas, vemos a importância de colocar para o paciente que se trata de um trabalho que, segundo Ferenczi (1919), se renuncia uma confiança antecipada, pois o paciente só deve acreditar no analista se as experiências do tratamento o justificarem. Nesse sentido, damos também ao paciente a responsabilidade de um eventual fracasso de tratamento, a sua impaciência e, assim, ele decide se quer ou não, nessas condições difíceis, assumir o risco do tratamento.

Não podemos prever anteriormente as dificuldades a superar e menos ainda podemos prometer um resultado certo. O que podemos fazer é nos contentar que, em alguns casos, são suficientes períodos mais curtos, há chances de resultados terapêuticos positivos serem maiores, mas há a importância, não somente para esse trabalho como para qualquer outro, de dar um certo crédito de confiança ao homem do ramo, não estando excluídas as decepções (Ferenczi, 1919).

Para Ferenczi (1919), no decorrer de uma análise, é bom ficar atento para as manifestações encobertas ou inconscientes que revelem incredulidade ou recusa e discuti-las com o paciente, em seguida, sem rodeios. Com relação à postura do analista, ele deve, em muitos momentos, abster-se de um combate, de uma afronta e despeito por parte do analisando, pois, quando o analisando perceber sentimentos amistosos escondidos por trás da defesa ruidosa, poderá eventualmente penetrar mais a fundo no material latente, sobretudo naquelas situações infantis em que a base de certos traços de caráter maldoso foi formada. Nesse rumo, seguem as interpretações do analista, que devem ter o caráter mais de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente, mas também porque podemos efetivamente estar enganados.

Em 1928, Ferenczi cria a metáfora “elasticidade da técnica analítica”, na qual o alega a necessidade de uma tira elástica existir, no intuito de ceder às tendências do paciente, mas sem, contudo, abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada. A única pretensão alimentada por uma análise é a da confiança na franqueza e na sinceridade do médico, em que não lhe faz mal o franco reconhecimento de um erro. O autor escreve sobre a importância de sentir com o analisando todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também ater-se com firmeza à posição ditada pela experiência analítica, pois a única base confiável para uma boa técnica analítica é a análise terminada do analista. Num analista bem analisado, os processos de “sentir com” e de avaliação não se desenrolarão no inconsciente, mas ao nível pré-consciente.

Assim, temos em Ferenczi um dos pioneiros a se preocupar com os aspectos da técnica que o tratamento acarreta. A técnica elástica para pacientes resistentes à abordagem habitual, proposta pelo autor, mostra a preocupação que ele tinha em poder dar conta da comunicação desses pacientes tão difíceis de tratar com técnicas convencionais. Para ele, as lembranças revividas na relação transferencial têm muita importância na relação aqui e agora do paciente com seu analista, e o trabalho ocorre tendo por base esse novo contato emocional. Entretanto, o analista deve ter o cuidado de evitar a repetição do trauma de infância no enquadre analítico e conceber a análise como um processo evolutivo que se desenrola sob os nossos olhos, no qual o paciente acabará sabendo mais sobre si mesmo e poderá adaptar-se melhor às dificuldades inevitáveis da vida, com uma distribuição mais justa de energia.

Ferenczi (citado por Barbosa, 2013) privilegia uma cartografia dos afetos e, com isso, insere, na prática psicanalítica, uma nova dimensão do *setting* e da transferência. Segundo ela, Ferenczi amplia o campo da prática psicanalítica, de forma a incluir uma

série de modos de subjetivação que não se encaixavam nos diagnósticos freudianos. Ao postular o primado do afeto sobre o sentido, permitiu ao analista atender os seus pacientes, mesmo quando ele não sabe muito bem o que fazer: basta se deixar conduzir pelos afetos que se distribuem na relação entre os termos do par transferencial, que um sentido derivará como efeito dessa cartografia afetiva.

A relação entre transferência e contratransferência é grande, pois ambas representam dois componentes que dão vida e que criam a relação interpessoal da situação analítica. Elas são, nesse contexto, utilizadas como ferramentas de trabalho. Um autor que teve produção bastante profícua sobre essa temática é Heinrich Racker (1982), pois aborda o tema sob vários ângulos e formula o conceito de “neurose de contratransferência”. Sua produção é contemporânea a de outros autores, como, por exemplo, Heimann, que apresentaremos adiante. Seus textos estão compilados no livro *Estudos sobre técnica psicanalítica*, do qual iremos destacar algumas contribuições que irão nos auxiliar no desenvolvimento da presente tese.

Segundo Racker (1982), a realidade constante da transferência é respondida pela realidade constante da contratransferência e vice-versa. Para o autor, o analista não apenas reage, mas é parte ativa na constituição do campo transferencial-contratransferencial. A transferência leva a uma conduta real ante o analista e seu trabalho, o qual, pelos significados que têm para ele, sua própria pessoa, seu trabalho e os sentimentos e atos do paciente para com ele, responde com sentimentos, angústias, defesas e desejos igualmente reais. Com isso, ele desconstrói a dicotomia transferência/contratransferência, mostrando que formam uma unidade indissolúvel. Nesse trabalho, o autor ainda enfatiza a importância de o analista aceitar, livre de repressões, a transferência que o paciente lhe fizer, mas também a vivência

contratransferencial, aceitar ambos livres de repressões, para que o analista possa liberar o paciente das repressões em suas relações com o terapeuta.

Ao falar sobre a contratransferência, o autor situa a função do analista e diz ser dupla tal função, como intérprete e como objeto: intérprete dos acontecimentos inconscientes e, ao mesmo tempo, objeto desses mesmos acontecimentos. Com isso, o analista situa-se no seio de uma relação que pode fazer vibrar tanto seus aspectos sãos como os aspectos neuróticos. O autor também aponta a dificuldade de encontrar publicações sobre o tema da contratransferência, devido à importância da exposição do analista ao tratar sobre o tema.

De certa forma, Racker nos ajuda a compreender os processos de identificação envolvidos na contratransferência e formula duas vias de identificação que se darão pela regressão:

1. complementar: por meio da qual o analista pode sentir sua posição na fantasia inconsciente do analisando e compreender as dificuldades dele, ou seja, o ego do analista se identifica com os objetos internos do paciente. Aqui o analista entra no círculo vicioso e patológico, colabora para manter a repetição sintomática, o que levaria a análise a um impasse. Para sair disso, é necessário elaborar a contratransferência e se separar do objeto interno do paciente, desidentificar-se dele;
2. concordante: coloca o analista na mesma posição que o analisando, o que lhe permite sentir e experimentar os mesmos impulsos e desejos do analisando. Essa é a base da empatia, da capacidade de reconhecer o “outro em mim” e vice-versa. Consigo me colocar na pele do paciente.

Levantamos como hipótese que, na clínica com os pacientes fronteiraços, há o risco de comparecer à posição contratransferencial complementar como forma

predominante, nessa via regressiva complementar, pois o que costuma ocorrer nesses casos é o analista se identificar e se confundir com os objetos internos do paciente, a repetição se cronifica e a contratransferência pode adquirir uma tonalidade negativa e arrastar o ego do analista, que pode tentar contra-atacar. Racker (1982) diz que a contratransferência é vivida não apenas com mais intensidade, não sendo aí uma questão quantitativa, mas também como realidade. A qualidade da contratransferência é outra, não há mais “como se”. Nesses casos, o ego do analista é arrastado pela transferência.

Minerbo (2012) traz a ideia de posição ou atitude interna básica do analista diante do paciente e seu material e indica alguma coisa para além dos sentimentos do analista por seu paciente. Racker (1982) trará com mais clareza que se trata de uma atitude interna de resistência à transferência. Essa posição é complementar à identificação que está sendo atualizada na transferência e, por isso, dá sustentação à repetição sintomática. É uma posição identificatória e, nesse sentido, inconsciente.

O que verificamos são dois níveis contratransferenciais aparecendo no processo. O nível consciente corresponderia àquilo que o analista vive e reconhece que vive, enquanto está identificado a um objeto interno do paciente. E há também o nível inconsciente da contratransferência, que é a posição identificatória ocupada sem saber, em resposta à convocação transferencial.

A percepção da contratransferência não só indica o conflito central do paciente em suas relações de objeto transferenciais, mas também acentua as reações de seus objetos internos dentro e fora dele e, em especial, as da imagos colocadas no analista, a que o paciente logo introjeta. Desse modo, Racker (1982) escreve que o incremento da atenção à contratransferência contribui para um maior conhecimento das relações do sujeito com seus objetos internos e externos e das relações desses com o sujeito,

intensificando-se, assim, também, o contato e a comunicação do analista. Aqui o autor aponta para o intrincado interjogo entre o complexo edípiano no analista e no analisando, nos seus aspectos positivo e negativo.

O analista não deve ficar preso a essa identificação, mas deve saber utilizá-la para compreender e interpretar os processos do mundo interno do paciente, até porque o fato de o paciente colocar o analista em certas situações psicológicas não costuma ser simples desejo dele, mas sim algo que ocorre realmente. Quando afirmamos que temos de aceitar plenamente a contratransferência, temos em mente que, nessa relação, não é somente o paciente que se encontra implicado afetivamente, mas também o analista. Nesse sentido, ele poderá fazer uso dessa afetação para o trabalho. Para Racker (1982), há a angústia contratransferencial, que pode ser de natureza depressiva e paranoide. Ele aponta um denominador comum, a saber, a identificação com o agressor, diante do qual o paciente pode reagir com uma conduta maníaca. A angústia pode vir como um temor por uma piora do paciente, um cansaço ou uma sensação de triunfo.

A contratransferência é mais do que uma simples reação emocional à transferência, veremos que ela é a matéria psíquica viva do analista, graças a qual a transferência pode ganhar corpo e ser reconhecida. O analista tem de estar, ao mesmo tempo, em cena, oferecendo sua alma-corpo para relacionar com o paciente, e observando e reconhecendo quem o analista está sendo naquele momento em resposta à transferência.

Há nos quadros fronteiros uma ausência de capacidade simbólica bem desenvolvida. Assim, não encontramos um espaço para pensar de forma consistente no analisando e, desse modo, o espaço para pensar fica com o analista. Seu aparelho mental deve ser preservado; em sua mente, o enquadre interno precisa ser preservado como forma de manter intacta sua capacidade de pensar. Por mais que o enquadre externo

tenha certa mobilidade em alguns momentos, e isso podemos colocar que ocorre em função da elasticidade necessária ao clínico no acompanhamento de seu paciente, a função psicanalítica de pensar as emoções e o enquadre interno do analista devem ser preservados para a manutenção da relação.

O que encontramos nessa clínica é o que Heimann descreve sobre o uso da contratransferência. Esta entendida é pela autora como: “Estou usando o termo contratransferência para cobrir todos os sentimentos que o analista experiencia em relação ao seu paciente.” (Heimann, 1950, p. 54).

Em seus trabalhos, a autora nos mostra o uso que podemos fazer da contratransferência ao trazer uma concepção da técnica de psicanálise mais humanizada. A aceção básica que nos apresenta consiste no inconsciente do analista compreender o inconsciente do paciente. Essa relação profunda chega à superfície na forma de sentimentos que o analista percebe em resposta ao seu paciente na contratransferência, e aí apresenta uma concepção de “contratransferência reativa”. “Do ponto de vista que estou ressaltando, a contratransferência não é somente parte integrante da relação analítica, mas é criada pelo paciente; ela é parte da personalidade do paciente” (Heimann, 1950, p. 75).

Essa resposta emocional do analista, para a autora, está frequentemente mais próxima da realidade psicológica do paciente que a opinião do analista sobre a mesma situação. Ou seja, sua ideia é a de que o analista possa aceitar seus sentimentos por mais angustiantes e confusos que possam lhe parecer, saber suportá-los sem julgamento e hierarquização, até que possa compreender qual a conexão que apresentam com as vivências de seu paciente. Nesse sentido, Heimann (1987) introduz, no campo psicanalítico, uma importante mudança conceitual, pois transforma a contratransferência em um instrumento a serviço da técnica.

Em seus escritos, a autora apresenta a resposta emocional do analista para o paciente na situação analítica como uma das ferramentas mais importantes para seu trabalho; assim, a contratransferência constitui um instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente. Na sustentação dessas afirmações, a autora segue com a colocação de que a situação analítica é o encontro entre duas pessoas, mas que o que irá diferenciá-la reside no fato de o analista subordinar seus sentimentos à tarefa analítica e não simplesmente descarregá-los, como faz o paciente. A autora considera que, sem tal conduta com relação aos próprios sentimentos, suas interpretações serão pobres demais.

Diferentemente de Ferenczi, Heimann não acreditava que o analista devesse revelar ao paciente os sentimentos originados na situação analítica, mas ela aponta que os afetos contratransferenciais deveriam ser livremente expressados pelo analista, mas contidos até que pudessem ser transformados em interpretações sobre o funcionamento do paciente. Torna-se fundamental nesse contexto o analista saber diferenciar entre o que deriva de si mesmo e o que é produzido pelo paciente.

Entretanto, mesmo com essas colocações, Heimann (1961) escreve sobre o cuidado que o psicanalista deve ter para não se apoiar sobre seus sentimentos em qualquer interpretação feita, pois se deve ter suficiente sentido crítico. E, nesse mesmo tom, ela tenta esclarecer, de forma contundente, que o que torna o analista diferente – pois ele poderia ser tão útil ao paciente como qualquer outra pessoa – é a habilidade que o psicanalista consegue desenvolver com o treino especial e, assim, apresentar a seus pacientes suas descobertas sobre eles mesmos de uma forma emocionalmente significativa e dinamicamente eficiente. Ela afirma ainda que é apenas através da capacidade de analisar que a personalidade do analista deve se expressar.

O termo contratransferência refere-se, assim, ao modo de o analista colocar-se diante ou deixar-se colocar diante do paciente e ser por ele afetado. Mas Figueiredo

(2008) nos adverte sobre os equívocos de se supor que a posição do analista é apenas da ordem de uma resposta e de uma reação às transferências de que é efetivamente alvo por parte do paciente. O autor nos apresenta a ideia de contratransferência primordial, que seria a disponibilidade humana para funcionar como um suporte a transferências e a outras demandas afetivas e comportamentais primitivas e profundas, ao mesmo tempo em que se deixa afetar e interpelar pelo sofrimento alheio, no que este tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, não só desconhecido como incompreensível. A contratransferência primordial não é só condição do psicanalista, mas do vir a ser sujeito, do existir como subjetividade e das raízes dos processos de singularização.

Figueiredo fala da qualidade existente na relação com o outro, ou seja, precisamos admitir um nível de afetação pelo outro anterior à entrada desse outro em nosso mundo, onde ele se configura e pode ser nomeado. O cultivo dessa disposição subjetiva é um aspecto essencial na formação do analista, e sua preservação ao longo do tratamento é também um dos elementos fundamentais de uma cura. O psicanalista implica em lidar com transferências que emergem e podem ser tratadas nesses processos e dependem, portanto, dessa contratransferência primordial.

Como já havíamos escrito no início deste tópico a contratransferência também possui suas resistências e, sobre esses aspectos, Money-Kyrle (1990) nos apresenta contribuições, ao falar em contratransferência “normal” e as possíveis condições em que ela é perturbada, pois a compreensão do analista pode falhar toda vez que o paciente corresponde de forma demasiado próxima a algum aspecto de si próprio que ele ainda não aprendeu a compreender em função da severidade de seu próprio superego. Nessas situações, a ausência de compreensão pode suscitar ansiedade consciente ou inconsciente, e a ansiedade contribui ainda mais para minorar a compreensão. Encontra-se aí, segundo o autor, os desvios do sentimento contratransferencial normal. É

fundamental ao analista ter consciência das fantasias dentro de si, reconhecer sua fonte, separar as fantasias do paciente das suas próprias e, então, objetivá-lo novamente.

Assim, há a afetação não somente do paciente, mas também do analista, e é com esses afetos que é possível trabalhar na clínica. A transferência não mexe só com o paciente, mas faz ressonância no analista. Pick (1990) traz contribuições sobre esses aspectos ao falar da elaboração na contratransferência. Segundo a autora, a experiência do analista com as projeções do paciente pode estar intimamente ligada às reações internas próprias do analista a esse material. Para tanto, entrariam em cena três fatores, o primeiro, o lado emocional do analista, depois, o papel do paciente em ocasionar uma perturbação no analista e, finalmente, o efeito da perturbação emocional do analista sobre o paciente. O paciente não apenas projeta para dentro do analista, mas na verdade os pacientes são muito habilidosos em projetar visando aspectos específicos do analista. Há uma razão em dizer e em porque dizer isso.

Os pacientes mobilizam problemas e ansiedades profundas do analista, relacionados com a necessidade de ser amado e com o medo de consequências catastróficas frente a fracassos – isto é, ansiedades persecutórias primitivas e superegoicas. A projeção que o paciente faz de sua experiência para dentro do analista pode ser sentida por ambos como uma invasão indesejável, e toca em questões da vida mental nas quais as fronteiras entre o interno e o externo, a fantasia e a realidade, o *self* e o objeto, tornam-se problemática em vários níveis (Pick, 1990).

Na clínica com pacientes fronteiros, as projeções são intensas, maciças e, às vezes, violentas, pois o excesso pulsional apresenta-se no cenário. Em muitos momentos, o limite analista/paciente fica indiferenciado em função da qualidade do contato. Ao tolerarmos tudo isso, ao mesmo tempo sendo constantes para o paciente, tendo preservados nossos pensamentos – pois essa violência pode em muitos momentos

nos fazer sentir ódio, desespero, medo, nos paralisar, mas ela não vai nos destruir –, poderemos proporcionar um espaço de representação para o paciente, já que trabalhamos sob uma perspectiva dinâmica.

Desse modo, conforme a autora, o que ocorre primeiro dentro de um objeto vivo, dentro do qual se faz uma projeção, é uma reação. Voltamos a afirmar aqui que o encontro é uma interação, assim, o que o paciente traz faz eco no analista, ao mexer com os aspectos internos deste. Ao mesmo tempo, cabe ao analista, em função de seu percurso construído, pensar essas questões e fazer uso delas em benefício do paciente.

Pick (1990) escreve sobre a compreensão total em que está envolvido o não saber. As interpretações e as comunicações com o paciente incluirão o não verbal e, em parte, o inconsciente, sobre o que foi apreendido, bem como informações sobre o que não foi apreendido. É por meio dessa comunicação, e com as projeções do paciente, sejam elas verbais ou não, que ocorre uma interação emocional espontânea. Se isso for respeitado integralmente, não sendo dominado pela exigência de uma neutralidade impecável, podemos fazer melhor uso da experiência para a interpretação.

Fala-se em manejo da contratransferência, ou seja, dar espaço para elaborar internamente as questões que se apresentam aos analistas no contato com os pacientes, pois elas irão afetar sua maneira de trabalhar com eles. Deve-se preservar e cuidar do enquadre interno. Nesse sentido, Pick (1990) coloca a importância do esforço maciço do analista para conter as projeções do paciente, mas também para manejar seus próprios sentimentos, que estão sujeitos à pressão intensa. A elaboração tanto para o paciente como para o analista também não é um processo suave e sem rupturas. O pensar analítico inclui o reconhecimento de uma constante luta no desejo de desempenhar algum papel em que ele seja capaz de pensar e decidir o que fazer em cada

circunstância, ou seja, como o analista se permite viver essa experiência, como fazer para elaborar, formular e comunicar ao paciente.

A dupla transferência e contratransferência diz respeito ao campo da relação clínica no qual um trabalho psicoterapêutico pode ser desenvolvido; contudo, nosso foco nesta tese é a contratransferência. Em síntese, elencamos os elementos mais importantes para o trabalho com pacientes fronteirços, pacientes com fortes tendências à manipulação e controle do outro. Há facilidades para a identificação do analista com os objetos internos do paciente em que o analista entraria em um circuito patológico. Uma das formas dessas pessoas se defenderem na relação com o analista é colocando-o no mesmo lugar, como se fossem eles. Dessa maneira, é necessário e importante contermos e sustentarmos a contratransferência, mas, principalmente, discriminarmos os conteúdos, nos separando do objeto interno do paciente, ao nos desidentificarmos dele. Outro aspecto muito importante nessa clínica diz respeito à neutralidade e à abstinência do analista, questões essas que levantam algumas discussões na área. Entretanto, no nosso entendimento, é necessária uma postura flexível do analista, por se tratar de pacientes mais sensíveis. Muitas vezes, a pessoa do analista é mais importante do que o *setting*, e essa pode vir a se tornar objeto de identificação.

Trabalhamos, neste capítulo, os dispositivos, além de mostrarmos os lugares/posições que se encontram analista e paciente. Nossos conceitos teóricos foram postos para que nos situemos nesse cenário clínico. Na tentativa de um aprofundamento e apoio maior na teoria, entraremos, em seguida, nas contribuições de dois autores, André Green e Winnicott, que nos servem para dar sustentação ao campo da relação e às questões por nós aqui discutidas.

Capítulo 03

O trabalho clínico: condições de analisabilidade na clínica com pacientes fronteiriços

3.1. O trabalho clínico com os casos fronteiriços

O trabalho clínico exige do analista uma reflexão sobre sua própria formação de psicanalista e sobre a transmissão da psicanálise. Com isso, há a necessidade de o analista realizar sua análise pessoal, experimentando o processo e elaborando sua própria transferência, o que, segundo Kupermann (2008), indica que “a transmissão do saber psicanalítico é regulada pela transferência” (p. 23). Assim, observamos que a base para a transmissão da experiência psicanalítica é a relação entre analista e analisando, permeada pelas noções de contratransferência e transferência.

Tanto na descrição e na discussão de um caso clínico quanto em estudos teóricos, encontramos referências ao tema transferência-contratransferência evidenciando sua importância como um fenômeno que contextualiza a prática clínica. A clínica faz os analistas entrarem em contato com os processos contidos na dupla e nos seus próprios, o que os faz remeterem, constantemente, a questões que necessitam de elaborações teóricas e clínicas. Nesta tese, não nos reportamos a qualquer tipo de clínica, mas em específico à clínica com pacientes fronteiriços. Nesse sentido, diante da nossa definição e entendimento do fronteiriço, optamos por nos sustentar em André Green e Winnicott no entendimento clínico, apesar de existirem muitos outros autores que se referem ao tema em questão.

André Green revela o pensar como uma atividade por excelência do analista, em que o pensamento clínico é a própria clínica nascida no encontro/desencontro entre a

dupla. O autor, em sua obra, convoca autores, como Winnicott, Freud, Bion, Klein, Lacan, entre outros, para compor seu trabalho sobre o aparelho psíquico de duplo limite, as pulsões e o trabalho do objeto, e propõe a ideia de limite como conceito psicanalítico. Entendemos aqui a importância desse construto teórico, surgido em meio à presença, na clínica, de um indivíduo frágil na sustentação de suas próprias fronteiras, fazendo surgir questões relacionadas à constituição do próprio Eu, e no auxílio para o analista em seu árduo trabalho.

Winnicott traz em sua obra o entendimento do sofrimento psíquico devido a uma falha ambiental precoce no período de dependência absoluta do bebê. A função do analista, para ele, além de interpretar e de favorecer a transferência, é também de proporcionar um ambiente *holding* que vá se adaptando às necessidades do infantil dentro do adulto, favorecendo a retomada do processo de desenvolvimento emocional do indivíduo. Desse modo, a relação analítica é, não apenas, de ressignificação de algo vivido, como também uma forma de constituir o vivido da relação atual com o analista.

Desse modo, nosso objetivo, neste capítulo, é compreender essa clínica com o foco na contratransferência, recorrendo a André Green e Winnicott como os principais autores para apreendê-la e interpretá-la. São autores que tomamos como referência por considerarmos seus trabalhos os que mais buscam pensar a contratransferência e essa clínica com as contribuições do legado freudiano.

3.1.1. Contribuições de Winnicott

Iniciamos, neste momento, as contribuições de Winnicott sobre a transferência e a contratransferência. O autor irá propor mudanças teóricas e práticas relativas à noção de transferência, que são importantes para o acolhimento de aspectos transferenciais que não podem ser analisados com base na concepção freudiana. As mudanças às quais nos referimos é baseada na observação de Winnicott (1965) de seus pacientes que tiveram

falhas ambientais nos primeiros anos de vida, anterior ao estabelecimento do indivíduo enquanto ser único e integrado. Esses pacientes encontravam-se em um estágio no qual ainda não havia uma distinção entre Eu e não Eu.

Em dois artigos, *Variedades clínicas da transferência* (1954-1955) e *Tipos de psicoterapia* (1961), o autor propõe três variedades clínicas com base em diferentes registros de sofrimento, decorrentes de diferentes momentos de falhas no processo maturacional e que demandam modos distintos e específicos de trabalho clínico. Dessa forma, Winnicott utiliza a classificação diagnóstica para se localizar em relação às demandas do indivíduo e para o tipo de psicoterapia necessária.

A primeira variedade refere-se a pacientes que funcionam como pessoas inteiras, as dificuldades localizam-se no âmbito dos relacionamentos interpessoais. Nesse caso, a técnica de trabalho é a desenvolvida por Freud, análise clássica freudiana, utilizando como ferramenta básica a interpretação da transferência com o intuito de trazer à luz o material inconsciente recalcado. A segunda é a clínica com pacientes que começam a se integrar, mas que ainda não conquistaram a estabilidade no seu sentido de unidade. São pacientes dominados por uma área de privação (*deprivation*), podem ser neuróticos ou psicóticos. Encontramos, nessa clínica, uma tendência antissocial, para o autor, o abandono e a privação estão na base da tendência antissocial. A análise, nesse caso, refere-se não somente à aquisição de uma unidade, como também à junção do amor e do ódio e ao reconhecimento da dependência. Nesse tipo de trabalho, a técnica não difere da primeira, mas surgem novos problemas com relação ao manejo, temos, assim, a junção do manejo aos princípios da análise clássica. A terceira clínica é aquela cuja análise precisa lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional e relaciona-se com uma falha em períodos anteriores ao estabelecimento da personalidade como uma entidade. Chamada por Balint (1968) também de “falha básica”, pode produzir

estados psicóticos ou falsos *selfs*, em que a estrutura pessoal ainda não está integrada e é anterior à aquisição da unidade pessoal em termos de espaço e tempo. Nesse caso, a ênfase recai sobre o manejo clínico e o estabelecimento do *setting*. Essa clínica é caracterizada por uma complexa organização de *holding* que permite, sem necessariamente recorrer à interpretação, a regressão à dependência.

Na descrição dessas variedades clínicas, Winnicott (1961) ressalta que essa categorização pode envolver uma simplificação grosseira de uma questão muito complexa, pedindo-nos cuidado com relação a essa classificação. Ele ainda ressalta a necessidade de o analista “ser capaz de passar de um tipo de psicoterapia para o outro com facilidade, e até fazer os três tipos ao mesmo tempo, se necessário” (p. 85). Nesta tese, focamos os estudos relativos ao terceiro tipo de clínica, mais especificamente, aos estados fronteiraços.

Winnicott (1962-1963), em função de sua clínica, substitui a etiologia tradicional baseada nos conceitos de pulsão e de conflito interno pela baseada nos de necessidade e de ambiente. Isso leva-o a estudar os períodos mais primitivos do processo maturacional e ainda, ao atender crianças tendo como base a abordagem psicanalítica, a “confirmar a origem das neuroses no complexo de Édipo, mas mesmo assim sabia que as dificuldades começavam antes” (Winnicott, 1962-1963, p. 157).

Em seu trabalho com mães e bebês, Winnicott descobre ambientes que falham e se depara com situações clínicas anteriores ao complexo de Édipo, situações estas nas quais o indivíduo ainda não se constituiu como uma pessoa integrada e separada, não consegue se relacionar com objetos. Apresentam, nesses quadros, então, as agonias impensáveis. São pacientes que não obtiveram um “ambiente suficientemente bom”, a partir do qual o indivíduo pudesse se constituir.

Para Winnicott (1945), a teoria do desenvolvimento emocional primitivo guia a compreensão dos fenômenos humanos com os quais nos deparamos na clínica. Nesse sentido, o autor nos diz para sermos capazes de localizar o estágio maturacional, no qual o nascimento do paciente teve origem, pois, desse modo, compreenderemos a natureza do adoecimento, procedendo de forma adequada em relação aos cuidados que devem ser conduzidos de acordo com as necessidades do paciente. O autor observa que o bebê, em um determinado momento, ainda não está diferenciado e possui uma dependência absoluta do meio ambiente.

Winnicott (1955-1956) observa que, “na análise dessas fases (fases ou momentos psicóticos), não é possível considerar o ego como entidade estabelecida. Não pode, então, existir também uma neurose de transferência, para a qual certamente é preciso que haja um ego” (p. 394). Ele afirma que, quando há “um ego intacto e o analista pode ter certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais, o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo” (p. 395). Nesse caso, realizamos um trabalho no qual o objetivo de análise consiste em trazer para a consciência aquilo que estava inconsciente por meio da interpretação da experiência que ocorre na relação transferencial.

Dois tipos de clínica comparecem, então, e levam Winnicott (1954-1955) a dividir a contribuição de Freud em duas partes: a primeira, na qual a técnica psicanalítica o material do paciente deve ser compreendido e interpretado, e a segunda, o *setting*, onde o trabalho se realiza. Apesar de atencioso em relação aos detalhes do *setting*, Freud não teoriza tendo o *setting* como foco, o que, em contrapartida, é realizado por Winnicott, ao considerá-lo essencial na clínica.

Margaret Little (1990), ao relatar sua análise pessoal com Winnicott e Ella Sharpe, revela-nos a diferença entre esses dois tipos de trabalho, demonstrando também

o sofrimento advindo do acolhimento baseado nas interpretações de conflitos edípicos. Seus relatos são valiosos, pois demonstram com clareza as sensações por ela denominadas de “ansiedade psicótica” e ilustram a técnica de trabalho de Winnicott, sendo um exemplo clínico acerca das contribuições teóricas desse autor.

Em sua análise com Winnicott, Little (1990) relata que pode seguir seu próprio ritmo, ele “permitiu que eu fosse eu mesma, vivesse um ritmo próprio, enquanto anteriormente havia sido alternadamente impulsionada e contida, de modo que nem o ritmo nem as condições eram meus” (p. 49). Ela revela que as sessões com Winnicott eram caracterizadas por poucas interpretações e pelo *holding*, que é ilustrado por ela metafórica e literalmente:

Metaforicamente ele estava *controlando (holding) a situação*, dando apoio, mantendo contato em todos os níveis com qualquer coisa que estivesse acontecendo, dentro e ao redor do paciente e no relacionamento com ele.

Literalmente, durante intermináveis horas ele segurou minhas duas mãos apertadas entre as dele, quase como um cordão umbilical, enquanto eu ficava deitada, frequentemente escondida debaixo do cobertor, calada, inerte, retraída, apavorada, com raiva ou em lágrimas, dormindo e às vezes sonhando (Little, 1990, p. 46).

Em casos extremos, talvez seja necessário que, em algum momento da análise, o *holding* assuma uma forma física, como no caso de Little. Winnicott (1954-1955), no entanto, relaciona esse cuidado com a compreensão do sofrimento do paciente e da expressão dessa compreensão, de modo que o paciente sinta-se sustentado pelo analista: “toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos através de uma interpretação correta e feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente” (p. 354).

A noção de *holding* é de extrema importância para a clínica e pode ser compreendido como acolhimento, contenção e sustentação. É acolher e sustentar determinadas experiências ao longo de um tempo, sem interromper a experiência do

paciente. Significa oferecer um ambiente que permita o processo de integração do indivíduo. Para Winnicott (1963), “esse *holding*, como a tarefa da mãe no cuidado do lactente, reconhece tacitamente a tendência do paciente a se desintegrar, a cessar de existir, a cair para sempre” (p. 217). Se o *holding* é encontrado, esses sentimentos agonizantes podem ser transformados em experiências positivas.

Em outro caso clínico, de um paciente de 30 anos, casado, com dois filhos, atendido em dois momentos da análise, Winnicott (1972) relata diferentes sessões que realiza com o paciente. Em alguns momentos, suas interpretações visavam integrar as experiências ocorridas tanto no ambiente analítico quanto no externo. Observamos isso no seguinte relato de Winnicott, relativo a uma sessão em que o paciente fica esperando três minutos devido à campainha estar enguiçada. Ao entrar no consultório, o paciente relata uma fantasia de retraimento, na qual ele estava muito aborrecido com um cirurgião que havia deixado uma cirurgia pela metade.

Paciente: Não porque o cirurgião estivesse com raiva do paciente. O paciente estava sem sorte; estava sendo operado quando o cirurgião entrou em greve.

Analista: Relacionei esta fantasia com a reação ao fim de semana após a aceitação do meu papel na dependência. Falei do enguiço da campainha, mas isso era relativamente pouco importante, ao passo que as grandes interrupções do paciente estavam ligadas ao que ele dissera no final da sessão anterior, ou seja, que eu talvez não fosse capaz de suportar todas as suas necessidades de uma extrema dependência comigo... O efeito dessa interpretação foi marcante; a análise tornou-se viva e permaneceu assim durante toda a sessão (Winnicott, 1972, p. 34).

Nesses contextos, Winnicott (1962-1963) revela que na clínica antes de fornecer interpretações, o objetivo da análise é proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte à necessidade do paciente e dos seus processos de maturação, de modo que se permita o surgimento de um ego, o abandono de organizações defensivas e a retomada do processo de amadurecimento. Dessa forma, a análise é vista como a

satisfação das necessidades, mostrando outra forma de trabalho, onde, até então, o principal instrumento de trabalho era a interpretação.

Winnicott utiliza a noção de ambiente *holding* para descrever o *setting* analítico. Em termos de relação analítica, é a atenção dispensada pelo analista, juntamente com o trabalho interpretativo, em que criam o ambiente de *holding*, que norteia as necessidades psicológicas e físicas do paciente.

Para Winnicott, em determinadas situações clínicas, as interpretações relativas aos cuidados das sessões produzem um efeito nocivo quando se considera, por exemplo, a intrusão que uma interpretação transferencial clássica representa ao apresentar o analista como um outro, como um não Eu, para um paciente que o necessita, ainda, como fazendo parte de si mesmo. Nesse caso, o analista “teria sido um mau analista fazendo uma boa interpretação” (1962-1963, p. 228).

A partir da visão winnicottianna de que o sujeito se constitui criando, Safra (1996) ressalta que o próprio *setting* será fruto da capacidade criadora do paciente e do analista e, nesse sentido, cada análise terá de ser conduzida a partir do encontro dessas duas subjetividades e o *setting* não poderá ser definido *a priori*. Observamos, assim, que, dependendo do trabalho de análise, a ênfase pode estar não na interpretação, mas no *holding* e no manejo.

A definição de manejo, segundo Abram (1996), que daremos neste trabalho, segue pelo termo utilizado em relação ao cuidado dispensado a pacientes no *setting* analítico e na relação analítica. O manejo aponta para o conjunto de comportamentos do analista que compreendem o *holding* do paciente em regressão à dependência. Safra (1995) explica que manejo é caracterizado por fornecer um *setting* ao paciente para que ele possa estar tranquilo e livre de invasões, é dar ao paciente o que ele necessita, mas não é satisfazer os desejos do paciente.

Com as concepções de manejo e de *holding*, questões relativas ao *setting* que antes eram tidas como técnicas – horário, periodicidade, férias, organização física do *setting* – passam para primeiro plano e tornam-se ferramentas de trabalho. Temos, assim, uma nova compreensão sobre o que acontece dentro do trabalho de análise:

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã *é* o analista, os travesseiros *são* os seios, o analista *é* a mãe em certa época do passado (Winnicott, 1954-1955, p. 385).

Na clínica winnicottiana, *setting* é compreendido de uma forma diferente. Ele é importante não apenas como lugar que possibilita a compreensão do psiquismo e que revela as dimensões do inconsciente, mas também como lugar suficientemente bom no que diz respeito à adaptação às necessidades do paciente e que proporciona um ambiente. Assim, o *setting* em Winnicott também é compreendido como metáfora dos cuidados maternos. Ele é um lugar que propicia o desenvolvimento e onde acontecem as relações de transferência e contratransferência. Assim, o *setting* é um lugar de acontecimento e de experiência viva, e não é constituído com base no modelo onírico de Freud. Ele inclui o analista e é um ambiente que evoca estabilidade, confiança e esperança para que o paciente possa vir a se constituir como indivíduo (Hisada, 2002).

Nesse sentido, no paradigma winnicottianno, a transferência e a contratransferência são conceituadas a partir do bebê no colo da mãe. Winnicott aceita o método freudiano sobre a transferência, mas modifica o sentido dado a esse conceito. Para o autor, a transferência passa a englobar diversos tipos de transferências no *setting* analítico, referidos ao papel que o analista tem para o paciente, dependendo do momento do processo de amadurecimento em que o paciente se encontra. Na perspectiva winnicottiana, o analista nem sempre é representante de um passado que se

repete, já que certos conteúdos não são vividos na infância e são experimentados pela primeira vez na análise e, por isso, nem sempre os conteúdos infantis são transferidos para a figura do analista, mas são vividos no presente com ele (Martins, 2004).

No caso de um Eu regredido ou com angústias mais primitivas, o analista deve ser mais diretivo, mas sem necessariamente sair de seu papel. A ênfase aqui, segundo Winnicott (1955-1956), recairia sobre o contexto, ou seja, o comportamento do analista. Este teria que ser suficientemente bom em adaptar-se à necessidade do paciente, com a instauração da dependência absoluta. Uma das características da transferência nesse estágio, nos diz o autor, é o fato de que devemos permitir que o passado do paciente se torne presente.

Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado, e é o passado. O analista encontra-se, assim, confrontado com o processo primário do paciente na situação em que esse processo tinha seu valor original (Winnicott, 1955, p. 396).

A adaptação suficientemente boa do analista abre espaço para o desenvolvimento do Eu e sua integração. É um trabalho em que se exige muito do analista, porque ele deve estar disposto a fornecer uma situação que dê conta das necessidades do paciente. Contudo, o analista não é a mãe natural do paciente. A noção da “mãe suficientemente boa” torna-se norteadora para se pensar a transferência nos estados mais regredidos em Winnicott. Uma passagem da análise de Little com Winnicott serve como ilustração:

Para mim, D. W. não *representava* a minha mãe. Em minha ilusão de transferência, *ele* realmente *era* a minha mãe. Como na verdade há continuidade entre mãe e feto, genética e física, para mim as mãos dele *eram* o cordão umbilical, seu divã a placenta e o cobertor as membranas, tudo muito abaixo de qualquer nível *consciente* até um estágio muito posterior. A ilusão nunca fora mencionada – eu mesma a reconheci muito tempo depois – mas com seu comportamento D. W. a aceitou tacitamente, satisfazendo-me nesse nível, mas ao mesmo tempo, mantendo sua própria maturidade e realidade (Little, 1990, p. 95-96).

Esse relato de Little ilustra uma das características na clínica com os pacientes fronteirços. Nesse sentido, Winnicott explica:

...para Freud existem três pessoas, uma delas fora do consultório analítico. Quando existem apenas duas pessoas, terá ocorrido uma regressão do paciente no contexto, e o contexto representa a mãe com sua técnica, sendo o paciente um bebê. Há um estado seguinte de regressão, no qual apenas uma pessoa está presente, ou seja, o paciente, e isto é verdade mesmo que num outro sentido, do ponto de vista do observador, existam ali duas pessoas (Winnicott, 1954-1955, p. 383).

Desse modo, na relação transferencial, sua ênfase recai na dinâmica do relacionamento de duas pessoas, baseado no que seria a mãe e o lactante. No contexto clínico, a relação analítica assume características fundamentais da relação primitiva mãe e bebê, pois Winnicott relaciona a dependência na transferência à dependência aos estágios de cuidado infantil.

“A mãe suficientemente boa” para Winnicott (1956) é a que ingressa em um estado de “preocupação materna primária” que, identifica com seu bebê consciente e inconscientemente e, em um estado de sensibilidade exacerbada, consegue uma adaptação sensível, ativa e delicada às necessidades do bebê. A “mãe suficientemente boa” também diz respeito à adaptação da mãe às necessidades do bebê, que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência que anula a sua real condição de fragilidade e de insuficiência, experiência que cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável.

Na clínica com os pacientes fronteirços, o analista, assim como a mãe no estado de preocupação materna primária, coloca-se no lugar do paciente, como a mãe fez com seu bebê, sem se confundir com ele, em um estado de identificação que o capacite a cuidar do paciente. Entretanto, o analista deve ter cuidado em sua adaptação às necessidades do paciente. Assim, o analista precisa estar identificado ou mesmo fundido com o paciente, mas também permanecer orientado para a realidade externa. Estar

identificado e, ao mesmo tempo, cuidando do paciente, para que seja possível a transicionalidade, depende da capacidade de o analista em manter o espaço potencial. Ele explica que, nas situações de interrupção precoce no processo de desenvolvimento, o trabalho de análise deve criar um *setting* onde o paciente possa ter experiências semelhantes à maternagem, mas agora na presença de um ambiente propício ao amadurecimento saudável.

É por meio dessas funções maternas de *holding*, de *handling* (manejo) e de “apresentação de objeto” nas fases mais primitivas que a “mãe suficientemente boa” oferece condições, segundo Winnicott, favoráveis para o desenvolvimento dos processos de integração, de personalização e de realização. Com a função exercida no *holding*, a “mãe suficientemente boa” permite o processo de integração, no qual o ego se integra em uma unidade e temos o “eu sou” e o início da constituição do si mesmo. Com a função materna do *handling* (manejo), ocorre a “personalização”, ou seja, a integração dos aspectos da psique e do soma, a partir da qual o bebê adquire a capacidade de habitar o próprio corpo. Com a “apresentação de objetos”, a mãe auxilia o bebê na capacidade de viver a ilusão de onipotente de que o mundo é uma criação sua.

Em um determinado momento, tive que descobrir que na realidade ele não era (a sua mãe); que não éramos idênticos, ou contínuos; e que ele tampouco era uma parte de mim mesma que eu havia projetado. Eu não podia fazê-lo ser nada disso, exceto nas minhas fantasias; ele passou a ficar fora da “área da minha onipotência” e a ser percebido objetivamente (Little, 1990, p. 103-104).

Nesse relato de Little, percebemos as funções sendo exercidas por Winnicott. A apresentação de objeto em sua experiência era de que seu analista era sua mãe, e Winnicott permitia que ela o visse dessa maneira, sem mencionar sua ilusão, pois o contrário seria uma intrusão que retiraria a possibilidade de ela vivenciar essa experiência, dele ser sua mãe em nível ilusório. Sua postura também ilustra o *holding* e o *handling* (manejo), pois eles visam sustentar uma situação. No caso, sustentar a

necessidade de ilusão de Little, para que, no momento adequado, ela estivesse preparada para a experiência de desilusão e pudesse, ela mesma, reconhecer sua ilusão, o que ocorreu de fato.

Little (1990) continua a dizer que, ao “descobrir a parcela mínima de verdade que existe por trás de todas as ilusões”, segundo Winnicott, a ilusão é um campo de constituição que está sob o domínio onipotente do paciente, mas também tem uma “parcela mínima de verdade”. Assim, a ilusão veicula uma verdade que pode ser conhecida e, nessa perspectiva, a ilusão não é tomada apenas como um falseamento da realidade.

O analista não é mãe que cuida do bebê, assim, não cabe a ele a utilização de técnicas de maternagem com seus pacientes. Na contratransferência, apesar de ele se identificar com seu paciente e com suas necessidades primitivas, como ocorre com a mãe no estado de “preocupação materna primária”, ele precisa manter-se na posição de analista para poder cuidar de forma confiável. Por ser confiável, entende-se agir na contratransferência como um ambiente facilitador, dirigindo sua atenção para aquilo que o paciente necessita, mas isso não significa suprir as suas necessidades. Se o analista ultrapassar esse limite, ele estará sendo o substituto da mãe verdadeira e não um analista, assim como a mãe extremamente boa não é uma mãe suficientemente boa para o desenvolvimento do bebê.

Nesse trabalho, não se tem que restaurar experiências, mas auxiliar o indivíduo a colocá-las sob o domínio de seu Eu. O importante não é o analista estar no lugar da mãe do paciente, mas reconhecer as necessidades do paciente, proporcionando condições para o indivíduo reconhecer e apropriar-se de sua história. Winnicott (1962-1963) alerta que essa situação clínica não é uma experiência corretiva na transferência, o que seria uma contradição, na medida em que a transferência ocorre através do processo

psicanalítico e depende, para o seu desenvolvimento, da interpretação do analista relativa ao material apresentado pelo paciente. A prática de uma boa técnica pode por si só ser uma experiência corretiva e, na análise, um paciente pode pela primeira vez na vida conseguir a total atenção de outra pessoa ou estar em contato com alguém que é objetivo.

Em 1972, em *Holding e interpretação*, Winnicott traz uma situação clínica onde ele é colocado numa posição contratransferencial paterna. Em virtude da história da vida do paciente ser marcada pela ausência da figura paterna, o paciente não pôde fazer uso de sua figura. Nesse caso, o analista ocupa o lugar contratransferencial do pai e pôde facilitar a retomada do processo de constituição.

Esse ponto de vista nos mostra que o analista deve agir de acordo com o lugar que é colocado no processo contratransferencial, variando de acordo com as necessidades do paciente e tendo como norteador da contratransferência não apenas a relação mãe e bebê, mas todo o processo de constituição do indivíduo. Winnicott (1955-1956) enfatiza que o analista deve compreender a natureza do sofrimento e fornecer os cuidados necessários ao considerar os processos de amadurecimento do indivíduo em sua totalidade. Entretanto, ele ainda alerta para as dificuldades em saber qual a idade emocional do paciente na relação transferencial, pois, quando o analista está identificado com as necessidades dele, proporcionado em “ambiente suficientemente bom”, o paciente tem a experiência de ser sustentado por um ambiente. E esse ambiente – analista/*setting* – vai sendo percebido gradualmente como algo que faz nascer a esperança de que o verdadeiro *self* possa ser capaz de assumir os riscos que o início da experiência do viver implica.

Desse modo, o paciente, num processo psicoterapêutico, regride a dependência em função de sua relação transferencial onde a partir da existência de uma

falha ambiental e de sua crença inconsciente de que em algum momento poderá haver uma nova experiência onde esta falha será revivida. Esse processo está presente em várias análises, mas é fundamental na clínica com pacientes fronteiriços. A “regressão à dependência”, segundo Winnicott, ocorre no contexto da relação transferencial quando o *holding* é estabelecido e o paciente é capaz de confiar no analista. Torna-se possível corrigir uma adaptação inadequada ao expressar na transferência a situação de fracasso inicial e a possibilidade de uma experiência de provisão ambiental adequada. Faz-se necessário ao analista ser capaz de suportar e de apoiar a regressão real à dependência infantil, postura diferente exigida ao analista nas análises clássicas em que ele é intérprete de ideias e sentimentos que aparecem na neurose de transferência.

É preciso, nesses casos, que o paciente tenha uma capacidade interna (organização interna) que o possibilite fazer uso de estar regredido. Winnicott ressalta dois aspectos dessa organização: uma falha de adaptação do ambiente que resulta no desenvolvimento do falso *self*; e uma crença na possibilidade de uma correção dessa falha original, representada por uma capacidade latente de regressão que envolve uma complexa organização egoica. Para Winnicott (1955-1956), uma identificação primária é mecanismo fundamental quando é esperado do analista sua adaptação suficientemente boa ao se transformar no objeto subjetivo de seu paciente. O analista, como objeto subjetivo, é concebido conforme a necessidade de constituição do indivíduo dando suporte à esperança. Nessa clínica, “Uma das características da transferência, é o fato de que devemos permitir que o passado do paciente torne-se presente” (p. 396). Assim, nesse trabalho, segundo o autor, é mais correto dizer que o presente retorna ao passado, e é o passado onde o analista se encontra confrontado com o processo primário do paciente.

O desfecho bem-sucedido nesses casos depende da capacidade, através da análise e na transferência, de reexperimentar uma ansiedade intolerável, em que *colapsos* reais da primeira infância devem ser lembrados através de sua revivência na transferência. O colapso já aconteceu, mas, de acordo com Winnicott (1963a), o paciente precisa “lembrar”. A maneira de o paciente “lembrar” é experienciar essa coisa passada no presente e na transferência. A “regressão à dependência” pode alcançar pontos do desenvolvimento emocional onde estão cristalizadas experiências de agonias, que, em um estado de extrema dependência, o paciente só ouse enfrentar em uma condição de confiabilidade com o analista.

Trata-se de experiências vividas antes da capacidade de representação, período no qual não existiam palavras e que só poderiam ser lembradas por experiências sensoriais não verbais, pois são experiências marcadas na corporeidade do indivíduo. Logo, com a vivência dessas experiências na análise, elas podem ser referidas à história da vida do paciente. A “regressão à dependência” permite ao paciente perceber uma falha ambiental ocorrida a partir do meio e não a partir de si mesmo, graças à experiência de onipotência que tende a incorporar a falha do meio dentro de sua onipotência. Há, assim, a importância da utilização do erro do analista, no qual o paciente pode reconhecer não só a falha do analista como a falha do meio, sem se responsabilizar por ela. Nessas situações, a análise ativa um momento de dependência em que o próprio analista se envolve no papel do fracasso, transformando-se nos pais ambientes que falharam. Contudo, o analista não é a mãe natural do paciente (Winnicott, 1955-1956).

Entretanto, de acordo com o autor, quando uma falha do analista comparece em cena, esta deve ser tratada e usada como uma falha *antiga*, que o paciente pode agora perceber, abarcar e zangar-se por isso. Quando o analista comete um erro nas análises

de pacientes neuróticos, há resistência por parte do analista, e esta prosseguirá até que ele, analista, se dê conta de seu erro e responsabiliza-se por ele, fazendo uso disso. Aqui, encontra-se uma diferença no tipo de trabalho entre as análises de pacientes neuróticos e aquelas dos pacientes fronteirios.

A utilização dos erros do analista é uma das fases mais importantes do trabalho, pois permite que o paciente sinta raiva pela primeira vez a respeito de detalhes das falhas na adaptação, já que, na época em que ocorreram, provocaram rupturas. É essa parte do trabalho que liberta o paciente de sua dependência do analista e também traz uma reordenação das situações de falha precoce.

Desta maneira, a transferência negativa da análise “neurótica” é substituída por uma raiva objetiva contra as falhas do analista, e aqui temos outra vez uma importante diferença entre os fenômenos transferenciais nos dois tipos de trabalho (Winnicott, 1955-1956, p. 398).

O analista deve procurar seus próprios erros toda vez que surge uma resistência, pois é somente pela utilização de seus erros que ele pode realizar a parte mais importante do trabalho: possibilitar que o paciente sinta raiva das falhas ambientais que provocam rupturas no processo de amadurecimento do Eu. Segundo Winnicott, essa parte do trabalho é a que liberta o paciente do analista.

Podemos observar que um dos lugares ocupados pelo analista nessa clínica é o lugar da mãe/ambiente que originalmente falhou nos cuidados com seu bebê. Uma das implicações do analista ao ocupar esse lugar é a possibilidade de o paciente experienciar os afetos advindos dessa situação e, não sendo retaliado, poder iniciar o uso do analista, discussão feita no primeiro capítulo.

As concepções de Winnicott e o estudo de algumas das especificidades da relação transferencial na clínica com pacientes fronteirios levam ao questionamento da utilização da interpretação como o único e exclusivo recurso técnico empregado pelo analista. Pudemos perceber que a ferramenta clássica da psicanálise é um instrumento

pouco adequado em alguns momentos nessa clínica. Um dos lugares do analista nesse trabalho é o de abrir possibilidades para a retomada do processo maturacional do indivíduo. Desse modo, os parâmetros da psicanálise clássica, para os quais o analista se voltava, como a interpretação verbal dos sonhos, do Complexo de Édipo e dos atos falhos, embora mantenham sua eficácia, passam para um segundo plano na intervenção.

Baseados nos apontamentos de Winnicott, começamos a nos referir, acima, à ideia de relação analítica, e não somente de contratransfência, foco do nosso trabalho. Isso por que se trata de um termo mais amplo que englobaria as noções tanto de contratransferência como também de transferência, cabendo, dentro dele, a noção de espaço potencial e de experiência.

Entramos na ideia da transicionalidade de Winnicott e de como ela pode nos auxiliar a pensar a clínica, por tratar-se de uma área existente entre a objetividade e a subjetividade. Tomamos o espaço potencial como um conceito para pensar o lugar do analista, em uma relação numa área intermediária e de experiência. O espaço potencial enquanto lugar do analista é extremamente importante nessa clínica, pois se trata de um tipo de relação em que o indivíduo está continuamente destituindo o lugar de pessoa do analista. Por meio desse espaço, o analista pode sobreviver à intensa privação e à desorganização que a relação suscita. Desse modo, habitar esse espaço potencial possibilita ao analista continuar em disponibilidade para o paciente.

Na prática clínica com pacientes fronteiros, observamos que precisamos de requisitos necessários para acolhermos aspectos anteriores à capacidade de representação simbólica que carregam sentido subjetivo. Isso nos faz pensar que a relação analítica não é toda somente como um campo de revivência das experiências, mas também como um campo de experiência, onde podem ocorrer fenômenos transicionais.

Winnicott (1941) preocupava-se com a questão da experiência, a experiência enquanto fenômeno necessário para o desenvolvimento emocional do indivíduo. Nesse texto, o autor fala de suas observações de bebês com a mãe. Ele percebe que o modo de as mães reagirem com o bebê já apresentaria indícios de como elas são em casa, se são ansiosas, se são precipitadas ou se agem de maneira impulsiva. Com relação ao comportamento do bebê, diz sentir que este fica atraído por um objeto metálico reluzente, que poderia estar balançando. Diante dessa situação, é possível traçar uma correlação entre suas variações e o relacionamento do analista com seu paciente.

O autor fala que essa situação é entendida em três estágios nos quais a experiência de desejar, de pegar e de se apossar da espátula, sem alteração da estabilidade do ambiente, funciona para a criança como uma espécie de “lição de objeto” ou de “aula de objeto”, que tem um valor terapêutico. E, ao longo de toda a infância, “experiências desse tipo não são apenas temporariamente reassseguradoras: o efeito cumulativo de experiências gratificantes e de uma atmosfera amistosa em torno da criança é uma construção de sua confiança nas pessoas do mundo externo e de um sentimento geral de segurança”, fortalecendo seu sentimento de estabilidade, gerando as fundações de seu desenvolvimento emocional. Dessa forma, a experiência em si, do jogo da espátula, provoca mudanças em direção à saúde (p. 128).

Winnicott (1941) finaliza esse artigo dizendo que o direito do bebê em completar uma experiência, passando pelo período de hesitação, do uso de objetos e de jogar fora os objetos, tem valor de uma lição de objeto. Ao traçar um paralelo dessa situação com a clínica, ele explica que o analista permite que o paciente marque o ritmo das sessões, dá a liberdade de ele ir e vir, e cada interpretação pode ser comparada “a um objeto reluzente que excita a voracidade do paciente” (p. 129). Ainda completa, ao nos dizer que, da mesma forma que o bebê fica perturbado com a perda da espátula no

final do segundo estágio, quando é mandado embora, o paciente também fica sem ter completado sua experiência em toda sua sessão.

Nesse contexto, o tempo apareceria como um fator fundamental na situação clínica, segundo Safra (1999). A postura de espera de Winnicott nas observações evidencia a importância da presença do analista como sustentação na clínica no tempo, dando condições para o aparecimento do gesto do paciente. Ele chama a atenção para a função do esperar do analista para que seu paciente realize o gesto de apropriação do mundo. O tempo teria, então, um papel de condução do processo analítico, criando o lugar onde o acontecer humano possa ocorrer. Ele ressalta a importância de que uma experiência ocorra em toda sua extensão na relação analítica, de tal forma que essa experiência proporcione uma “lição de objeto”, a partir da qual o indivíduo tenha uma experiência de acontecimento que possa modificar a maneira como ele se coloca frente a si mesmo, frente aos outros e frente ao mundo.

Esses seriam os “momentos mutativos”, denominados por Safra (1995), nos quais o paciente se sente confiante em regredir e buscar no analista um objeto que possa estabelecer uma experiência que não havia sido possível no passado. Essa experiência, segundo o autor, não só muda a visão que o paciente tinha do mundo, das relações objetais e de si mesmo, mas também reintegra, no seu psiquismo, aspectos dissociados do próprio Eu, que não puderam ser integradas e vivenciadas de forma positiva. Nesses momentos, o que ocorre é uma aquisição significativa no universo pessoal do indivíduo, proporcionada pela relação analítica.

Além da disponibilidade para estar atento ao que o paciente revela, fala, mostra numa posição de abertura ao outro (Safra, 2007), o analista necessita gerar confiança, já que o “espaço em potencial” acontece apenas em relação a um sentimento de confiança, ou seja, o paciente precisa sentir confiança relacionada à fidedignidade do ambiente,

nesse caso, um sentimento de confiança no fator ambiental e na figura do analista. Onde existe fidedignidade e confiança, há também um espaço em potencial, uma área de separação entre o Eu e o outro, que pode ser preenchida criativamente com o brincar. A confiança do bebê na fidedignidade da mãe, e a do paciente na do analista, torna possível uma separação do não Eu a partir do Eu. Ao mesmo tempo, podemos dizer que a separação é evitada pelo preenchimento do espaço potencial com o brincar criativo, com o uso de símbolos e com tudo o que acaba por se somar a uma vida cultural (Winnicott, 1967b).

Na clínica com pacientes fronteiros observamos situações de falha ambiental precoce que inviabilizaram o desenvolvimento emocional, impedindo o surgimento dessa área de experiência compartilhada. O indivíduo não tem a oportunidade de viver criativamente e de usar os objetos reais. O indivíduo privado disso é muitas vezes inquieto e apresenta um empobrecimento da experiência criativa.

Desse modo, Winnicott (1967b) nos diz que a perda da área da brincadeira e a perda do símbolo relacionam-se a um fracasso da fidedignidade do ambiente. Temos aqui as situações descritas como “falso *self*”, uma defesa do “verdadeiro *self*”, ocultando-o, mas existindo como potencial para o uso criativo de objetos.

Na clínica winnicottiana, a noção de transferência não se relaciona com a questão do deslocamento. O analista é importante não só como uma pessoa que possibilita a projeção e como figura de transferência, mas como uma pessoa com sua subjetividade e corporeidade com a qual se pode relacionar e usar. É importante o analista se manter em disponibilidade para o paciente com sua subjetividade, possibilitando experiências constitutivas. Para Freud, o analista deve ser um espelho que é invisível de sua personalidade, ou seja, o analista está no lugar onde deve haver de sua parte neutralidade e abstinência. Essa concepção marca uma ética fundada na

transferência como deslocamento, na qual o analista aceita os deslocamentos do analisando. Partindo dessa regra, o paciente pode projetar suas fantasias e seus desejos transferenciais e o analista pode interpretá-los.

A ética na concepção winnicottiana, segundo Safra (2000), não é dada pela questão da neutralidade, mas sim do rigor do analista frente à questão que o paciente formula. A ética aqui está marcada pelo reconhecimento da questão da alteridade e da singularidade da experiência humana. O analista é uma pessoa em disponibilidade para o outro, que não apenas observa e interpreta, mas também brinca junto. A situação clínica ocorre pelo encontro humano. Assim, ao trabalhar no campo da transicionalidade, e com base na noção de espaço potencial, rompe-se com a ideia de neutralidade e de abstinência do analista.

Com as ideias de Winnicott, percebemos que uma das tarefas do analista é criar um espaço dentro do qual o indivíduo possa ser capaz de descobrir algo sobre si próprio, capaz de ter uma experiência pessoal e poder constituir o que denomina de “continuidade do ser” ou também “amadurecimento do *self*”. Com a importância dessa área transicional de experiência tomada como modelo para se pensar a relação analítica, demonstramos que esta também se pensa em termos de experiência, quando analista e analisando são afetados pela situação clínica.

Como nesses casos o analista não serve apenas para resignificar o vivido, mas também como oferta para proporcionar o não vivido, Winnicott (1960b) aponta para a importância do papel profissional do analista, que, ao mesmo tempo, deve ter flexibilidade e ainda assim manter seu lugar. A atitude profissional à qual o autor se refere é um simbolismo para a necessidade de certa distância entre analista e paciente. Essa atitude profissional, segundo o autor, seria a técnica ou o trabalho que o analista

executa com sua mente, ou seja, o trabalho de elaboração do analista. E delimita o uso desse termo ao seu sentido estrito:

...o significado da palavra contratransferência só pode ser o de aspectos neuróticos que estragam a “atitude profissional” e perturbam o curso do processo analítico determinado pelo paciente (Winnicott, 1960b, p. 150).

O paciente fronteiro atravessa gradativamente as barreiras da técnica do analista e a atitude profissional e força um relacionamento direto de tipo primitivo, chegando até o limite de fusão. Esses momentos são de indiferenciação inconsciente entre a dupla analítica. Isso é realizado de modo gradual e ordenado, e a recuperação é correspondentemente ordenada, exceto onde faz parte da doença que o caos reine supremo tanto interior como exteriormente. Por isso, há também a necessidade de análise pessoal e de supervisão, por parte do analista, para a distinção de conteúdos e a preservação do analista, como alteridade. A base de observação sobre a interação entre analista e analisando, segundo o autor, é baseada nas interações primárias da díade mãe-bebê, que falam da intersubjetividade, dos alcances e dos limites da relação analítica.

A mudança trazida por Winnicott implicará numa importância maior ou menor da personalidade do analista na sessão. Em suas contribuições, principalmente no que se refere a sentimentos do analista que podem aparecer no contexto, Winnicott (1947) escreve especialmente sobre o ódio no texto *O ódio na contratransferência*, e aqui diz ser difícil o manejo do paciente em estado psicótico e do ódio que esse pode despertar no analista. Com isso, ele classifica os fenômenos contratransferenciais em três tipos:

- Sentimentos contratransferenciais anormais, considerados como uma prova de que o analista precisaria de mais análise.
- Sentimentos contratransferenciais que têm a ver com a experiência e o desenvolvimento pessoal do analista e dos quais dependeria o trabalho de cada analista.

- A contratransferência verdadeiramente objetiva, na qual o amor e o ódio do analista, obtidos como resposta à personalidade real e ao comportamento do paciente, baseiam-se em uma observação objetiva.

Sua classificação se inclina por um conceito muito amplo de contratransferência, pois engloba os conflitos não resolvidos do analista, suas experiências, sua personalidade e também suas reações racionais e objetivas.

Com base nisso, Winnicott sustenta que o analista, ao tratar pacientes em estado psicótico, deve estar plenamente consciente de sua contratransferência e deve ser capaz de diferenciar e estudar suas reações objetivas frente ao analisando. Ele aponta para o fato de que, nesses estados, a presença do analista serve para que o paciente possa repetir as falhas de seu meio ambiente e possa demonstrar um ódio, muitas vezes jamais expresso, por não ter tido quem o suportasse. O autor escreve também sobre o ódio despertado no analista e sua adequada comunicação, que pode contribuir para um grande avanço no ajustamento do paciente à realidade.

Com pacientes mais comprometidos, a presença da raiva/ódio e a coincidência do amor e do ódio aparece continuamente, dando lugar a problemas de manejo muito difíceis que podem deixar o analista sem recursos. Diz ele:

A coincidência de amor e ódio é algo que sempre aparece caracteristicamente na análise de psicóticos, dando margem a problemas de manejo que podem facilmente exigir do analista mais do que ele pode dar. Essa coincidência de amor e ódio à qual me refiro é algo distinto da agressividade que complica o impulso do amor primitivo, e implica em que na história desse paciente ocorreu um fracasso do ambiente à época dos primeiros impulsos instintivos em busca do objeto (Winnicott, 1947, p. 279).

Essa configuração de amor e ódio recém-analisadas, discutida pelo autor, desperta um ódio justificado no analista, que deve reconhecê-lo internamente e reservá-lo até o momento em que possa interpretá-lo. “Uma das tarefas mais importantes na análise de qualquer paciente é a de manter a objetividade em relação a tudo aquilo que o

paciente traz, e um caso especial desse tema é a necessidade de o analista ser capaz de odiar o paciente objetivamente” (p. 279).

O exemplo de Winnicott (1947) nesse texto conta sobre um menino de nove anos com graves problemas de conduta, a quem ele deu morada em sua casa. O autor afirma que sua possibilidade de dizer à criança que o odiava cada vez que lhe provocava esses sentimentos, permitiu-lhe seguir adiante com a experiência.

Assim, para Winnicott (1947), como a mãe odeia seu bebê e, por várias razões, o analista odeia seu paciente, e se isso é assim, não é lógico pensar que um paciente em análise possa tolerar seu próprio ódio contra o analista, a menos que o analista possa odiá-lo. Se o paciente desperta um ódio objetivo no analista, então, coloca-se o difícil problema de interpretá-lo. Uma análise será incompleta se o analista não puder dizer ao paciente que sentiu ódio por ele quando estava doente. Somente depois que essa interpretação for formulada, o paciente pode deixar de ser um infante, ou seja, alguém que não pode compreender o que deve a sua mãe (Etchegoyen, 1987).

Ao incluir na contratransferência o sentimento objetivo e justificado que o analista pode ter, modifica-se a definição corrente de transferência e contratransferência. Os sentimentos objetivos, segundo Etchegoyen (1987), não são incluídos nelas a não ser apenas por extensão: quando pensamos que nenhum sentimento é absolutamente objetivo, isso implica que deve haver uma parte não objetiva que não provém da realidade, mas da fantasia e do passado. Mas pergunta-se: até que ponto o analista tende a justificar suas reações?

A ideia do ódio objetivo na contratransferência levanta três dificuldades apresentadas por Etchegoyen (1987). A primeira é de definição, porque transferência e contratransferência são definidas justamente por sua falta de objetividade. Em segundo lugar, nenhum sentimento é objetivo nem deixa de sê-lo, sempre são as duas coisas. A

terceira, sentir ódio de um paciente por mais agressivo, violento, pesado e maldito que seja, é uma reação objetiva. Será totalmente justificada, porém não objetiva, pois a única objetividade aí é que Winnicott (1947) tomou o paciente para ajudá-lo a resolver seus problemas e que conta com seu *setting* para manter seu equilíbrio. Se não o mantém, perde sua objetividade, o que é mais que humano e compreensível, mas não objetivo. Assim, a objetividade deve ser medida em referência aos objetivos. Nesse ponto, a objetividade de Winnicott (1960b) não tem outra medida que sua subjetividade.

A contratransferência objetiva de Winnicott (1960b) questiona por extensão sua técnica do manejo, sua hipótese básica de que as alterações do desenvolvimento emocional primitivo devem ser resolvidas com atos (manejo) e não somente com palavras (interpretações). É justamente porque Winnicott crê na obrigação e no direito de atender aos fatos reais e objetivos que sua resposta contratransferencial tem logicamente que terminar por se situar também nesse plano, ao dizer que seus sentimentos são objetivos, Winnicott percebe corretamente algo que poderia ser deduzido logicamente de sua práxis (Etchegoyen, 1987).

A contratransferência, podendo ser examinada por ambos – analista ao acolher, suportar, discriminar e comunicar em forma de representações palavras ao paciente os afetos que dizem respeito à relação e ao paciente escutar, dar ressonância ou não sobre o que o analista lhe disser –, poderá levar a um maior ajuste do paciente à realidade e a mais confiança na honestidade do analista. Muitos pacientes viveram em ambientes confusos e loucos, precisaram se adaptar a isso e, devido a sua imaturidade e narcisismo infantis, não puderam discriminar que não eram responsáveis pelo o que ali ocorria. Muitas vezes, há nessas pessoas a necessidade de provocar a contratransferência do analista, seja para terem outra oportunidade de tentar uma solução de “cura”, seja para comunicarem como se sentem.

Para Winnicott (1960b), há os sentimentos objetivos que seriam relativos à situação presente e outros que pertencem a situações do passado, que são atraídos por alguma ação do paciente. Na realidade, o autor estava mais interessado nas situações em que os sentimentos do analista se alteram diante de pacientes muito perturbados. Foi nesse campo que ele desenvolveu suas grandes contribuições. Ele considerava que se poderia fazer um uso útil de sentimentos contratransferenciais diante do impacto do paciente em estado psicótico ou da parte psicótica da personalidade do paciente. Somente com o uso total de sua personalidade, poderia dar conta da análise desses pacientes. O analista “deve permanecer vulnerável e, apesar disso, conservar seu papel profissional durante as horas de trabalho” (p. 148).

Winnicott (1960b) mantém firmemente que entre o paciente e o analista se acha a atitude profissional deste, sua técnica e o trabalho que faz com sua mente. Graças a sua análise pessoal, o analista pode permanecer profissionalmente comprometido, sem sofrer uma tensão excessiva. E, assim, defende uma ideia delimitada e circunscrita da contratransferência, cujo significado não é outro senão os traços neuróticos que estragam a atitude profissional e que desbaratam a marcha do processo analítico tal como o determina o paciente.

Como os pacientes em estado psicótico não respondem à situação analítica de maneira comum, possibilitando uma interpretação da transferência, é a contratransferência que vai fazer o trabalho. É através dela que o analista vai procurar algo do paciente para entrar em contato (Little, 1951). Esse uso positivo da contratransferência vai depender de fatores da personalidade do analista e do desenvolvimento emocional obtido em sua análise pessoal.

Transferência e contratransferência são fenômenos da vida, segundo o autor. Não existe como eliminar por completo as tendências a se desenvolverem sentimentos

contratransferências inconscientes e infantis, por mais análises que o analista tenha se submetido. Faz-se necessário o reconhecimento pelo analista de seu medo de ser inundado pelo ódio, pela angústia e pelo amor que o paciente desperta para o processo analítico. A contratransferência não interpretada pode ser responsável pelo impasse, pela ruptura ou por uma análise interminável. A atitude do analista em relação à contratransferência reflete sua atitude para com seus próprios sentimentos e impulsos.

3.1.2. Contribuições de André Green

Green se mantém fiel a Freud, mas amplia seus entendimentos e posturas. Para ele, a transferência também é entendida ao mesmo tempo como um motor do tratamento e como resistência. O autor, em 2008, afirma ainda que a destrutividade entra nas manifestações transferenciais das estruturas não neuróticas – destrutividade em geral masoquista, a ponto de ocultar as expressões da libido. O autor define a transferência como o resultado da posição de excitação e ativação da pulsão em relação a um objeto que se oferece e se coloca como suporte e receptáculo das projeções e das esperas.

Desde o início de seu percurso, a questão dos pacientes fronteiraços está próxima dos limites da possibilidade da ação analítica. Vale lembrar que, de acordo com Freud, o que faz um paciente ser analisável é a introdução no tratamento de uma dinâmica que coloca em jogo um polo transferencial capaz de substituir a compulsão à repetição ligada à neurose infantil. Ao ser transportada para a relação com o analista, a neurose infantil poderá ser trabalhada de forma a desembaraçar os núcleos patogênicos.

Os movimentos dinâmicos da pulsão sexual são para Freud as possibilidades de mudança psíquica e de mudanças de objeto. A problemática da separação e do abandono é onipresente na experiência com o paciente fronteiraço, Green (1988) percebe que é o registro da ausência que parece estar defeituoso. A questão parece ser a de nunca ter que encarar a experiência de ausência que está no âmago de toda a relação amorosa e no

âmbito da possibilidade de transferência. Nesses casos, trata-se mais de encontrar o objeto do que reencontrá-lo, ou seja, aqui se trata mais de estabelecer um primeiro vínculo satisfatório do que ter de renunciar a ele.

No texto *O trabalho do negativo*, Green descreve sobre as especificidades desta clínica em termos transferenciais e contratransferenciais e aponta que há a predominância de uma relação de persecutoriedade intensa entre analista e paciente. Conforme o autor, quando a persecutoriedade se dissipa, surge um vazio que desperta angústias intensas de abandono. O fundamento da compulsão à repetição estaria na espera do primeiro objeto que permaneceu em suspenso. O circuito pulsional estaria girando em falso, à espera de uma presença/ausência que poderia de alguma maneira interromper esse círculo vicioso onde o vazio se reproduz indefinidamente.

Tal posicionamento o levará a inserir a questão da indicação e da possibilidade de análise na avaliação. Desse modo, Green (2008) enfocou três elementos no auxílio do trabalho clínico: o valor diagnóstico (analisador da analisabilidade); a existência de um modelo de base a ser confrontado com outros para progressão do trabalho e a importância de *suportar* as formas caóticas de transferência que colocam à prova a contratransferência do analista. É isso, diz ele, que um analista deve ter em mente em seu trabalho clínico, e a transferência irá fazer parte desses componentes elementares, na medida em que ela mobiliza o trabalho associativo.

Diz ainda aos analistas sobre a importância de uma escuta livre, em que deixamos de lado a sensorialidade e colocamos nossa capacidade imaginativa e criativa em cena. Seu modo de ouvir na clínica sobre os conflitos internos que pertencem ao paciente diz sobre a importância de se considerar os conflitos sob o ângulo daquilo que explícita ou implicitamente se refere ao analista. Os conflitos, aponta, referem-se ao distanciamento e aproximação de um núcleo significativo ou grupo de tais núcleos em

busca de uma brecha em direção ao consciente que se busca transmitir. Pois, diante disso, há relações mantidas entre as partes do discurso entre si e a maneira como a presença do objeto inibe ou excita a forma que tomam e, do lado do analista, o exame do que emana de significativo no momento presente, avaliado de acordo com a trama geral dos conflitos da vida psíquica tal como se expressa na relação analítica.

Trazemos essas questões concernentes ao discurso na clínica, pois Green (2008) afirma que o conteúdo da fala de quem a emite modifica o estado do destinatário da mensagem. Isso em função da estranha alteridade da relação analítica. Para ele, o receptor é tomado como testemunha ou objeto de uma demanda e modificado no mundo interno. Torna-se necessário para ele fazer uma teoria da clínica que possa articular todos os desenvolvimentos freudianos, substituir a lógica unitária, formada simplesmente pela transferência, por uma lógica mais complexa, formada pela dupla transferência/contratransferência. Nessa linha de pensamento, Neyraut (citado por Green, 1988) define que

...a contratransferência não está limitada aos afetos positivos ou negativos produzidos pela transferência, mas incluiu o total funcionamento mental do analista à medida em que é influenciado não somente pelo material do paciente, mas também por sua leitura ou nas suas discussões com seus colegas. (Green, 1988, p. 40).

Green diz também sobre a existência de um movimento desde a transferência até a contratransferência, sem o qual não se faz sem uma elaboração do que o paciente transmite. Segundo o autor, ele não ultrapassa os limites que Winnicott (1960b) atribui à contratransferência, restringindo-a à atitude profissional. Seu modo de entender a contratransferência justifica-se em seu atendimento de casos difíceis, que testam o analista e o invocam em sua contratransferência *stricto sensu* e, ao mesmo tempo, exigem do analista uma contribuição pessoal maior.

O objetivo de uma análise é atingido quando o método se torna aplicável às produções psíquicas do analisando por ele mesmo e quando o analista pode escutar o material produzido e o acolher com receptividade e sensibilidades correspondentes. Para o autor, a transferência é o resultado da aplicação do método ou, inversamente, que uma transferência “boa o suficiente” é a condição da aplicação do método, em função de sua própria natureza.

A transferência, seja qual for a forma – positiva ou negativa – deriva de um fator de compulsão que tende a repetir uma constelação originada na infância e que, salvo se analisada, tenderá sempre a reproduzir-se espontaneamente. Mas o importante nessa mutação é a ideia de que a repetição não acontece mais somente em nome do princípio do prazer mas também, no que se refere a certas formas matriciais, para repetir um desprazer (Green, 2008, p. 69).

Desse modo, para o autor, a transferência é entendida como o resultado de uma posição de excitação (pode ser inconsciente) de ativação da pulsão em relação a um objeto que se oferece e se coloca como suporte e receptáculo das esperas e das projeções.

Para ele, há uma mudança de foco, em que a transferência de pensamento deu lugar a um pensamento de transferência. Ou seja, em seu ponto de vista, há a passagem de um movimento de desejo à descarga da pulsão em ato. Agora o modelo, diferentemente do postulado por Freud, encontra-se alicerçado no ato. Desse modo, o analista tem agora de fazer frente não somente ao desejo inconsciente, mas à pulsão em si, cuja força/pressão é sem dúvida a característica principal, capaz de subverter desejo e pensamento. Para ele, haveria nesses casos uma falta de simbolização, entretanto, logo ele nos adverte que “...todos os pacientes apresentam transferências, simplesmente certas transferências são mais transferenciais que outras” (Green, 2008, p. 71).

Com a virada teórica de 1920 em Freud, o modelo psíquico que priorizava a representação cede espaço para o modelo do agir por meio da compulsão à repetição e

do retorno às antigas questões do trauma. Nesse contexto, a representação cede espaço para as moções pulsionais e o inconsciente cede passagem para o que, em 1923, Freud denominará de id. Com isso, Green (2008) alerta aos analistas:

Mas a partir do momento que Freud introduz o modelo do agir, da descarga, da repetição, o modelo do ato vai entrar na psicanálise como ameaça para a elaboração psíquica... O aparelho psíquico não é um aparelho que se contente em reprimir/conter, porque reprimir é conservar. Ele é também um aparelho que, pela negação, pela expulsão, pela divisão expulsa (evacua), elimina. E ele faz isso se automutilando. E se o analista não tiver consciência disso, ele pode passar anos e anos em uma poltrona a escutar um analisando sem perceber o que acontece, quer dizer, nada, na verdade (Green, 2008, p. 44).

Nas construções teóricas feitas pelo autor, ele ressalta a importância do enquadre. Este definido como o conjunto das condições de possibilidade de ação que são requisitados para o exercício da psicanálise. Green (2008) inclui nesse constructo os dispositivos materiais e mentais que organizam a relação entre o analista e seu paciente e levanta a hipótese de que o enquadre analítico permite a ativação das moções em espera que estão à procura de sentido.

Numa sessão analítica com o estabelecimento do enquadre, tem-se o objetivo de favorecer uma regressão em estado de vigília na sessão. Isso no intuito de aproximar o discurso do paciente à regra fundamental da regressão, que se instala espontaneamente no sonho. A função do enquadre é a de tolerar as tensões extremas e de reduzi-las, com a ajuda do funcionamento mental do analista, para aceder a objetos que possam ser pensados. O enquadre encarna um duplo limite que separa e junta um mundo interno, no qual se pode usar das forças pulsionais para simbolizar, sonhar e pensar, e um mundo externo, onde a realidade compartilhada deve ser tomada em consideração – representada pelo final da sessão. As transgressões do *setting* serão fundamentais, nesse contexto, pois permitirão avaliar o vínculo entre “fora”, “dentro” e deixarão transparecer a pessoa do analista, esta que se empenha em ser simplesmente o guardião

do *setting*. O analista encontra-se nessa configuração, na intersecção do intersubjetivo e do intrapsíquico, no espaço que promove a duplicação do objeto externo/interno (o analista de fora e dentro da sessão) e torna possível a triangulação (Green, 1988).

Entretanto, Green (citado por Candi, 2010) adverte os analistas a terem o cuidado com o estabelecimento de enquadres indesejáveis diante de casos difíceis. Nestes, a constância do *setting* se confunde com o excesso de rigidez, o silêncio com uma indiferença desafetuosa, a neutralidade com a falta de reconhecimento e a interpretação com uma penetração intrusiva. Assim, ao encarnar uma “mãe morta” ou um “pai punitivo”, o enquadre analítico reeditava uma relação com objetos primários perigosos e pouco confiáveis que exigiam submissão. A falta de confiança no analista e o medo de depender de um objeto pouco responsivo e afetivo podem acabar tornando elementos impeditivos do desenvolvimento de um processo analítico.

As análises nesses casos acontecem frequentemente em torno das atuações do paciente e das exigências impostas pelo analista para manter um enquadre estável, permitindo que a análise possa sobreviver aos ataques ao enquadre e ao método. O pagamento, as mudanças de horários, as reposições e férias do analista se tornam, nesse contexto, momentos particularmente privilegiados, pois colocam diretamente em jogo os limites do analista enquanto analista e exigem, por parte dele, respostas criativas. É esse o processo de aceitação e negociação (transferência e resistência, atos analíticos e atuações) necessário para a reintrinação das pulsões de vida e de destruição que demanda muita elasticidade técnica (jogo de cintura) por parte do analista e que permite, ao longo do tempo, a construção de um espaço psíquico interno (representado pelo enquadre), com limites funcionando como uma pele psíquica continente e flexível que possa fazer mediação entre o dentro e o fora (Candi, 2010).

A teorização de Green (2010) sobre as funções constitutivas dos objetos absolutamente necessários e sobre a resposta necessária desses objetos para criar um esqueleto psíquico (um duplo limite) que forma um aparelho para perder e reapresentar, separar e reunir os materiais brutos da vida (pulsão e impressões externas), aborda a situação clínica como sendo o laboratório vivo do encontro com a alteridade e com os materiais da vida das sensações e dos afetos. Dentro desse laboratório das paixões, amparado pelo enquadre, o analista deve poder exercer essas funções constitutivas do psiquismo no campo psicopatológico. A força do afeto que traz o paciente fronteiro para a análise é sustentada pelo investimento da espera de um objeto capaz de atualizar um encontro/desencontro que possa proporcionar um desenvolvimento psíquico significativo.

O método deve promover o encontro com um objeto significativo, captar e nomear a força do afeto, o desejo do reencontro e o sofrimento da perda, das decepções, dos lutos intermináveis e dos desejos inconscientes impossíveis de serem realizados. Isso deve ser feito para promover o surgimento de um espaço intermediário pré-consciente e de uma área onde o paciente pode se lembrar dos traços deixados pelas experiências do encontro/desencontro, fantasiar, brincar com as representações e as lembranças e criar novas figuras e significações. Entre o encontro e a perda (a vida e a morte), numa sessão de análise, sustentado pela esperança de uma futura reunião, o paciente fronteiro aprende a brincar (rir e chorar), a sonhar e se reinventar (Candi, 2010).

Encontramos nessas situações um canal de comunicação analítico em que pontos de referência tentam organizar o discurso: o sonho no quadro de regressão do sono; a regressão tópica em estado de vigília na sessão; a atenção flutuante na escuta do analista e o pensamento reflexivo, mobilizado pela escuta, no analista. Tudo isso para,

de acordo com Green e Freud, ir em direção do mais inconsciente ao mais consciente – inconsciente do analisando no sonho-regressão tópico na sessão, escuta de atenção flutuante no analista e pensamento reflexivo.

Green (2008) defende o ponto de vista de que há no contexto clínico uma dupla transferência: a transferência sobre a palavra, que seria a conversão dos eventos psíquicos em discurso, ou seja, as transformações das forças afetivas em verbalização traduzindo os movimentos psíquicos, e a transferência sobre o objeto, onde o objeto está incluído no ato de palavra, pois dificilmente há uma palavra que não se dirija a alguém que supostamente a ouvirá. A ideia de uma transferência sobre o objeto implica que a transferência comporta dimensões que o discurso não pode conter.

Nas construções teóricas acerca da contratransferência, o autor a define como:

...reação a transferência em que o discurso do analisando produz efeitos de ressonância e de rejeição sobre o que foi insuficientemente ou mal analisado no analista, levando-o a compreender de forma incompleta e não imparcial – em suma, a enganar-se – aquilo que o analisando busca transmitir (Green, 2008, p. 75).

Assim, entramos no campo onde prevalece, segundo o autor, a pessoa do analista e sua “patologia”, ou mais ainda, daquilo que lhe resta de não analisado, capaz de perturbá-lo em seu trabalho que exige distanciamento. Nesse contexto, duas situações podem se apresentar, a primeira diz respeito aos efeitos do discurso do paciente sobre ele, analista, que após uma autoanálise pode vir a captar o que está em jogo nesse momento. A segunda diz respeito a uma situação que paralisa ou pode agravar ainda mais a se multiplicar com outros pacientes ao levar o analista precipitar-se em impasses muito frequentes em tratamento.

Nas suas contribuições, Green (2008) faz uma analogia da sua concepção da contratransferência derivada do modelo geral no par pulsão-objeto, de acordo com as opiniões de Winnicott. Nessa concepção, o modelo é o do investimento do objeto pelo

id da criança. Aqui há um investimento que contém força e pressão em direção ao objeto. Mas duas situações podem ocorrer. Na primeira, esse investimento termina em satisfação e esta experiência de satisfação irá criar uma marca psíquica que será buscada novamente. Aqui o papel do objeto é inerte e passivo, deixando-se investir sem que seja tomada sua contribuição, ou não, nessa experiência de satisfação. Entretanto, na perspectiva de Green, o modo como o objeto irá responder a esse investimento é levado em consideração, ou seja, a antecipação subjetiva do objeto com sua tolerância às agressividades, sua disponibilidade etc. são importantes, pois há uma diferença entre a realidade desse encontro e a fantasia do bebê sobre isso.

Devemos entender melhor de qual objeto trata-se nesses casos, já que Cardoso e Cardoso (2010) chamam a atenção para a natureza singular do estudo do objeto interno e externo nos casos que denominamos fronteirços. Há uma pluralidade de objetos contemplados pelas diversas teorias. Sobre isso, Green (1996) afirma:

Existe sempre mais de um objeto. A impossibilidade de homogeneizar os efeitos do objeto sugere fortemente a idéia da heterogeneidade do psiquismo, pondo em questão a unidade inferida a partir do sujeito e elevando, sobretudo, o problema da articulação dos diversos tipos de subjetividade com as variedades de objetos que elas põem em conexão ou que resultam vuculadas a elas, dando lugar ao desenvolvimento de organizações psíquicas postuladas pela concepção psicanalítica das instâncias (Green, 1996, p. 253).

Para a compreensão do que tem apresentado o paciente fronteiriço sobre o objeto, tomamos como referência os autores pós-freudianos que estudaram a importância da dimensão intersubjetiva e as relações mãe-bebê. Pois o conceito de objeto, no campo psicanalítico, dividiu a comunidade psicanalítica em dois polos: o objeto concebido na teoria das relações objetais e o objeto concebido na teoria da libido. As duas teorias reconhecem a importância do objeto na constituição do psiquismo, mas na teoria das relações objetais ele tem um estatuto de realidade e atua também em uma dimensão

intersubjetiva; na teoria da libido, ele é essencialmente uma representação psíquica, um objeto das pulsões e, por isso, intrapsíquico.

As teorias das relações objetais concebem o objeto em sua dimensão pulsional e real, sendo o exercício de sua função uma presença obrigatória nos primórdios da vida do bebê. O desamparo primordial traz a ideia de o bebê necessitar de cuidados especiais para a constituição de si mesmo. A dimensão intersubjetiva é priorizada nessas postulações teóricas e em suas clínicas, pois os autores, nessas escolas, dão importância às falhas que podem acontecer na relação mãe-bebê. O objeto, segundo Winnicott (1969/1994), tem uma importante função de *holding*, que é traduzir as necessidades básicas do recém-nascido.

Desse modo, cabe ao objeto impedir o recém-nascido na experimentação das angústias de intrusão e de separação para além de suas possibilidades maturacionais. A incapacidade de a mãe de exercer essa tarefa impede que o bebê constitua uma percepção de unidade corporal, e as delimitações da fronteira do Eu se tonam comprometidas. Segundo Green (1988), Winnicott deu um passo decisivo no conceito de objeto ao fazer a distinção entre objetos transacionais, fenômenos transacionais e espaço transacional, pois ele traz a noção de fronteira, em vez de ter de encarar o objeto como risco ou interesse atuante entre a realidade interna e externa. Assim, cria a noção do espaço potencial existente no ponto de separação entre o *self* e o objeto, fazendo do espaço de separação um espaço de reunião, descrevendo a criação do objeto transional dentro dele.

Green (1988) aponta um dilema sobre a noção de realidade psíquica, concebida em termos da contraposição realidade irrealidade. Com a noção de Winnicott sobre objeto, ela será definida de acordo com a natureza da potencialidade que extrai infinitas transformações. O objeto transicional é, desse modo, um objeto potencial: ele é e não

é. Como na linguagem onírica freudiana, a simultaneidade toma o lugar da ação sucessiva no tempo. Esse objeto permite o bebê suportar as longas ausências da mãe, pois, segundo o autor, para algumas crianças, o hiato é a única coisa real. Houve uma ausência prolongada da mãe que resultou no bebê catexizar um objeto morto, esteja doravante, presente ou não a mãe. A relação com esse objeto morto trará ao bebê uma experiência de supressão de toda a experiência afetiva e perceptiva. Há, então, uma espera infinita e uma sensação por parte do bebê de que não suportará sobreviver nos hiatos de tempo. É a sensação descrita por muitos pacientes fronteiricos.

Winnicott considerou o objeto transicional como base para o desenvolvimento simbólico. O objeto transicional permite que o bebê se diferencie gradativamente da mãe ambiente e que, a partir desse processo, venha a ter a ilusão de tê-lo criado. Winnicott diz que uma mãe é boa quando consegue deixar um objeto real tomar exatamente o lugar do objeto “criado” pelo bebê, de maneira que a criança tenha a ilusão de que foi ela quem criou o objeto. Para esse autor, a realidade psíquica é aquela a partir da qual o bebê alucina, cria, imagina ou concebe. A capacidade de criar um objeto traz ao bebê a experiência de onipresença, importante ensaio para outra passagem no amadurecimento do bebê: a capacidade de posse. A onipotência permite a experiência do controle dos objetos criados e, a partir daí, o aprendizado de que não pode controlar todos os objetos. Os objetos transicionais permitem a constituição das diferenciações entre Eu-não-Eu e mundo interno e mundo externo.

A noção de objeto em Freud se apresenta de modos diferenciados. O primeiro diz do objeto como objeto do desejo, objeto perdido da experiência de satisfação alucinatória. Conforme Freud (1900/1901), o primeiro desejar parece ter consistido numa catexização alucinatória da lembrança de satisfação. Esse objeto atua em nível de processo primário e nunca mais poderá ser alcançado. O segundo é o objeto da pulsão.

Freud (1915) esclarece que o objeto da pulsão é aquilo por meio de que a pulsão pode alcançar sua meta. Ele é o elemento mais variável da pulsão e não está originariamente vinculada a ela, sendo-lhe apenas acrescentado em razão de sua aptidão para propiciar a satisfação. Objeto e pulsão não estão associados desde a origem. O objeto possibilita a satisfação pulsional. Essa satisfação é a meta da pulsão, cujo principal objetivo é o de esvaziamento do excesso pulsional. O objeto da satisfação pulsional é aquele que permite o “reencontro do objeto”.

Ao mesmo tempo, consuma-se no lado psíquico o encontro do objeto para o qual o caminho fora preparado desde a mais tenra infância. Na época em que a mais primitiva satisfação sexual estava ainda vinculada à nutrição, a pulsão sexual tinha um objeto fora do corpo próprio, no seio materno. Só mais tarde vem a perdê-lo, talvez justamente na época em que a criança consegue formar para si uma representação global da pessoa a quem pertence o órgão que lhe dispensa satisfação. Em geral, a pulsão sexual torna-se auto-erótica, e só depois de superado o período de latência é que se estabelece a relação originária. Não é sem boas razões que, para a criança, amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, em reencontro (Freud, 1905 [1901], p. 210).

Tem-se que a concepção de objeto em Freud não se limita nessa definição, ele é compreendido como aquele que pode dar caminhos possíveis de satisfação à pulsão sexual. As fixações em certos caminhos já conhecidos de satisfação pulsional impedem que a sexualidade flua e atinja a sexualidade genital, pois elas se tornam meios econômicos de manutenção da satisfação pulsional, do esvaziamento do excesso pulsional. Essa é a noção de objeto que têm predominância quando lemos algo a respeito do objeto em Freud.

Entretanto, Coelho Jr. (2001) aponta que não encontramos em Freud somente uma definição de objeto ao longo de sua obra. Precisamos concebê-lo a partir de algumas perspectivas, o que o torna muito mais complexo. O objeto pode, nesse sentido, ser considerado como um objeto total, quando considerado um objeto de

atração e de amor; como objeto parcial, que não precisa ser necessariamente um objeto presente, pode ser fantasiado (o objeto da percepção é sempre mediado pela realidade psíquica); como objeto narcísico, quando o Eu se torna objeto da pulsão; como objeto com o qual o eu pode se identificar, algo que se torna central na constituição da subjetividade.

André Green é um dos expoentes no estudo da importância do objeto na constituição do psiquismo com os pacientes fronteirios. Ele retoma referências em Freud, Lacan, Bion, Winnicott, Klein, além de outros, desenvolvendo uma concepção singular do objeto na teoria freudiana. Ele retoma a noção de objeto em Freud enquanto dialoga, nem sempre de modo explícito, com autores das teorias das relações objetais. Para Green (2000), Freud é o precursor da teoria das relações de objeto.

Green (2000) fala isso porque Eros é amor e não se pode pensar em amor sem objeto. No entanto, não existe na obra freudiana uma dicotomia entre a libido que busca prazer e as relações de objeto. O autor, desse modo, partilha da opinião de Freud ao afirmar que a sexualidade existe desde o início. Entretanto, isso não quer dizer que ela tome desde esse momento a forma que lhe conhecemos nas neuroses. O recurso ao arcaico não significa de modo algum a ausência do sexual. O autor retoma, então, os primórdios da vida psíquica sem perder de vista o sexual como fundante do psiquismo.

Segundo Green (1993/2010), não podemos considerar todo o aparelho psíquico elaborado por muitos pacientes normal ou patológico como sendo determinado unicamente pelo jogo pulsional e também que parte assumida pelo objeto nessa elaboração é um fator de interferência que entra em jogo na constituição da subjetividade por efeitos fora do comum. Esse efeito fora do comum diz da necessidade de compreendermos a função do objeto em sua dimensão intersubjetiva, pois o que se evidencia nos pacientes fronteirios é uma falha básica que separa o Eu do objeto

primário. Essa falha impede que o objeto se faça esquecer como constituinte da vida psíquica.

Com isso, a relação com o objeto primário resulta em intensas de separação e intrusão, evidenciando a fragilidade dos limites desses pacientes. Garcia (2007), em seus estudos sobre o pensamento de Green, escreve que:

A onipresença do objeto intrusivo e a inacessibilidade do objeto idealizado impedem a construção de representações, e portanto, do pensamento, já que a ausência enquanto presença em potencial não se constitui por falta de uma experiência satisfatória ou, em termos winnicottianos, de uma ambiente suficientemente bom. O paciente se apresenta numa situação de impasse em que se alternam as atividades de vinculação a disjunção, situação na qual, portanto, libido e destrutividade se degladiam, o que impede o acesso ao prazer, sempre contaminado pela agressividade (Garcia, 2007, p. 128).

O indivíduo encontra na agressividade uma maneira de se proteger de uma possível fusão regressiva com o objeto. O que confere ao objeto um caráter persecutório. Cardoso e Cardoso (2010) escrevem que o estatuto absoluto e sinistro que o objeto aparece ter nas patologias envolve na dinâmica pulsional uma inquietante flutuação entre a ordem do desejo e da necessidade. A partir do estudo de Joyce McDougall, Cardoso e Cardoso (2010) apontam que esses pacientes buscam objetos transitórios e não transicionais, algo que possibilite um alívio temporário, mesmo que descartável, para o sofrimento psíquico.

Esses sujeitos encontram-se, portanto, passivos, num estado que pode ser considerado como uma paixão mortífera, escravizados, assim, ao domínio do outro ainda que passando ao ato – ato de dominação que pressupõem, paradoxalmente, a cristalização do ego numa situação de radical passividade pulsional (Cardoso & Cardoso, 2010, p. 22).

O que a autora chamará de “servidão ao outro”. Não se trata de uma identificação de tipo especular ou uma paixão narsísica, mas de uma servidão ao outro. A operação de assimilação do objeto é precária e traz a marca de uma paixão mortífera. O objeto se mostra insubstituível, absolutamente necessário, levando a ideia de um

objeto erógeno absolutamente necessário. “O objeto tornado único e funcionando como último recurso torna-se a única fonte de satisfação, objeto que não é reconhecido como um outro separado de si, ou seja, ele permanece enredado no circuito da fascinação/servidão.... “Coisificado” (Cardoso & Cardoso, 2010, p. 24).

Em suma, a fantasia da resposta do objeto em aproximação precede e prevalece sobre aquilo que virá a ser sua reação objetiva. Mais precisamente, é ao relacionar a espera da resposta do objeto com sua resposta propriamente dita que surgirá um modelo do par antecipação-realização, gerador de acordo ou desacordo (Green, 2008, p. 80).

O papel do analista consiste em captar e dar forma e sentido às forças despertadas pelo desencontro/encontro para favorecer a abertura do espaço transicional. Tanto o analisando quanto o analista estão submetidos a esse campo de forças e têm como tarefa a sua contenção e transformação.

Green (1988) nos diz que, na clínica com pacientes fronteirços, o que se exige do analista é mais do que sua capacidade afetiva e empática. São suas funções mentais que se exigem, pois as estruturas de significado do paciente foram colocadas fora de ação. Aqui a contratransferência recebe seu significado mais extensivo. Analisar os estados fronteirços é indutivo, daí sua arriscada natureza. Nesse trabalho clínico, há três constatações: a primeira de que as experiências de fusão primária testemunham uma confusão entre sujeito e objeto, com um obscurecimento dos limites do *self*. A segunda é um modo particular de simbolização derivado de uma organização dual entre paciente e analista. E a terceira seria uma presente necessidade de uma integração estrutural através do objeto, ou seja, a presença e a ajuda do objeto são essenciais nesse trabalho de construção do *self*.

O modelo implícito das neuroses leva-nos às ansiedades de castração. O modelo implícito nos estados fronteirços, segundo Green (1988), é a contradição formada pela dualidade da ansiedade de separação e a ansiedade de intrusão, que trarão repercussões

diretas na relação terapêutica, pois a posição do analista perante esses fenômenos é afetada pela estrutura do paciente.

Desse modo, Green (1988) diz que o efeito dessa dupla ansiedade assume formas torturantes, que se relacionam em essência com a formação do pensamento. É o que descreve por *psicose em branco*, isto é, considera ser o núcleo psicótico fundamental caracterizado por um bloqueio nos processos de pensamento, inibição das funções de representação e pela “bitriangulação”, em que a diferença dos sexos que separa dois objetos disfarça a divisão de um objeto simples, quer mau ou bom. O paciente, então, sofre dos efeitos combinados de um objeto intrusivo persecutório e de uma depressão conseqüente à perda do objeto, sendo impossível constituir uma ausência. O resultado final é a paralisia do pensamento, ou um sentimento de se ter a cabeça oca, de um buraco na atividade mental, incapacidade de se concentrar, de recordar etc. O analista responderá ao espaço vazio com um intenso esforço de pensamento, a fim de procurar pensar aquilo que o paciente é incapaz de pensar e que encontraria expressão em um esforço de conseguir uma representação imaginal da parte do analista, de modo que não será surpreendido por essa morte psíquica. Inversamente, confrontado por uma projeção de um tipo de loucura, pode se sentir confuso, até mesmo assombrado. O espaço vazio deverá ser preenchido e o transbordamento esvaziado. A busca de um intercâmbio equilibrado será difícil. Se o analista preenche o vazio prematuramente com interpretação, ele está repetindo a intrusão do objeto mau. Se, no entanto, deixa o vazio como está, está repetindo a inacessibilidade do objeto bom. Se o analista se sente confuso ou assombrado, já não está mais em condição de conter o transbordamento, que, então, se expande sem limite. E, finalmente, responde-se ao transbordamento com muita atividade verbal, aí, então, não está fazendo outra coisa senão respondendo com interpretações. O objetivo deve ser de esforçar a trabalhar com

o paciente em uma operação dupla: dar um continente ao seu conteúdo e um conteúdo ao seu continente, sempre tendo em mente a flexibilidade das fronteiras e a polivalência de significados, pelo menos na mente do analista.

Como sabemos, a resposta e a fantasia de antecipação não estarão em acordo, mas o importante é sabermos se esse distanciamento poderá ser compensado pelo indivíduo pelo uso da fantasia ou, se por razões que dizem respeito tanto à criança quanto à mãe, esse desvio irá transformar-se em um abismo não mais passível de compensação. A criança poderá contribuir com seu objeto psíquico interno para construir um polo subjetivo que atende a sua expectativa e constitui o núcleo de um ego-prazer. Na concepção de Green (2008), diferentemente de Winnicott, não há o solipticismo, já que Green considera o par pulsão-objeto. Green considera esse par assimétrico e diz que é importante aqui a criança compensar o distanciamento do equilíbrio ao mobilizar a atividade psíquica fantasiosa para contrabalançar as decepções da experiência. Aí depende da criança a criação de objetos transicionais. O modelo permite apreender reações de transbordamento, de impotência, de pânico, mobilizando defesas mais desesperadas para fazer face à situação traumática.

Nesses casos, Green descreve que a contratransferência do analista deve despertar e revelar, por intermédio de uma receptividade mais sensível, os traços deixados por tais experiências na infância. Essas situações foram superadas e hoje restam apenas suas cicatrizes. O tratamento analítico convida o paciente ao abandono de mecanismos de controle com o auxílio da regressão, ao reavivar a situação traumática e reabrir as feridas, expondo-as para depois voltar a fechá-las. São essas situações limites confrontadas pelo analista que o faz poder tomar decisões de renunciar o enquadre analítico por preferir outras formas de trabalhar onde pode conservar a percepção do objeto.

Portanto, o autor, em suas construções teóricas, irá propor uma transferência e contratransferência ao enquadre, pois ele delinea e protege os limites do espaço físico e mental do analista e, ao demarcar esses limites, instala um terceiro elemento na situação clínica – o outro do objeto além de proteger e estruturar um espaço interno no qual podem se manifestar as forças presentes na relação. Cabe aqui analisar como o enquadre é vivido e tomado de significado pelo analisando e pelo analista, sua função inconsciente. Lugar em que também se encontra a assimetria da dupla, já que o analista já foi analisado. Mas resta saber se sua análise lhe deu condições de abordar essa experiência. O modelo dos sonhos continua sendo, segundo Green, o mais pertinente, mas o sonho é um aspecto da vida psíquica durante o sono, existem os pesadelos, os terrores noturnos, o sonambulismo, etc., ou seja, outras modalidades que merecem ser tomadas em consideração diante da falência que aí ocorre da função onírica. Nesse sentido, correlaciona-se esses casos com a impossibilidade do enquadre de servir de experiência facilitadora pelo bem mútuo do analisando e do analista.

Pode-se dizer que a situação analítica é a totalidade dos elementos que constituem o relacionamento analítico, em cujo cerne, podemos, com o tempo, observar um processo cujos nós são apertados pela transferência e contratransferência, devido ao estabelecimento dos limites do contexto analítico (Green, 1988).

Os pacientes fronteirios não podem usar o contexto como um ambiente facilitador porque, ao deixarem de fazer uso dele, é como se, em alguma parte deles, deixassem intacto o desuso que dele fazem. Portanto, para Green (1988), se é levado da análise do conteúdo à análise do continente, ou seja, a uma análise do próprio contexto. Encontramos equivalentes em outros níveis, como, por exemplo, em Winnicott, o “segurar” referindo-se ao cuidado com o objeto externo.

Aqui o contexto torna sentido sua presença, ou seja, para Green (1988), o sentimento é de que está acontecendo algo que atua contra o contexto. É um sentimento que se pode encontrar no paciente, porém, acima de tudo, está presente no analista, este sente uma tensão que atua como uma pressão interna, que o faz ciente de ter de agir dentro e através do contexto analítico para protegê-lo de uma ameaça. Esse é o caso em que a análise se desenvolve não entre pessoas, mas entre objetos. É como se as pessoas houvessem perdido sua realidade e cedido a um campo de objetos mal definido. A vivacidade de determinadas representações pode, de repente, assumir uma forma que emerge de uma confusão, porém nos limites da imaginação.

Desse modo, Green, ao invés de dizer que o estabelecimento do contexto reproduz uma relação objetal, acha mais apropriado dizer que é isso que permite o nascimento e desenvolvimento de uma relação objetal. Essa descrição é centralizada no funcionamento mental. O que se passa com o paciente é possível saber através do que ele conta, mas falta o conhecimento da fonte da comunicação e daquilo que está se desdobrando dentro desses dois limites. Supera-se essa ignorância do espaço interno observando o efeito que a comunicação exerce sobre os analistas e o que se produz entre suas impressões afetivas (na realidade corporal) e seu funcionamento mental. Desloca-se o conhecimento do que está acontecendo em seu próprio espaço interno para o espaço entre ele e o analista. A comunicação do paciente – diferente daquilo que ele vive e sente – situa-se no espaço transicional entre ele e o analista, do mesmo modo que a interpretação é transportada pela comunicação. A função do espaço transicional, do espaço potencial, é de unir e separar mãe e filho, criando, assim, uma nova categoria de objetos, segundo Winnicott. Portanto, a linguagem seria, para Green (1988), a herdeira dos primeiros objetos transicionais. Os processos internos no analista têm por seu objetivo a construção da simbolização.

Assim, muitas dessas características que apresentamos ao longo deste capítulo aparecerão no contexto clínico, na transferência que o paciente irá estabelecer com o analista e na contratransferência. Para tanto, caberá ao clínico reconhecê-las e manejá-las na relação. Elas servirão também de base para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial, além de serem uma forma de entendimento do mundo interno da pessoa. Podemos ver a importância do outro no processo de construção subjetiva e o lugar em que o clínico/analista poderá colocar-se em relação ao paciente.

3.2. O diagnóstico de analisabilidade

Atualmente, encontramos um crescente número de pacientes não neuróticos submetidos à psicanálise. Isso faz, muitas vezes, a psicanálise modificar-se tanto quanto sua prática, como, por exemplo, com relação ao enquadre. Green (2008) descreve o problema das variações da técnica psicanalítica e da prática psicoterápica analítica para tentar sair dos impasses encontrados na clínica. Nesse sentido, o autor defende um diagnóstico de analisabilidade, em que o analista deverá

ter como objeto uma avaliação hipotética preditiva que considere os diferentes elementos que constituem a prática (a não-visibilidade do objeto, a capacidade de suportar a atitude de retraimento e de espera do analista, a interpretação da resistência e da transferência, a duração limitada das sessões, a frequência desejável destas, a tolerância às separações, a atitude em relação à realidade, etc.) (Green, 2008, p. 48).

A questão apresentada pelo autor envolve saber se o paciente está apto ou não a lidar com a presença da falta do analista. Tal posição comporta ao menos duas consequências. Em primeiro lugar, o entendimento de que a indicação à psicoterapia repousa fundamentalmente na intolerância do paciente ao enquadre analítico, intolerância esta situada no funcionamento mental do paciente, que está, em alguma medida, relacionada aos critérios nosográficos, mas certamente não se resume a estes. Em segundo, trata-se de uma inversão: ao invés de determinar a indicação pelo

enquadre (por exemplo: análise indicada para estruturas neuróticas, análise com variações técnicas para crianças, psicoterapias para pacientes limites), buscar-se-ia, a cada vez, determinar qual o melhor enquadre para aquele paciente singular, considerando a sua capacidade de simbolização.

O que teríamos seria a colocação de um enquadre e conseqüente postura do analista com relação ao aparelho psíquico da pessoa. Nesse sentido, o que observamos com alguns pacientes é a falta de formações intermediárias para lidar com o interno; assim, o ato ocorre em detrimento da fala. Green (2008) descreve que, em psiquismos mais arcaicos, em que a atuação é a regra, há também um sentimento de transbordamento afetivo que parece afogar o psiquismo, com predomínio de defesas mais rígidas. Na relação com o objeto, ele caminha entre dois polos bastante antagônicos, indo de um estado de instância todo-poderosa ao de negação de sua existência. Quanto à posição, frequentemente a transicionalidade se mostra ausente. Para o autor, o movimento da análise deve acontecer no espaço intermediário/limite criado pela situação analítica, elaborada dentro da situação analítica.

Existem muitos pacientes que estão nos limites da analisabilidade e que nós, analistas, entendemos em nossa prática clínica como pacientes difíceis e os nomeamos a partir de nosso campo de conhecimento, já que uma análise acontece no espaço limite entre o analista e o paciente. O que realmente precisa ser aprendido é essa área intermediária que deve existir entre o analista e o paciente, e não somente a psicopatologia do paciente. É importante o analista respeitar e ter clareza de seus limites, de seus pontos cegos, até porque, ao trabalhar nessa clínica dos funcionamentos limites, ele terá de ter suas partes psicóticas e perversas da mente muito bem trabalhadas para conseguir ouvir pacientes regredidos.

Destacamos também a importância do terapeuta ter clareza sobre o ritmo do paciente, suas necessidades, seu tempo, suas dificuldades, seu espaço e sua tolerância. Para tanto, as construções teóricas sobre a questão do transbordamento afetivo, a ausência de um espaço de fronteira interna e intersubjetiva, ou o duplo-limite e a destrutividade/desligamento se mostram muito importantes nessa clínica. Green (2008) discute muito bem essas questões e nos fala que tudo é uma questão de nuance, na qual o analista deverá propor, segundo o caso, encontros isolados periódicos ou encontros regulares cujo ritmo não pode ser estabelecido de modo rígido. Sugere que o essencial é determinar, com base na experiência, o número ótimo de vezes que esses encontros podem ou devem acontecer, de acordo com as necessidades e a tolerância do paciente. Isso depende de sua estrutura, de suas resistências, de sua demanda, de sua transferência inconsciente ou manifesta.

Os pacientes fronteiros, para Green (1988), não apresentam problemas somente dos limites do ego, mas também na desorganização de limites no interior do aparelho psíquico, isto é, há uma desorganização nas diferentes partes do aparelho psíquico e em sua relação com o ego e com o objeto, o que leva a conceber o limite como um conceito próprio para pensar essa clínica. A noção de limite remete necessariamente a conceitos relacionados com a territorialidade, isto é, a conceitos espaciais. A espacialidade, para a psicanálise, leva a dois pontos de vista, ou seja, o espaço remete a um ponto de vista tópico e também um ponto de vista dinâmico. Logo, trata-se aqui de espaços animados por movimentos, sua fronteira se desloca. Está aí o problema da pulsão, de uma excitação que se põe em movimento e transpõe um espaço.

O modelo metapsicológico do aparelho psíquico em André Green resulta da conceitualização e ampliação do modelo desenvolvido por Freud a partir do trabalho de interpretação dos sonhos com pacientes neuróticos e da noção de limite, permitindo

mais compreensão e apreensão do que ocorre nas análises com pacientes fronteiriços. Constituído por um duplo limite que separa e reúne, por um lado, o dentro e o fora, e, por outro, o consciente e o inconsciente. A estrutura psíquica deve organizar os movimentos de ligações e desligamentos e promover a simbolização com a apropriação subjetiva dos objetos externos e internos. Assim, para o autor, a função fundamental do psiquismo é de ascender ao domínio das representações e o limite como o espaço que marca a divisória entre territórios se torna a via privilegiada para a transicionalidade, Winnicott.

Green (2008) nos diz que a estrutura mais complexa em termos de espaço é o superego. Este, segundo Freud (1923), é constituído pelos efeitos das primeiras identificações efetuadas na mais primitiva infância, tratam-se de identificações diretas e imediatas, produto de uma divisão do ego, que trará consigo as características mais importantes do desenvolvimento, dando expressão à influência dos pais e perpetuando a existência de fatores de sua origem. O superego em sua diferenciação do ego possui um aspecto duplo, pois abrirá possibilidades para um direcionamento no investimento de objetos e poderá sofrer algumas alterações determinadas pelas identificações, levando, assim, à construção do sistema de valores éticos da pessoa e à função desempenhada pelo superego de poder protetor do destino, ou de um censor, de crítico, avaliador. Entretanto, essa estrutura complexa e ambígua do superego pode ser considerada como uma instância quase persecutória, ao exigir sempre novos sacrifícios em função da satisfação pulsional, mas, paradoxalmente, protetora, também sempre atenta à manutenção da vida.

Nas ideias de Green (1986), há uma relação entre o superego, este que descrevemos acima como aquele que detém a função de exercer a consciência moral e o masoquismo moral, ou a necessidade de ser punido por causa de um ato cometido

ilicitamente, caracteriza-se pela força da pulsão de destruição atuando violentamente contra o próprio si-mesmo. Movidos, segundo Freud (1924), por uma necessidade de punição onde o próprio sofrimento que importa.

Segundo Freud (1924), o ego tem no superego um modelo a ser seguido, pois ele é tanto o representante do id quando do mundo externo. O superego traz a história dos valores morais introjetados pelo indivíduo na sua tenra infância a partir das figuras parentais. As proibições introjetadas retornam por meio de um anseio por castigo e sofrimento. Ambos funcionariam como um limite a tudo aquilo que continua presente no indivíduo, atuando para além dos ditames da moral.

O masoquismo leva o sujeito à tentação de agir de forma “pecaminosa”, para que posteriormente essa ação seja, então, expiada por meio das críticas da consciência moral sádica... ou pelos castigos corporais [*Züchtigung*] aplicados pelo grande poder – de natureza parental – do Destino. Para conseguir este representante [*Vertretung*] do casal parental que o castigue, o masoquista deve fazer coisas inadequadas e trabalhar contra o seu próprio benefício, destruir as perspectivas que se lhe abrem no mundo real e eventualmente aniquilar sua própria existência real (Freud, 1924, p. 114).

Apotamos aqui para a relação entre as manobras realizadas pelos pacientes fronteiriços para prejudicarem sua própria capacidade de realização, atacando inclusive seu próprio desejo e sentido de realidade. Entretanto, Green (1988) diferenciará o masoquismo moral em Freud do narcisismo moral dos tempos atuais impregnado pela vergonha, onde o indivíduo não cometeu outra falta do que a de ter permanecido fixado na sua megalomania infantil e está sempre em dívida com seu Ideal do Eu, situando-se ao nível de uma relação que concerne ao ser.

O narcisista procurará, como solução do conflito, empobrecer cada vez mais suas relações objetais para levar o Eu ao seu mínimo vital objetal e conduzi-lo assim ao seu triunfo liberador. A solução, a única solução, será o investimento objetal narcisista, sobre o qual sabemos que, quando o objeto está ausente, perde ou então decepciona. A consequência é a depressão (Green, 1988, p. 195).

Mas qual seria a relação entre os analistas e as questões que o papel do superego desempenha? O que teria isso haver com um trabalho clínico? Green (1990) responde a essas questões ao fazer uma relação entre o trabalho clínico, o superego, com a introjeção do superego dos pais, com a relação que o superego dos pais tem com a lei moral e com a verdade. Pois, para o autor, os analistas têm de lidar com isso, do ponto de vista da realidade social. Também lidam com isso diretamente pelas disposições materiais que se tomam em relação a seus pacientes, pelos honorários que cobram e pelo fato de que o analista, dentro de sua realidade, mostra-se como um cidadão. Ao receber por seus honorários, segundo o autor, o analista não recebe enquanto psicanalista, mas sim enquanto cidadão. Desse modo, admite-se a existência da realidade social, ou seja, a realidade humana e, com isso, há, nesse contexto, uma relação inter-humana em que, necessariamente, há projeção, isto é, existe o ato de despejar sobre o outro tudo aquilo que não quero em mim.

Estamos na clínica de pacientes que se encontram no limite da possibilidade de análise por apresentarem uma dificuldade no nível dos processos de simbolização/transformação necessária para desenvolver o processo representativo, característico da associação livre. Desse modo, somos obrigados a reconsiderar o papel desempenhado pelo enquadre e pelos objetos externos na constituição subjetiva e no processo de simbolização inerente ao trabalho analítico.

Assim, em um trabalho de análise, o analista tenta compreender a psicopatologia dos pacientes e suas mudanças, que geralmente se encontram subordinadas às mudanças de percepção e sensibilidade do próprio analista, o que não quer dizer que devemos negar as mudanças do lado dos pacientes. Segundo Green (2008), da mesma maneira que a visão do mundo externo do paciente depende de sua realidade psíquica, a nossa visão da realidade psíquica do paciente depende da nossa realidade psíquica. O que o

autor nos apresenta aqui é a importância do analista entender, experienciar, ter empatia e compaixão por aquele sofrimento vivenciado pelo paciente para que essa dor possa ser pensada, trabalhada e elaborada, ou seja, não seja geradora de imobilidades.

Em um processo de desenvolvimento emocional, encontramos a dependência do outro, pois o objeto vem para atestar sua existência inicialmente. Segundo Cardoso e Cardoso (2010), a característica nesses quadros é uma situação de servidão ao outro, em que a perda do outro, o seu desaparecimento, corresponderia à perda de si. Na base dessa vivência, estaria a impossibilidade de manter o outro como objeto interno em função da impossibilidade de um trabalho de luto, “trabalho do negativo”. Nesses casos, Green (2010) coloca que se trata, então, da ameaça de não poder perder o objeto, tem-se um estado de necessidade/dependência absoluta, de passividade radical cujo pressuposto básico seria uma falha importante no plano da interiorização do mesmo. O autor alega a importância de a pessoa poder perder o objeto devido à sua presença suficientemente boa e má, ou seja, incorporar, introjetar, identificar-se e internalizar com esse objeto em seu mundo interno e desapegar-se para que os caminhos se abram para os processos de pensar e que ocorra os limites intersubjetivos e intrassubjetivos.

Desse modo, *O trabalho do negativo* (Green, 2010) oscila entre, de um lado, a análise da transferência negativa e das projeções destrutivas em direção ao analista e, do lado oposto, os estados de não representação, de vazio, de branco, em que o pensamento se torna estanque sobre um fundo de alucinação negativa de suas próprias produções psíquicas. Haverá nesses casos a necessidade de o analista de sustentar uma posição mais responsiva frente a esse tipo de transferência que, como apontamos, costuma ser caótica e desafia a técnica clássica do analista, ligada à neutralidade e à abstinência, e coloca a contratransferência à prova. Assim, o que o autor percebia em sua prática era que o enquadre psicanalítico reproduzia a infância traumática do paciente: a constância

do *setting* se confundia com o excesso de rigidez, o silêncio com uma indiferença desafetuosa, a neutralidade com a falta de reconhecimento e a interpretação com uma penetração intrusiva. Assim, ao encarnar “um pai punitivo” ou “uma mãe morta” o enquadre analítico reeditava uma relação com objetos primários perigosos e pouco confiáveis que exigiam do paciente submissão, o que de acordo com Candi (2010), colocava em risco o estabelecimento de uma relação terapêutica benéfica. A falta de confiança no analista e o medo de depender de um objeto pouco responsivo e afetivo acabavam-se tornando, frequentemente, elementos impeditivos do desenvolvimento de um processo analítico.

Nos moldes do tratamento clássico da experiência psicanalítica, verificamos na essência a presença-ausência do analista (isto é, de sua invisibilidade), uma atividade psíquica que excita os traços mnêmicos anteriores do paciente, induz a representações ao associar livremente, postos à prova na experiência da transferência e no tratamento com os pacientes ditos difíceis, sendo a transferência, como já apontamos anteriormente, uma disposição inata de influências sofridas durante os primeiros anos em que o indivíduo conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica.

Podemos pensar essas questões em termos edípicos, como Green (2008) apresenta, pois, quanto mais decifrável a neurose nos termos da configuração edipiana, mais liberdade e mais enriquecedores os ganhos da análise, ao abrir-se o campo a uma criatividade psíquica que surte efeitos notáveis. Em contrapartida, quanto mais a pessoa se afasta da configuração edipiana em direção a estruturas pré-genitais, organizações narcísicas ou estruturas limites – ou seja, estruturas não neuróticas –, maior será o perigo da regressão e mais difícil será o perigo de alcançar a remoção do controle defensivo. Isso porque a ameaça consiste não somente na regressão dinâmica da

sexualidade, mas antes do perigo da regressão há o da desorganização do Eu. A pessoa, paciente, no caso, terá mais medo quanto menos certo estiver de sua estabilidade estrutural.

Assim, aqui encontramos uma mudança de modelo de onde o centro estaria na forma do pensamento (vontade, desejo, esperança) para um modelo alicerçado no ato (automatismo, ato, pulsão como ação interna). O paradigma freudiano sobre os sonhos/representantes é alterado para um novo paradigma, o dos cuidados maternos. Segundo Green (2008), o perfil geral do tratamento analítico é subvertido, na medida em que o analista tem agora de lidar para além do desejo com o ato. Os estados-limites demandam questionamentos sobre as diretrizes básicas do tratamento, já que as clivagens fragmentam núcleos psíquicos e provocam os ataques ao trabalho analítico diante da impossibilidade de criar símbolos e de sonhar. A palavra proferida no *setting* analítico perde a sua potência e sua eficácia, pois há uma repetição ou atualização do traumático. Nesse sentido, o contexto clínico acaba por ser projeção do transbordamento e implosão do aparelho psíquico do paciente.

Seriam pacientes que apresentam em suas vidas uma facilidade em passar por experiências tristes/infelizes que se repetem de forma passiva. Encontramos, nesses casos, com mais clareza, a questão da compulsão a repetição. A descoberta por Freud (1920) da compulsão à repetição o leva a formular sua teoria sobre a pulsão de morte. Desse modo, Joseph (1992) estabelece uma conexão entre a compulsão à repetição aparentemente passiva e a teoria sobre a pulsão de morte – tendência ao restabelecimento de um estado anterior de existência, de um estado inorgânico, ou seja, a autora descreve os pacientes cuja repetição é cega e onde não há domínio sobre o que acontece, pois eles se veem diante de ansiedades inconscientes e potencialmente esmagadoras e que essas se encontram relacionadas primordialmente a problemas

relativos à necessidade do objeto primário ou objeto parcial, à mãe ou ao seio dela e que os mecanismos utilizados para dominar essas ansiedades consistem na combinação de cisão, identificação projetiva e introjeção. A compulsão à repetição toma a forma de atuação (*acting out*) no psiquismo.

Green (2008) traz em suas elaborações teóricas o trabalho de esterilidade desesperançada das repetições intermináveis comum nessa clínica. Afirma ainda que a compulsão à repetição não é somente um ignorar do tempo ou mesmo uma recusa em admitir as limitações que a razão e a experiência nos forçam a aceitar. Não se trata de uma rebelião contra os limites de nossa onipotência e as restrições ligadas à impossibilidade, é, na realidade, uma negação do tempo, com uma recusa a crescer e ainda a fantasia louca que se pode parar a marcha do tempo.

Para Green (2008), a destrutividade destrói a representação dos objetos que odiamos e também os processos temporais que lhe são aderidos. Assim, ao proceder à destruição dos processos temporais e realizando os desejos de morte dirigidos aos objetos de seu ódio, o tempo fixo, imobilizado, petrificado que dele resulta, impede a ideia de morte desses objetos no psiquismo. O objeto é odiado, mas seu amor e sua presença permanecem de importância vital. A morte do objeto deverá ser, ao mesmo tempo, buscada e repelida, e a única maneira de satisfazer essas exigências contraditórias seria congelar a experiência do tempo e negar as fantasias a ela ligadas.

Diante da indiferenciação do outro, há a impossibilidade de vivenciar o amor, a ternura e o reconhecimento/valorização do objeto, pois nesses casos o que encontramos é a mobilização imediata de ódio e destrutividade intensos. Nesse sentido, Freud (1915) escreve sobre a importância de o psicanalista “ter” domínio sobre a transferência, já que o mesmo trabalha com forças altamente explosivas, e aconselha a cautela nesse trabalho, ao compará-lo com o trabalho de um químico, ao mesmo tempo em que

apresenta o *furor senandi*, ou seja, a paixão por curar pessoas. Como já nos dizia Bion, sem desejo para nós, analistas, ou seja, sem curas conforme modelos médicos.

A situação na qual trabalhamos aqui, a situação psicanalítica do enquadre, passa de acordo com Roussillon (2008) pela lógica das organizações pulsionais e das organizações fantasmáticas inconscientes. Os parâmetros espaço-temporais do enquadre serão objetos de investimento pulsional por projeção dos processos psíquicos do paciente, pois todo o tratamento diz respeito à transferência de atitudes do autoerotismo infantil, que irão aparecer no enquadre pelas formas de agir na situação atual de um passado reprimido, ou seja, temos aí um agir de uma repetição não somente à pessoa do médico/analista, mas a todas as outras áreas da situação presente. Não transfere somente um personagem da história infantil, ou o deslocamento de uma função ligada a esse personagem, ela transborda para a situação psicanalítica, ou seja, torna-se uma situação de transferência de uma situação histórica global para uma situação atual. A transferência aparecerá como repetição no enquadre com formas de um agir de uma situação passada reprimida.

No enquadre, diz Roussillon, repetir-se-ão as situações traumáticas com a problemática pulsional e intrapsíquica da pessoa. Assim, o autor nos fala sobre uma transferência sobre o enquadre, ou seja, há um deslocamento de transferência no qual o enquadre se tornará também o lugar dos interditos, servirá como um lugar onde formas de simbolização poderão ocorrer através das diferenças e dissimetrias, existentes nas figuras do terapeuta e paciente, por exemplo. Ele ainda aponta a importância dos objetos e dos processos transicionais na organização e no percurso necessário da constituição do Eu, em que o terapeuta e o enquadre se encaixam. Transfere-se para/sobre o enquadre a história ou pré-história da simbolização da simbolização, ou, em outras palavras, sobre o enquadre se reproduzem a repetição da história da constituição do transicional e seus

avatares históricos com seus sucessos e fracassos. Então, é sobre a transferência sobre o enquadre que aparecerão as condições e pré-condições da história das representações.

O enquadre e as regras ali estabelecidas servem para o autor ao mesmo tempo como um instaurador de organização, de limite, de assimetria, Roussillon (2008) faz uma analogia nesse sentido com *Totem e Tabu* freudiano, mas também diz ser esse um *Espaço em Potencial*, ou seja, uma área intermediária que não é inteiramente subjetiva e nem objetiva, mas sim uma área denominada por Winnicott como uma terceira área em desenvolvimento, na qual o paciente se utiliza da materialidade sonora e plástica para poder manifestar algo do *self* incipiente, aparecendo na dimensão sensorial mesmo não necessitando da materialidade e da sensorialidade, pois pode estar presente na interioridade do paciente e caberá ao analista a difícil tarefa de traduzí-las. Assim, temos dois saberes em cena: o paciente com o seu, sobre si mesmo – e devemos reconhecer isso – e nós, clínicos, com o nosso. Assim, vai se apresentando a dupla e o terceiro ativo, que seria o pensar elaborado dessa conversa ou o que sai dessa relação.

Nesse contexto, podemos perceber quanto o trabalho psíquico desenvolvido pelo analista é complicado, ao deixar-se agir sobre si as associações livres do paciente e, ao mesmo tempo, deixar a sua própria imaginação brincar/sonhar com esse material associativo. Além de todo o percurso pelo qual um analista passa ao longo de sua formação, como, por exemplo, sua análise pessoal, a necessidade de um espaço para supervisão, os grupos teóricos frequentados, o investimento financeiro e emocional que requer esse trabalho é enorme, mas podemos valer de recompensas quando percebemos ganhos em nossos pacientes. A diferença que pensamos existir é que essa clínica, diante de tais dificuldades, como as formas de defesas/projeção encontradas por esses pacientes, irá requerer do analista mais habilidades, maior capacidade para pensar, manejar e sentir a relação e o paciente.

Vivemos, assim, uma situação triangular – analista, analisando, referencial analítico –, nos desafiando a lidar com nosso próprio psiquismo. A posição de analista nos impõe limites e nos ajuda a questionar uma posição intervencionista. Em nosso trabalho clínico, estamos com nosso paciente, dentro de um referencial psicanalítico internalizado, construído por nossa própria experiência de análise, por nossos modelos conceituais e por nosso laço institucional. Nesse trabalho, somos convocados, a todo momento, a voltar nosso olhar psicanalítico para nós mesmos, no sentido de enfrentar e reconhecer a insuficiência de nossos recursos pessoais e analíticos, mas também de diferenciar uma “transgressão criativa” de uma atuação em decorrência de nossa “recusa à castração”. Isso passa por um posicionamento subjetivo, ancorado em nossa elaboração pessoal, sem nenhum modelo que nos autorize ou nos proíba, *a priori*.

Mas colocamos a questão de como podemos preservar a função psicanalítica buscando propiciar conhecimento e expansão psíquica quando entendermos haver uma ameaça real a seres incapacitados de se defenderem? Se não encontrarmos palavras e interpretações eficazes, no sentido de interromper em nossos analisandos a passagem ao ato, quando predomina a dimensão de sensorialidade subjugada ao princípio de prazer? O mundo e os objetos tornam-se persecutórios/ameaçadores e, com isso, a capacidade de pensar fica impedida, não há um canal de comunicação entre a pessoa e o outro. São pacientes marcados por falhas nos vínculos primários/nos primeiros anos de vida, ou as patologias ditas narcísicas, que nos fazem voltar o nosso olhar para a análise como espaço para construir o que não pode ser representado, para o nunca vivido, construindo possibilidades da realização da alteridade e do desenvolvimento da função simbólica.

Seria, diante desses termos apresentados, conveniente apontarmos, para finalizar essas discussões sobre as condições de analisabilidade, a feitura de um acordo sobre as condições do tratamento que é realizado, de modo que tanto o paciente quanto o analista

possam ter clareza dos objetivos, das expectativas e também das dificuldades a que o trabalho clínico traz. Pois, segundo Etchgoyen (1987), o contrato possui uma função que seria o de evitar ambiguidades, erros ou mal-entendidos. Nesse contexto, enquanto a palavra varia de acordo com cada situação, com cada enfermo e em cada momento, o processo clínico consistiria no cumprimento do contrato. E, para compreendê-lo, pensa-se nele em relação ao enquadre que certas variáveis são fixadas como as constantes no *setting*. Essa ideia do contrato deve finalizar um acordo de ambas as partes, em que, finalizado esse acordo, fica definido um tipo de interação que implica direitos e obrigações, mas também envolve riscos, os riscos inerentes a todo empreendimento humano.

Em dois artigos na sua obra, *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912b) e *Sobre o início do tratamento* (1913), Freud formula as bases teóricas do contrato ou estabelece as normas fundamentais que compõem um processo eminentemente analítico. Nesses textos, ele não se propõe a dar normas fixas, mas sugestões as quais são aceitas de modo universal pela grande maioria dos analistas. Seus conselhos se ajustam a sua forma de ser, mas Etchegoyen (1987) aponta que podem variar, e isso abre uma discussão entre o que seria entendido como técnica e estilo. A técnica circunscreve o campo de um patrimônio universal entre os analistas, e outras são pessoais, próprias do estilo de cada analista. Os conselhos de Freud nesses artigos configuram as cláusulas fundamentais do contrato analítico e apontam para a regra fundamental, o uso do divã e o intercâmbio de tempo e dinheiro, isto é, a frequência e duração das sessões, ritmo semanal e férias.

Assim, diante dos pacientes que buscam ajuda e desejam profundamente encontrar alívio para seus sofrimentos, mas que não sabem nomear suas dores por não existir um espaço para pensar de forma consistente, o espaço para pensar, do analista,

deve permanecer intacto – especialmente quando os obstáculos para a manutenção do enquadre analítico ameaçam a sobrevivência do processo. Nesse sentido, no próximo capítulo, iremos elaborar discussões a respeito de como o analista poderá trabalhar ao fazer uso de “si”.

Capítulo 04

Os modos de simbolização e a contratransferência como pensamento vivo do analista

Nos capítulos anteriores, descrevemos quais dispositivos a clínica psicanalítica requer e ressaltamos a importância da contratransferência para pensarmos tais questões. Entretanto, não podemos nos esquecer que, de acordo com Freud, a eficácia do tratamento psicanalítico possui como um de seus elementos propulsores a palavra, esta como uma forma variada de produção do inconsciente ou, ainda, como uma forma representada do mundo dos afetos.

Nossa tese traz a questão da contratransferência como um elemento importante para pensar a clínica e suas conseqüentes variações na técnica, mas, conforme Green (2008), essas variações seriam a adoção de medidas apropriadas mais ou menos temporárias sem modificar profundamente seus princípios diretores como a transferência, a resistência e a interpretação. No que se refere a contratransferência do analista, consideramos que essa consiste em um elemento de simbolização para o paciente. Ou seja, ao perceber e sentir o que se passa com o paciente e colocar isso para ele em palavras, nomeando essas percepções, podemos fazer inscrições e marcar a tópica.

4.1. A simbolização e suas inscrições

Primeiramente, trataremos a problemática da simbolização para podermos pensá-la na clínica e relacioná-la com a contratransferência. No pensamento freudiano (1900), sua origem está atrelada à experiência de satisfação na abertura das portas para os

processos de simbolização/representação. No entanto, como já mencionamos anteriormente, estamos diante de uma clínica em que esses processos se encontram prejudicados, impedindo o psiquismo de desenvolver um trabalho de pensar. Para Roussillon (1999), o indivíduo sofre do não apropriado em sua história. Segundo Paz (2013), há uma falta de articulação das relações internas de simbolização/representação. Um conceito fundamental na teoria freudiana é a representação tida como requisito do pensamento, ou o pensar, tarefa essencial do aparelho psíquico, que pressupõe compreender o funcionamento psíquico com relação às ligações entre diferentes representações, pois, ao representar, ligamos e, para pensar, religamos as representações.

Quando Freud fala sobre o aparelho psíquico em sua obra, apresenta a ideia de uma certa organização, de uma disposição interna, entretanto, faz mais do que ligar diferentes funções a lugares psíquicos específicos, atribui a estes uma dada ordem, que acarreta uma sucessão temporal determinada. Não se deve tomar no sentido anatômico a coexistência dos diferentes sistemas que compõem o aparelho psíquico onde lhe seria atribuído uma teoria das localizações cerebrais. Implica apenas que as excitações seguem uma ordem em que fica o lugar dos diversos sistemas (Laplanche, 1988).

Sistema formado por três instâncias – id, ego e superego – onde, no id, encontramos, além das representações-coisa gravadas no psiquismo sob o impacto do desejo dos outros, também as representações inatas, próprias da espécie humana, inscritas e transmitidas filogeneticamente. No texto *O ego e o id*, Freud (1923) considera que o ego advém do id, por um processo de diferenciação, quando diz que:

...o ego é aquela parte do id que foi modificada pela influência direta do mundo externo, por intermédio do *Pcpt.-Cs.*; em certo sentido, é uma extensão da diferenciação de superfície. Além disso, o ego procura ampliar a influência do mundo externo ao id e às tendências deste, e esforça-se por substituir o princípio de prazer, que reina irrestritamente no id, pelo princípio de

realidade. Para o ego, a percepção desempenha o papel que no id, cabe ao instinto. O ego representa o que pode ser chamado de razão e senso comum, em contraste com o id, que contém as paixões (p. 38-39).

Ainda neste mesmo texto, ele expressa sinteticamente sua posição, afirmando que o ego surge dessa diferenciação, marcando um limite entre um dentro e um fora, limite que, em última instância, é identificável com os limites que o corpo dá marcando um dentro e um fora, ao dizer que “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é somente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 39).

Freud, na construção do seu aparelho psíquico, insere as representações para designar aquilo que se representa, ou o que do “objeto” se inscreveu no aparelho. No entanto, distingue dois níveis de representações: as representações de palavra e as representações de coisa. Essa distinção sublinha uma diferença tópica fundamental, pois as representações de coisa caracterizam o sistema inconsciente e estão em mais imediata relação com a coisa: na alucinação primitiva, a representação de coisa seria considerada pela criança como o equivalente do objeto percebido e investido na sua ausência, ou seja, encontram-se no domínio do campo visual. Já a representação de palavra deriva da palavra, essencialmente acústica e é introduzida numa concepção que liga a verbalização e a tomada de consciência. A ligação entre a representação de coisa e a representação de palavra correspondente caracteriza o sistema pré-consciente-consciente (Laplanche, 1988).

Essa concepção está enunciada no *O ego e o id* (1923), mas pode ser observada já no texto sobre as afasias de 1891, no qual Freud introduz a distinção entre representação de objeto (*Objektvorstellung*) e representação de palavra (*Wortvorstellung*), e que reaparecerá apenas em 1915, no texto metapsicológico sobre *O inconsciente*, quando a representação de objeto é chamada de representação de coisa

(*Sachvorstellung*). O exame da noção de representação de objeto mostra que Freud a concebe como: "...um complexo de associações, formado por uma grande variedade de apresentações visuais, acústicas, táteis, cenestésicas e outras" (1915, p. 244). As representações são dotadas de investimento ou quantidade de energia. Freud as designa como ativação, capacidade de ligação e a relação entre as representações, resulta nas ideias. Uma representação investida é uma ideia ativada e ligada, cujas relações com outras ideias são possíveis. A esse processamento de ativação ou inibição das representações Freud chama "processo de pensamento".

Falamos de momentos constitutivos do psiquismo em que a natureza das primeiras inscrições funcionam como matéria-prima para a formação do aparelho psíquico do indivíduo, e as transformações que elas sofrem em diferentes momentos de interação com os primeiros objetos. Roussillon (2012a) constrói sua teoria em direção à formulação do conceito de simbolização primária, a partir da distinção freudiana entre representação de coisa e representação de palavra, onde propõe que devemos pensar a simbolização em dois tempos distintos, sendo a simbolização secundária aquela que se efetua por meio da linguagem, ligando a representação de coisa à representação de palavra. Em sua hipótese, Roussillon (2012a) apresenta que há um ambiente humano capaz de reconhecer e narrar aquilo que é encenado pelo bebê para que isso adquira de fato uma efetividade simbólica. Assim, há uma reflexividade necessária à constituição do sujeito psíquico advinda dos diversos recursos de espelhamento utilizados pelo ambiente, onde requer um narcisismo bem constituído, no qual o sujeito se toma razoavelmente unitário e total, podendo-se, assim, também considerar os objetos (Celes, 2013). A apresentação da simbolização primária para Roussillon refere-se ao conceito de meio maleável e associa-o a um objeto transicional

da simbolização, capaz de assegurar a existência de um modo primitivo de relação, sem o qual nenhuma simbolização é possível (Ribeiro, 2013).

Tudo na teoria da simbolização primária proposta por Roussillon indica a importância das trocas corporais entre o infante e seus objetos. Os processos elementares que têm suas raízes no mimetismo, na tradução inter e transmodal de movimentos e ações simples, na capacidade de espelhamento amplo e criativo das experiências afetivas, sensoriais e motoras do infante não tem como se desgarrar de categorias tais como penetração, dominação, apassivação, excitação, descarga, expulsão, incorporação e tantas outras indissociáveis do sexual (Ribeiro, 2013, p. 78).

Assim, a partir da vivência de satisfação que se encontra gravada/inscrita na psique como uma marca mnêmica, é que, posteriormente, o bebê pode recorrer à alucinação – alucinação do objeto desejado/realização alucinatória do desejo – na esperança de trazer o que o objeto lhe trouxe anteriormente, reflexo esse do objeto real, mas que dele se diferencia por se tratar da produção de algo novo que marca e apresenta ao psiquismo a presença de uma falta/ausência e exprime sinais maiores de angústia. O que Green (2008) irá afirmar é que há um ponto de partida pulsional para a elaboração psíquica. Assim, ela, a elaboração psíquica, coloca um forte acento sobre a onipotência da pessoa, sobre o efeito do engodo da construção psíquica pessoal, o que possibilita compreender o papel do narcisismo primitivo ao construir seu mundo e dispor do objeto interno à sua maneira. Nesse sentido, os pacientes fronteirios enquadram-se dentro dos casos com problemáticas narcísicas. Nesses casos, o indivíduo permaneceria prisioneiro da ilusão primária. “O sujeito busca pensar-se em função de si-mesmo, unicamente [ilude a si mesmo de que é exclusivamente formado]. Esse é o impasse: o indivíduo não engendrou a si próprio, seja como criatura de carne e osso, seja no que diz respeito ao seu próprio aparelho mental” (Roussillon, 2012a, p. 158).

Trata-se, então, da integração da vida pulsional, sobre a qual Roussillon (2013) faz três formulações. Se sentir é aceitar ser afetado pelo representante afeto da pulsão;

ser capaz de se ver é integrar a representação-coisa, como, por exemplo, na atividade onírica; ser capaz de ouvir e de se ouvir é integrar a representação palavra, que Freud define como o terceiro sistema de representação da pulsão. Assim, um sujeito capaz de se ver, se sentir e de se ouvir possui um triplo modo de relação consigo mesmo e também é capaz de ver, ouvir e sentir o outro, além de articular esses três sistemas de reflexividade.

A marca mnêmica possui um caráter simbólico, já que se trata de uma presença da ausência, no sentido de que a marca dá conta de que algo esteve ali, no momento em que isso já não está. Ou seja, a marca dá conta de uma presença que se ativa no momento da ausência, mas da ausência do objeto real. Tem-se a importância do objeto como o “objeto absolutamente necessário que se deixa apagar”, que Figueiredo e Cintra (2004) apresentam, tido esse como um elemento estrutural e estruturante do psiquismo, mas que se faz esquecer como constituinte da estrutura psíquica. Esse tema é muito abordado pela psicanálise moderna e contrapõe diferenças, no sentido de trazer novidades em relação à obra de Freud sobre as concepções e o papel em torno dos objetos. O que Green também retoma e reconhece em sua teoria sobre o papel desempenhado pelo objeto em uma função intrínseca de estimular, despertar a pulsão e, ao mesmo tempo, contê-la. Nos processos que envolvem os pacientes difíceis, a função estimulante e a de continência foram precariamente exercidas e mal internalizadas.

Temos agora um dispositivo completo que parte do representante psíquico da pulsão, estreitamente ligado ao corpo, se expande em representações de coisa ou de objeto (inconscientes e conscientes), se associa no consciente às representações de palavra e se junta por fim aos representantes da realidade no Ego, envolvendo uma relação com o pensamento. Uma vez mais nossa teoria dos gradientes é confirmada por uma interpretação fecunda da teoria freudiana (Green, 2008, p. 161).

O tratamento clássico psicanalítico depende da presença-ausência do analista, isto é, de sua invisibilidade, de uma atividade que induz a representação e excita os

traços mnemônicos anteriores do paciente, postos à prova na experiência da transferência. Trabalho em que o analista pode sustentar uma função de interpretante, a partir de um trabalho com a associação livre. Recordar, repetir e elaborar. Preencher as lacunas, se não com lembranças, com construções. Dessa maneira, compreendemos o psiquismo como, segundo Green, uma formação intermediária entre o pensamento e o soma.

O objetivo da psicanálise, segundo Roussillon (2013), é escutar o indivíduo, se preocupar com sua gestão, com a articulação no interior dele, buscando diferentes formas de reflexividade. Ou seja, se preocupar com aquilo que o indivíduo não sente dele mesmo, mas que ele, de certa maneira, faz o analista sentir. Se preocupar com aquilo que o indivíduo não vê dele mesmo, mas que ele mostra ao analista; com aquilo que ele não ouve dele mesmo, mas que faz o analista ouvir por meio de seu aparelho de linguagem. Desse modo, partindo-se desse pressuposto, devemos refletir sobre o método psicanalítico, no sentido de o método poder conter essas modalidades psíquicas em seu enquadre. Ou melhor, precisa-se reavaliar a representação de fundo acerca do método psicanalítico.

O que encontramos na dinâmica apresentada, já pensada por Freud, é uma correspondência entre um corpo pulsional como fonte e suas zonas de transição: uma entre o soma e o inconsciente – a barreira somatopsíquica; outra entre o inconsciente e o consciente – o pré-consciente; e outra entre o consciente e o real – as paraexcitações. Há aí processos de transformação de energia e de simbolização. Green fundamenta uma metapsicologia do limite como um conceito-chave, fazendo referência às bases econômicas, dinâmicas e tópicas do funcionamento psíquico. Nessa construção, o autor apresenta o limite formado por uma cadeia transicional que permite apreender os elos de ligação e de transformação inerentes às formações psíquicas.

Assim, o entendimento de Green (2008) é de que o representante psíquico se divide em representante ideativo e representante-afeto, em que representação e afeto iriam diferenciar-se principalmente no seu modo de ligação. As representações se ligariam por concatenação e o modo de ligação dos afetos ocorreria pela difusão. É justamente aí que se encontra o perigo de uma difusão descontrolada na qual o autor faz uma comparação com a mancha de óleo que se espalha e cria uma ameaça de transbordamento do afeto fora da cadeia das representações. Na difusão afetiva, o afeto pode tomar o corpo inteiro e dominar a vida psíquica, ou seja, o afeto como uma força pode animar ou mesmo destruir o psiquismo. Transbordamento comparecido na clínica, no enquadre, e que o analista tem que lidar com isso no sentido de poder nomear e clarificar para o paciente o que se passa com ele e com sua vida afetiva. Essa é também uma das formas de trabalho com as quais o analista se vê implicado nessa clínica.

As confusões e os transbordamentos refletindo no enquadre são muito constantes nessa clínica, ao mesmo tempo que dão sinais ao clínico sobre como é o funcionamento mental do paciente. Nesse sentido, exigir-se-á do analista mais habilidade, acolhimento, tolerância para lidar com situações desse tipo e também para poder apresentar-se ao paciente de forma constante, traduzindo-se em um ambiente suficientemente bom e seguro para aquele paciente. Esses ataques irão transmitir ao analista sinais das reatualizações das falhas precoces do ambiente desses pacientes.

Roussillon (2013) contextualizou esses casos como aqueles em que o processo que leva à representação-palavra sofreu falhas e, desse modo, a “palavra atuada” comparece na cena. A dupla transformação de que Freud (1900) apresenta no sonho, na qual o indivíduo é capaz de transformar suas impulsões, seus movimentos, sua pulsão em um sistema metafórico, em um sistema de imagem, em uma paisagem. Para em seguida, transformar essa paisagem em alguma coisa verbal – representação-palavra –

altera-se. No lugar de fazer essas transformações progressivas, esses pacientes vão expressar-se diretamente no campo motor com palavras atuadas. Linguagens pré-verbais aparecem na sessão, e não unicamente a linguagem sob a lógica da representação-palavra. Desse modo, o método analítico não pode mais se contentar em escutar somente a associatividade verbal. E acrescenta ainda que nas formações devem-se voltar os olhares para essas questões da sensorialidade, ou seja, para o modo de aproximação do mundo emocional; o modo de estar dentro do próprio corpo; modalidades de intervenção em que se levanta a sombrancelha, em que se levanta a testa, em que diz “você acredita que... ?” em tom de espanto. O corpo é interpretante e isto é muito difícil em supervisão, pois as pessoas contam com representações-palavra e seria necessário que elas também contassem com o corpo delas.

Com o processo de transformação alterado, a articulação e a compreensão de Green (2010) sobre o duplo-limite englobando os limites intrapsíquicos e os limites entre o Eu e o não-Eu, como aspectos estruturantes e fundantes do psiquismo, também estão alterados nessa clínica. O duplo-limite, conjuntamente com o trabalho do negativo, ocorre em um contexto das relações objetais primárias, sustentado em um jogo suficientemente bom de presença e de presença da ausência do objeto, ao mesmo tempo, abarcando um manejo adequado das respostas às exigências de satisfação. Ao ocorrer satisfatoriamente, esse processo favorecerá outros processos mais sofisticados, como a construção de representações, a simbolização e a abstração, elementos fundamentais para o processo de pensamento. Isso pode vir a fracassar e seus efeitos levam aos transtornos de simbolização que se apresentam na clínica, como prejuízo do pensamento e dificuldades de construir representações.

A dinâmica psíquica correlaciona-se com as manifestações afetivas e as instâncias psíquicas no texto de Green (2008). Assim, quanto mais próximo do campo

corporal, mais próximo ao id estaremos. Quanto mais considerarmos os afetos como sinais, mais teremos presente a incidência do ego. E quanto mais se fizer alusão às tensões internas, frequentemente sem conteúdo preciso, mais verificar-se-á a marca do superego. Assim, a referência afetiva faz do afeto um fenômeno fundamentalmente interno, que pode ser provocado por uma excitação nascida do interior ou no exterior, ou por uma reação ao estado afetivo de outra pessoa.

Desse modo, a simbolização são retranscrições de ações eficazes provenientes do exterior. Ou seja, são efeitos de transformações de novas experiências por novas formas de simbolização. A principal tarefa da simbolização é transformar a passividade da situação infantil. Assim, é preciso realizar um trabalho de metabolização. Fala-se em ações eficazes vindas do exterior, sobre a importância do objeto e da sua presença de ausência, pois é a partir de uma ligação com os objetos externos, outros semelhantes nas suas diferenças que, ao responder a demanda pulsional da pessoa, ativam-se os processos de transformação psíquica. Encontramos aí uma dimensão intersubjetiva, composta de vínculos de conhecimento e ignorância, de amor e ódio e de paixão e possessão.

...A simbolização é uma atividade de representação que sabe que é uma atividade de representação. A gente pode representar sem saber que representa; a gente não pode não representar. A diferença não se dá em termos de algo que é representação e algo que não é representação, pois todo nosso aparelho psíquico e todo nosso cérebro são feitos para representar; mas a gente nem sempre sabe que está representando. Por exemplo: na psicose, o sujeito toma sua atividade representativa por uma atividade perceptiva; isto se chama alucinação. Na verdade, é preciso diferenciar a representação da representação simbólica. A representação simbólica é uma representação que sabe que ela é representação – “eu penso, eu imagino, eu acredito...”. Não se trata de “eu percebo” e sim de “é isso”. Isto é a simbolização: a apropriação subjetiva, esta atividade de simbolização colocada a serviço do próprio sujeito (Roussillon, 2013, p. 111).

Desse modo, Roussillon aponta que o confronto da vida pulsional com o encontro dos objetos deve ser integrado na subjetividade do indivíduo, pois o trabalho

não se centra apenas na simbolização, mas também no processo de apropriação subjetiva. A ideia é que se deve integrar aquilo com que se foi confrontado. E o sofrimento, portanto, diz respeito ao que não foi integrado ou foi mal integrado na experiência subjetiva, é mais uma questão de apropriação.

Portanto, entre o movimento pulsional da pessoa e a resposta do objeto, no limite entre a pessoa em devir e o objeto externo, se abrem os caminhos para a simbolização e a transformação. A passagem de um estado mais sensorial, em que encontramos o mundo, onde o pensamento é mais concreto para uma comunicação linguística que exige uma série de transformações da dinâmica do aparelho psíquico. Essa ligação com o outro em que encontramos processos de transformação com construções de representações, a simbolização, a figurabilidade, a nomeação do afeto em palavras, a existência de um mundo de fantasias, de esperanças, é favorecida também por Eros, pelas pulsões de vida.

Na clínica dos pacientes fronteirizos, encontram-se modos de funcionamento psíquico fundados sobre mecanismos de clivagem ou de retraimento/desinvestimento, os quais engendram quadros clínicos bastante diferentes que podem entrar em conflito com a situação psicanalítica tradicional (Roussillon, 2013). Em função desse cenário, Roussillon (2005) elabora uma teoria sobre o processo analítico e diz que a demanda de análise é sempre “demanda de simbolização”. O paciente procura um analista movido pela necessidade de simbolizar o clivado ou o recalcado de sua história. É no campo intersubjetivo, constituído por elementos do psiquismo do paciente e do analista, que o processo de simbolização pode ser retomado e, nesse sentido, ele interpreta a máxima freudiana: “lá onde isso estava é preciso que o eu advenha”.

Roussillon (2013) propõe pensar sobre um novo paradigma quando afirma que o trabalho analítico nos quadros com problemáticas narcísicas, quadros estes que nosso

trabalho se enquadra, a sombra do objeto cai sobre o Eu, e o Eu é expulso de si mesmo por uma invasão interna. O trabalho seria o de colocar a sombra do objeto para fora, a fim de permitir que o sujeito se reabite. E não há modo de fazer isso sem que se interprete também o objeto. É preciso pensar na interação entre os processos do sujeito e as respostas do ambiente. Agora, é preciso pensar de acordo com o paradigma pulsão-objeto; não apenas pensar o objeto, mas pensar o impacto da presença do objeto sobre o sujeito.

Quando temos Narciso no nosso divã, vamos tentar entender por que ele não se conhece. Vamos nos perguntar qual foi o espelho que ele não encontrou. Vamos tentar pensar a sua posição melancólica em relação à sombra do objeto estrangeiro que caiu sobre o seu eu. E quando temos Eco no divã, vamos tentar entender o que a resposta de Narciso ao seu élan amoroso causou nela. A cada vez, vamos integrar não apenas o movimento de Eco ou de Narciso, mas a dialética entre eles e o que se passa com o objeto (Roussillon, 2013, p. 121-122).

Com relação a suas formas, Roussillon (2012a) distingue a simbolização em primária e secundária, e nos diz que o fracasso, em particular a primária, está na origem do sofrimento narcísico-identitário. O autor toma como referência as três inscrições da experiência psíquica postuladas por Freud (1895): o traço mnésico (a experiência em estado bruto); a representação-coisa, considerada já um símbolo, embora ainda não verbal; e a representação-palavra ou a simbolização pela linguagem verbal, que seriam aqui formas diferentes de fazer sentido da experiência. A seguir, temos um resumo dessa ideia:

colocar em traços (a matéria-prima psíquica) simbolização primária > colocar em forma (primeira inscrição psíquica, representação-coisa) simbolização secundária
> colocar em sentido, do qual o sujeito pode se apropriar

Fonte: Minerbo (2013)

Entretanto, para que o processo de simbolização ocorra, é preciso que o objeto tenha sido encontrado e que, depois desse encontro, a pessoa poderia se dar ao luxo de perdê-lo, o que não acontece com os pacientes fronteiriços. O paciente precisaria ter encontrado um objeto facilitador do processo de simbolização primária. Esse objeto ofereceria ao sujeito um tipo de presença que Marion Milner (citado por Minerbo, 2013) chama de meio maleável. É um objeto que se deixa modificar-se e usar-se de um modo muito específico. Mas anterior a isso, é necessário que os traços afetivo-perceptivo-sensório-motores se materializem e, para isso ocorrer, eles deverão ser transferidos sobre algum objeto. Objeto, este, tido como o psiquismo do analista. “É na/pela contratransferência que a matéria a ser simbolizada ganha forma sensível e perceptível, na medida em que o analista experimenta em si um pedaço da história que o paciente não pode viver” (p. 151). O passo seguinte para o indivíduo é se apropriar dos aspectos traumáticos de sua história e poder se representar, em seu espaço psíquico interno, aspectos de sua relação com os aspectos não maleáveis do objeto. Como tem-se aí processos distintos, exige-se modos de presença igualmente distintos por parte do analista.

Na primeira passagem representada pela simbolização primária descrita por Roussillon, o paciente poderá usar transferencialmente os objetos que encontrou no mundo para dar forma perceptível à sua fantasia/matéria psíquica. Aí encontra-se o outro, a pessoa do analista. Nesse processo, o paciente irá depositar no analista suas fantasias/matéria psíquica. Em contrapartida, o analista se identifica e reconhece com o que lhe é depositado/projetado.

Há, nesse percurso, uma “compulsão a simbolizar”, em que o paciente irá procurar maneiras de narrar os desencontros iniciais com o objeto, o que não foi apropriado ou sua não maleabilidade. Mas, segundo Minerbo (2013), a narrativa só se

torna comunicação se o analista for ao encontro dela, reconhecendo, compartilhando e refletindo, ou seja, nomeando os elementos que ainda estão em estado bruto. Sem essa forma de presença do analista, a representação-coisa não se forma, nem se inscreve no psiquismo do paciente Roussillon (2012a).

Quando são partilhados, os processos de simbolização primária contribuem para criar uma forma de linguagem não verbal entre o sujeito e seu ambiente. O compartilhamento cria um objeto comum, que não é nem de um, nem de outro, nem colado ao corpo de um, nem colado ao corpo do outro. Ao ser compartilhado, o objeto se separa simultaneamente de um e do outro ... e se torna um elemento de linguagem (Roussillon, 2012a, p. 150).

A questão que nossa clínica aponta, e à psicanálise contemporânea diz respeito, segundo Celes (2013), é a incompletude da síntese narcísica, na qual o Eu permanece fragmentado e carente de suas forças para a regulação dos investimentos libidinais e das soluções reflexivas dos conflitos intersubjetivos e intrapsíquicos. Aqui, a síntese narcísica é inadequada, não se completa e os indivíduos da análise não se encontram próximos do que Roussillon (2013) coloca do “melhor se entender, se ver e se sentir”. As consequências disso seriam um comprometimento do caráter associativo do psiquismo, em que se supõem uma desregulação da associatividade que recai sobre a ideia de um mal funcionamento psíquico – vivências arcaicas não representadas. Em resumo, o que encontramos é a falha do objeto tendo um caráter traumático (Celes, 2013).

Portanto, o que podemos verificar nessa clínica e nos vários autores, como, por exemplo, Winnicott (1979) e Green (1988), é, segundo Roussillon (citado por Celes, 2013), a dependência decorrente da determinação do “outro-sujeito” sobre o psiquismo nascente e as dificuldades para o atendimento de suas necessidades elementares. Segundo Celes (2013), o que encontramos são concepções sobre a dependência da constituição do psiquismo e seus limites, em que faltaria uma abordagem

metapsicológica que articule e integre os aspectos dinâmico, tópico e econômico, que permitiria a discriminação de estruturas diferenciadas e modos diferenciados do tratamento psicanalítico.

Diante desse cenário, o que Celes (2013) irá nos apresentar como possibilidade de trabalho é a “clínica da continência”, o que, segundo Figueiredo (2012), comporta a sustentação e contenção, o acolhimento, a elaboração, a simbolização, a compreensão, o reconhecimento e o espelhamento. Tem-se a flexibilização da psicanálise, admitindo-a como modificada, aplicada a casos marcados pelas experiências arcaicas de algum modo não elaboradas ou não integradas pelas associações. Essa clínica é considerada preliminar à psicanálise propriamente dita. Nessa direção, converge Green (2008), com suas contribuições sobre o enquadre interno, e Roussillon (2005), ao sugerir a “conversa psicanalítica” na qual o analista teria a liberdade de antecipar-se aos fragmentos de sínteses do que foi colhido por sua atenção flutuante precisamente porque esta não estaria ao alcance do analisando. Todos engajados numa tentativa de apreender o que se passa entre analista e analisando nas situações de “psicoterapia psicanalítica” em que o discurso do analisando é narrativo e cabe ao analista ouvi-lo de forma associativa. Nesse sentido, Celes (2013) ainda nos coloca que os fragmentos de síntese de Freud, o ouvir a expressão corporal de Roussillon e o diálogo de Green conduzem à apreensão histórica do que regeu e marcou as experiências arcaicas, apreensão do que se processa no limite entre a fantasia e o vivido.

Roussillon (citado por Celes, 2013) apresenta uma psicanálise em expansão para tentar dar conta de uma clínica em que incidem as problemáticas de diferenciação Eu/não Eu e a diferenciação da dita clássica, em que incidem sobre a dupla diferença de sexo e de gerações. Trata-se das experiências arcaicas, entretanto, não se deve esquecer de que aquela dupla diferença, considerada pelo Édipo e pela castração, retorna sobre as

primeiras experiências, ressignificando-as e resgatando seu sentido mais originário, qual seja, a fundamentação da subjetivação marcada essencialmente pelas diferenças de sexo e gerações.

4.2. A contratransferência como pensamento vivo do analista

A relação do paciente com o analista reproduz, segundo um modelo proposto pela psicanálise, e repete, compulsivamente, as relações arcaicas com os objetos primários. Assim, como já discutimos no capítulo anterior, em termos de transferências, o analista, como um novo objeto, receberá toda a força afetiva e ideativa das relações arcaicas e recalçadas. Segundo Green (2008), para que o modelo clássico proposto por Freud apresente-se, algo do “objeto absolutamente necessário” e suas funções primordiais deve ter se transformado em “estrutura enquadrante” ou se negativado/perdido. Entretanto, há casos, dos quais o presente trabalho trata, em que o objeto não se deixou esquecer e, quando sua ausência não pode se constituir, quando o mundo das representações não emergiu e os processos de pensamento estão paralisados, as angústias de intrusão e separação são intoleráveis. Aí a relação com o analista vai muito além ou fica muito aquém do temor ou do desejo diante dos objetos substitutos.

No modelo dos sonhos proposto por Freud como estratégia de análise para pacientes neuróticos, as ansiedades, nesse contexto, estarão relacionadas ao medo da perda, consideração, culpa, desejo de consertar e de restabelecer-se. Isso ocorre em função de utilizarem mais o recalque do que a cisão como defesa contra a ansiedade. Contratransferencialmente, Joseph (1992) afirma que tendemos a sentir que há menos manipulação inconsciente via projeção, sentimo-nos menos invadidos e há mais possibilidades de comunicação e introjeção do paciente como um todo. Portanto, há menos pressão sobre o analista para atuar na transferência.

A relação aqui se passa mais pela comunicação, tanto o paciente quanto o analista conseguem ter condições internas de abrir campo para um diálogo/conversa. O material apresentado pelo paciente, sua realidade psíquica, aparece no cenário com mais tranquilidade. Consequentemente, os analistas sentem-se mais livres para poder pensar e imaginar o que o paciente apresenta, como sua fala desliza em uma cadeia associativa e o que ele está querendo dizer.

Neste trabalho, as posições da dupla analítica são assimétricas. A regra, por exemplo, de associação livre para o paciente tenta desativar a atenção pré-consciente/consciente que, no analista, encontra-se ativa, pois este deve ter sua consciência atraída pelos elementos atuais ou indiferentes do relato. Essa atenção, presente no analista, deve lhe permitir novas concatenações oferecidas pelo relato do paciente. Esse processo envolve afetos, além de ser também ideacional. Numa organização tipicamente neurótica, o mecanismo da censura/recalcamento/repressão pode separar o afeto da ideia na decisão sobre o conteúdo. O analista, em ofício, permite trazer para a atualidade e fazer com que o paciente experimente tal afeto.

A combinação de dispositivos, como a atenção flutuante e a associação livre, pode entrar em contato com o processo primário em andamento, esse subjacente ao pensar humano, e com a elaboração alcançada até ali (transferência, sintomas, falhas e etc.) pelo paciente. As associações de pensamento, com o auxílio da atenção do analista, trazem a possibilidade da perlaboração de conteúdos desprazerosos e a reunião do afeto que foi desligada da ideia, ao desfazer a censura e possibilitar uma nova ideia para o conteúdo; uma ideia, nesse momento, sob o domínio do processo secundário do pensar. Assim, o processo terapêutico proporcionado por Freud (1933) envolve o pré-consciente e o consciente e tenta colocar o inconsciente sob o domínio do pré-consciente. Nesse

sentido, Freud, sobre a análise, afirma que “sua tarefa consiste em possibilitar aos processos inconscientes serem finalmente abordados e esquecidos”.

Portanto, a resistência entra no manejo de que falávamos acima. Uma das diferenças entre uma psicanálise e outras terapias encontra-se justamente na elaboração dessa que, na prática, revela-se uma tarefa árdua para o paciente e uma prova de paciência para o analista. Seu primeiro passo é a revelação para o paciente dessas resistências, para familiarizá-lo com elas e ter clareza de que, se elas aparecem no tratamento, é significado de que este está caminhando. Mas Freud (1914b) nos adverte que devemos dar tempo ao paciente para conhecer melhor a resistência com a qual ele acabou de se familiarizar e também elaborá-la para, então, poder superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise. No entanto, só quando a resistência está em seu auge é que pode o analista, trabalhando em conjunto com o paciente, descobrir os impulsos instintuais reprimidos que estão alimentando a resistência. Segundo o autor, é esse tipo de experiência que convence o paciente da existência e do poder de tais impulsos.

Entretanto, para Freud (1911b), é preciso uma análise completa para explicar a interpretação dos sonhos ao mesmo tempo em que se faz as conexões existentes. No decorrer do tratamento, o analista esforçar-se por apreender primeiro este e depois aquele outro fragmento do significado do sintoma, um após o outro, até que todos possam ser reunidos. O autor ainda acrescenta que todo impulso de desejo que cria hoje um sonho reaparecerá noutros sonhos enquanto não tiver sido compreendido e retirado do domínio do inconsciente. E adverte os analistas que a interpretação dos sonhos não deve ser perseguida no tratamento analítico como a arte pela arte, mas que seu manejo deve submeter-se às regras técnicas, que orientam a direção de todo o tratamento. Freud (1912b) acrescenta que cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem

de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento.

Esse modelo do sonho apresentado por Freud é o enquadre para uma clínica psicanalítica para pessoas com maior facilidade para simbolização, para pensar sobre os pensamentos, sonhos e afetos, modelo muito potente e presente na prática atual dos analistas, mesmo não sendo o único. O que Green irá propor é a alternância de modelos em diferentes momentos de um processo analítico, como esse de Freud, por exemplo, e também o modelo dos cuidados maternos dos teóricos das relações de objeto. “Nessa perspectiva, eu proporia que no lugar de opor a teoria das pulsões e a teoria das relações objetais, nós deveríamos admitir uma *estrutura organizadora que combine os efeitos recíprocos das pulsões e dos objetos nos dois sentidos*” (Green, 2008, p. 227).

O autor diz que quanto mais decifrável a neurose nos termos da configuração edipiana, maior a liberdade e mais enriquecedores os ganhos da análise, pois se pode abrir campo a uma criatividade psíquica que surte efeitos notáveis. Entretanto, quanto mais o paciente se afasta da configuração edipiana em direção a estruturas pré-genitais, estruturas limites ou organizações narcísicas – estruturas não neuróticas –, maior será o perigo da regressão e mais difícil será alcançar a remoção do controle defensivo. Isso porque aqui a ameaça consiste não somente na regressão dinâmica da sexualidade, mas, antes, no perigo, advindo da regressão, de desorganização do Eu. Nesses momentos difíceis, perguntamo-nos se não cabe adotar uma variação temporária, seja por um tempo mais curto ou por um tempo mais longo, como aumento na frequência de sessões, sessões mais longas ou passagem do divã à poltrona. O objetivo das variações da técnica é favorecer o desabrochar, a interpretação e a liquidação da neurose de transferência. Todas as medidas devem ser justificadas na busca de algo que possa ser colocado em andamento para salvar um processo parado.

Para tanto, ao nos disponibilizarmos a fazer esses tipos de manejos, essas condutas exigem mais dos analistas, no sentido de terem consistência e preservação do enquadre interno, para que a função psicanalítica seja mantida, o trabalho continue existindo e a relação não se perca por mais ataques que possa sofrer. Trata-se do “agir” ser condição da representação. O paciente transfere para o analista na forma de afeto e agir, uma experiência não representável. Assim, caberá ao analista traduzir, até para si mesmo, essa experiência, ao fazer uma supervisão interna com o foco na relação, para, então, abrir espaço de representação possível para o paciente. Assim, o pensamento do analista pode proporcionar um espaço de representação para o paciente. Dessa maneira, Ferreira, Mello e Verztman (2013) falam sobre a função do *setting* e, em especial, da qualidade da presença do analista conter e suportar o que é vivido como tensão extrema (tanto por parte do paciente quanto por parte do analista), com vista a uma transformação da intensidade e qualidade dessa experiência para o paciente.

A sequência encontra-se em perigo na compulsão à repetição. Para Green (2008), o conflito situa-se entre a possibilidade de manter e desenvolver vínculos em uma sequência de sequências, enriquecendo o sentido, apresentando-o com todas as suas nuances, detalhes, contradições, correlações, de um lado, e, opostamente, do outro, correlatando toda a concatenação em todo gênero (pulsões, representações de coisas, afetos, representações de palavras, representação de realidade, etc.) a sequência se apaga instantaneamente. A experiência do tempo para o autor tornar-se-ia verdadeiramente efetiva pelos processos de reconhecimento, pois, com o reconhecimento, a experiência do tempo não conhece somente o que está para ser conhecido, ela reconhece a existência de um objeto ou de um sentido e torna-se capaz de se conhecer a ela mesma. Redescobrir é se reencontrar. Diante do princípio de realidade apresentado por Freud, nós não encontramos um objeto, nós o reencontramos.

Nesse contexto, a revivescência de impressões sensoriais arcaicas deve ser considerada não como um retorno de um evento esquecido, mas como uma oportunidade para que se torne, de fato, um acontecimento (Bertrand citado por Ferreira, Mello, & Verztman, 2013). Para que isso ocorra, é necessário que as impressões organizem-se como um evento no qual o sujeito se encontra presente, e para o qual se possa abrir um sentido e uma inscrição temporal. A função de reconhecimento, no caso o analista, é indispensável para essa operação. Se isso ocorrer, teremos o paradoxo do surgimento inédito de um passado que estava ali, mas não se apresentava como um passado pessoal. Aqui encontramos buracos de memória no sentido de uma memória não apropriada pelo sujeito. Há, portanto, uma significativa dificuldade em construir tanto uma ordenação cronológica quanto uma continuidade sobre a própria história em que se verificam frequentes vivências de descontinuidade temporal, dificultando a narrativa de si no tempo. A clínica caracteriza-se mais por uma falta a ser, no sentido de um processo que não chegou a acontecer, do que por uma falta no ser, marca registrada na neurose.

Nesses casos, o movimento transferencial dominante não obedece a lógica do deslocamento, mas do retorno, isto é, retorno de uma vivência não integrada do passado do paciente e, portanto, impossibilitada de introduzir-se nas cadeias associativas (Roussillon, 1991). Isso marca a diferença, a nosso ver, entre a neurose de transferência, e o que predomina não é a repetição de uma relação passada. A transferência com os pacientes fronteirços ocorre mais por uma atuação de determinada relação com o objeto do que pela fantasia do jogo transferencial neurótico.

Segundo Roussillon (2005), nessa clínica, o analisando faz o objeto/analista viver ativamente o que ele suportou e suporta passivamente na raiva, na impotência, na angústia e na vergonha. A sensação de paralisia vem desse cenário e se torna um dos

grandes desafios para o analista sustentar em sua função. Por sua vez, o analista precisa aceitar e suportar o que o paciente o faz viver, buscando reconstruir imaginativamente essa experiência para si mesmo, a fim de que essa possa ser integrada pelo paciente. Nesse momento, a contratransferência se impõe, pois será o modo como o analista é afetado pela comunicação de seu paciente, que lhe indicará como a intervenção deve ser feita.

Neste tipo de transferência, o objeto – o analista – deve aceitar ser para o outro apenas um objeto subjetivo, negado em sua alteridade, sem ser destruído, embora não deixe de ser atingido – e às vezes profundamente abalado pelo que precisa viver. É dessa maneira, e se “sobreviveu” suficientemente bem a essa fase da transferência que pode durar muito tempo, que ele poderá ser descoberto e investido como objeto separado exterior – o que não quer dizer desembaraçado de quaisquer projeções, mas estas tenderão então a se organizar segundo o modo de uma transferência “ilusória”, no modo do deslocamento e não no que chamo “de retorno” (Roussillon, 1991, p. 260).

Os pacientes fronteiros nos mostram um sofrimento em que a pessoa busca experimentar algo que não encontrou em sua história e, desse modo, não consegue nomear. É nesse lugar que o analista entrará, ao oferecer-se como um objeto presente e vivo afetivamente, em que ele/paciente pode usar como espelho e meio em que seu mundo interno seja nomeado e traduzido para representações palavras.

Figueiredo e Junior (2000) ajudam a pensar essas questões sobre a forma do analista estar com os pacientes, ao falar de uma forma especial de presença: “trata-se de uma presença que comporta uma certa *ausência*, uma ausência convidativa, um convite, no caso, que se constitui como disponibilidade e confiabilidade” (p. 20). Ele ainda nos diz que é somente sustentando uma “reserva na implicação”, e não uma obediência a um conjunto de regras, ou seu contrário, a entrega completa das reservas às demandas do paciente, que o processo analítico pode enfrentar as demandas dos “casos difíceis”; acrescentamos também os nossos pacientes fronteiros. Ao sustentar uma dialética da implicação e da reserva, aponta para a instauração de algo que tanto o analista quanto o

paciente podem se preservar da loucura e da indiscriminação. “Assim sendo, a técnica ao invés de se sustentar em um código se sustentará na manutenção de uma posição, de um lugar, vale dizer, se sustentará em uma ética” (p. 38).

Acreditamos ser essencial ressaltar, no presente trabalho, que se trata de um processo, em todos os modelos, mesmo com suas diferenças e especificidades. Em todos os casos, trata-se de uma marcha adiante, cujos passos, ritmos, modalidades e progressões irão se diferenciar segundo as modalidades adotadas de acordo com algumas diretrizes de trabalho. Também vemos a importância de discutirmos outros aspectos, como, por exemplo, a necessidade de os clínicos encontrarem um modo de entrar em contato com as necessidades e ansiedades do paciente. Nesse sentido, Joseph (1992) discute a importância de se fazer com que uma maior parte da personalidade do paciente se torne disponível e, com o passar do tempo, propiciar mais integração do ego. Com os pacientes mais difíceis e inacessíveis, é importante focalizar nossa atenção em seu método de comunicação, em seu modo próprio de falar e de reagir às interpretações do analista, do que se concentrar primariamente no conteúdo do que dizem.

Trata-se de permitir ser invadido pelas questões do paciente, pois, com os pacientes fronteiros, o que eles não conseguem dizer será vivenciado e sentido pelos analistas. Assim, ao pensar e sentir, temos o dever ético de elaborar/processar o não analisável, formular e comunicar ao paciente. Mas como se permitir viver essa experiência? Podendo vivenciá-la de forma autêntica, verdadeira para que se torne “boa” tanto para o paciente quanto para o analista.

A clínica sobre a qual nos propusemos a pesquisar neste trabalho trata do sentir dor e sofrê-la em uma situação fronteira, ou seja, em que os pacientes a descrevem como certo tipo de dor que é, do seu ponto de vista, indefinível. A qualidade e natureza da dor não é compreensível e, frequentemente, há a sensação de que eles não

conseguem comunicar suas experiências ao analista, além de elas serem sentidas como algo quase físico. De acordo com Joseph (1992), ela é vivenciada como na fronteira entre o mental e o físico, ou seja, a autora considera que ela está associada com a perda de um estado mental e de um equilíbrio psicológico. O duplo-limite que Green (2010) nos apresenta encontra buracos nos quais passam os afetos e há o transbordamento intrapsíquico e intersubjetivo, ou seja, as barreiras falham.

A autora com a qual dialogamos no momento possui vários artigos reunidos no livro *Equilíbrio Psíquico e Mudança Psíquica – Artigos selecionados de Betty Joseph* (Joseph, 1992), nos quais ela apresenta seu entendimento e trabalho com os ditos pacientes difíceis. Ela traz algumas contribuições principalmente sobre as questões que envolvem a técnica nessa clínica. Nesses artigos, ela escreve sobre os diferentes tipos de ansiedade e suas implicações no processo terapêutico. Em um deles, ela examina o modo como o paciente usa o terapeuta para ajudá-lo em sua relação com a ansiedade, pois os pacientes procuram uma análise pelo fato de não poderem lidar com a ansiedade, mesmo muitas vezes não tendo clareza desse fato. Diante disso, ela afirma que esses pacientes tendem a fazer um conluio com o analista, de modo que a ansiedade em torno da responsabilidade e da culpa por seus próprios atos seja evitada e, assim, faz emergir uma situação persecutória.

Por conta desse cenário, encontramos ataques ao trabalho analítico cada vez mais frequentes. Trata-se aqui da forma como esses pacientes conduzem suas vidas e, em consequência disso, emergirá de forma mortífera na transferência. Esse tipo de autodestrutividade, segundo Joseph (1992), é da natureza de um vício de tipo sadomasoquista especial a que esses pacientes se sentem incapazes de resistir. Parece ser uma atração constante para o desespero e a quase-morte. Tais vícios dominam o

modo pelo qual o paciente se comunica com o analista e, internamente, consigo mesmo, e, conseqüentemente, afetam seus processos de pensamento.

O enquadre analítico reproduz de alguma maneira a forma do duplo-limite do aparelho psíquico, e a instalação, o manejo e a manutenção do enquadre incidem sobre a articulação entre eles. Os ataques ao enquadre, muito frequentes nessa clínica, são ataques às estruturas psíquicas representadas por ele, quando os objetos traumáticos aliam-se às pulsões em uma tarefa destrutiva. Desse modo, Figueiredo e Cintra (2004) afirmam que em todos os ataques se diz a verdade profunda desses psiquismos fronteiriços em não poder dizer. Nesse sentido, algo ocupará esse lugar de não poder dizer, como, por exemplo, uma passagem ao ato, golpe depressivo, adoecimento psicossomático. O dizer é impossível porque as perdas são intoleráveis, bem como os limites.

Assim, o aparelho mental do analista e sua capacidade de pensar são também intensamente atacados. Nesse sentido, muitas vezes há necessidade de adaptações no *setting* para conter a destrutividade apresentada por tais pacientes. Entretanto, a mente do analista – seu enquadre interno – deve ser preservada como uma forma de manter intacta sua capacidade de pensar (Luz, 2011). A contratransferência reflete a problemática do sujeito como em um espelho; assim, nesses casos, há uma dinâmica mais imperiosa e constrangedora do que a que ocorre nos atendimentos com pacientes neuróticos. Desse modo, a paralisia do paciente fronteiriço e suas impossibilidades irão se refletir como um espelho nas impossibilidades do analista, que, muitas vezes, é propenso a esperanças descabidas, excitantes e ansiosas. Mas são essas esperanças que devem ser abandonadas pelo analista, e o abandono é condição para a manutenção da outra esperança, a que sustenta a sua resistência aos ataques. É necessário não ser “otimista”, dizem Figueiredo e Cintra (2004), seja por cumplicidade com as esperanças

ingênuas, seja em contraposição e compensação ao desânimo do paciente para poder conduzir esses trabalhos clínicos.

Green (2010) afirma que a dificuldade se refere à questão do desligamento, ou melhor, ao comparecimento da pulsão de morte nesses quadros, sendo realizada, tanto quanto possível, na função desobjetalizante pelo desligamento. Não é somente a relação com o objeto que é atacada, mas também com os substitutos deste – o Eu, por exemplo. Na maior parte do tempo, o que vemos, de fato, é o funcionamento concomitante de atividades condizentes com os dois grupos de pulsões. Entretanto, a manifestação própria, a destrutividade da pulsão de morte é o desinvestimento/desligamento. Este é tido, então, como um mecanismo de desinvestimento extremo que, dando vazão à meta disjuntiva da pulsão de morte, aspira pôr um fim à inércia psíquica ou à tendência radical para o estado zero de tensão, que levam à indiferença e à real falta de empatia pelo objeto e uma exacerbação do desinvestimento egoico e resta, portanto, apenas um anseio por desaparecer e ser atraído para a morte ou para o nada.

Essa clínica apresenta as várias facetas da pulsão de morte. Prioritariamente, trabalha-se aqui o ódio e a inveja. Encontramos aí as dificuldades vivenciadas, os momentos de turbulência, o desassossego mental do paciente; assim, caberá ao analista entrar em contato com a mente do paciente, deixar-se tocar pelos afetos, elaborar, digerir, imaginar e comunicar essas percepções para o paciente. O trabalho com esses casos ocorre, então, como um espaço para construir o que não foi representado ou o nunca vivido, ao construir possibilidades da realização da alteridade e do desenvolvimento da função simbólica. E isso se passa no limite entre o analista e o paciente. Isso seria o processo de transformação.

Nossa capacidade de escutar plenamente e de estar com nossos pacientes deve ajudá-los a ser capazes de observar, de tolerar e de compreender seus próprios modos habituais de lidar com a ansiedade e com os relacionamentos, fazendo isso parte do

processo de mudança desses modos habituais e de transformação no que chamaríamos de psiquicamente “mais saudáveis” (Joseph, 1992, p. 195).

As necessidades trazidas pelos pacientes nessa clínica são da ordem do real e, para eles, parece faltar a palavra e, conseqüentemente, as metáforas subsequentes que poderiam organizar o desejo, constituindo, assim, a pessoa. Diante de uma vida mental traumática, a comunicação tem a finalidade de descarga de tensões que lhes parecem ser insuportáveis. Não podemos ser rígidos e falarmos em associação livre, pois o paciente encontra-se, na maioria dos momentos, cheio de assuntos que lhes demandam atenção e urgência. Para Luz (2011), diante da dificuldade de tolerância da frustração, bem como de uma boa capacidade simbólica, a neurose de transferência lhes parece falsa e irreal. Eles precisam sentir veracidade na relação com o analista – por isso, no início, não aceitam a interpretação. Mas, se a relação paciente-analista for sentida como verdadeira, em que duas pessoas estão, de fato, sofrendo juntas, não apenas compreendendo, a intolerância à frustração diminui aos poucos e se desenvolve também lentamente um espaço para pensar. A interpretação, nesses casos, não tem o mesmo efeito que em outras clínicas, a não ser que o terapeuta tenha verdadeiramente passado pela turbulência emocional em sua mente antes de fazer a interpretação.

Dispositivos técnicos, tais como abstinência e neutralidade, que protegem a prática e o pensamento psicanalítico, transformam-se em ameaça real contra o processo ocorrido nessa clínica. Entretanto, a compreensão e a aceitação de que o paciente necessita de algo diferente da abordagem psicanalítica clássica é o que pode proteger o processo psicanalítico. Os pacientes, conforme Luz (2011) destaca, não aceitam qualquer interpretação transferencial, eles possuem fome de relações verdadeiras com um objeto autêntico e verdadeiro, feito de carne e osso e de sentimentos genuínos.

Neutralidade benevolente, a defunta? Morta, com efeito, para os psicanalistas que, tendo se tornado adeptos de uma ideologia religiosa, social ou política, rejeitam esse velho hábito. Mas que

belo futuro ainda tem pela frente se nos dermos conta de que a transferência narcísica e a psicose de transferência podem, assim como a neurose de transferência, ser manejadas analiticamente com a condição de que o analista, evitando as tentações da contratransferência negativa, saiba precisamente manter, diante de uma personalidade narcísica ou pré-psicótica, uma suficientemente profunda, uma suficientemente serena neutralidade benevolente! (Anzieu, 2006, p. 272).

Entendemos que a neutralidade não é indiferença afetiva, até porque o afeto, ou melhor, estar presente afetivamente, é o que de melhor e mais precioso o analista pode “oferecer” a esses pacientes. Isso não irá fazer com que a função psicanalítica se perca, mas simplesmente ressaltamos a importância de estar presente afetivamente (Ferenczi, 1932) com disponibilidade para servir aos usos de que o paciente precisa para seu processo. Ou seja, trata-se de construir a melhor técnica para aquele paciente específico. E aqui construir um vínculo/relação calcada no amor, em Eros, na ligação e no aparecimento do bom, um objeto suficientemente bom e mau.

Figueiredo e Junior (2000) também contribuem para essas questões e nos apontam que, na neutralidade, há a suspensão do vértice moral em proveito de uma ética, a ética do acolhimento sereno do que está por vir e pode nos surpreender, ao se colocar a serviço de quem sofre, com uma discreta solicitude e capacidade de acolhimento do sofrimento e o sofredor. Da mesma forma, a regra de abstinência, que se impõe aos dois habitantes do espaço analítico, porém mais categórica ao analista, justifica-se na medida em que reduzem-se as presenças de ambos na sua dimensão de implicação intensa e conseqüentemente amplia as reservas psíquicas disponíveis para o trabalho. Desse modo, a abstinência articulada com a ausência, a reserva, seria um dispositivo apto a criar um espaço em potencial de trabalho, ou seja, um espaço desobstruído e propício à criatividade.

No processo terapêutico, as mudanças no estado mental ou o funcionamento dos pacientes são muito frequentes, os movimentos e as mudanças que analisamos podem

conduzir a uma mudança psíquica positiva e duradoura quando a pessoa começa a reconhecer e assumir a responsabilidade por seus próprios impulsos e pelo que faz. De fato ou em fantasia, com seu objeto, a culpa é, então, inevitável, mas, além disso, abre-se a possibilidade de se conhecer o objeto e repará-lo, além da pessoa passar a ser capaz de encarar a existência separada do objeto e, num certo sentido, encarar a realidade de seus objetos e de seus sentimentos em relação a eles: sua própria realidade psíquica. Com isso, ocorrem alívio e aprofundamento das relações. Para tanto, Joseph (1992) diz caber ao analista procurar a parte do ego do paciente que é capaz de, a cada momento, assumir as responsabilidades pelo *insight* de seus impulsos, mesmo que essa parte possa ser novamente perdida. O fortalecimento dessa parte da personalidade é fundamental e, para que isso ocorra, é necessária uma identificação saudável e confortável com o analista e com o processo analítico.

Todo enquadre/*setting* é proposto como um arranjo que colocará em evidência a força da pulsão. Diante desse arranjo, o analista é tido como o vigia e guardião disso e se oferece como apoio ao recuo, no paciente, ao seu acervo “interior”. A batalha que se estabelece no paciente é contra o apagamento de sua existência ante o outro semelhante (o analista). A lógica que impera com as organizações defensivas maciças é a da sobrevivência – “ou ele ou eu”. Assim, é importante, segundo Delouya (2012), não reagir a tal necessidade de alucinação, de merecida onipotência, dando ao paciente a oportunidade de existir, e, com isso, outorgar-lhe o direito de se afirmar, realizando agora: “sou eu, eu o apaguei: eu existo”. A partir dessa travessia em destruir, poderá contatar “eu o destruí e ele sobreviveu”, adentrar outra lógica, em que poderia aceitar “eu e ele”, ou seja, onde começa a se abrir a área terceira, a vida.

Logo, uma das funções do *setting* e em especial da qualidade da presença do analista é de conter e suportar o que é vivido como “tensão extrema”, ou ataque ao

enquadre (Green) – tanto por parte do paciente como por parte do analista –, com vista a uma transformação da intensidade e qualidade dessa experiência para o paciente (Ferreira, Mello & Verztman, 2013).

Temos, nessa clínica, a destrutividade/desligamento muito presente, como bem disse Delouya, a lógica que impera aqui é a do “ou”, mas o que gostaríamos de enfatizar é que a pulsão de morte se dispõe como condição tanto para a morte como para a vida e é o objeto que vai poder, em certa medida e até certo ponto, vertê-la para cá ou para lá. Por isso, neste trabalho, enfocamos muito a questão da contratransferência como um dispositivo primordial.

As peças do dispositivo devem ser mantidas desde que contribuam para alcançar o fim. Elas, mesmo variáveis, conforme cada caso, tendem criar possibilidade de reparar a ferida narcísica, unificar um corpo-espírito despedaçado, livrar da angústia de castração e colocar as pulsões de morte, por sua intrincação com as pulsões de vida, sob a regulação destas últimas. E, nesse sentido, o analista se propõe como depositário das partes vivas da pessoa e dá, se possível, ao paciente conhecer-se ao aceitar os depósitos – não apenas simbólicos, mas reais –, que o paciente possa lhe fazer, se for efetivamente representante das partes do *self* que escaparam à autodestruição, para somente depois interpretar (Anzieu, 2006).

Assim, organizamos a situação clínica de outra forma: ensinamos o paciente a perceber e desmanchar os ardis da autodestruição, representar para ele a realidade exterior cada vez que for necessário, isto é, cada vez que a pulsão de autodestruição o cegar gravemente sobre a realidade, devemos indicar nossa confiança no possível primado de Eros. Ser analista, nesses casos, para Anzieu (2006), é, ao contrário, acolher essa violência como salutar, desculpá-la, levantar os obstáculos que impedem sua

apropriação pela pessoa e fazê-la desembocar na tomada de consciência ao articular o sentido aos sentidos.

Ao lado de toda destruição, apesar de geralmente não percebermos, temos aspectos positivos a serem encontrados/descobertos. Cabe muitas vezes ao analista auxiliar o paciente nessa ampliação de sua capacidade para pensar. Pensamos que na medida em que o analista pode suportar essa violência trazida pelo paciente e mostrar a ele que não foi destruído, que a lógica ou ele ou eu pode ser mudada para e ele e eu, onde exista uma relação de complementariedade e troca.

Nesse sentido, o analista deve ter disponibilidade, abertura, presença, apoio, receptividade, capacidade de “conter”, de receber em depósito e de simbolizar ali onde o outro não consegue fazê-lo. Existem faltas de rigor por parte do analista que podem alterar a transferência, transformando-a numa relação perversa. Mas existem também rigores mortíferos que matam o processo analítico; a realidade psíquica, o trabalho de interpretação, às vezes, matam pura e simplesmente, e o paciente traduz como um suicídio a morte psíquica que o invadiu.

Aqui, nessa situação analítica, devemos pensar o limite, como Green afirma, ou seja, como duplo: um limite horizontal intrapsíquico representado pelo divã e outro vertical intersubjetivo representado pela porta da sala. O segundo limite, dentro/fora, funciona na lógica das moções pulsionais e, portanto, possui uma temporalidade evacuativa emergencial baseada na urgência e no alívio proporcionado pela descarga da excitação; o primeiro limite funciona a partir da lógica dos processos primários, deslocamento e condensação e da temporalidade atemporal do inconsciente.

A dificuldade dos limites está no fato de que, no âmbito horizontal, recalque e retorno do recalçado, aí o psiquismo não encontrará contenção e, então, será acionado o limite vertical no nível intersubjetivo e, com isso, colocará em risco a diferenciação

self/objeto externo, dentro/fora. Na clínica, isso poderá ser visto na substituição do limite interno intrapsíquico pelo externo intersubjetivo. Essa substituição, de acordo com Candi (2010), faz desaparecer os conflitos intrapsíquicos, as representações internas desses conflitos e a simbolização, o que comprometerá a associação livre e o trabalho do pensamento na relação com o analista. O segundo limite se manifesta, então, com toda sua potência, produzindo retraimento, identificações projetivas, negação, clivagens, denegação, características da lógica pulsional e do que se chama do trabalho do negativo, causado pelos aspectos negativos da pulsão de morte, tais como a desobjetualização, o desinvestimento e o narcisismo destrutivo. É essa substituição do limite intrapsíquico pelo extrapsíquico que faz tremer o enquadre analítico, por conta das atuações e, com isso, requer da contratransferência o pensamento vivo do analista em diferentes níveis, tanto no nível afetivo como nos seus estados corporais. Desse modo, sem condições intrapsíquicas para diminuir as grandes quantidades de excitações, o psiquismo terá que se livrar desses excessos pela via intersubjetiva, recorrendo às mais diversas atuações. Esses atos não elaborados por qualquer pensamento possuem o objetivo de descarga rápida e eficaz da dor psíquica provocada pelos excessos de excitação e de angústia. As atuações infiltram-se na situação analítica de várias formas, constituindo-se problemas teóricos e técnicos para o analista.

Há, portanto, nessa clínica, um trabalho de criação da personalidade em que o analista se vê capturado por um esvaziamento de si. A impotência e a sensação de inutilidade são transportadas para a cena analítica, na qual o analista se vê incapaz de manter sua função. O enquadramento do *setting* e o hábito que este produz podem ser um aliado na sua capacidade de sobrevivência. Na análise com pacientes fronteirços, o *setting* faz sentir sua presença deixando de se constituir como um fundo silencioso Green (citado por Ferreira, Mello, Verztman, 2013). Para esses pacientes, a provisão e

manutenção de um ambiente rotineiro, conforme Winnicott (1947), assume uma importância vital, revelando-se mais importante que as interpretações verbais. O analista, aqui, poderá vir a ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certas funções essenciais do ambiente, como, por exemplo, demonstrar interesse pelo seu ponto de vista pessoal, despertando, assim, sua curiosidade pelo que lhe acontece internamente e pelo mundo ao seu redor.

...a tarefa do analista, especialmente nestes casos com aos quais estamos lidando, consiste também em permitir ao paciente mais tempo na produção de maior consistência em seu mundo interno (um mundo que na maior parte das vezes, se trata mais de construir do que de reencontrar) no espaço potencial da situação analítica, cujas potencialidades são, em grande parte, criadas através da qualidade da própria relação do par analista-analisando (Ferreira, Mello, Verztman, 2013, p. 254).

Trabalhar com os afetos, as falas, a realidade psíquica da pessoa, a própria pessoa não é fácil, mas vale a pena. O trabalho clínico requer do analista, além de sua capacidade de pensar e sonhar, sua capacidade de estar com o outro de forma afetiva. Saber utilizar isso como uma forma de entender o outro requer sabedoria e amadurecimento, pois, aqui nesse contexto, ele é o meio de trabalho. O paciente fronteiroço, por apresentar em muitos momentos formas mais regredidas de estar e ser no mundo, ao trazer para a cena analítica momentos de indiferenciação, projeções maciças/intensas, afetos/ódio que transbordam, vai impor mais dificuldades a esse trabalho, já que as representações-palavra são trocadas pelas “palavras atuadas”. Nesse sentido, cabe ao analista ter a sensibilidade de entender o que se passa com o outro e o que ele quer dizer, ao acolher, sustentar, discriminar e nomear, ou seja, traduzir em palavras e ligar representações. Esses são alguns dos requisitos que essa clínica requer.

Assim, um trabalho clínico ocorre mediante uma simpatia autêntica por parte do analista. Ou seja, fala-se em um genuíno interesse e uma real simpatia pelo paciente. Ferenczi (1933, 1932) aponta a importância efetiva da capacidade do analista de amar

os pacientes e sua disponibilidade afetiva como possibilidades de entrar no mundo do outro, ao sentir suas alegrias e também seus tormentos, desesperos e angústias, sem, contudo, precisar recorrer à teoria como escudo protetor, bem como sem se perder no outro. Ele fala, nesse contexto, sobre um amor maduro de organizações psíquicas integradas que toleram avanço e recuo e que libera o paciente para crescer no seu ritmo e para onde quiser e puder. O autor referia-se a um analista que tivesse sua personalidade dominada por *Eros*. Desse modo, neste momento, passaremos a relatar nossa vivência, experiência, na clínica com os pacientes fronteirios.

Capítulo 05

Reflexões teóricas e clínicas sobre dois estudos de caso com pacientes fronteiriços

...para para pensar fundo – que é o grau máximo do *hobby* – é preciso estar sozinho. Porque entregar-se a pensar é uma grande emoção, e só se tem coragem de pensar na frente de *outrem* quando a confiança é grande a ponto de não haver constrangimento em usar, se necessário, a palavra *outrem*. Além do mais exige-se muito de quem nos assiste pensar: que tenha um coração grande, amor, carinho, e a experiência de também se ter dado ao pensar. Exige-se tanto de quem ouve as palavras e os silêncios – como se exigiria para sentir. Não, não é verdade. Para sentir exige-se mais.

Mas devo avisar. Às vezes começa-se a brincar de pensar, e eis que o brinquedo é que começa a brincar conosco. Não é bom. É apenas frutífero (Lispector, 1999, p. 23-24).

Este capítulo tem como objetivo a realização de um exercício de elaboração teórica, tomando como base a descrição e discussão de dois casos de nossa prática clínica, quando do atendimento de pacientes fronteiriços. Nesses casos, a analista precisa, com frequência, evidenciar estado de fusão, seguidos da recuperação da separação e discriminação de conteúdos mentais, conjugando afetos e racionalidade no auxílio do entendimento da realidade psíquica e da relação clínica das pacientes. A apresentação do capítulo se dará por meio do entrelaçamento de vinhetas dos casos com algumas reflexões teóricas sobre os mesmos.

Consideramos como ponto de partida de nosso trabalho a demanda de análise, devemos dizer que se trata aqui de uma demanda oscilante, dado que as necessidades trazidas por esses pacientes são da ordem de uma realidade em que parece faltar a palavra e, portanto, o acesso às metáforas subjacentes que possam organizar o desejo, constituindo, assim, o sujeito.

Diante do grau de acontecimentos afetivos que invade o enquadre analítico, a transferência e a contratransferência apresentam peculiaridades diferenciadas daquelas que acontecem quando do trabalho com neuróticos. Com frequência, não podemos falar em associação livre, pois o paciente se vê dispersado em dar atenção a inúmeros assuntos cotidianos que lhe demadam todos em igual urgência. Ou seja, o paciente parece ter medo de perder aquilo que lhe é bastante frágil e precário: sua capacidade de sentir-se em si mesmo. A comunicação serve mais para uma finalidade de descarga de tensões que parecem ser insuportáveis para ele e, para nós, cria-se um emaranhado quase impossível de desvendar o sentido oculto latente. A vida psíquica lhes é traumática.

Apresentaremos dois casos clínicos em que nos deteremos na situação analítica, nossa hipótese é a de que a natureza da contratransferência suscitada nesses atendimentos é um importante instrumento da prática clínica, como um obstáculo a essa prática. A angústia que se impõem exige compreensão. Seriam os nossos limites que não estavam claros ou essas pacientes que apresentavam um problema com os limites?

Esse cenário se apresenta configurado à luz do cenário contratransferencial em uma intenção ora de acolhimento e compreensão da fragilidade vivenciada por essas pacientes, ora em movimentos de rejeição e ódio diante dos ataques que sentimos ao longo desses processos. Nesses casos, a analista se vê sob a problemática de se sentir “arrastada” em função da intensidade dos afetos despertados na situação clínica. As ambivalências em relação às pacientes e às suas necessidades traduzem a natureza ambivalente da relação estabelecida entre paciente e analista. Desse modo, como pode ser preservado o paciente, o tratamento e o analista?

Nesse cenário, acreditamos que os sentimentos despertados podem servir como um poderoso aliado ao trabalho. Nossas conclusões tomam o caminho de considerar que

as transferências, com seus aspectos oscilantes, apontam para a necessidade de uma garantia interna de sobrevivência, independente dos movimentos das pacientes, mesmo nos momentos em que os ataques ao *setting*, ao analista e ao processo, colocavam em risco a manutenção do atendimento psicoterapêutico.

5.1. Caso Clínico Joana

Joana tem 51 anos e está em atendimento semanal há dois anos. É casada há mais de 30 anos, mãe de três filhos, dois homens e uma mulher. Desde sua primeira crise, há dez anos, iniciada com a falência de suas lojas, seu percurso clínico foi marcado por algumas internações psiquiátricas e tentativas de suicídio. Joana é acompanhada também por um psiquiatra e faz uso de antipsicótico e antidepressivo. O início do trabalho se caracterizou com sessões difíceis. O conteúdo de sua fala expressava muita violência na relação com os outros familiares, principalmente o marido, e consigo mesma, com desejos de morte e passagens ao ato por meio de cortes no corpo.

Joana é a terceira filha de uma família com quatro filhas ao todo. Seus pais se separaram depois de anos de casados e Joana passou a viver com sua mãe. Em sua história diz ter tido uma mãe deprimida e um pai que a abusou durante um tempo. O aconchego de sua mãe foi sentido de alguma maneira por Joana, pois lhe possibilitou a criação de sua família e a constituição de seu lar. A paciente fala de a mãe defender e amar o marido pois demonstrava seu interesse por ele às filhas. Seu pai é o terceiro ‘incluído’, enquanto o lar existiu, antes da trágica história a que Joana assistiu e pela qual, por vezes, sente a responsabilidade de tentar recuperar, seja dentro de si – processo clínico, seja na realidade externa.

Essa paciente apresentava componentes destrutivos evidentes, que logo se revelaram transferencialmente. Em uma sessão, Joana mostra vários cortes em seus

braços, pulsos, barriga, feitos com facas, giletes ou objetos. Esses cortes ocorriam em momentos de muita angústia, assim, ela diz: *“Sinto um aperto tão grande dentro de mim, que vai subindo pelo corpo, pela garganta que eu preciso fazer algo para que isso pare! É muito ruim doutora, muito ruim, eu não aguento mais esse sofrimento!”* Durante as sessões, Joana balançava o corpo repetidamente, fazendo movimentos autísticos, inquieta, muitas vezes ela chegava a dizer: *“Doutora, não sei o que dizer, não consigo pensar.”*

Joana apresentava uma pobreza patológica que se refletia na ausência de cuidados com seu corpo, ia sempre com a mesma roupa às sessões, em casa passava o dia inteiro deitada, sem ânimo para fazer qualquer atividade, pouca coisa na vida dava-lhe prazer. Com frequência, despertava a impressão na analista que vivia em um mundo vazio, com falta de coesão de seu *self*, muitas vezes apresentava um funcionamento cindido e projetado de forma identificatória em objetos dos quais dependia desesperadamente e que, ao mesmo tempo, eram sentidos como intrusivamente ameaçadores. Joana entrava em desespero quando falava da saída de seus dois filhos mais velhos de casa. Sobre isso ela diz: *“Não tenho mais nada, porque eles foram embora? Eu achava que iríamos ficar os quatro em casa, eu cuidando deles.”*

Joana falava em grande parte das sessões na vontade de morrer, dizia se sentir amedrontada ao sair de casa, não possuía vida social e tinha tentado várias vezes o suicídio, tomando excesso de medicação e se enforcando. Passava horas deitada na cama sem conseguir se levantar. Nos momentos de muita angústia, ela fazia cortes em seu corpo.

Joana se cortava, como uma tentativa de dar limite de forma concreta ao que se passava com ela.

Diante de uma ausência de limite interno e externo, ela buscava esse limite no real do corpo próprio. Sua agressividade também comparecia no ataque ao *setting*, nos encontros que ocorriam uma vez por semana. Esses eram marcados pela sua ausência nas sessões. Quando vinha às sessões, falava sobre uma vontade muito grande de morrer, as sessões que ela comparecia eram caracterizadas pelo seu desejo de morte e ausência de sentido da vida. Algumas vezes, ela telefonava para a analista, nos intervalos entre as sessões, falando de seu desejo de morte e ameaçando se matar. Eram momentos que chamamos de turbulentos do ponto de vista contratransferencial. Com o tempo, a analista percebeu que esse movimento da paciente provocava nela muita raiva, pois se tratava de uma paciente com um sofrimento intenso, que vinha pouco às sessões e, ao mesmo tempo, de forma ambivalente, reivindicava sua presença fora de seus horários, demandando uma extensão do *setting* para além dos horários da sessão. Suas ausências funcionavam como brancos psíquicos, nos quais ela deixava com a analista o seu desejo de morte, sem permitir que ele tivesse uma continência, na manutenção do *setting*, para elaboração. A transferência da paciente era marcada pela ausência, pelo vazio e, ao mesmo tempo, pela adesividade.

Joana, apesar de não vir a muitas sessões, necessitava e pedia uma disponibilidade grande da parte da analista. Os seus pedidos eram para que ela se ocupasse da paciente para além de seus horários, pedindo relatórios de um dia para o outro, com ligações nos finais de semana e de noite. Para Joana, não existia limites entre ela e a analista, a dependência era a tônica. Na transferência, a analista percebeu que a sustentação do tratamento não poderia se dar sem que limites externos e internos se constituíssem para tornar possível a análise. Sua angústia a paralisava e, ao mesmo tempo, a colocava numa posição de aflição desesperada ao encontro do outro.

Condições de analisabilidade e o *setting*

Encontramos nessa clínica uma mudança do modelo do pensamento, da esperança e do desejo para um modelo alicerçado no ato e no automatismo (Green, 2008). O paradigma freudiano sobre os sonhos/representantes como modelo de análise é alterado para um novo paradigma, o dos cuidados maternos (Winnicott, 1972). O perfil geral do tratamento analítico é subvertido, na medida em que o analista tem agora de lidar para além do desejo com o ato. Os pacientes fronteiriços demandam questionamentos sobre as diretrizes básicas do tratamento, já que as clivagens fragmentam núcleos psíquicos e provocam os ataques ao trabalho analítico diante da impossibilidade de o paciente criar símbolos e de sonhar. A palavra proferida no *setting* perde a sua potência e sua eficácia, pois há uma repetição ou atualização do traumático. Nesse sentido, o contexto clínico acaba por ser projeção do transbordamento e implosão do aparelho psíquico do paciente.

No caso de Joana, na impossibilidade de pensar, muitas vezes ela recorria às escarificações, aos cortes que fazia no corpo e aos excessos de automedicação como uma forma de limitar e conter a sua angústia, o que denominava “dor de morte”. Ao mesmo tempo, suas inúmeras faltas mostravam seu lado mais destrutivo, se revelando no enquadre da análise. Atacava o *setting* pela impossibilidade de pensar e lidar com a angústia que lhe acometia.

A compulsão à repetição denotava uma negação do tempo, uma recusa a crescer em uma fantasia louca que se pode parar a marcha do tempo. Isso, é claro, quando Joana não percebia que o tempo passou, seus filhos cresceram e não precisam mais dos seus cuidados. Ela ficava paralisada nesse tempo que a inviabilizava de lidar com as separações, ausências e perdas em sua vida. Joana se sentia ameaçada, sua angústia era grande.

Tentamos compreender os processos que se expressam na vida psíquica do paciente, considerando o que se passa também com o analista. Nesse sentido, a clínica apresenta o que há de mais belo, mas também com o seu contrário, o horror. Ao horror, reportamos não só as cenas em que aparecem situações de desprezo, humilhação, desqualificação e ódio ao analista, mas também ao desespero, sofrimento intenso com aparecimento de interferências mentais, imobilidade e passividade psíquica e física, às angústias desorganizadoras que alguns pacientes apresentam.

O conteúdo das falas de Joana, seu desejo de morte, suas ausências, toda a violência trazida no trabalho com ela reverberavam de forma contratransferencial na analista, produzindo momentos de muita angústia, impotência e raiva. Assim, não podemos falar em somente um trabalho feito com os pacientes, mas também sobre a importância do trabalho pessoal dos analistas. Colocamos aqui a importância do clínico passar pelo processo analítico e supervisão como elementos importantes para a delimitação do enquadre.

O enquadre interno e a posição do analista

Todas as modalidades clínicas exigem a presença de um *enquadre interno*, como descrito por Green (2008), adquirido e internalizado no processo de formação dos analistas. Nas psicoterapias dos casos fronteiricos, o analista é obrigado a reinventar o que ele internalizou em seu processo de formação e no decorrer de sua própria análise. Podemos observar a necessidade de um redirecionamento do modo como é feita tradicionalmente a montagem do enquadre externo. Em nosso ponto de vista, isso fará com que o enquadre interno ganhe importância. E questionamos: seria a preservação desse enquadre interno a própria preservação da figura do analista?

Chamamos também a atenção para a qualidade da relação entre analista e paciente. Nessa relação, estão incluídas a empatia, o tato, o *feeling*, a intuição. A

compulsão à repetição pela via do transbordamento, ou o fator quantitativo, caracteriza essa clínica, segundo Ferenczi (1928). Assim, o manejo no trabalho clínico exige algo para além da palavra, o ato. Ou melhor, para além da interpretação da fala, muitas vezes, uma ação terapêutica.

Vemos a sensibilidade da relação em questão na postura do analista, nas suas colocações e em como o sofrimento do analisando irá influenciar o processo. Estar atento para essas nuances é algo necessário ao analista, mas também pensamos que, além dessa atenção para a relação, o analista deve ter olhares para si mesmo, perceber-se, saber seus limites, pois isso também irá perpassar o trabalho, além da fundamental confiança em nas teorias utilizadas.

A linha de pensamento proposta por Ferenczi aponta para a importância da empatia e tato, que dizem respeito ao modo de o analista se comunicar com o paciente, ou seja, diz respeito à capacidade de o analista saber o que, como e quando comunicar ou deixar de comunicar algo para o paciente. Ter uma sabedoria vinda de conhecimentos técnicos e de experiências clínicas para um manejo mais adequado da contratransferência e da transferência no contexto clínico (Ferenczi, 1928; Zambelli, Tafuri, Viana e Lazzarini, 2013).

Como tudo na vida, o trabalho em questão também envolve riscos, dificuldades, e uma delas seria o fracasso. As frustrações desse trabalho são inúmeras, pois, além das limitações que o próprio trabalho impõe, temos de estar atentos às limitações do paciente e às nossas também. Ferenczi (1919) irá nos alertar para não apresentar ao paciente uma confiança antecipada, até para o caso de um eventual fracasso também poder ser compartilhado pelo paciente, pois esse processo também é de sua responsabilidade.

Sobre a condução clínica, Ferenczi (1919) fala sobre a importância de o analista se perceber na postura com o paciente, poder ser colocado em conversa para que cada vez mais se entre em contato com os seus conteúdos inconscientes e latentes e, ao mesmo tempo, procurar-se abster de uma postura de combate. Nessa direção, seguem as interpretações do analista, que devem ter o caráter mais de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente, mas também porque podemos efetivamente estar enganados. Trabalhamos com hipóteses que são confirmadas ou não pelos pacientes. Nesse contexto, é imprescindível que o analista tenha se submetido ao seu longo processo de análise de formação. A análise do analista permite que ele tenha mais condições de “emprestar” seus sentidos para essa tarefa terapêutica, que irá exigir seus sentidos e sua capacidade de pensar a serviço do trabalho de análise do paciente.

No caso de Joana, a analista se via em um exercício diário de entendê-la, respeitando seu *self*, sua realidade psíquica. O fato de sentir as angústias apresentadas pela paciente auxiliava a analista na apresentação de uma fala mais sensível e humana ao que se passava com Joana. A analista, com o tempo, pôde apreender o modo de funcionamento da paciente e fazer colocações e correlações mais pertinentes ao seu mundo.

O processo analítico e o manejo clínico

Ao expor os dispositivos sobre a técnica analítica, enfatizo ainda Ferenczi (1928) com a sua proposição a respeito da “elasticidade da técnica analítica”, na qual ele alega a necessidade de uma tira elástica existir no intuito de ceder às tendências do paciente, mas sem, contudo, abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada. Essa capacidade de flexibilidade do analista é muito importante,

principalmente nessa clínica, onde a visibilidade do analista é fundamental. Em muitos momentos, o analista deve se fazer presente na relação no intuito de possibilitar a criação de um vínculo de confiança.

Entretanto, Ferenczi diz que o analista deve ter o cuidado de evitar a repetição do trauma de infância no *setting* e conceber o tratamento como um processo evolutivo que se desenrola sob os seus olhos, no qual o paciente acabará sabendo mais sobre si mesmo e poderá adaptar-se melhor às dificuldades inevitáveis da vida, com uma distribuição mais justa de energia.

Nesse contexto, podemos perceber o quanto é complexo o trabalho psíquico do analista, ao deixar-se agir sobre si as falas do paciente e, ao mesmo tempo, deixar a sua própria imaginação brincar/sonhar com esse material associativo. Nessa clínica, encontramos uma dificuldade do paciente associar livremente e do analista ter uma escuta flutuante. A angústia desse paciente faz com que ele se defenda de forma projetiva, atacando diretamente o *setting* analítico. Isso requer uma presença para aquilo que ainda é ausência nesses pacientes: a referência à alteridade.

Desse modo, ao entrarmos na relação analítica, a angústia comparecida no *setting* geralmente impossibilitava a analista de pensar, fazendo-a sentir-se imobilizada, tendo uma paralisia em termos de pensamento muito grande. Ao mesmo tempo, a paciente mobilizava na analista uma vontade de atuar no sentido de contê-la fisicamente, como se essa contenção pudesse aplacar a angústia da paciente. Consideramos importante a descrição do sentimento da analista para expressar como a contratransferência é usada na reorganização do *self* do paciente. De outro modo, uma raiva comparecia no cenário. Ela dizia de uma resposta à tentativa de manipulação da paciente, que insistia ou que atuava no sentido de uma desconsideração da analista

como alguém diferente dela, com uma vida, compromissos e outros afazeres para além dos atendimentos.

Por fim, os movimentos corporais repetitivos da paciente despertava na analista uma vontade de interromper abruptamente a sessão para voltar a respirar. Seus encontros eram tensos, intensos e marcavam uma ambivalência persistente. Acreditamos que a paralisia vivenciada pela analista seja a contratransferência em ato. O respirar pode ser considerado uma metáfora do tempo necessário para a analista transformar em palavra o que é vivenciado e sentido pela paciente. Mas ao colocar em palavras, a analista faz o trabalho de construção do campo alteritário. Ao nomear para a paciente sua própria angústia, ainda sem nome, a analista trabalha no sentido de discriminar o Eu do outro.

Sobre esse aspecto podemos comentar em um dos atendimentos de Joana:

Joana chega a sessão relatando o fato de sua mãe estar na UTI em função de uma parada cardíaca, logo em seguida fala de sua ausência na terapia e suas dificuldades em estar presente com a analista, disse que não conseguia levantar da cama para ir à terapia. Impactada com o conteúdo trazido pela paciente, a analista pergunta sobre assuntos relacionados ao enquadre terapêutico. Isso leva a paciente a falar sobre suas dificuldades em estar ali. A analista retoma as ausências de Joana no processo psicoterapêutico e passa o final da sessão com a paciente resolvendo estas questões.

Essa cena clínica mostra, em um primeiro momento, uma dificuldade da analista em deixar-se estar na posição de reserva exigida pelo ofício, tendo em vista seu ressentimento pelas ausências da paciente se tornarem mais presentes do que a própria presença da paciente (Figueiredo & Junior, 2000). Diante das faltas da paciente, a analista estava tomada por uma raiva narcísica que a impediu de realizar um trabalho de

escuta. A chamada para que as duas falassem de assuntos referentes ao enquadre terapêutico foi a saída encontrada, nesse momento, pela analista, manifestado pelo que podemos chamar de uma lição superegoica.

Diante do ataque sofrido pela intensidade da relação analítica e suas possíveis atuações, o analista deve tentar preservar seu enquadre interno como uma forma de manutenção do trabalho psicoterapêutico (Green, 2008). É pela necessidade de contemplar os sentimentos do analista e sua capacidade para sustentar a presença do paciente, emprestando-se como um dispositivo para o trabalho, que a contratransferência entra em cena. Dizemos isso tendo em vista que os mecanismos inconscientes e a intensa vida de fantasia do paciente ganham corpo na prática clínica, deslocando o analista de seu lugar de abstinência e neutralidade.

A contratransferência tenta dar conta do impasse vivido pelo analista diante do impacto da transferência (Racker, 1982; Heimann, 1950; Ferenczi, 1924). Ela surge como resultado da influência do paciente sobre os sentimentos inconscientes do analista e impõe a esse duas tarefas: reconhecê-la e sustentá-la. Confiar em seu inconsciente e usá-la como instrumento para apreender o inconsciente do paciente é a tarefa enunciada por Freud.

Apresentamos, nesse cenário, duas facetas de uma mesma realidade, em que analisando e analista se afetam e podem trabalhar e pensar sobre essa afetação, cabendo ao analista o papel de favorecer as condições para que se efetuem as mudanças psíquicas, utilizando-se das forças que são mobilizadas no tratamento. A relação entre transferência e contratransferência é grande, pois ambas representam dois componentes que dão vida e que criam a relação interpessoal da situação clínica. Nesse contexto, o analista assume a responsabilidade pela transferência.

Na descrição do caso de Joana, foi apresentada a angústia paralisante por parte da analista. Podemos pensar que essa paralisia sentida pela analista é uma resposta ao ataque de Joana à relação, ao estabelecimento de um vínculo. É uma tentativa dela de deixar a analista fora de ação, sem poder pensar, trabalhar. Dessa mesma forma, Joana reage em sua vida, quando, por exemplo, toma excesso de medicação e anestesia-se, ou seja, “não quer” sentir nada, apenas dormir. Esse ataque de Joana ocorre também com relação à questão temporal, quando ela não reconhece que seus filhos cresceram e não mais precisam dela. É essa paralisia, ligada à pulsão de morte da paciente na vida ou à compulsão à repetição que Freud (1920) descreve. A sua vida mental transformara-se num eterno trauma. Joana sentia-se vítima das situações. A bem da verdade, sua busca por auxílio parecia inoperante, visto que, apesar do sofrimento que ela vivia, uma mudança era apavorante. Ela parecia esperar algo da ordem de uma proposta clínica “para inglês ver”. As intervenções da analista e sua disponibilidade não faziam com que Joana pudesse confiar na relação e nela mesma.

Em uma das sessões de análise:

A analista abre a porta e se depara com Joana cabisbaixa, a paciente com um andar carregado e lento vai entrando na sala de atendimento. Ela inicia sua fala dizendo da quantidade de medicação que havia tomado e que em função disso “sua fala encontrava-se prejudicada”. A analista está atenta e interessada no fato ocorrido. Joana inicia um relato de um acontecimento sucedido na noite anterior com seu filho caçula, em que a mesma encontra objetos em seus pertences, os quais a fazem imaginar que seu caçula seria um drogado, assim como ela estava se sentindo. Joana tinha consciência de seu jeito intrusivo de ser, ao mesmo tempo apresentava uma fala organizada sobre a situação onde ela ao final acaba por dizer sentir-se responsável por este fato e também pela

saída de seus filhos de casa. Neste momento, dá continuidade ao assunto da saída de casa de seus filhos, Izabela e Manuel, e a analista coloca para a paciente o grande vazio que ela sente com estas saídas. Joana monta um cenário no qual deseja que a analisa sinta compaixão por ela e onde deixa transparecer sua fantasia de onipotência com relação aos filhos.

Ao longo do processo analítico, Joana vai deixando claro seu jeito de pensar sobre si mesma, de como se sentia “um traste”. Uma “mãe porcaria”, que não conseguiu cuidar dos filhos. Fazia autorrecriações e depreciações a respeito de si mesma, em um movimento de ataque a si mesma. Ao mesmo tempo, fala explicitamente de seu medo de ficar sozinha e excluída no mundo. Em seus dois artigos denominados *As exceções* e *Os Arruinados pelo Êxito*, Freud (1916) nos ajuda a pensar um pouco sobre a dinâmica de Joana. No primeiro artigo, Freud apresenta aqueles indivíduos que se sentem em desvantagem e exigem reparação do mundo por ferimentos causados em seu amor próprio. No segundo, o autor entrelaça uma conversa entre obras literárias e suas teorias onde traz à tona o cerne do estabelecimento do conflito ou, em suas palavras, o estabelecimento da doença. De acordo com ele, há uma relação entre a realização de desejos e o aparecimento da doença. O indivíduo não toleraria sua própria felicidade em função de sentimentos de culpa inconscientes relacionados ao Complexo de Édipo e ao incesto. Diz Freud,

O trabalho psicanalítico nos ensina que as forças da consciência que induzem à doença, em consequência do êxito, em vez de, como normalmente, em consequência da frustração, se acham intimamente relacionadas ao complexo de Édipo, a relação com o pai e a mãe – como talvez, na realidade, se ache nosso sentimento de culpa em geral (Freud, 1916, p. 346).

Freud, analisando a peça de Shakespeare, traz o caso de Rebecca, uma mulher que, depois de conseguir o que queria, o amor de Rosmer, adquiriu um sentimento de culpa, que a priva de fruir o que havia implacavelmente desejado e lutado. Com o

desenrolar da história e na tentativa de entender o enigmático comportamento de Rebecca, descobre-se que ela havia sido amante do próprio pai, do qual se achava que ela era filha adotiva, ou seja, aparece aí a relação incestuosa existente em sua história e o cerne para seu sentimento de culpa inconsciente, que a priva de gozar de sua felicidade tão desejada.

No caso de Joana, é difícil de delimitar com exatidão seu sentimento de culpa inconsciente ou o papel do superego nesses casos. No caso de Joana, podemos pensar no ódio inconsciente a uma mãe deprimida. Podemos também pensar nos sentimentos relacionados aos abusos sexuais sofridos na relação com o pai. Esse é o cenário do mundo interno da paciente, que se expressa por uma dificuldade dela em confiar no outro. No *setting* analítico, essa dificuldade de confiança se manifesta com uma tentativa dela despertar pena e compaixão da analista.

Nos meses iniciais do trabalho terapêutico, a analista priorizou um trabalho de acolhimento, em função da angústia de Joana e da presença intensa de sua vontade de morrer. Os atendimentos eram muito pesados para a analista, mas ao mesmo tempo a analista percebia como era difícil para a paciente sair de casa para as sessões. Suas ausências às sessões de análise também eram formas de mostrar a confusão que se passava em seu interior. Geralmente, depois dessas sessões em que a paciente apresentava uma intensa angústia, a analista refazia o contrato com ela para tentar organizar, conter e dar limites para a sua angústia. O *setting* era organizado de maneira tal que contesse a crise da paciente e a eminência da desorganização do enquadre. Paciente em crise → *Setting* em crise também → Enquadre interno da analista preservado. Nesse movimento de crise, o enquadre interno da analista era fundamental.

Joana falava de um não viver, de uma vontade de morrer muito grande, de um mundo em que imperava a maior parte do tempo o sofrimento e a angústia. Para ela, não

havia mais nada além disso. A morte era a saída e a solução que encontrava para sua vida. As sessões transcorreram vários meses, envoltas a essas temáticas. Joana não saía desse lugar, ao mesmo tempo falava de um cansaço muito grande e também sobre sua vontade de ser internada para ter um pouco de paz em sua vida. Sua dinâmica revelava-se em uma impossibilidade de se perceber como agente de situações e repetições vividas.

Com o tempo, a analista pôde perceber como, de alguma maneira, contribuía para sua paralisção, pois havia engatado em alguma questão na história da paciente e pôde dar-se conta que havia uma confusão inicial, inconsciente num primeiro momento, com ela, em que se sentia também paralisada em seu percurso analítico com suas questões. A pulsão de morte “ligava” Joana com seu mundo e estava também fazendo parte do da analista, deixando-a prisioneira dela mesma. Estavam tanto paciente quanto analista “ligadas” pelas várias facetas que a destrutividade pode manifestar. Money-Kyrle (1990), em seu trabalho, nos fala sobre os pontos cegos, ou seja, quando a compreensão do analista pode vir a falhar e que essa falha corresponderia de forma próxima a algum aspecto próprio do analista que ele ainda não teria compreendido.

As sessões com Joana, durante vários meses, giravam em torno desses conteúdos, e a compulsão à repetição tornava-se evidente para a analista. Criou-se uma tensão no campo sentida pela dupla, ligada por uma ausência de compreensão inicial. A analista sentia-se extremamente impotente com a paciente, via seu sofrimento, o tamanho de sua angústia e nada mudava, ela sempre falava da vontade de morrer e da dor que a sufocava. Além da impotência, a analista se viu em muitos momentos desesperada, com muito medo de que ela realmente fosse tirar sua vida, principalmente por já ter tentado várias vezes. Ela sentia que falhava com Joana, conseqüentemente, detinha toda a suposta frustração da paciente dentro de si. Houve uma confusão entre

analista e paciente, em que a analista acabou de alguma maneira contribuindo no prolongamento da introjeção de Joana por uma falta de compreensão e não ajuda de sua parte e uma tendência da paciente em projetar partes de si. Essa lentidão pode ocorrer, segundo Money-Kyrle (1990), pelo fato de o paciente ter vindo a representar algo que o analista ainda não compreendeu em si mesmo. A destrutividade e as várias facetas da pulsão de morte eram aspectos rotineiros no trabalho com Joana, e a analista foi capturada justamente nesse ponto. A paciente passou a representar para a analista aspectos destrutivos seus dos quais careciam serem analisados e trabalhados.

A postura da analista com a paciente, num primeiro momento, era de uma disponibilidade grande, ela havia se colocado sem limites para dar sustentação ao seu sofrimento, ao dizer a Joana que, quando ela começasse a pensar em se matar, que ela poderia lhe telefonar. A analista se colocou como alguém de confiança principalmente em seus momentos de muita angústia. Algumas vezes, ela telefonou para a analista e estava em meio a um grande desespero, dizia sobre sua vontade de morrer, aos poucos, com a conversa, a analista tentava acalmá-la, e isso funcionava, pelo menos momentaneamente. Caso ela quisesse se matar nesses momentos, e em outros também, não teria como impedi-la, mas ter esse tipo de postura foi a forma com que a analista encontrou para tentar dar sustentação ao sofrimento da paciente. A analista sentia-se muitas vezes manipulada pela paciente, mas ao mesmo tempo havia o risco de suicídio com o qual ela não podia brincar e nem negar sua existência. Desse modo, tentou com Joana dar sustentação aos seus encontros e, ao mesmo tempo, oferecer-se como um ambiente humano suficientemente bom, reconhecendo-a em seu sofrimento e respeitando-a, e, com isso, acreditando que o que estava proporcionando poderia de alguma maneira articular com seu potencial criador. O dar sustentação que me refiro é, de um certo modo, acompanhar atenta e devotadamente as necessidades existenciais da

paciente, necessidades que devem ser satisfeitas sob risco de afetar exatamente o seu viver.

Winnicott (1962-1963) nos diz que com sua prática psicanalítica tem: "...o propósito de: me manter vivo, me manter bem e me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem. Uma vez iniciada uma análise espero continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la" (p. 152). Sua expressão nos mostra o desafio implícito na ideia de uma clínica que sustenta o paciente para tratar as angústias impensáveis. Não se trata aqui de amar o paciente porque ele é um ser humano, mas estar com ele enquanto singularidade. Trata-se de se fazer presença disponível e devotada, no âmbito limitado da relação/encontro terapêutico, sustentando um campo inter-humano, propício ao acontecer genuíno, em que um gesto verdadeiro possa ter lugar e ser acolhido, porque é exatamente esse acolhimento que pode encorajar o indivíduo a se vincular com sua condição de vivente, ao libertá-lo de agonias impensáveis que inviabilizavam sua existência.

Em um fragmento de sessão de Joana:

Joana apresenta seu cenário familiar ao falar de sua família, de como a relação com seus filhos e marido é conturbada. Diz da saída de sua filha de casa, como isso a tem deixado preocupada e impotente por não ter condições de ajudá-la. Responsabiliza o marido pelas discussões e pela saída dos filhos do ambiente familiar. A paciente relata sobre seu sentimento de abandono e traição do marido, ao mesmo tempo traz seu sentimento de culpa com relação à filha por não ter sido desejada. A analista diante de todos estes relatos tenta mostrar a paciente que a saída de seus filhos tem haver com o processo de crescimento deles, e que da mesma maneira que ela havia saído de casa, seus filhos também saíram. Ao mesmo tempo explicita para a paciente o sentimento dela de solidão,

exclusão diante desta realidade. Joana concorda, diz não saber o que fazer, mas que se orgulha do mais velho, das conquistas que tem obtido profissionalmente. A analista tenta mostrar a paciente que neste momento ela precisa de cuidados. Mostra também que com a saída dos filhos de casa a relação havia mudado, mas que eles poderiam manter contato. Joana fala sobre a voz que escuta, seu desejo de morrer e de suas tentativas de suicídio. Essa fala deixa a analista preocupada, sensibilizada pois ela percebe que a paciente vê a morte como saída, solução para suas dificuldades. Com isso, diz a paciente para lhe procurar, ligar para ela quando essa vontade de morrer aparecer. Joana encerra sua fala mostrando e falando a analista do quanto se sente desacreditada que algo possa mudar.

Para as angústias impensáveis, Winnicott (1962-1963) fala que a sustentação visa a manter um movimento, que é o movimento do viver. Uma vez mantido o movimento do “viver autêntico”, poderá surgir o “gesto espontâneo” da paciente, “expressão de sua natureza criadora”. Nesse texto, Winnicott chegou a formular uma resposta muito interessante, dizendo que existem duas alternativas a serem escolhidas: ou se pratica a psicanálise padrão, de acordo com os moldes estabelecidos por Freud, ou se escolhe ser um psicanalista fazendo outra coisa, mais apropriada à situação. No caso de Joana, a analista escolheu a segunda possibilidade.

O ponto de partida do trabalho da analista tinha por objetivo fazer com que a paciente conseguisse experimentar um sentimento de vida. A capacidade de simbolização e a produção de sentido é parte do viver, não no sentido meramente biológico da sobrevivência ou do instinto de autoconservação, mas do viver humano. Roussillon (1999) enfatiza que a teoria de simbolização de Winnicott supõe uma distância entre a experiência e sua simbolização, introduzindo a noção de um tempo de

espera que permite o acontecer da simbolização primária da experiência. Falhas nesse processo de simbolização primária resultariam num tipo específico de sofrimento humano: as angústias impensáveis, por exemplo. Ou seja, existiria uma capacidade simbólica primária dependente do ambiente e da presença do objeto, ali no momento e local exatos, anterior à possibilidade segunda de simbolizar o que está ausente.

Segundo a analista, era isso que Joana necessitava, de uma presença do analista que se colocasse nesse lugar de despertar algo intrínseco nela, mas que viria a constituir-se a partir do contato com os outros e com o mundo. Desse modo, a analista tentou ter uma mais flexibilidade e ampliação da técnica, a fim de comportar situações de falhas precoces na constituição do *self* de sua paciente.

Dando prosseguimento ao trabalho, alguns meses depois, emperrada nas suas questões, a analista teve um insight que pode ser analisado e se deu conta do que se passava consigo, o que estava lhe paralisando. Após esse fato, seu processo seguiu adiante e, curiosamente, Joana mudou seu discurso, não trazia mais para sua vida a morte como saída. A paciente passou a encontrar outros meios de lidar com seu sofrimento e pôde também ampliar sua capacidade de contenção da angústia. Não é objetivo direto deste trabalho a comunicação inconsciente entre a dupla, mas é importante deixar registrado a relevância de um estudo sobre isso.

Entretanto, essa comunicação entre a dupla ocorreu quando a analista pôde conter a “destrutividade” da realidade psíquica de Joana, sem deixar que esse ódio viesse de fato destruí-la. Em seu trabalho, a analista sentia a raiva depositada pela paciente, acolhendo e sustentando esse sentimento como algo possível de ser sentido. No entanto, quando, de alguma maneira, essa raiva também tocou em questões pessoais da analista, era necessário um trabalho de também discriminar o que era seu e o que era da paciente. Feito isso, era necessário dizer à Joana algo sobre seu ódio a sua realidade.

Ao mostrar à paciente, acolhendo e sustentando seu afeto como um ego auxiliar, a analista auxiliou a paciente a enxergar outras possibilidades de existência para além da destruição.

Winnicott (1947), no texto em que trabalha sobre o ódio ao paciente, aponta para três tipos de fenômenos contratransferenciais, entre os quais inclui os conflitos não resolvidos do analista, suas experiências e sua personalidade. Os sentimentos contratransferenciais do analista, relacionados à própria experiência de vida do analista do seu desenvolvimento emocional, poderão ser usados clinicamente de forma positiva para a compreensão e o manejo da transferência do paciente. Afirma a importância do analista estar consciente da sua contratransferência e ser capaz de diferenciar suas reações frente ao paciente. Ele também nos fala sobre a coincidência do amor e do ódio nesses trabalhos, que poderia acabar levando a problemas de manejo, deixando o analista sem recursos. A coincidência justificaria o sentimento de ódio despertado no analista, que reservaria o melhor momento para interpretá-lo, ou seja, o melhor momento para apresentar ao paciente o que é seu. Nesse contexto, a adequada comunicação desse ódio pode contribuir para um grande avanço no ajustamento do paciente à realidade.

No caso de Joana, a analista conteve a raiva, tanto da paciente quanto a sua, acolhendo e dando contenção. Somente aos poucos dizia para Joana o que era dela o sentimento que também despertava na analista. Nesse momento, a analista fazia um trabalho interno de discriminação entre os conteúdos de Joana e da própria analista. Assim, a analista se percebia com disponibilidade emocional para verificar as situações vivenciadas com Joana no sentido de o que a paciente fez foi encarado apenas como um ataque da paciente, ou como uma defesa cujo intuito era analisar a analista. A contratransferência, nesse caso, pôde ser examinada, com o auxílio da supervisão, e

pôde auxiliar Joana na sustentação de sua própria realidade e também nas atitudes de confiança na analista.

Com isso, a analista foi podendo com Joana mostrar-lhe que, apesar de todo seu sofrimento e das experiências ruins que existiam em sua vida, tinham também outras experiências boas. Tratava-se de introduzir e resgatar objetos bons em sua vida. Esse movimento, em uma posição de presença da analista, permitiu construir um processo de historicização dela. Joana tem feito um retorno à sua infância e às suas relações mais precoces. Ainda que isso lhe cause muito sofrimento, voltar ao passado e contar sobre ele são formas que ela tem encontrado de tecer e preencher seus buracos.

Assim, a paciente começa a ampliar seu mundo interior.

Durante os meses iniciais do acompanhamento psicanalítico, manifestou-se o que poderíamos chamar de narcisismo negativo, conceito formulado por Green (1988). Joana recusava-se a viver, a cuidar-se, a comer. Sua recusa narcísica tinha uma pulsionalidade que tendia atingir quase há uma aspiração a nível zero de excitação. A pulsão de morte evidenciava-se em seus comportamentos e em seu estado de ser, ao tentar pelo desligamento atacar as relações com os objetos tanto de seu mundo interno quanto do externo e a relação com a analista. O desinvestimento e a função desobjetalizante expressa-se nessa sua dinâmica. Ela, em sua fala, seu comportamento, diz de um negativismo, ou seja, ela ataca e tenta desligar toda e qualquer oportunidade de relação e investimento no mundo externo. Portanto, sua dinâmica psíquica aparecerá como no *setting*.

A contratransferência como dispositivo vivo

Também vemos a importância de discutirmos outros aspectos, como, por exemplo, a necessidade de os analistas encontrarem um modo de entrar em contato com as necessidades e ansiedades do paciente. Nesse sentido, Joseph (1992) discute a

importância de se fazer com que uma maior parte da personalidade do paciente se torne disponível para, com o passar do tempo, propiciar mais integração do ego. Com os pacientes difíceis e inacessíveis, é mais importante focalizar nossa atenção em seu método de comunicação, em seu modo próprio de falar e de reagir às interpretações do analista, do que se concentrar primariamente no conteúdo do que dizem.

A clínica sobre a qual nos propusemos a pesquisar neste trabalho trata do sentir dor e sofrê-la em uma situação fronteira, ou seja, onde os pacientes a descrevem como certo tipo de dor que é, do seu ponto de vista, indefinível. A qualidade e natureza da dor não são compreensíveis, e é frequente a sensação deles de não conseguirem comunicar suas experiências ao analista, além delas serem sentidas como algo quase físico. De acordo com Joseph (1992), essa dor é vivenciada na fronteira entre o mental e o físico, ou seja, a autora considera que ela está associada com a perda de um estado mental e de um equilíbrio psicológico.

Por conta desse cenário, encontramos ataques frequentes ao trabalho analítico, e o analista, frequentemente, experimenta a precariedade do estabelecimento de uma relação de intimidade e confiança. Trata-se aqui da forma como esses pacientes conduzem suas vidas e de como um negativismo de modo geral aparece de forma mortífera na transferência. Esse tipo de autodestrutividade, segundo Joseph (1992), é da natureza de um vício de tipo sadomasoquista especial a que esses pacientes se sentem incapazes de resistir. Parece ser uma atração constante para o desespero e a quase-morte. Tais vícios dominam o modo pelo qual o paciente se comunica com o analista e, internamente, consigo mesmo, e, conseqüentemente, afetam seus processos de pensamento.

O enquadre analítico reproduz de alguma maneira a forma do duplo-limite do aparelho psíquico. Green faz uma analogia entre o conceito teórico do duplo-limite e o

próprio *setting* analítico. Os ataques ao enquadre, como os que ocorrem com as faltas de Joana, as falas de conteúdo violento dirigidos à analista e aos familiares, muito frequentes em seu trabalho analítico, são ataques às estruturas psíquicas representadas por esse enquadre. Nesses momentos, os objetos traumáticos aliam-se às pulsões em uma tarefa destrutiva. Figueiredo e Cintra (2004) afirmam que, em todos os ataques, há uma tentativa do paciente de dizer sua verdade profunda, algo ainda não simbolizado e, por isso mesmo, difícil de ser expresso em palavras. Nesse sentido, algo ocupará esse lugar de não poder dizer, como, por exemplo, uma passagem ao ato, golpe depressivo, adoecimento psicossomático. O dizer é impossível porque os contornos são intoleráveis, bem como os limites.

Sendo o aparelho mental do analista considerado parte do próprio duplo-limite do enquadre analítico, sua capacidade de pensar são também intensamente atacados. Em alguns momentos do trabalho com Joana, a analista se sentia paralisada, às vezes, com raiva, sem conseguir pensar. Nesses momentos, percebia que era preciso parar, dar mais distanciamento. No processo de reconhecimento e sustentação, a analista precisou continuamente perceber que sua paciente e toda sua destrutividade não iriam destruí-la, que existiam limites entre elas duas e dentro dela mesma. Limites esses que a paciente não poderia ultrapassar. Esse trabalho não impedia, no entanto, que a analista se sentisse constantemente invadida. Podemos até dizer que eram essas invasões o mote do processo de acolhimento, reconhecimento, sustentação e discriminação.

Nesse tipo de trabalho, faz-se necessário, muitas vezes, adaptações no *setting* para a contenção da destrutividade apresentada por tais pacientes. Entretanto, a mente do analista – elemento do *setting* – deve ser preservada como uma forma de manter intacta sua capacidade de pensar (Luz, 2011). A contratransferência reflete a problemática do sujeito como em um espelho. Assim, nesses casos, há uma dinâmica

mais imperiosa e constrangedora do que a que ocorre nos atendimentos com pacientes neuróticos. Ainda mais porque esses pacientes são atendidos face a face. A paralisia do paciente fronteiriço e suas impossibilidades irão se refletir como um espelho nas impossibilidades do analista, que, muitas vezes, é propenso a esperanças descabidas, excitantes e ansiosas. Essas esperanças, no entanto, devem ser abandonadas, e o abandono é condição para a manutenção da outra esperança, a que sustenta a sua resistência aos ataques.

Encontramos aí as dificuldades vivenciadas nessa clínica. Caberá ao analista se deixar tocar pelos afetos, acolher, reconhecer, sustentar e discriminar e comunicar essas percepções para o paciente. A análise ocorre, então, como um espaço para a construção do que não foi representado ou o nunca vivido, ao apresentar possibilidades do experimentar da alteridade e do desenvolvimento da função simbólica. E isso se passa no limite entre o analista e o paciente.

Não se pode ser rígido, nem se pode falar em associação livre, pois o paciente encontra-se, na maioria dos momentos, cheio de assuntos que lhes demandam um foco no que lhes acontece no momento presente. Para Luz (2011), diante da dificuldade de tolerância da frustração, bem como de uma boa capacidade simbólica, a neurose de transferência lhes parece falsa e irreal. Eles precisam sentir veracidade na relação com o analista – por isso, no início, não aceitam a interpretação. Mas, se a relação paciente-analista for sentida como verdadeira, em que duas pessoas estão realmente juntas, a intolerância à frustração diminui aos poucos e se desenvolve também lentamente um espaço para pensar.

No caso de Joana, a analista percebia que ela necessitava mais do que sua presença distanciada. Ela “pedia” uma analista em presença. Ela necessitava que a analista fosse como uma mãe viva, diferente da mãe morta que teve em sua vida. Era

preciso que a analista se mantivesse viva. Como se sentem as mães quando seus bebês nascem. O que uma mãe viva faz, uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1945), é dizer para seu bebê que o que ele vivencia é passível de ser vivido. O que a analista fez foi sustentar que o que Joana atravessava era possível de ser atravessado. Havia uma “garantia” de que sua destrutividade não iria destruí-la realmente, mas Joana precisava morrer simbolicamente.

A neutralidade que protege a prática e o pensamento psicanalítico transforma-se, nessa clínica, em ameaça real contra o próprio processo. Os valores e as crenças dos analistas são colocados de lado no trabalho psicoterapêutico, no sentido de não julgarem o que se apresenta no *setting*. Isso não significa dizer que as falas e os comportamentos dos pacientes não façam ressonância nos analistas e que isso, muitas vezes, não apareça no cenário. Por outro lado, a compreensão e a aceitação de que o paciente fronteiroço necessita de algo diferente da abordagem psicanalítica clássica é o que pode proteger um processo psicoterapêutico de base analítica. Os pacientes, conforme Luz (2011) ressalta, possuem fome de relações verdadeiras com um objeto verdadeiro e autêntico, feito de carne e osso e de sentimentos genuínos e, com isso, não aceitam qualquer interpretação transferencial.

É entendido que o desespero e a raiva eram sentimentos que Joana depositava na analista, que, por sua vez, os reconheciam e fazia uso desse reconhecimento no trabalho de fazer Joana entender melhor o que se passava com ela. A analista acredita também que essa seria uma maneira de ela entrar em sintonia com a paciente, ou seja, o “sentir com” que Ferenczi (1928) apresenta. Se expressa aí o “empréstimo” da sensibilidade da analista ou de sua empatia para com a paciente, permitindo-lhe uma compreensão mais profunda de suas reações emocionais. Esse modo peculiar de compressão da vida da paciente permitia que a analista “sentisse na pele” o que ocorria no mundo interno da

paciente e, com isso, pudesse lhe nomear os atos e comportamentos. Ao mesmo tempo, exigia da analista uma atenção aos aspectos de seu dinamismo psíquico que estavam em jogo na sua prática clínica. Ferenczi (1928) evidencia esse aspecto sensível da relação e depreende uma segunda regra fundamental, na qual o analista tenha, ele próprio, se submetido à análise.

Com isso, podemos concluir que a raiva da analista em seus atendimentos dizia algo da compulsão à repetição da paciente. A raiva sentida pela analista tinha uma função, pois o que se apresentava no cenário era a fusão e a emergência de dois psiquismos separados. Nesses momentos, acabavam toda a empatia e a contratransferência positiva, necessitando que a analista fizesse todo o processo de sustentação e diferenciação Eu-outro. A reserva que Figueiredo e Junior (2000) nos dizem, além do enquadre interno apontado por Green (2008) nesses momentos e em outros também, tornam-se essenciais, pois, diante de tamanha destrutividade, são manejos que preservam a função analítica.

Outro ponto que merece destaque: o relato de Joana sobre ter tido uma mãe deprimida e do quanto não gostaria de se parecer com ela nesse aspecto. É bem verdade que, quando um paciente diz não querer parecer, o que ele quer dizer, realmente, é de sua necessidade de se diferenciar do que já se parece. Nesse sentido, esse relato de sua história permite a compreensão do funcionamento de um narcisismo de morte, onde Joana permanecia identificada com a mãe depressiva. Voltava-se para essa mãe e, portanto, para si mesma, com muito ódio. Paradoxalmente, desligar-se era uma maneira de se manter viva, pois mantinha distante a mãe depressiva. O desligamento e a destrutividade se impunham. Essa compreensão de Joana permitia à analista ter um entendimento dela e, nesse sentido, estar com ela de forma diferente da que sua mãe existiu. A paciente “pedia” uma presença viva e afetiva, diferente de tudo que teve em

sua história. A analista precisava ser “de verdade”. É a própria condição da analista se apresentar diferente da mãe depressiva que faz com que a paciente possa se contar e construir uma outra história, tornando-se outra de si mesma.

Se a necessidade de mãe se constituísse como seu único problema, certamente uma boa maternagem nos termos winnicottianos seria indicada. Mas a carga de ódio fazia muito barulho. Joana desejava manter-se semimorta em seus devaneios com sua mãe, lá na depressão (morte psíquica) onde esta estava. Acreditamos que se espantava com tudo o que, na análise, apontasse para a vida, já que a vida contaria sua nova história. A disponibilidade da analista para atendê-la, além de sua presença ativa no seu trabalho, impactavam a paciente com sentimentos de estranhamento para aquilo que nela ainda não se podia fazer existente. Pode-se pensar que perguntas – tais como: “Será que ela conseguiria fazer tudo isso também? Será que ela poderia aceitar a analista como modelo de identificação e lhe amar?” – indicam caminhos possíveis de um trabalho psíquico feito por Joana.

As hipóteses psicoterapêuticas a partir das angústias e comportamentos da paciente permitiram o acesso à sua dinâmica. É possível apresentar, desse modo, uma correlação entre a temática da confiança evidenciada no trabalho com a paciente e os pacientes fronteiros. Figueiredo (2009) diz que o tema da confiança se entrelaça estreitamente com as questões da clínica contemporânea e com certos aspectos de pacientes não neuróticos. Ao entrar mais a fundo nessas questões sobre a confiança, o autor traz as contribuições de Balint sobre o tratamento analítico com os ditos pacientes desconfiados. Balint (1968) denomina o *amor primário*, conforme o qual numa relação existe uma ligação com o objeto tido como determinante e absoluto, sendo essa relação de total vulnerabilidade às falhas dos objetos primários, ou seja, há uma indiferenciação entre sujeito e objeto. Como modo de defesa desse indivíduo à vulnerabilidade

existente, instala-se uma *desconfiança básica* ou uma suspeita paranoica sobre o ambiente, ou sobre os objetos mais significativos, que abala as bases da confiança e da capacidade de confiar do sujeito. Não seria apenas o não confiar, mas há um ataque à confiança já instalada ou possível. Na saída do amor primário, a relação com o ambiente constituirá a condição para a confiança e a desconfiança, simultaneamente.

Segundo Figueiredo (2009), Balint define nesses momentos vicissitudes para instalação da confiança primária entendida por momentos decisivos marcados pelo despertar pulsional associado a atividades lúdicas no exercício de entrega ao objeto sob medida, em que se misturam medo, prazer e esperança confiante, fundando o que o autor chama de *thrills*. O *thrills* é identificado por duas atitudes fundamentais que organizam essas primeiras formas de interação com o mundo de objetos. A ocnofilia, na qual predomina o medo de vazios, ausências e separação, decorrendo, desse modo, sobre o objeto um apego ansioso e obsessivo. E o filobatismo, no qual predominam o medo da ligação e da dependência, o medo de objetos excessivamente próximos, invasivos, que em decorrência emergiria um estado de desconexão afetiva.

Esses indivíduos são o que Balint (1968 citado por Figueiredo, 2009) classificou como “pacientes de falha básica” e que nós intitulamos como pacientes fronteiros, que, ao longo de toda a vida, estarão organizados em torno dessas duas atitudes fundamentais e das oscilações que delas decorrem. As duas angústias características dos casos limites identificadas por Green (1990) – a de separação e a de invasão – estão associadas às duas atitudes fundamentais descritas por Balint (Figueiredo, 2009).

Pode existir uma correlação das angústias sentidas por Joana e sua relação com a analista. Como pôde ser visto, a paciente vive em um mundo de angústia, sentindo-se perseguida, desconfiada da vida e de todos. Possui uma acentuada limitação para amar, goza de poucos prazeres em sua vida, não se sente confortável e, com isso, não desfruta

de repouso. Permanece constantemente em estado de inquietude. Apresenta-se também com uma tristeza profunda, que a incapacita para algumas atividades, como, por exemplo, trabalhar, alimentar-se, dormir. Joana diz ficar horas prostrada na cama, sem ter vontade de fazer qualquer coisa, diz não ter vontade de cozinhar ou limpar a casa. Seus filhos lhe falam que ela não se cuida, não pinta o cabelo, não corta as unhas, seu autocuidado é precário.

Em sua analista, Joana deposita, ao longo do trabalho psicoterápico, toda sua angústia e desespero. A analista se sente controlada pelo olhar da paciente, compreendido por ela como um anseio transferencial da paciente por contato intenso e por uma necessidade de fusão. Como consequência, a analista, por vezes, se sente paralisada em sua capacidade de integrar os conteúdos existentes na fala de Joana.

É importante perceber que a paralisia da analista esteve em concomitância ao desaparecimento da paciente das sessões de psicoterapia. A analista se sente abandonada, desamparada e sozinha, assim como a paciente diz se sentir. Há o medo simultâneo de Joana de confiar na analista, dela poder lhe abandonar. Sua dificuldade no estabelecimento de uma relação amorosa e íntima é clara, há uma ausência que não se constituiu, a analista sente-se manipulada segundo seus interesses, suas fantasias e angústias. Esse é o cerne da relação, uma oscilação entre uma presença intensa e depois desaparecimento. Nesse cenário, a análise tem-se desenvolvido há algum tempo, e, como anteriormente descrito, a analista responde a Joana em várias ocasiões, oferecendo-se sem limites ou permitindo-se ter uma elasticidade da técnica (Ferenczi, 1928), quando se colocou disponível por contatos telefônicos, mas, ao mesmo tempo, a analista teme que, por essa grande disponibilidade à Joana, poder espantá-la pela impressão de um excesso de cuidado.

Esse caso serve de ilustração para metáfora do porco-espinho, na qual Green (1990) descreve a relação do indivíduo com o objeto: longe demais se congelam e perto demais se espetam. O objeto muito próximo se torna intrusivo ou, se muito longe, é abandonado, reverberando as angústias de separação/perda e as angústias paranoide/invasão.

Atualmente, depois de quase dois anos de atendimento:

Joana fala sobre não se sentir preparada para lidar com a saída de seus filhos, diz da existência de conflitos entre pai e filha. E que apesar de tudo isso havia feito um almoço no domingo para família, onde todos estavam presentes. A analista conversa com a paciente e lhe diz que não havia como ela se preparar para este fato e que ela tem lidado com esta separação no dia a dia, e, neste caso, trata-se de uma separação onde eles poderão encontrar-se em vários momentos, como no almoço que ela havia feito. Joana diz sobre sua aposentadoria e de sua vontade de ir embora de Brasília. A analista entende o que ela quer dizer, neste momento, e lhe coloca sobre sua busca de paz, tranquilidade e do fato dela fazer planos e enxergar outras saídas para além da morte. Elas riem e Joana balança a cabeça confirmando, e fala sobre seu sonho de morar na beira da praia, onde ela poderia caminhar e ao mesmo tempo dar continuidade ao seu tratamento. Diz que já havia sofrido muito na vida com seu pai e depois com os negócios, mas que agora ela gostaria muito de descansar.

A analista, em vários momentos, se questionava sobre como poderia ocorrer o acompanhamento de Joana. Como seu processo psicoterapêutico poderia acontecer sem que ela interferisse, ao tentar consertar aquilo que estava sendo considerado como estragos, e que Joana apresentava nas sessões e em sua própria mente. Pergunta-se ainda sobre a real possibilidade de Joana sair de um estado de depressão e evoluir para uma

perspectiva em que viesse tomar as rédeas do seu destino. Auxiliar Joana a desfazer sua teia de repetições traumáticas e todo o curto circuito negativo que se instalou em sua mente seria a função da analista. Elaborar essas feridas na relação com a analista e no percurso clínico, por mais pesada que a relação transferencial possa ser, seria a chance de Joana reviver no presente da relação a possibilidade de aprender e, apreender, por meio da continência de suas defesas e angústias. Esse era o caminho vislumbrado. E talvez pela primeira vez a paciente pudesse vislumbrar a articulação entre o concreto de sua dor e sua nomeação e elaborar esse ódio ainda, por vezes, aberto. A analista tentava criar dispositivos que oferecessem à paciente as condições de inaugurar na sua vida um patamar de mais prazer pessoal e interpessoal. Diante do exposto, a analista questionou-se: como estar com Joana em um estado de reserva e de atenção ao mesmo tempo? Como ter uma ação terapêutica adequada ao nível de simbolização da paciente?

A análise dessas questões remete ao tema do lugar da contratransferência em uma análise. Pick (1990) aponta aos analistas três fatores que irão auxiliá-los na elaboração da contratransferência e que se constituem em um intercâmbio constante. O primeiro seria a perturbação emocional do analista; o segundo, o papel do paciente em ocasioná-la, e o terceiro seria o efeito da perturbação emocional do analista no paciente. Afirmo ainda que o acolhimento de uma experiência implicará em uma reação e caberá ao analista manejar não somente a transferência do paciente, mas também sua própria contratransferência. E que, nessa experiência, o não saber também faz parte do contexto, além de um tempo necessário ao analista para esse poder integrar em sua mente os conteúdos e vivências do paciente, até que ele se sinta confortável para dar uma devolutiva ou fazer uma interpretação.

As situações trazidas por Joana em nível pré-verbal davam à analista a noção, quando as vivenciava e via, da necessidade da paciente de vinculação, dado que seu

discurso era uma avalanche de fatos narrados sem aparente conexão entre si, mas que pareciam ter a necessidade de manter a analista atada firmemente à paciente, como que ocupando o lugar vivo de sua “mãe morta”, que, ao ter morrido psiquicamente, deixou-lhe desamparada e desnorteada, sem ter a quem se referir. A paciente tinha na analista alguém que poderia lhe dar a referência necessária para que viesse a se sentir importante, e não apenas um trabalho a mais. Ao mesmo tempo, Joana sabia que ela não a conhecia direito e, com isso, ficava muito atenta para perceber qualquer movimento da analista. O tempo todo Joana parecia preocupada em saber se a analista estava interessada nela. Os primeiros tempos da análise foram um desafio para as duas.

Com o trabalho de supervisão, a analista pôde compreender que o ritmo do processo está em função do paciente, sempre, dado que se dará a partir de suas possibilidades emocionais. Se, num primeiro momento, a destrutividade de Joana mostrava-se evidente, aos poucos, isso foi sendo contido e acolhido. A supervisão ajudava a analista a esclarecer seus limites, sua função, a raiva que, por vezes, se apoderava dela e a disponibilidade que a analista dava à Joana, e que a paciente demandava da analista, como prova de dedicação e de apreço.

Havia uma dificuldade em traduzir em palavras o clima emocional de seus encontros, de modo que, muitas vezes, surgiam questões sobre a possibilidade de haverem falhas na formação da analista que estariam impedindo o progresso de Joana. O papel da supervisão foi o de auxiliar a analista a pensar sobre seus sentimentos contratransferenciais.

Joana, ao falar sobre sua realidade psíquica, dizia de sua dificuldade em se mover no mundo e, principalmente, sustentar-se numa posição adulta, de mãe e de mulher. O mundo, segundo a paciente, lhe impunha demandas de desempenho diante das quais dizia sentir-se impotente. A analista questionava sobre se a não elaboração de

suas perdas, separações, frustrações e fracassos teria aqui alguma influência. O quanto esses fatos determinariam a manutenção de seu estado depressivo, suas angústias persecutórias.

Entretanto, Joana, apesar de todo o peso que sente carregar, toda sua frustração, impotência, sofrimento, não consegue exergar o quanto contribui para os outros; afinal, seus filhos cresceram e são hoje adultos independentes e constituidores do próprio lar. Seu cuidado com seus filhos permitiu também que eles crescessem, se desenvolvessem a ponto de tornarem-se, hoje, pais. A paciente não é um traste como acredita ser e fazer parecer para o outro. Afinal, ela sustenta financeiramente a casa, resolve os problemas de seu filho adolescente, além de cuidar do marido, que acaba de iniciar um tratamento para seu alcoolismo.

Assim, cabia à analista, como um ego auxiliar, ajudar Joana a romper com essas defesas e a refazer parte de seu ego, confrontando-a com esses fatos, ao questioná-la sobre suas “verdades” ou suas falas, auxiliando-a no enfrentamento da realidade. Figueiredo e Júnior (2012) apontam para o cuidado que o analista deve ter nessa modalidade clínica, em que auxilia o paciente a enfrentar e atravessar resistências.

A tarefa clínica exigia da analista uma capacidade grande de escuta e suporte analítico diante de tanta turbulência, que, por vezes, transbordavam os encontros, fazendo com que a analista perdesse a paciência e quisesse abandonar Joana. A paciente parecia testar a disponibilidade da analista e sua capacidade um pouco além de seu limite, com seus pedidos e demandas. Isso talvez porque quisesse fazer a analista sentir a urgência e o tamanho de seu sofrimento, sofrimento este que sentia não poder suportar. A meu ver, Joana perguntava-se: “Estaria minha analista interessada mesmo em minha dor? Ela conseguiria atravessar comigo os horrores de minha mente?”.

Aos poucos, Joana começou a indagar sobre as verdades que afirmava. Talvez essa percepção sensorial que sobreviveu em Joana tenha funcionado como um elo de ligação entre analista e paciente e, por meio disso, ancorado uma esperança de caminho clínico. O tom da voz da analista, sua saúde, sua forma afetiva de estar com a paciente, sua sobrevivência trouxeram um colorido novo e significativo aos encontros.

O processo da analista de se aproximar da paciente e se “afastar”, respeitar seu ser, brota em seus encontros com o auxílio de supervisões, que ajudam a conter seus sentimentos e sua pressa de querer e de tentar consertar os estragos que a paciente diz existirem em sua vida, de curá-la, talvez numa tentativa um tanto maníaca de se sentir viva. O grau de apreensão que Joana despertava na analista era grande e relacionava-se com medos de que Joana se dispersasse infinitamente no afã de aplacar suas angústias e viesse mesmo a se matar de fato. Essa apreensão era um sinal de sua contratransferência. Afinal, a própria analista colava em risco sua neutralidade analítica. Contemplar a contratransferência servia para que a analista pudesse se guiar quanto à natureza da ansiedade presente em tais ocasiões, que geralmente se mostrava de natureza persecutória. Joana temia e pedia que ela quisesse curá-la. Como ajudar a paciente a sair desse emaranhado que a mantinha nessa realidade psíquica?

Aos poucos, a analista conseguiu acompanhar, mais e mais, a paciente em seus mergulhos depressivos cheios de ódio e destrutividades que lhe pareciam aterrorizantes no começo da análise. O aumento da capacidade de entretenimento da paciente com os aspectos tristes de sua vida, suas descrições minuciosas dos estados, revelam-se para analista o que caracteriza sua personalidade e que dotava a paciente muitas vezes de um grande encanto. Embora esses momentos tenham sido carregados por angústias persecutórias, quando Joana emergia desses estados, mesmo que por fragmentos temporários não tão longos, demonstrava para analista sua natureza guerreira, forte, ao

cuidar do marido alcoólatra, da mãe deprimida e incapacitada, que, mensalmente, vai para sua casa receber seus cuidados.

Joana, com o tempo, tem podido reconhecer o lado bom em sua vida e tem gozado de alguns prazeres que a vida pode lhe proporcionar: faz almoços para reunir a família, cuida do marido e da mãe na sua fragilidade, inclusive física, começou a arcar com os custos das sessões, diz da felicidade em se tornar avó. A paciente traz em sua fala sua vontade de mudar de Brasília, de ir morar perto da filha na beira da praia. Sua vontade de mudança externa reflete a mudança que, aos poucos, tem ocorrido em seu mundo interno.

Em função das questões que descrevemos acima, situo Joana dentro do contexto de um caso fronteiro. Sua defesa diante das perdas inelutáveis fez com que atacasse partes estruturais de sua personalidade e de sua vida, não havia fertilização possível. A destrutividade se impunha.

Considerações finais

Todo *setting* é proposto como um arranjo que colocará em evidência a força da pulsão. Diante desse arranjo, o analista é tido como o vigia e guardião e se oferece como apoio ao recuo, no paciente, do seu acervo “interior”. A batalha que se estabelece no paciente limite é contra a ilusão do apagamento de sua existência ante o outro (o analista). A lógica que impera com as organizações defensivas maciças é a da sobrevivência – “ou ele, ou eu”. Assim, é importante, segundo Delouya (2012), não reagir a tal necessidade de alucinação, de merecida onipotência, dando ao paciente a oportunidade de existir e, com isso, outorgar-lhe o direito de se afirmar, realizando agora: “sou eu, eu o apaguei: eu existo”. A partir dessa travessia em destruir, poderá constatar “eu o destruí e ele sobreviveu”, adentrar outra lógica, em que poderia aceitar “eu e ele”, ou seja, onde começa a se abrir a área terceira, a vida.

Nesse sentido, o analista deve ter disponibilidade, abertura, presença, apoio, receptividade, capacidade de “conter”, de receber em depósito e de simbolizar ali onde o outro não consegue fazê-lo. Existe uma aparente falta de rigor técnico por parte do analista, se comparado à técnica psicanalítica clássica, que podem alterar a transferência, transformando-a numa relação aparentemente perversa. O rigor da técnica clássica pode, se perseguido, fazer com que o processo analítico chegue a um impasse intransponível ou mesmo se interrompa. Nesses casos, o trabalho de interpretação deve ficar em segundo plano.

Trabalhar com os afetos, as falas, o mundo interno da pessoa, a própria pessoa, não é fácil. O trabalho clínico requer do analista, além de sua capacidade de pensar e sonhar, a sua capacidade de estar com o outro de forma afetiva. O paciente fronteiro, por apresentar em muitos momentos formas mais regredidas de estar e ser no mundo, vai impor dificuldades a esse trabalho, já que sua linguagem se expressa muito mais por meio de projeções e atuações, verbais e corporais, do que por meio de uma linguagem compartilhada e, portanto, passível de representação, de compreensão e de interpretação. Nesse sentido, cabe ao analista ter a sensibilidade de entender o que se passa com o outro e o que ele quer dizer para traduzir em palavras e ligar representações. Esses podem ser alguns dos requisitos que a clínica requer.

Cabe aos analistas manter uma distância suficientemente boa, no sentido de nem tão perto e também nem tão longe, para trabalharem com o paciente. Nesse sentido, Joana faz pensar que os analistas são cada vez mais demandados para uma clínica que requer um trabalho de nomeação, acolhimento e cuidado com o paciente, ou seja, uma clínica onde prevalece o modelo da relação mãe-bebê. Trabalho que pede suavidade, paciência, capacidade de espera, ser maneiro. Tudo isso em função da necessidade dos analistas lidarem com pacientes mais “à flor da pele” e do risco que o profissional corre

de “se desorganizar” psiquicamente quando entra em sintonia com os pacientes durante o processo de análise.

5.2. Caso Clínico Luana

A paciente Luana tem 24 anos. Encontra-se em atendimento semanal há três anos, havia passado por outros terapeutas quando foi encaminhada. Já foi internada algumas vezes em função de um quadro persecutório. É filha de pais separados, atualmente mora com a mãe e o padrasto, têm um irmão, e este mora com o pai em outro estado. Seus pais se separaram e Luana foi criada durante vários anos pelo pai, pois sua mãe, segundo seus relatos os havia abandonado. Faz faculdade e trabalha. Paciente assídua, faz uso de medicação antidepressiva, antipsicótica e estabilizadora de humor. Nos atendimentos iniciais, o assunto que trazia para a sessão era basicamente sobre rejeição.

“Gostaria de saber qual grupo estou no momento, Renata.” Assim iniciou-se o trabalho entre paciente e analista. Luana, já em um primeiro momento, indaga sobre seu lugar, diz gostar de saber qual grupo faz part,e pois sente-se rejeitada, quase não possui amigos e sua vida social é limitada. Relata sobre duas mudanças de terapeutas pelas quais passou. A analista se sensibiliza com as mudanças de Luana e lhe pergunta se ela estaria em busca de pertencimento? A paciente ri, fala sobre seu sentimento de rejeição, da relação com seus pais ser complicada, de traições entre o casal e de como ela mudou depois das crises que teve, pois antes dizia o que pensava e agora isso não ocorre mais. A analista encerra a sessão colocando para a paciente como ela gostaria de se sentir amada e aceita pelo outro, sentir que o outro se preocupada com ela.

O uso do analista na busca de um *self* verdadeiro

Nessa sessão, a paciente perguntava: “Onde estou?”. Desde o início, ela revela sua necessidade de organização. Suas questões reverberam na analista questões com relação à delimitação dos espaços – no *setting*, ao vínculo. Ou seja, ela faz a analista se questionar sobre a importância do enquadre e da diferenciação das posições. O divã na cena analítica é algo apresentado por Freud como algo que contribui para a função, de fazer o paciente se deitar e falar livremente sobre o que lhe vier à cabeça, bem como a de permitir que o analista tenha uma atenção flutuante e fazer construções e interpretações sobre o que o paciente diz. Essa montagem do enquadre na clínica é algo mais propício para os pacientes que se apresentam com mais recursos ou que possuem mais alcance de elementos subjetivos e simbólicos, os pacientes neuróticos.

Entretanto, os pacientes que possuem uma certa fusão com o outro, uma vivência mais sensorial, delimitações internas e externas frouxas, que se mostram mais atrelados a um mundo de concretude com angústias desorganizadoras e onde os elementos de trabalho dizem respeito a um mundo mais arcaico, necessitam, na maior parte das vezes, de uma montagem do enquadre face a face. Observamos que, com o tempo e com o estabelecimento de um vínculo de confiança, esse cenário pode ser alterado. No entanto, é importante se pensar sobre como a delimitação de espaços, a diferenciação entre Eu-outro, a presença da alteridade, da ausência, como elementos importantes que auxiliam os analistas no entendimento sobre o paciente, nas possibilidades de trabalho e na relação transferência e contratransferência.

As sessões com Luana iniciaram com seu “sentir-se rejeitada”. Em uma sessão, ela coloca para a analista: “*Não me sinto amada pelos outros, por mais que as pessoas façam as coisas.*” Em seguida, a paciente continua: “*Você não olha para mim, fico aqui falando e você não olha para o que estou dizendo.*” A analista lhe diz que para prestar atenção ao que diz não precisa olhar para ela, pelo contrário, faz isso para escutar-lhe

melhor. Complementa, no entanto, dizendo que entendia que, ao não olhar, talvez fizesse com que ela se sentisse rejeitada pela analista, como seus amigos e familiares a fazem se sentir. Seria isso uma falha da analista? Essa postura foi a maneira que a analista encontrou de delimitar seus espaços, para que ela não se sentisse tão invadida pela paciente diante de uma comunicação invasiva. Mas seu não olhar era sentido pela paciente como uma rejeição. O que Luana pedia? A paciente falava da importância do olhar, da proximidade, disso precisar fazer-se sentir por ela. Luana precisava maciçamente de um olhar.

Na clínica da neurose, o trabalho psicoterapêutico se inicia com questões relacionadas, em sua maioria, sobre problemas nas relações interpessoais, questões com o trabalho, capacidade do indivíduo amar e gozar a vida. A diferença dessa clínica, com a qual nos propomos a trabalhar, já se inicia nesse momento, pois Luana apresenta outro tipo de demanda a analista, suas questões dizem respeito à constituição de seu *self*.

No trabalho com Luana, a analista tentava manter um tipo de escuta sobre o que ela demandava do trabalho e que Roussillon (2005), em seu trabalho *La? Conversation Psychanalytique: um divan em latence*, aponta de forma muito elucidativa, ao dizer sobre o dispositivo que deve ser construído para que o analista possa manter sua escuta e ao mesmo tempo auxiliar o paciente em sua apropriação subjetiva. Assim, fala que caberia ao analista escolher o jeito mais eficaz para uma simbolização específica, em que a melhor técnica viria do encontro da dupla. Nesse texto, ele cita tipos diferentes de trabalho em que um deles pode ser relacionado com o trabalho que a analista fazia com Luana e também pode-se pensar sobre no trabalho psicoterapêutico realizado com os pacientes fronteiriços.

Esses pacientes necessitam de uma presença maior do analista, sentida como uma presença vital, que é expressa por um analista mais interativo, ou seja, um modo de

presentificação e intervenção diferente do estilo interpretativo clássico. Trabalho em que com relação aos aspectos linguísticos seria mais importante os modos estilísticos de comunicações pré-verbais e não verbais: um gesto acompanhado do verbo, expressões que passam por canais visuais, uma linguagem utilizada portadora de mensagens, de linguagem afetiva e uma linguagem corporal, em um atendimento que ocorre face a face.

O enquadre face a face facilita, segundo Roussillon (2005), a introduzir, na relação de transferência, modos primitivos de comunicação em que há o aparecimento de mensagens não verbais, usando alguma forma de afeto, gestos, expressões faciais e um modo de conversa que vai se construindo com as afinções do corpo. O cara a cara seria, para o autor, a única maneira em que poderia ser introduzido na transferência expressões primitivas, em que o campo visual proporcionaria a expressão de conteúdos psíquicos em busca de inscrições da língua.

Winnicott (1967c), em seu trabalho *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*, auxilia a pensar sobre essas questões trazidas pela paciente e sentidas na relação clínica. Nesse texto, o autor aponta para a importância do rosto da mãe funcionar como o precursor do espelho no desenvolvimento emocional individual. A mãe ou o ambiente realizam, no exercício de suas funções, o papel de um espelho para que o *self* venha a se desenvolver. Papel vital em suas fases iniciais, pois representa um período em que a separação entre Eu-outro ainda não se efetuou, mas que gradativamente, com o ritmo dado pela dupla ambiente/mãe e bebê, poderá ocorrer. Era isso que Luana pedia à analista, que ela funcionasse para ela como uma mãe/ambiente, onde ela pudesse se olhar e se ver. Winnicott (1967c) comenta sobre isso:

Estou certo da importância de meu conhecimento sobre o rosto e de minha interpretação sobre a busca, por parte da paciente, de um rosto que pudesse refletí-la, percebendo ela... (p. 159).

O vislumbre do bebê e da criança, vendo o eu (*self*) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho, proporcionam um modo de olhar a análise e a tarefa psicoterápica. Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (*self*) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se, para o relaxamento (Winnicott, 1967c, p. 161).

A relação analítica como espaço potencial

A relação nessa clínica, e com Luana, aponta a importância do resgate da sensorialidade na relação psicoterapêutica, ou seja, chama a atenção para a importância dos vínculos sensoriais não verbais na clínica. Além da voz, do corpo e do ritmo como vínculos sensoriais não verbais, há também o olhar. Luana fazia a analista perceber como era importante a manutenção de um ambiente sem alterações, mas também a analista precisava auxiliá-la a lidar com as mudanças e frustrações sem se desestruturar. A analista passou, então, a expressar-se fisicamente, com risos, tonalidade diferenciada na voz, gestos, atos e pôde perceber que, de alguma maneira, Luana reagia com olhos arregalados e, às vezes, com cara de espanto, estranhando o que estava acontecendo, mas demonstrando gostar. A analista percebeu que essa atitude acalmava a paciente de suas crises de angústia de intrusão, diferente da angústia do neurótico. Essa forma de estar junto ajudou a analista a compreender melhor a paciente e também a se sentir mais à vontade, pois percebia que, daquela forma, estavam estabelecendo uma relação. Essas cenas transformaram-se em momentos de encontro entre as duas.

Luana queria saber onde estava e queria saber quem ela era? Sentia-se perdida, estava sem lugar. Ela pede auxílio à analista na busca de um sentimento de existência. Procede dizendo da rejeição e de sua busca de um lugar para ficar. Fala como se fosse

uma sem teto, conta de sua solidão, organizada de modo paranoide, onde as pessoas lhe excluem, mas que gostaria de ser amada e aceita pelo outro.

Faltava à Luana um outro que se apresentasse a ela como um *ambiente* ou um objeto que desempenhasse as funções de *acolher*, *hospedar*, *agasalhar*, *sustentar*, onde, inicialmente, ele fosse um ser reconhecido como um outro não diferente (Figueiredo, 2009). Na dimensão dessas funções essenciais, Winnicott (1960c) apresenta a função de *holding* (sustentação) e a função de *containing* (continência). Ambas podem proporcionar ao paciente o sentido de existir.

A noção de *holding* mostra-se muito importante nessa clínica e pode ser compreendida como sustentação, acolhimento e contenção. Com os pacientes fronteirços, tem-se a necessidade de o analista poder conter, acolher e sustentar determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do paciente. Isso significa oferecer-se como um ambiente que permita o processo de integração do indivíduo. No caso de Luana, o fato da analista ter podido compreendê-la em seu sofrimento foi expresso pelas posturas da paciente, e essa compreensão pôde fazer com que a paciente se sentisse sustentada. O que facilita o processo no sentido de uma integração: “toda vez que compreendemos profundamente um paciente, e o mostramos através de uma interpretação correta feita no momento certo, estamos de fato sustentando o paciente” (Winnicott, 1954, p. 354). A seguir, apresentamos uma vinheta em que a experiência do *holding* pôde ocorrer.

A analista chega a sala de atendimento para convidar outro paciente a entrar e Luana já se encontrava à espera de seu atendimento. Quando a analista retorna à sala de espera para chamar Luana, ela não estava mais ali. Apreensiva com o desencontro, a analista se depara com a paciente saindo da sala da coordenação do Centro de Antedimentos da Universidade (CAEP). Neste

momento, Luana começa a falar quando a analista lhe convida para entrar na sala. Ao entrar, a paciente angustiada dá continuidade à conversa, dizendo que não gostaria mais de fazer terapia com a analista, que havia procurado a coordenação, pois não gostaria nem de ter encontrado com a terapeuta, mas lhe sugeriram que resolvessem o problema juntas. Luana diz à analista que não gostava de seu jeito e que, quando havia chegado para a sessão, a secretaria havia lhe cobrado sessões anteriores. A analista sente-se muito confusa, humilhada, rejeitada, exposta e com ódio da paciente. Entretanto, tenta manter a calma e continua escutando Luana e lhe pergunta sobre o que havia ocorrido com o pagamento. A paciente diz que haviam lhe cobrado pelas sessões que ela não havia ido. A analista diz que sim, que as sessões faltadas eram pagas e que ela lhe havia dito sobre isso no primeiro dia de atendimento. Luana diz que não tinha entendido isso. Diante deste mal-entendido a analista diz a Luana que tudo bem, que ela não pagaria pelos dias que não havia comparecido e que a paciente poderia sentir-se rejeitada pela analista com o fato dela baixar sua cabeça em seus atendimentos e não lhe olhar. Luana diz que sim, que não gostava do meu jeito e que gostaria de não fazer mais terapia comigo. A analista combina com a paciente de encontrar outra psicóloga para ela e entrará em contato. A analista sai da sessão com a paciente sentindo-se péssima. Após alguns dias, há numa outra sessão, e elas conversam sobre o ocorrido. Luana fala que havia sentido falta da terapia e que não gostaria de parar. A analista diz que o fato de baixar sua cabeça fez com que ela se sentisse rejeitada, além de toda a humilhação e exposição passada com a cobrança pela secretária dos horários. A analista continua e coloca para Luana que elas

podem conversar e Luana pode dizer quando algo a incomodar. Luana diz estar com muita vergonha, principalmente por ter procurado a coordenação.

Diante de tamanha violência, a analista teve uma reação ao suportar e não reagir automaticamente, mas sentiu-se humilhada e rejeitada com o acontecido. Um fato interessante também é que a analista se sentiu também muito confusa, já não sabia mais se havia tido ou não um engano de sua parte com relação ao pagamento. Ficou sem entender direito o que realmente ocorreu com a paciente, se ela havia sentido ciúmes da analista com o outro paciente que viu ou se o que estava em jogo era sua inveja. Posteriormente, a paciente deixou claro para a analista sobre o ciúme que sentia da terapeuta. O fato é que, de alguma maneira, Luana, na impossibilidade de lidar com seus afetos e pensar a respeito, atuou, *acting*, com a analista, fazendo-a sentir e experimentar todos os sentimentos, sensações que experimentou, além de ser uma tentativa da paciente de dominar a analista. Ou seja, a paciente ficou dentro da analista um tempo e, nesse sentido, Luana já mostrava sinais de sua transferência. Há, nesses acontecimentos, um “derramamento” de atuações em que as representações-palavra servem muito pouco, mas, ao mesmo tempo, percebe-se aos poucos um movimento em que as palavras começavam a ser mais utilizadas, tendo em vista que, até então, Luana não havia se expressado sobre sua relação com a analista.

Apesar de toda a violência ocorrida e com vontade de desistir, a analista resignificou e pôde acolher, entendendo Luana em seu sofrimento. Para crescer e expandir-se, se possível sem rupturas excessivas, mas também sem meras repetições, o objeto deve dar continência e, com isso, oferecer condições e vias para a transformação. Esta, segundo Figueiredo (2009), é umas das funções do ser analista em que as dimensões do cuidado com o outro se expressam, e o analista pode exercer essa função

como presença implicada, comprometida, atuante, mas que, ao mesmo tempo, dá-se na reserva onde o cuidar não envolveria o fazer.

Os atendimentos com Luana seguem um ritmo que causa exaustão na analista. No atendimento face a face, Luana observa atentamente os movimentos da analista e, constantemente, faz comentários tais como: “*O que que foi Renata? Já deu o horário da sessão?*”. Há o olhar de interesse da paciente sobre a analista. A situação faz com que a analista se sinta controlada e perseguida. A transferência apresenta-se de modo intenso, com fusão, tenso e faz a analista sentir uma grande confusão em seus atendimentos.

Luana tem uma vida conturbada emocionalmente, busca sua área verdadeira ou *self* verdadeiro, quer mais posse de si mesma, é esta sua busca, e é este o trabalho clínico. A analista percebe a paciente lhe imitando, em seu jeito de vestir, seu modo de prender o cabelo, Luana começou a fazer um curso de psicologia. Há uns dias, contou à analista que sua mãe também iniciou o curso, mas em horário diferente do dela. Luana demonstra sinais de começar a introjetar a figura da analista como um modelo de possibilidade de contenção. Sua presença, inicialmente expressa por meio do corpo e do olhar, possibilitou que as experiências de Luana fossem vividas, expressas e testemunhadas, ocorrendo, assim, uma comunicação a partir da vivência entre corpos e da revelação de significados por meio da corporeidade. A imitação pode ser entendida como uma forma de entrar em contato, na qual o indivíduo identifica-se com o outro a partir de sua forma de estar no mundo e no *setting*. Uma forma de interação onde os estímulos pré-verbais ou os vínculos sensoriais tonam-se o meio pelo qual o contato se inicia, mas pode ir gradualmente perdendo importância até que um contato via representação-palavra se torne maior.

Esse caso expressa a importância dos vínculos sensoriais não verbais na clínica, principalmente com os pacientes fronteiraços, mais especificadamente do olhar e do

corpo enquanto presença para o estabelecimento da relação psicoterapêutica e para a retomada do processo de integração da paciente. Como afirma Winnicott (1960c), por meio do *holding* e do manejo, o olhar e o corpo podem se transformar em experiências constitutivas para o indivíduo, possibilitando que ele venha a habitar o próprio corpo, conhecendo suas partes e seus limites. Podendo, assim, reencontrar-se através do outro, ou seja, ao acolher, conter, sustentar e exercer as funções de uma mãe suficientemente boa, em que sua presença pode ir sustentando também uma ausência progressiva e, assim, servir de condição de emergência de vida psíquica para o outro (Winnicott, 1956).

Inicialmente, a necessidade de estabelecer um ambiente de *holding* era um manejo clínico necessário para que fosse possível à paciente confiar na analista e no ambiente. Apesar da necessidade que a analista sentia de colocar limites e dar um contorno ao que se passava nas sessões, também sentia que era importante para a paciente que a terapeuta experimentasse sua confusão e sua agressividade. Luana permitiu que a analista experimentasse um pouco de sua realidade psíquica, sua organização defensiva e sua forma de comunicar seu conflito. Foi preciso que vivenciassem juntas o que se passava nas sessões para que, em seguida, isso fosse ligado à história da paciente, dando sentido e significado à experiência.

A analista percebia que, inicialmente, quando tentava interpretar o que ocorria nas sessões, relacionando a transferência de Luana com sua história de vida e com sua relação com os outros, Luana se sentia agredida pela analista, como se suas pontuações fossem um ataque. Existia uma enorme dificuldade da paciente de confiar na analista, um sentimento paranoide se fazia presente na sua forma de lidar com o outro. Ela precisava ficar no controle e no domínio da situação para se relacionar com a terapeuta e demorou algum tempo para que Luana pudesse nela confiar.

Do ponto de vista contratransferencial, a analista sentia que precisava estar identificada, ou mesmo fundida, com a paciente, e, ao mesmo tempo, permanecer orientada para a realidade externa. O desafio para a analista era manter a transicionalidade, mostrando à Luana a possibilidade de uma utilização maior da linguagem como recurso para lidar com sua realidade psíquica em um espaço compartilhado, em um espaço potencial (Winnicott, 1975). Uma área neutra e intermediária de experiência, nem da paciente, nem da analista, mas de ambas, onde paciente e terapeuta poderiam coexistir de forma criativa.

Em uma sessão:

Luana fala sobre seu desaparecimento. Que havia contado para a família que estava namorando uma mulher e que era homossexual. Disse à analista que depois disso sua mãe lhe bateu, tomou seu celular, dinheiro. A paciente diz ter ficado roxa e com todo o acontecido não teve condições de sair de casa. Para completar sua tia lhe diz que está em crise, na fase maníaca, em função da mudança de faculdade e o término com o namorado. A analista sente-se confusa, assustada e surpresa com todo o ocorrido e coloca para a paciente que ela não está em crise e que há umas semanas ela namorava um homem e agora chega falando que está namorando uma mulher, além de ter apanhado de sua mãe. A analista diz à paciente que deve ter sido muito difícil para Luana pois ela relata em meio a todo o ocorrido um cenário de violências e que independente de tudo ela é livre para escolher o que quiser. Mas questiona a paciente sobre a forma com que as coisas ocorreram. Luana diz que jogou uma bomba em casa. A analista fala à paciente que uma bomba é bem destrutivo e lhe pergunta sobre o que ela gostaria de destruir. Do que Luana está com raiva? Luana diz que não tem raiva de ninguém.

Os sentimentos contratransferenciais da analista apresentavam-se de forma ambivalente, a analista sentia raiva e compaixão. Gostava do trabalho, tinha compaixão por Luana quando via seu sofrimento e todo seu esforço para estar ali nas sessões, pois a paciente raramente faltava, talvez porque já tivesse percebido a necessidade do acompanhamento terapêutico em sua vida. Desde que havia começado o tratamento, a paciente não tinha mais sido internada.

O encontro com a paciente desperta na analista sentimentos de despersonalização. Nesses momentos, com a ajuda da supervisão ficava mais fácil discriminar o que era seu e o que era da paciente no contexto. Muitas vezes, a analista sentia que Luana a dominava de tal modo, que sentia como se Luana estivesse dentro dela, tal qual um bebê faz com sua mãe, tamanha a força e intensidade de sua transferência.

A neutralidade trazida por Freud em seus artigos sobre técnica e a reserva apontada por Figueiredo e Junior (2000) nos dizem sobre a importância dos analistas manterem o campo livre de seus valores no trabalho com seus pacientes. A analista percebia que tinha que limpar o campo de sua forma moral de escutar e acolher a angústia da paciente, seus sentimentos persecutórios, seus sentimentos de rejeição e sua ilusão de onipotência.

Luana fala sobre a dificuldade das pessoas aceitarem sua sexualidade. *“Quando contei para minha mãe que estava namorando uma mulher minha mãe me bateu, xingou.”* A paciente não teve o apoio da família, pelo contrário, diziam a ela que estava na fase maníaca em função da mudança de faculdade e do término com o namorado: *“Me sinto suja, depois que assumi isso acho que está todo mundo me olhando estranho, como se as pessoas soubessem.”* Seu superego age de forma cruel, projetado nos outros. A analista coloca para paciente que o fato de ter assumido uma orientação sexual não

significava que as pessoas sabiam, como se estivesse estampado na testa dela. Numa sessão, a analista lhe pergunta sobre a vontade de ter filhos e a paciente diz que já havia pensado nisso e conversado com sua mãe, e iria engravidar do padrasto para poder realizar este sonho da maternidade. O desejo para Luana é desinterditado pela mãe, aqui o incesto é consentido. É interessante, pois as imagens que a analista tem na sua cabeça sobre esses momentos da paciente é de que ela, paciente, entra no quarto em que seus pais estão e deita-se com eles na cama.

A raiva da analista com relação à paciente era frequente. Luana se colocava em situações nas quais vivia recorrentes problemas e sofrimentos. Durante uns bons meses, ela arrumou duas namoradas, vivia uma vida dupla para sustentar essas relações, ao mesmo tempo, queixava-se do sofrimento que isso lhe infringia, do fato de não conseguir dar um limite para essa situação que ela mesma criou e na qual apresentava um funcionamento cindido. Situações que despertavam também, além da raiva na analista, preocupação com a paciente e, assim, Luana encontrava maneiras de se ligar afetivamente à analista, ao mesmo tempo em que a analista deveria ter cuidado para não sair da sua função analítica, ao acabar desempenhando um papel superegoico.

Luana fala do caos que sua vida se encontra, diz estar uma confusão. Não sabe com quem quer ficar, ora ama uma, ora ama a outra. Na sua vida é tudo um exagero. Diz que gostaria que suas coisas fossem normais. A analista lhe questiona sobre o que é normal? Ela lhe diz que seria ser mais equilibrada, que vê tudo no exagero, ter duas namoradas, comer demais, descontroladamente, às vezes não consegue parar de comer, às vezes até pensa numa terceira namorada. Luana diz não se sentir vivendo a vida, simplesmente sai fazendo! Neste momento, a analista compreende Luana e lhe coloca como uma questão se ela faz as coisas automaticamente. Ela ri, diz que sim e que gostaria de ser

internada, pois acredita que poderia sair outra pessoa depois da internação. A internação não vai mudar sua vida, coloca a analista. Mas a analista lhe diz que pode começar a pensar e tentar agir de forma menos impulsiva. Luana concorda com a analista sobre sua impulsividade e acrescenta que as coisas na sua vida são dobradas, divididas, pois diz ter duas namoradas e às vezes se sente tendo duas vidas, como se pudesse estar em dois lugares ao mesmo tempo. A paciente diz se achar onipotente. A analista lhe pergunta se ela consegue estar em dois lugares ao mesmo tempo? Luana diz que não. O que você acha sobre o preço que paga pelo que faz consigo mesma, lhe questiona a analista. Luana fala de não conseguir dar um limite para esta situação, pois tem medo de terminar com uma namorada e depois vir a se arrepender. A analista encerra a sessão lhe dizendo que isso seria um risco, pois na vida não dá para ter tudo.

Nessa sessão, Luana mostra de forma clara como o infantil ainda se encontra presente em sua vida, ela mostra a criança que está dentro dela para a analista e seus traços perversos, onde há uma recusa de sua parte que a faz tentar manipular as duas realidades, com compulsões repetidas, automáticas, sem pensamento, como se estivesse sendo arrastada pela vida. Sua ilusão de onipotência, sua avidez, voracidade, a faz pensar que o mundo gira em torno de si. Luana se acha na posição de estrangeira, não é filha da mãe e nem filha da “mãe analista”. Diz preferir ser internada do que ficar com a terapeuta. Ao mesmo tempo, começa a mostrar um desenvolvimento em sua capacidade de representar e expressar em palavras. O trabalho com ela é um trabalho de passagem, em que a analista lhe auxilia a começar a pensar sobre as consequências de suas percepções. Ao mesmo tempo, a paciente aceita que a analista lhe diga o que pensa sobre ela e isso permite com que Luana comece a se pensar e suportar a própria raiva. A analista, em alguns momentos do trabalho clínico, teve uma postura de colocação de

limites para a paciente ou para a sua ilusão de onipotência, baseada no vértice do confronto (Figueiredo, 2012), e pôde auxiliar Luana em suas resistências, que a impediam de pensar. Encontra-se aí uma forma de expressão clínica dos mecanismos psíquicos desenvolvidos no contato do sujeito em constituição com seus objetos primordiais. Os efeitos tanto do confronto quanto da contenção, outro vértice, utilizado pela analista no trabalho com Luana, vão gradativamente favorecendo o estabelecimento de vínculos transferenciais estruturantes do psiquismo e garantidores de uma reconstrução subjetiva.

Roussillon (2012b) apresenta seu entendimento sobre as condições de um trabalho com pacientes mais difíceis e diz da expansão da psicanálise numa clínica que envolve questões relacionadas às condições da diferença Eu/não Eu. Para tanto, o autor recorre também a Freud, em *Construções em análise*, e diz estender a competência da escuta a eventos traumáticos do paciente ou a um período anterior à aparição da linguagem verbal e propõe basear o tratamento na reconstrução desses eventos em questão, a fim de extrair daí o núcleo de verdade histórica. Supõe-se uma escuta da associatividade, em que possam integrar também suas formas de linguagem pré e não verbais, supõe um modo de escuta que integre e se misture à escuta das cadeias associativas verbais, ou “associações” advindas das diferentes formas primárias de expressão apoiando-se no corpo, consideradas como primeiras linguagens.

Luana falava de uma relação muito difícil com seus pais, diz ter sofrido maus-tratos e abandono da mãe. Com a separação, a mãe deixou ela e o irmão com o pai durante vários anos. Dizia que presenciou várias vezes seus pais tendo relações sexuais e brigas. Diz ter sofrido abuso por uma mulher, onde essa lhe disse: “*Você sabe o que é foder? Então irei te ensinar!*”. Contou um sonho no qual tinha relação sexual com seu irmão. A sexualidade para a paciente possui várias formas, seu sonho traz o incesto.

Seus pais não tiveram cuidado com relação à cena primária. Parece que Luana não tem horror ao que traz como conteúdo, mas a analista fica horrorizada e acredita que a paciente perceba isso.

A paciente traz em suas falas o tema da violência humana. Esse tema tem sido um tema de discussão no meio psicanalítico. Ele é apontado no artigo denominado *A violência e sua relação com a psicosexualidade um esclarecimento psicanalítico*, pelo autor Gutiérrez-Terraza (2004). Nesse texto, ele e outros autores falam sobre o fato de o trauma não ter seu efeito sobre a sexualidade, e sim ser mais extenso e determinar a própria construção do psiquismo. Colocando em crise os limites egoicos e sua constituição integrada. Ou seja:

...A atuação violenta sempre pressupõe uma falta de interiorização e de simbolização da renúncia à satisfação direta e imediata do pulsional “des-ligado” e, conseqüentemente, uma falta de contenção do ataque interno pulsional, obrigando o sujeito a expressá-lo de modo autodestrutivo tanto para o exterior quanto para o interior.

Deste ponto de vista, o ato violento não é bem um ataque dirigido do eu propriamente dito (ou como instância intrapsíquica) ao objeto, mas sim do pulsional destrutivo, momentaneamente ou estruturalmente predominante no sujeito, contra a integração-ligação egoica que sempre é convocada ao estabelecimento de vínculos nos quais o eu e o objeto tenham reconhecimento recíproco e espaço diferenciado (Gutiérrez-Terraza, 2004, p. 123-124).

A clínica dos pacientes fronteirizos faz o analista se deparar com situações clínicas anteriores, nas quais o indivíduo não se constituiu como uma pessoa integrada e separada, tem dificuldades de viver bem no corpo e se relacionar com objetos. Desse modo, para Winnicott, o que norteia essa clínica é essencialmente uma atitude de compreensão, uma verbalização do que está ocorrendo algo, que sustenta a função central “de apoio simples ao ego”. Uma clínica onde a interpretação não tem o mesmo papel que tem na clínica da neurose. Antes de fornecer uma interpretação, o objetivo de uma psicoterapia, segundo Winnicott (1972), é proporcionar um “ambiente

suficientemente bom”, que se adapte às necessidades do paciente e dos seus processos de maturação, de modo que permita o surgimento de um ego, o abandono de organizações defensivas e a retomada do processo de amadurecimento. Dessa forma, a psicoterapia é entendida com base na noção de *holding*, discutidas no Capítulo 03, e mostra outra forma de trabalho, onde, até então, o principal instrumento de trabalho era a interpretação.

Em outra sessão, um bom tempo depois, Luana traz novamente questões com relação a sentir-se ambivalente e dividida.

A analista lhe pergunta como seria isso e ela responde dizendo que tem dias que se sente burra e acha que não irá dar conta de nada em sua vida e em outros diz sentir-se poderosa, onipotente e capaz de fazer tudo. Diz que o que sente é muito exagerado e acaba agindo de forma impulsiva. A analista lhe aponta para o tanto que Luana tem se esforçado em lidar com o que sente e fala para ela de sua iniciativa de escrever no caderno sobre seus sentimentos, como uma espécie de diário. A analista, neste momento, vai junto com a paciente tentando lembrar-lhe de todos os seus esforços de “falar sobre” substituindo um agir. Luana traz um sonho no qual diz exemplificar sua dualidade: “Sonhei que morava numa casa esta noite e o mais interessante da minha casa era que ela parecia ser toda dividida em dois, uma parte dela estava acabada, mas a outra não, um lado estava por construir, ainda não feito. Isso me angustia muito, não gosto de sujeira, bagunça, tenho nojo, vomito.” A analista e a paciente conversam sobre a vontade da paciente de ter sua casa, ter seu lugar e da vontade de nesta casa Luana poder se sentir inteira, com objetos bons e ruins, poder finalizar esta construção.

A paciente fala de um desejo não satisfeito, insaciável, possui vários contatos, o que ela fala que vive não é amor, é uma situação genital de eroticidade, situação de um desejo não satisfeito. Diferentemente dos quadros neuróticos, onde há o aparecimento do desejo e a tentativa de reencontro com o objeto. Sua avidez é reflexo de algo não satisfeito, não há nada que a sossegue. É uma criança gulosa. Funciona com a parte psicótica da personalidade em que se encontram presente a onipotência e onisciência, *acting out*, ou seja, ela se coloca em ato substituindo o pensar. Atuações, troca horários. Luana possui dificuldades para pensar, logo para viver também. Dessa forma, acaba atuando muito e sendo muito voraz, com comida, com namoradas. *Acting in*, atua na relação com a analista, mas, ao mesmo tempo, está à procura de seu *self* verdadeiro, onde a analista se coloca no lugar de ajudá-la nesse achado, esse seria o trabalho da terapia.

Outro aspecto que chamava a atenção da analista era a passividade de Luana. Sua falta de iniciativa para tomar atitudes que iriam lhe beneficiar. Na relação com o outro, em muitas situações, Luana se colocava à disposição. Como, por exemplo, na situação em que a paciente fazia os trabalhos de faculdade da sua mãe. Em outros momentos, na relação com uma de suas namoradas, ela sustentava financeiramente a namorada, sendo que ela, Luana, mal tinha dinheiro para pagar as próprias contas. *“Faço tudo que ela quer, ela não tem dinheiro para nada, e acabo pagando tudo para ela. Não sobra nada para mim, gasto com transporte, roupa e lanches para ela.”* Entretanto, não havia reciprocidade na relação. Nessa hora, a paciente diz: *“Ela que está certa, sendo mais egoísta e eu que sou otária ao fazer o que eu faço.”* A analista lhe diz que parece que Luana havia ficado com raiva do ocorrido. A paciente diz ser a forma com que demonstra amor e cuidado. A analista lhe pergunta se sua forma de demonstrar amor e cuidado não estaria sendo um pouco exagerada. E também evidencia

como tudo na sua vida era de forma exagerada. “Pelo que você diz, está sendo mais para sua namorada, do que para você”. Luana se deixa seduzir com facilidade, possui muitos comportamentos infantis e sua vida de adulto acaba sendo difícil, como ela mesma coloca. Está cheia de tudo e quer largar, não faz individuação como adulta, há uma criança dentro dela ainda e sua fantasia é muito grande. Dizia nas sessões que tinha decidido com a namorada e que estavam pensando em se casar. Nesses momentos, a analista se percebia fazendo o papel de um superego para paciente, pois a questionava sobre sua realidade e a ajudava a ter um discernimento crítico com relação ao que se passava consigo.

Em suas relações amorosas, a paciente sempre queria que seus parceiros fizessem tudo que ela fazia, quando, por exemplo, ela fazia dieta, ela queria que o namorado fizesse também. Ela queria impor suas necessidades ao outro. Numa sessão diz: *“Tenho vontade de controlar meu namorado, até o que ele come tenho vontade de escolher. Gosto de estar em relações onde posso dominar e controlar.”* Nesse momento, a analista diz para a paciente do controle que ela quer exercer sobre a analista com seus olhares e que, quando as coisas não saem do jeito dela, ela não gosta, se sente rejeitada. Luana se assusta, reage dizendo para a analista que ela não é afetiva e continua a dizer do tanto que não gosta de si mesma, da cor da sua pele, do corpo. A analista fala para ela: *“Você não gosta de você e acaba projetando isso nos outros, acha que os outros também não vão gostar de você.”*

Algo muito comum nessa clínica e presente na relação da analista com Luana é a experiência da raiva, dirigida às falhas da analista. Winnicott (1947), em seu texto *O ódio na contratransferência*, aponta não apenas o aparecimento do ódio nessas relações, mas também sobre a importância de o analista abrir possibilidades para paciente poder expressá-lo, condição para a constituição da singularidade do paciente. E

acrescenta que o analisando não poderá confiar em alguém incapaz de discernir e admitir a sua própria ambivalência e o ódio na contratransferência. Nesse sentido, segue dizendo: “Quando o paciente está à procura de um ódio legítimo, objetivo, ele deve ter a possibilidade de encontrá-lo, caso contrário não se sentirá capaz de alcançar o amor objetivo” (p. 283). A raiva e a ambivalência da analista eram um aspecto presente em sua relação, e Luana percebeu logo nas primeiras sessões. O fato de a analista não negar, mas poder assumir e colocar para a paciente, assim como da paciente poder sentir-se “livre” para expressão de seu sentimento na relação, criou autenticidade na relação e introduziu uma forma de presença sensível da analista.

Em uma sessão:

Luana diz sentir cheiro de cocô e vômito praticamente o tempo inteiro. Diz não saber de onde vem e que fica se cheirando, passa perfume e nada do cheiro sair. Fala de ser uma criança e muito impulsiva que faz as coisas e depois se arrepende. Continua: “Briguei com a Viviane semana passada, fiquei chateada pois ela ficava falando de trabalho, que tinha que trabalhar. A analista coloca: “Você sente falta dela, né?! De atenção”. A paciente diz do sentimento de abandono e desamparo, de sentir-se como se estivesse sozinha, não tivesse ninguém. A impressão que Luana passa, diz a analista, é que você gostaria que ela ficasse à sua disposição. “É isso?”, indaga a Renata. A Viviane me fala isso, que eu gostaria que ela ficasse à minha disposição, diz Luana. Ela ri e continua: “Concordo sim, gostaria que ela se dedicasse mais para mim. A Luiza faz trabalhos para mim, me ajuda nos trabalhos, ela entende meu jeito e gostaria que a Viviane entendesse, assim como a Luiza”. A analista fica confusa e pergunta para a paciente de onde surgiu a Luiza? Luana diz que falou dela para a Viviane, disse para Viviane que a Luiza a ajudava e que gostaria que a

Viviane fizesse o mesmo. A analista pergunta para a paciente porque ela falou isso para a namorada? Se ela queria fazer ciúmes na namorada? E que o fato da Viviane não estar à sua disposição havia lhe deixado chateada e com isso você quis mostrar para Viviane que tem gente que está? Luana diz que sim. “São estas atitudes que você se referiu no início?”, pergunta a analista. A paciente diz que era. “O fato de a Viviane não estar à sua disposição não significa que ela não tenha disponibilidade para você”, fala a analista. “Mas que na vida dela também existem outras coisas”, a questão aí, continua a analista, “é que você gostaria de ser tudo para ela, assim como você gostaria que ela fosse tudo para você”. Neste momento, Luana vira e fala que a namorada é grossa com ela, não tem paciência. Isso é uma queixa da sua namorada, indaga a analista. Luana diz que é. A analista lhe diz que deve ser ruim estar ao lado de alguém com essas características, mas que, ao mesmo tempo, ela não encontraria na vida alguém que seja completamente do jeito que ela gostaria e também alguém que não tenha defeitos. A analista pergunta à paciente se ela entende o que ela lhe diz. Luana diz que isso desce seco na sua garganta. A analista fala que talvez por que ela quisesse alguém perfeito, sem defeitos. “Assim como você gostaria de ser, Luana?”. A paciente traz uma situação de trabalho onde sua chefe passou um mail lhe explicando sobre como fazer o trabalho, e que depois desse mail ela foi conversar com a chefe e acabou se alterando, pois acha que eles abusam dos terceirizados e que em vez dela passar um mail ela deveria ensinar e explicar o que deveria ser feito. A analista pergunta para a paciente se ela havia se sentido ofendida. Luana disse que sim e que a chefe não deveria ter falado o que falou. São essas atitudes que você se referia no início? Onde se sente em um estado infantil e age de forma mais

impulsiva, sem pensar. “Vamos falar em estado, Luana”, diz a analista. “Porque você tem responsabilidade e compromisso com muitas coisas, com a terapia é um exemplo. Você é assídua, paga direitinho. Tem esse lado seu, você percebe?” A paciente coloca que a chefe dela poderia ter falado com ela reconhecendo as coisas que ela faz, seu esforço e não só criticando. “Você não gostou da forma pela qual ela fez as coisas, assim como você também não gostou da forma com que você fez”, diz a analista. “Você coloca que eles não valorizam os terceirizados, mas será que você se valoriza? Isso que aconteceu com sua chefe acontece aqui comigo?”, indaga a analista. “Não acontece aqui com você”, diz Luana, “e eu faço isso comigo. Às vezes, eu queria que alguém fizesse as coisas para mim, fizesse a comida, os trabalhos, me sinto uma criança”, diz a paciente. “Mas você não é uma criança e agora tem idade para fazer por si mesma”, diz a analista. “E errar, levar uma crítica faz parte, isso não significa que tudo o que você fez está estragado, mas sim que poderia ser feito de outra maneira, tem outros olhares e jeitos de se fazer. Não é sua chefe ou você”, coloca a analista. “Pode ser ela e você, Luana, pois você pode aprender com ela também”. “Quando alguém vem falar da minha roupa, que não gostou, eu acho no fundo que a pessoa deveria ficar calada, que não deveria falar isso”, diz a paciente. A analista fala para Luana que ela não manda na pessoa, e que as pessoas não são extensão do seu desejo. “Todos possuem o direito de se expressar e isso incluía ela”. E não significa aí que um anule o outro, mas sim que existem duas formas diferentes. A paciente diz que precisava escutar isso. A analista, neste momento, vira para a paciente e lhe diz que precisa terminar a sessão cinco minutos mais cedo naquele dia. Pode ser, lhe indaga. Luana diz que sim e então a analista encerra a sessão.

Winnicott ao falar sobre o falso e verdadeiro *self*, quer dizer de um *self* que, na verdade, ainda se encontra em desenvolvimento, ou seja, não constituído devido à impossibilidade de existência interna, devido à insuficiência de um ambiente suficientemente bom, e reage mal às intrusões sofridas na vida. Luana fala em sua história das várias cenas de violência que sofreu e que teve que lidar. Essas existindo dentro do contexto familiar, com o casal parental e também fora dele, em seu ambiente de estudo e trabalho. As deficiências ambientais pelas quais foi submetida parecem-lhe ter sido repetitivas e contínuas, o que lhe levou a uma paralização da atividade psíquica, uma facilidade para atuar, ou seja, uma grande dificuldade de pensar sobre suas emoções. Luana age impulsivamente, compulsivamente atuando, e, ao mesmo tempo, apresenta sua realidade psíquica onde vigora um sistema paranoide, ávido e voraz. O trabalho psicoterapêutico com a paciente implica a oferta de um lugar, de um olhar para que ela possa se sentir reconhecida, acolhida, vista, onde há uma adaptação da analista ao ritmo e à subjetividade/necessidade de Luana. A continuidade do trabalho, mesmo depois dos percalços iniciais e da atuação violenta em que a paciente foi se queixar da analista na Coordenação da clínica, extrapolando os limites do *setting*, permitiu para que a paciente tivesse a segurança de que a analista a compreendia e estava ali com disponibilidade para trabalhar com ela. Dessa maneira, Luana pode odiar/destruir e se deixar odiar, sem retaliação e sem abandono. O que poderá contribuir à paciente no desapego dos sentidos de si já constituídos para habitar junto com a analista a “terceira área de experimentação”, que faz do encontro afetivo, criação (Winnicott, 1951).

Nesse sentido, a analista se via em sua relação com Luana tendo que ser constante, continente, paciente, mas, principalmente, tendo a disponibilidade de adaptar-se suficientemente bem aos modos de subjetivação da paciente e criar um contexto clínico adequado ao seu *self*. A analista percebia que precisou experimentar o

tipo de angústia da paciente na relação analítica para que pudesse compreendê-la e se identificar com ela. E isso é algo que essa clínica demanda, não apenas com Luana, mas com os outros pacientes: entrar nesse estado de identificação com o paciente, a partir do qual vivencia-se a experiência analítica de estar junto e de sentir junto para, posteriormente, fazer o distanciamento necessário para compreender e para usar a contratransferência, estabelecendo uma relação analítica para além da transferência e contratransferência. Parecido com a relação de um bebê com mãe.

Winnicott (1968, 1969) afirma que o paciente não apenas transfere, mas também usa criativamente o analista. O papel do analista é ser usado pelo paciente, sendo um fenômeno ambiental e não apenas uma projeção. Dessa forma, o analista funciona como objeto e ambiente. Contudo, ele nos alerta que, para um objeto ser usado, é necessário ter desenvolvido a capacidade de usar objetos, o que faz parte da mudança para o princípio da realidade. É uma conquista para o crescimento emocional e depende de um ambiente facilitador.

Na ausência de um “ambiente suficientemente bom”, o bebê pode não adquirir a capacidade de usar objetos. Quando isso ocorre, o papel do analista é o de fornecer um ambiente *holding* que possibilite ao paciente o desenvolvimento da capacidade de usar o analista, passando, assim, da relação ao uso do analista. Penso que o trabalho com Luana ia nesta direção, em que a analista se deixava “usar” como um ambiente acolhedor, seguro no qual poderia confiar.

Nessa clínica, um dos desafios para os analistas é fazer contato com o paciente, desenvolvendo uma relação de respeito ao *self* do paciente, de contenção, acolhimento, cuidado. Muitas vezes, o paciente apresenta dificuldades de contato com a realidade externa ou com dificuldades em manter a realidade compartilhada. O que contribui para a importância do foco na construção de uma relação. Pensamos que, nessa clínica, o

analista deve tentar estar com o paciente no modo dele, acompanhando sua forma de estar no mundo. Esse estar junto levaria em conta os aspectos pré-verbais, ou seja, a sensorialidade, onde o analista deve estar atento à forma com que o paciente se coloca no *setting* e na presença do analista.

Percebemos que a clínica com os pacientes fronteiraços demanda do analista uma maior disponibilidade emocional e abertura para a relação que acaba afetando sua contratransferência, o que acaba exigindo muito do analista, em diversos níveis, pois são esses pacientes, diz Winnicott (1961), que “pressionam a integridade do terapeuta, já que necessitam de contato humano e de sentimentos reais, e mesmo assim precisam colocar uma confiança absoluta na relação que tanto dependem” (p. 85). Uma forma importante de estabelecimento de contato é a de colocar em palavras e devolver para o paciente o que se passa na relação, no ambiente ou no paciente. Prestando-se muita atenção às formas de comunicação, como, por exemplo, a tonalidade da voz, a linguagem mais firme e direta em momentos que se precisa dar contenção e limites, as inflexões que se pode dar na linguagem. Seguindo esse caminho de pensar sobre as questões que envolvem essa clínica, apontamos também sobre, em muitos momentos, a necessidade de firmeza do analista e do *setting* para dar a sensação de continuidade ao paciente.

Considerações finais

Nossas inquietações clínicas levaram-nos ao estudo da contratransferência com os pacientes fronteirços por pensar que o que ocorre com o analista numa sala de análise pode ser utilizado como um elemento para pensar sobre a relação, o paciente, as disposições do enquadre, mas também como uma forma de estabelecer contato com o mesmo e auxiliá-lo no trabalho de pensar. Para tanto, utilizamos como referencial teórico e clínico a psicanálise, em específico os autores André Green e Winnicott.

Não queremos reduzir tudo o que ocorre no enquadre ao conceito de contratransferência, pois entendemos que dar importância somente à contratransferência é insuficiente para se tentar pensar sobre o que ocorre em um trabalho clínico. Entretanto, trata-se de um instrumento importante, se aliado a outros poderosos dispositivos terapêuticos, os quais foram descritos nesta tese. Apontamos que, na clínica, cabe ao analista utilizar sua capacidade vinculatória para suprir o prejuízo representacional dos pacientes e possibilitar a expressão daquilo que são incapazes de representar. O estilo próprio de cada analista será, muitas vezes, o da improvisação, não a ausência de teoria e uma liberdade sem limites, mas um exercício permanente junto ao nosso parceiro de trabalho (o paciente) para expandir o pensamento.

Pontuamos que essa clínica é relativamente recente, com desenvolvimentos técnicos e teóricos também recentes. Entretanto, a situação a ser estabelecida com esses pacientes sofre modificações significativas, em que cabe ao analista repensar sua técnica e desenvolver um estilo com atitudes clínicas diferenciadas, em que uma relação possa ser estabelecida não apenas a partir da interpretação, mas de um trabalho de tradução e nomeação das formas do sentir.

Na clínica dos pacientes fronteirços, foi verificado uma inacessibilidade à pessoa que irá se refletir em uma resistência ao tratamento. Ou seja, por se tratar de pacientes muito difíceis, são, em sua maioria, refratários as técnicas padronizadas da clínica psicanalítica clássica. O analista se defronta com um panorama diferente e as formações intrapsíquicas e intersubjetivas próprias a essas patologias devem ser levadas em conta na técnica do tratamento. Nesse sentido, encontramos um outro perfil de clínica, pois esses quadros demandam um outro tipo de manejo, um outro tipo de olhar e de escuta. Entendemos que a possibilidade de trabalho psicoterapêutico com o paciente possa ocorrer por meio de sua atualização na transferência com o analista, desse modo, tem-se a importância da relação para o trabalho clínico e, em contrapartida, a contratransferência ganha uma tonalidade diferenciada. Não nos propomos pensar apenas na interpretação dos comportamentos, mas sim damos ênfase ao estabelecimento de uma relação em que a contratransferência é um elemento importante para se pensar sobre como esse campo pode se estabelecer numa dinâmica em que paciente e analista se sintam confortáveis para a realização de um trabalho. Deixamo-nos de nos preocupar com as interpretações da relação e dos pacientes e passamos a nos indagar: como trabalhar nessa clínica? Como estabelecer uma relação com esses pacientes?

Quando percorremos a história da psicanálise, verificamos que os analistas estabelecem a relação, também, por meio da interpretação verbal, onde a associação livre e a escuta flutuante se fazem presentes. Entretanto, essa clínica nos fez pensar que, para além da interpretação, a disponibilidade de estar junto do paciente ao seu modo cria outras formas de estabelecer a relação psicoterapêutica. As formas de contato, nesse contexto, ocorrem, principalmente, através de vinculações pré-verbais, sensoriais, nas quais caberá ao analista a difícil tarefa de transformá-las em representações palavras via um trabalho de nomeação.

Tecer as construções teóricas existentes nesse trabalho, assim como falar sobre a relação psicoterapêutica, por mais difícil que tenha sido, não se compara à dificuldade de expor nossos sentimentos contratransferenciais. A exposição desses sentimentos, principalmente, no âmbito da supervisão, trouxeram discussões sobre nossa capacidade de estar com os pacientes. Lidar com a instabilidade emocional que depositavam sobre nós foi e é uma difícil tarefa para nós, analistas. As situações vivenciadas com as duas pacientes discutidas no trabalho e na clínica dos pacientes fronteirizos, apresentam-se com uma intensidade emocional particular. Esse impacto pode servir para auxiliar os análises na questão diagnóstica, ainda que ela não tendo tanta relevância para um trabalho clínico.

O modo que a comunicação ocorre nessa clínica é reflexo da realidade psíquica desses pacientes. Ou seja, os traumas vivenciados por esses pacientes precisam ser simbolizados e não há outro modo deles se comunicarem a não ser trazendo esse clima turbulento e violento que viveram até então para a relação psicoterapêutica. Eles batem e acariciam e cabe aos analistas “aguentarem” tal tratamento, para que, com o tempo, seu sentido vá se revelando. Esse processo leva muito tempo, e os pacientes também têm que “aguentar” os analistas, eles deixam isso claro. O amor e o ódio aparecem juntos aqui, ou seja, a ambivalência é uma das marcas da contratransferência e revelam-se indicativos de um processo de divisão marcante no *self* do paciente. O lugar do analista é alvo de ataques constantes. Por exemplo, nos casos apresentados, as pacientes faziam ataques destrutivos a tudo aquilo que tinha a função de ligar um objeto a outro, o que parecia estar muito ativo no começo desses trabalhos. Aprender a escutar, sendo continente para as queixas dos pacientes, continente para seus perseguidores, é de vital importância na clínica. Entretanto, os analistas também devem dar importância para um espaço mental dentro de si, para suportar sua raiva, sua contratransferência e ter clareza

de que o alcance do trabalho psicoterapêutico é muito modesto. Desde já perguntamos, como podemos acolher sem se deixar arrastarmos pela turbulência apresentada? Como não atuar o ódio e o amor e mantermos o lugar psicoterapêutico? Apostamos que os sentimentos contratransferenciais possam servir de aliados, dispositivos, o que torna a ser um imponente desafio para nós analistas.

Muitas vezes, o contato com o paciente fica incompreensível para os analistas, e isso, na maioria das vezes, ocorre em função da natureza transferencial. Os vários tipos de *acting out* na relação psicoterapêutica, como a projeção de partes do paciente para dentro do analista, pode, muitas vezes, acabar conduzindo este a uma ação de natureza pedagógica ou corretiva. Essa clínica requer do analista uma capacidade de se identificar com paciente ao se colocar em seu lugar, como uma mãe faz com seu bebê, sem se confundir, mas que a capacite a cuidar dele. Cuidado este que se refere a adaptar-se as suas necessidades. Esse modo de relação é de crucial importância na lida com os pacientes fronteiros, como os casos de Joana e Luana. Devemos aceitar a hipótese de que as falhas iniciais no ambiente prejudicam a organização do *self*, seria capacidade da mãe de acolher os sentimentos do seu bebê e dotá-los de significado que poderiam garantir a possibilidade de êxito do mecanismo de projeção das angústias desorganizadoras ou dos movimentos da pulsão de morte. Assim, um dos lugares do analista é o de criação de possibilidades para a retomada do desenvolvimento emocional do paciente, inviabilizado por uma falha emocional precoce. Caso não seja possível retomar o curso normal do desenvolvimento, que o trabalho psicoterapêutico possa, pelo menos, ter um impacto significativo na qualidade de vida do paciente.

Discutimos a noção de contratransferência mostrando que ela sofreu transformações conceituais ao longo dos anos dentro da psicanálise, trouxemos essas mudanças teóricas que se mostram essenciais para o acolhimento de aspectos

transferenciais e contratransferenciais. Nesse sentido, por tratar-se de uma relação, vimos que não havia como trabalharmos com a contratransferência sem nos referirmos à transferência, desse modo, mesmo não sendo o foco do nosso trabalho, vimos a necessidade de apresentarmos e discutirmos o conceito de transferência em Freud.

Diante das nossas reflexões, no presente trabalho, consideramos que o lugar do analista é o lugar que cada paciente o coloca. Assim, com cada paciente, o analista será único e estará com ele para além de uma postura de intérprete, sustentando, acolhendo, contendo, discriminando e nomeando sua realidade psíquica singular. As construções teóricas apresentadas foram organizadas a partir dos nossos questionamentos e dúvidas. Sentimos a necessidade, num primeiro momento, de delimitar qual clínica e qual eram os nossos pacientes. Assim, em nosso primeiro capítulo, apresentamos o que chamamos de fronteira na perspectiva dos dois autores, Green e Winnicott, os quais nos apoiamos. Ao mesmo tempo em que os capítulos eram criados, nossos atendimentos foram e são realizados até hoje, as pacientes estão sendo acompanhadas. A tese trata-se de todo um esforço nosso de pensar e escrever sobre a clínica. Em vários momentos, foi muito difícil fazer um distanciamento necessário para escrever sobre ela, até porque atendíamos as pacientes. Em outros momentos, o distanciamento dificultava nossa relação com o trabalho, no sentido do surgimento de nossas elaborações.

Ao finalizar, pontuamos que o trabalho clínico é um trabalho em que há uma construção diária por parte de nós, analistas, pois temos a necessidade de, em cada sessão, com cada paciente, pensar, repensar e criar a relação, o que também requer uma disponibilidade emocional, abertura afetiva de fundo sensível atualizados nos nossos encontros de cada dia.

Referências Bibliográficas

- Abram, J. (1996). *A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Anzieu, D. (2006). *Psicanalisar*. Tradução Cláudia Berliner. Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- Balint, M. (1968). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Barbosa, A. M. F. C. et al. As novas tecnologias de comunicação: questões para a clínica psicanalítica. *Cadernos de Psicanálise*, 35(29), 59-75.
- Bergeret, J. (1998). *A personalidade normal e patológica*. Tradução Maria Elísia Valliatti Flores. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Bergeret, J. (2006). *Psicopatologia: teoria e clínica*. Tradução Francisco Settineri. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Bion, W. R. (1962). *O Aprender com a experiência*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Candi, T. S. (2010). *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo, SP: Escuta.
- Cardoso, M. R. (2007). Les états limites: la question du pouvoir de l'autre. In F. Marty et al. (Orgs.), *Transformer la violence? Traumatisme et symbolization* (pp. 177-194). Paris: In Press
- Cardoso, M. R., & Cardoso, C. A. G. (2010). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiros*. Curitiba, PR: Juruá.
- Carvalho, M. T. B. (2011). *Atualidade dos Estados-limite: trauma e trabalho do negativo* (Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Programa de Pós-Graduação em Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília).
- Celes, L. A. M. (2013). Experiências arcaicas e técnica psicanalítica. In L. C. Figueiredo & B. B. Saviato & O. Souza (Org.), *Elasticidade e limites na clínica contemporânea*. São Paulo, SP: Escuta.
- Chagnon, J. Y. (2009). Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*, 20(2), 173-192.
- Coelho Jr., N. (2001). A noção de objeto na psicanálise freudiana. *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*, 4(2).
- Delouya, D. (2012). O trabalho no limite do analisável: destrutividade e enquadre interno no analista. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(2), 31-37.
- Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- Ferenczi, S. A. (1919/1992). A técnica psicanalítica. In S. A. Ferenczi. *Obras Completas*, vol. II. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1992.
- Ferenczi, S. A. (1924/1992). Perspectivas da psicanálise. In S. A. Ferenczi. *Obras Completas*, vol. II. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora
- Ferenczi, S. A. (1928/1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. A. Ferenczi. *Obras Completas*, vol. IV. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Ferenczi, S. A. (1932/1992). *Diário clínico*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. A. (1933/1992). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In S. A. Ferenczi. *Obras Completas*, vol. IV. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Ferreira, F. P., Mello, R., & Verztman, J. S. (2013). Algumas peculiaridades do manejo clínico nos sofrimentos narcísicos. In Figueiredo, L. C., Saviato, B. B., & Souza, O. (Org). *Elasticidade e limites na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2004). Os casos-limite: senso, teste e processamento de realidade. In: *Revista Brasileira de psicanálise*, 38(3), 503-519.
- Figueiredo, L. C. (2008). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. & Cintra, E. U. (2004). *Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. & Junior, N. C. (2000). *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (2012). A clínica psicanalítica e seus vértices: continência, confronto, ausência. *Reverie, Revista de psicanálise*, 5(1), 33-54.
- Filho, C. C. (2004). Reflexões sobre a experiência de atendimentos de pacientes que poderiam ser descritos como borderline ou limítrofes. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38(3).
- Freud, S. (1888/1996). Histeria. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1900/1996). A interpretação dos sonhos (II) e Sobre os sonhos. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1910/1996). Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911a). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1911b). O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912a). A dinâmica da transferência. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914a). Recordar, repetir e elaborar. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915). O inconsciente. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915[1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1916/1996). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917[1916]). Conferência XXVII: Transferência. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917a). Conferências introdutórias sobre a psicanálise. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917b). *Luto e melancolia*. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1918a). O homem dos lobos. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1918b). Linhas de progresso na terapia analítica. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920). Além do Princípio de Prazer. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923). O ego e o id. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924[1923]). Neurose e Psicose. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925). A negativa. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1925[1924]). In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1927). Fetichismo. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1933). Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1937). Construções em análise. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1940[1938]). A divisão do ego no processo de defesa. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1950[1895]). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1985). Estudos sobre a histeria. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia, C. A. (2007). Os estado limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A Green para a clínica contemporânea. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 7(1), 123-135.
- Garcia, C. A., & Cardoso, M. R. (2010). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá.
- Garcia, C. A., & Damous, I. (2009). O silêncio no psiquismo: uma manifestação do trabalho do negativo patológico. *Cadernos de Psicanálise*, 31(22), 105-115.
- Green, A. (1973). Affect in clinical structures. In A. Green. *The fabric of affect in the Pshychoanalytic discourse*. New York: Routlegde.
- Green, A. (1974). L'Analyste, la symbolization et l'absence dans le cadre analytique. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10.
- Green, A. (1986). A posteriori lo arcaico. *Revista de psicoanalysis*, 43(4), 729-751.
- Green, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1996). Notas sobre los procesos terciários. In A. Green. *La metapsicologia revisitada*. Buenos Aires: Eudeba.
- Green, A. (1999/2008). Gênese et situation des états limites. In J. André. *Les états limites – nouveau paradgme pour la psychoanalyse?* Paris: Puf.

- Green, A. (2000). *As cadeias de eros*. Lisboa: Climepsi.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP. Depto. de publicações.
- Green, A. (2010). *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed.
- Gutiérrez-Terrazas, J. (2004). A violência e sua relação com a psicosexualidade: um esclarecimento psicanalítico. In: M. R. Cardoso. *Limites*. São Paulo: Escuta.
- Hegenberg, M. (2009). *Borderline*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *Int. Journal Psycho-Anal* (31), 81-84.
- Heimann, P. (1961). Contratransferência. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 4(1), 1-20.
- Heimann, P. (1987). Sobre a contratransferência. *Boletim Científico*, SBPRRJ, 1(4), 104-109.
- Hisada, S. (2002). *Clínica do setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Joseph, B. (1992). *Equilíbrio Psíquico e Mudança Psíquica – Artigos selecionados de Betty Joseph*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kupermann, D. (2008). Transferências cruzadas, transferências nômades. Sobre a transmissão da psicanálise e as instituições psicanalíticas. In D. Kupermann. *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Laplanche, J. (1988). *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1973). *The language of Psycho-Analysis*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1988). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lazzarini, E. (2006). *Emergência do narcisismo na cultura e na clínica contemporânea: novos rumos, reiteradas questões*. Tese de doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Programa de Pós-Graduação em Clínica e Cultura, Universidade de Brasília.
- Lispector, C. (1999). *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Little, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 32-40.
- Little, M. I. (1990). *Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Loparic, Z. (1996). *Édipo Pós-Freud*. Trabalho apresentado no I Encontro do Grupo de Estudos de Psicanálise de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP.

- Luz, A. B. (2011). *A verdade como forma de desenvolver e preservar o espaço para pensar nas mentes da paciente e da analista*. Livro Anual de Psicanálise, 25, 101-116.
- Martins, A. A. (2004). *Estudo compartilhado do conceito de transferência em Freud e Winnicott*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Matot, J. P., & Roussillon, R. (2010). *La psychanalyse: une remise en jeu. Les conceptions de René Roussillon à l'épreuve de la Clinique*. Presses Universitaires de France.
- Minerbo, M. (2012). *Transferência e contratransferência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minerbo, M. (2013). A metapsicologia da simbolização segundo René Roussillon. In L. C. Figueiredo, B. B. Saviato, & O. Souza (org). *Elasticidade e limites na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Money-Kyrle, R. (1990). Contratransferência normal e alguns de seus desvios. In E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein hoje - Desenvolvidos da teoria e da técnica - Volume 2: Artigos predominantemente técnicos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Orozco, D. S. (2000). El Sujeto y el Objeto de la Contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*.
- Paz, T. O. (2013). A problemática da simbolização e a clínica psicanalítica. *Revista de psicanálise da SPPA*, 20(3). 575-582.
- Pick, I. B. (1990). Elaboração na contratransferência. In E. B. Spillius (ed.), *Melanie Klein hoje - Desenvolvidos da teoria e da técnica - Volume 2: Artigos predominantemente técnicos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Racker, H. (1982). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ribeiro, P. C. (2013). Simbolização primária e os limites da técnica no manejo dos afetos e da sensorialidade. In L. C. Figueiredo, B. B. Saviato, & O. Souza (org). *Elasticidade e limites na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Roussillon, R. (1991). Paradoxos e situações limites da psicanálise. São Leopoldo: Unisinos, 2006.
- Roussillon, R. (1999). Symbolization primaire et identité. In R. Roussillon. *Agonie, clivage et symbolization*. Paris: Puf.
- Roussillon, R. (2005). La "conversation" psychanalytique: un divan en latence. *Revue Française de Psychanalyse*, 69(2), 365-381.
- Roussillon, R. (2008). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2012a). *Manuel de pratique clinique*. Paris: Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (2012b). As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias. *Alter Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(1), p. 7-32.

- Roussillon, R. (2013). Teoria da simbolização: a simbolização primária. In L. C. Figueiredo, B. B. Saviato, & O. Souza (org). *Elasticidade e limites na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Safra, G. (1995). *Momentos mutativos em psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Safra, G. (1996). O trabalho não-verbal na análise de crianças. *Espaço criança*, 2(1), 25-29.
- Safra, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza Humana*, (1)1.
- Safra, G. (2000). *Análise de crianças: o lugar e a ação do terapeuta. Dialogando com Alice no país das maravilhas*. (DVD-VIDEO). Conferência proferida em 25/10/2000. São Paulo: Edições Sobornost.
- Safra, G. (2004). *Explorando ansiedades psicóticas*. (DVD-VIDEO). Aula ministrada em 09/11/2004 no curso de pós-graduação da PUC-SP. São Paulo: Edições Sobornost.
- Safra, G. (2007). *Interpretação: em direção a narrativa dialógica e polifônica*. (DVD-VIDEO). Curso PROFOCO ministrado em 29/09/2007. São Paulo: Edições Sobornost.
- Vieira, C. (2015). *Psicanálise da vida cotidiana*. Brasília, DF: Technopolitik.
- Winnicott, D. W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves.
- Winnicott, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1954-1955). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (org.) *D. W. Winnicott: explorações psicanalíticas*, Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Winnicott, D. W. (1954). Retraimento e regressão. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1955-1956). Formas clínicas da transferência. In D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (org.) *D. W. Winnicott: explorações psicanalíticas*, Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Winnicott, D. W. (1958). A capacidade de estar só. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.

- Winnicott, D. W. (1959). O destino do objeto transicional. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (org.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1959/1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1960a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1960b). Contratransferência. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1960c). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1961). Tipos de psicoterapia. In D. W. Winnicott. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1962-1963). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1963a). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1963b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1963c). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1963d). O medo do colapso (breakdown). In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (org.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1965). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (org.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1966). Autismo. In: R. Shepherd, J. Johns, H. T. Robinson (org.) *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1967a). A localização da experiência cultural. In D. W. Winnicott. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1967b). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos de fracasso adaptativo. In: R. Shepherd, J. Johns, H. T. Robinson (org). *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1967c). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1968a). A interpretação na psicanálise. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (org.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1968b). Sobre “o uso de um objeto”. In C. Winnicott, R. Sheperd, M. Davis (org.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In D. W. Winnicott. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1972). *Holding e interpretação*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1979). Por que as crianças brincam. In D. W. Winnicott. *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Winnicott, D. W. (1990). *A natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Zambelli, C. K., Tafuri, M. L., Viana, T. C., & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25(1), 179-195.