



Bruno Quintino de Oliveira

**O analista suficientemente bom na
clínica com casos-limite: contornando
fronteiras**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de
Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica)
do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Rio de Janeiro,
Julho de 2020



Bruno Quintino de Oliveira

**O analista suficientemente bom na
clínica com casos-limite: contornando
fronteiras**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-
Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Prof. Carlos Augusto Peixoto Júnior

Orientador
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Andrea Seixas Magalhães

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Issa Leal Damous

Universidade Federal Fluminense - UFF

Rio de Janeiro, 03 de julho de 2020.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Bruno Quintino de Oliveira

Graduou-se na Universidade Federal Fluminense (UFF), em 2016. Especializou-se em Saúde Mental pelo programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em 2018. É professor do curso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá (UNESA), campus Petrópolis. Professor do curso de pós-graduação em Saúde Mental na Universidade Estácio de Sá, campus Juiz de Fora. Atua como psicólogo clínico de orientação psicanalítica no consultório privado.

Ficha catalográfica

Oliveira, Bruno Quintino de

O analista suficientemente bom na clínica com casos-limite: contornando fronteiras / Bruno Quintino de Oliveira; orientador: Carlos Augusto Peixoto Júnior. – 2020.

140 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2020.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Casos-limite. 3. Técnica psicanalítica. 4. Teoria das relações de objeto. 5. Holding. 6. Setting. I. Peixoto Júnior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

Nesse momento tão especial gostaria de agradecer quem esteve comigo nesse caminhar que, por vezes se mostrava espinhoso, mas nunca deixou de ser belo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Ao meu orientador, Carlos Augusto, pelo espaço necessário em respeitar o meu tempo de criação desta pesquisa.

À Issa Damous que, desde a época da minha graduação, se mostra disponível em potencializar o que há de melhor em mim na academia, bem como mostrar o quão plural e rica a psicanálise pode ser.

À Andrea Seixas Magalhães por aceitar compor a banca e pelas aulas ministradas na PUC-Rio.

À minha analista, Alinne Nogueira Silva Coppus, por me fazer experienciar, a partir de sua escuta sensível e precisa que o *limite* é fundamental para não me perder de mim.

À minha mãe, Luci de Oliveira por ser colo e metáfora de amor desde meu nascimento, estando disponível para amar e não me deixar afogar no seu amor.

Ao meu pai, Braz Antônio Jacinto de Oliveira (*In memorian*), por ser base da disciplina, empenho e dedicação que hoje tenho.

Aos meus irmãos, Anderson e Wilian por trilharem caminhos diversos na vida e se encontrarem sempre quando necessário no berço que é a família.

À Juliano de Souza Furtado por toda a paciência, companheirismo e aposta nesses dois anos de pesquisa. Costurá-la foi mais fácil a partir do seu apoio incondicional e por acreditar que seria possível terminá-la no meu tempo.

Aos amigos queridos que estiveram disponíveis em extensas conversas sobre o percurso às vezes solitário que é da escrita acadêmica e por aguentarem meus períodos de ausência.

A CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

À Marcia Maria dos Anjos Azevedo por ser a profissional brilhante que é. Eu acreditei que a psicanálise poderia ser mais do que uma teoria bruta a partir de suas aulas e supervisão.

Aos meus alunos da Universidade Estácio de Sá – Campus Petrópolis – por extraírem de mim semanalmente o desconhecido que me habita.

Aos meus pacientes que, sem a possibilidade de escutá-los, essa pesquisa não faria sentido algum. Obrigado por afinarem a minha escuta a partir da singularidade de cada um de vocês.

Resumo

Oliveira, Bruno Quintino; Peixoto Junior, Carlos Augusto. **O analista suficientemente bom na clínica com casos-limite: contornando fronteiras**. Rio de Janeiro, 2020. 140p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O objetivo desta pesquisa foi estudar sobre a clínica dos casos-limite numa perspectiva psicanalítica, por meio de uma revisão de literatura. Esses sujeitos revelam uma marcante precariedade no que se refere à construção dos limites intersubjetivos, configurando uma difícil relação interpessoal ao longo da vida. São pacientes que exigem do psicanalista uma atenção em relação a técnica empregada e um olhar para as primeiras relações de objeto. Assim, em um primeiro momento, utilizamos das contribuições técnicas e teóricas de Sigmund Freud no atendimento em casos de neurose de transferência, isto é, pacientes onde o sintoma se configura a partir do recalque, que vão orientar uma técnica que se convencionou a chamar de clássica. São sujeitos que não se enquadram como casos-limite. Em seguida, colhemos as contribuições de Sándor Ferenczi sobre a clínica dos casos graves, valorizando o tato do analista, sua sensibilidade e elasticidade da técnica. Por fim, com Donald Woods Winnicott, abordamos alguns aspectos fundamentais como os primórdios da constituição psíquica e as relações objetais primárias, assim como o brincar e a regressão à dependência no setting, posto que são elementos centrais que nos ajudam a pensar a clínica dos casos-limite por uma outra dimensão que não a técnica clássica. Nesse trajeto, é possível destacar o holding frente aos impasses e desafios na clínica desses casos na contemporaneidade.

Palavras-chave

Casos-limite; técnica psicanalítica; teoria das relações de objeto; holding; ambiente suficientemente bom.

Abstract

Oliveira, Bruno Quintino; Peixoto Junior, Carlos Augusto (Advisor). **The good enough analyst in the clinic with borderline cases: bypassing boundaries.** Rio de Janeiro, 2020, 140p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The aim of this research was to study the clinical practice of the borderline cases in a psychoanalyst perspective, based on a literature review. These individuals reveal an important fragility related to intersubjective boundaries, which results in a difficult interpersonal relationship throughout life. They are patients who demand from the analyst a close attention of the technique used, and also a look at the first objects relations. Thus, at first, we used all Sigmund Freud's technical and theoretical background in clinical care of transference neurosis, that is, patients where the symptom is formed from repression, that will guide a technique that is conventionally called classic. They are subjects that do not fit as borderline cases. Then we extracted the corpus of Sándor Ferenczi in terms of the clinic of severe cases, in which, we value the analyst experience and sensibility, and the technique versatility. At last, based on Donald Woods Winnicott, we address some fundamental aspects such as the beginnings of the psychic constitution and the primary object relations, as well as the play and the regression of dependency in the setting, since they are central elements that help us to think about the clinic of borderline cases from a different perspective other than the classic techniques. Along this path, it is possible to highlight the holding in the view of the impasses and challenges of this cases on the contemporary clinic.

Key-words

Borderline; psychoanalytic technique; theory of object relations;
holding; good enough environment.

Sumário

1. Introdução	10
2. A técnica em Freud: da interpretação à construção	20
2.1. A palavra como matéria-prima para o tratamento	20
2.2. A técnica freudiana: um modelo de tratamento para a neurose de transferência	24
2.3. Pulsão de morte e a construção de uma nova técnica	36
3. A clínica <i>ferencziana</i> e a abertura para novas modalidades da técnica psicanalítica	45
3.1. A técnica do relaxamento e os efeitos de uma clínica do sensível	53
3.2. O diário de um analista e o (re)fazer clínico	59
4. A clínica <i>Winnicottiana</i> e a originalidade de um pensamento espontâneo	66
4.1. O ambiente suficientemente bom: o <i>vir a ser</i>	71
4.2. Objeto e fenômenos transicionais: questão-chave para o <i>brincar</i>	86
5. O paradoxo na clínica com casos-limite e o analista suficientemente bom	95
5.1. A noção do Eu-pele nos casos-limite	102
5.2. A regressão no <i>setting</i> e o descongelamento do ambiente traumático	110
6. Considerações finais	123
7. Referências	129

Muito tarde aprendi os limites da palavra. Alguns pensam que os seus argumentos, por sua clareza e lógica, são capazes de convencer. Levou tempo para que eu compreendesse que o que convence não é a “letra” do que falamos; é a “música” que se ouve nos interstícios de nossa fala. A razão só entende a letra. Mas a alma só ouve a música. O segredo da comunicação é a poesia. Porque poesia é precisamente isso: o uso das palavras para produzir música. – Rubem Alves, Os limites da palavra.

Introdução

Esta pesquisa partiu da minha experiência enquanto analista no consultório particular e nos mais diversos dispositivos do Sistema Único de Saúde – SUS, período em que fui residente de psicologia em Saúde Mental na Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, nos anos de 2016 a 2018. Nesse campo, percebia que a escuta do inconsciente poderia aparecer em hospitais, no Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), no Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica (SPPM) da UFJF e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na modalidade infantil, álcool e outras drogas e tipo III. Meu ofício enquanto analista estava sempre atravessado por questões institucionais, políticas, socioculturais e por uma grande equipe multiprofissional que, por vezes, se fazia interdisciplinar. Nem por isso deixaria que a escuta singular e o acolhimento da dor desses sujeitos que, por questões históricas e sociais foram tamponadas pelo vértice da loucura, fosse, também, silenciada. Tentava, ao longo do meu percurso na rede de saúde mental do município, fomentar um *setting* minimamente acolhedor e suficientemente bom (Winnicott, 1945), ainda que o atendimento fosse num jardim, parque, ruas ou num leito hospitalar. O consultório se fazia, se (re)inventava onde o sujeito estava.

Todos esses locais, por muitas vezes, me deixavam inquieto quanto aos casos ditos graves (tentativas de autoextermínio, casos de automutilação, anorexia, adictos crônicos, em suas diversas modalidades, depressões severas, bipolares etc.) que a psiquiatria ou a equipe multiprofissional do serviço indicava para uma psicoterapia. Percebi que era um desafio manejar tais situações, seja por questões da alta demanda de atendimentos grupais e individuais, seja pelo próprio manejo que é difícil sustentar em tais acolhimentos. Esses pacientes, em sua maioria, tinham dificuldade para falar de si. A queixa se sustentava por identificações projetivas maciças à equipe e, muitas vezes, carregadas de afetos ao analista que transbordavam no campo transferencial. Era espinhoso fomentar um ambiente suficientemente bom para esses casos. Fui percebendo que algo precisava ser trabalhado e articulado por uma perspectiva teórica que dialogasse com o campo da intersubjetividade (Winnicott, 1945, 1963a, 1975).

Conforme passava pelo serviço, atendendo os usuários na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Juiz de Fora, me interessei em ler cada vez mais sobre a constituição psíquica do sujeito e a temática dos limites psíquicos entre Eu e Não-Eu, questão central para muitos psicanalistas (Ferenczi, 1932; Roussillon, 2006; Fontes, 2010; Figueiredo, 2011; Winnicott, 2012; Cardoso, 2014; Ogden, 2017). E foi com Winnicott, autor que venho estudando desde a época da graduação que o interesse para fomentar essa pesquisa no mestrado surgiu. Desde então comecei a perceber nos atendimentos que esses casos não se enquadravam necessariamente nas estruturas neurótica, psicótica ou perversa, tema, aliás, bastante discutido na clínica psicanalítica contemporânea. Pareciam sujeitos que se encontravam nas *bordas* de tais denominações. O corpo, nestes casos, diferente da histeria do final do século XIX, era palco do sofrimento, não necessariamente da reminiscência como Freud (1893/2016) postulava em seus estudos. Via-se um corpo-palco que contava, (re)cortava e desenhava o sofrimento via automutilações ou transtornos psicossomáticos graves como tricotilomania, fibromialgia etc.

A demanda de casos que nos chegam muitas vezes ao consultório atualmente demarca uma acentuada fragilidade narcísica e nas relações intersubjetivas, apontando uma dificuldade em estabelecer vínculos interpessoais. Muitos pacientes chegam ao analista com um marcante sentimento de vazio. O discurso, em tom robótico, pouco mostra espontaneidade. Essas configurações subjetivas se distanciam em certa medida daquilo que seria considerado como neurose tradicional, onde o sujeito tem um psiquismo cujos limites internos e externos se constituem de forma satisfatória, “e no qual as intensidades pulsionais estão ligadas a um campo de representações e a objetos de satisfação” (Ritter, 2017, p.31).

Os ditos casos-limite ressaltam a importância de uma escuta que remonta aos primórdios da constituição subjetiva (Winnicott, 1945; Ogden, 1982; Dias, 2003; Figueiredo, 2008; Damous, 2012), o que, certamente, requer um estudo voltado a questões muito primitivas do desenvolvimento do *self* (Winnicott, 1975). Mais do que isso, o termo *limite* ou *fronteira* como aponta Ritter (2017), resulta “da falta de lugar nosográfico próprio para determinados pacientes que não se enquadravam na tradicional classificação das estruturas - neurose, psicose e perversão” (p.21). Nesse desafio, o analista se depara em seu ofício com um cenário precário quanto ao circuito pulsional do paciente, onde o corpo muitas vezes é que

irá, pela via do ato, falar pelo sujeito, ou pelo menos dizer de seu sintoma. Essa pulsão que é “o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atingem a alma” (Freud, 1915a/2010, p.57), em casos graves, esse campo pulsional pode escoar no próprio corpo aumentando a tensão psíquica, vide os casos de automutilação, comprometendo os limites psíquicos dos casos-limite. Essa fragilidade no corpo psíquico afeta e dificulta as possibilidades relacionais, eu-não-eu. É tarefa do analista estar atento à essas questões que denunciam a fragilidade na constituição dos limites intrapsíquicos e intersubjetivos desses pacientes. O destino pulsional nesses casos pode ser atrelado ao que Freud (1915a/2010) caracterizava como “a volta contra a própria pessoa” (p.65).

Esse excesso pulsional transborda no corpo justamente pela ausência de *limites* psíquicos que o possam contornar, questão essa que pensamos ser justamente o solo teórico dos estados limites, pois como aponta Figueiredo (2008) “os limites internos mal definidos e mal estruturados teriam como consequência uma estruturação psíquica tendente à *instabilidade*” (p.82, grifado no original). Frente a todo esse sofrimento, questões relativas à técnica psicanalítica clássica se colocam de forma inexorável. Como bem afere Fernandes (2011), “promover uma discussão sobre a questão dos limites, e não apenas sobre os casos-limite, é encarar de frente a necessidade de enfrentarmos os desafios que a clínica psicanalítica nos propõe no cotidiano [...] é, sobretudo, admitir os próprios limites da escuta psicanalítica, muitas vezes aprisionada aos nossos modelos teóricos arraigados e, no mais das vezes, idealizados” (p.47).

Ao comentar que a psicanálise não é um tratamento rápido, Ferenczi (1933/2011) assevera que é preciso um tempo para o sujeito, sendo este singular, para caminhar na análise. Sabendo que este tempo, nos casos-limite, também se diferencia em relação ao manejo técnico empreendido, caberia ao próprio movimento psicanalítico, a partir de sua clínica, repensar outros métodos para acolher esses casos. Winnicott (1954c) pode nos ajudar nessa empreitada a partir de suas contribuições sobre a regressão à dependência no *setting*, que é utilizada quando se trata de pacientes cujo ambiente primitivo esteve envolto por graves falhas nas relações objetais primárias, ou seja, teriam dificuldades no que se refere aos limites psíquicos internos ao próprio eu e externos, na relação com o outro. A regressão estaria, assim, vinculada a uma regressão à dependência (Galván, 2012).

Luís Cláudio Figueiredo (2008), psicanalista debruçado sobre a clínica dos pacientes fronteiriços contribui, no texto *O caso limite e as sabotagens do prazer*, para a discussão sobre a terminologia “paciente-limite”, “situações-limite” etc, mostrando como esses casos são de difícil diagnóstico uma vez que podem ser confundidos com outros quadros psicopatológicos. Ele aponta que os psicanalistas ingleses, em sua maioria, preferem o termo *borderline* ao tratar sobre essa problemática dos limites psíquicos, pois seria uma condição clínica específica, estruturada em um diagnóstico. Já os franceses como Roussillon (2006), preferem o termo *Estados* ou *Casos-limite*, acreditando dessa forma que o diagnóstico em si não é a principal técnica de manejo com esses pacientes. Os franceses, ao denominar casos-limite, estão se referindo “a momentos ou períodos em que a problemática *borderline* se manifesta mais nitidamente ao longo de uma história de vida ou de um tratamento, independentemente de um diagnóstico específico” (Figueiredo, 2008, p. 79, grifado no original).

Em outras palavras, esses sujeitos sofrem pela falta de limite do *self*, conceito este “aqui entendido como a totalidade da pessoa que experimenta uma continuidade de ser, a partir do potencial herdado, com tendência a se desenvolver num ritmo e forma próprios, com um esquema corporal e a pele como membrana limitadora” (Pedrozo, 1997, p.78). O que se privilegia nesse referencial teórico é o aspecto do limite no funcionamento psíquico do sujeito (Silveira, 2006).

Essa turbulenta instabilidade psíquica evidenciada nos casos-limite será uma questão essencial para pensarmos sobre a técnica psicanalítica clássica que se fundamenta pela associação livre e no recalque (Freud, 1912a, 1912c, 1914a). Sabemos que a psicanálise nasce do estudo freudiano sobre a histeria no modelo da neurose, onde o recalque e os complexos de Édipo e Castração participam de forma decisiva na formação dos sintomas (Junqueira, 2016). A partir disso, podemos refletir o comentário de Figueiredo (2008) ao falar que “a intensa instabilidade é uma das mais conspícuas marcas da *doença dos limites* ou das fronteiras” (p. 83, grifado no original). Dessa instabilidade constante que se apresenta também no vínculo com o analista, são erguidos certos *limites* da própria técnica da psicanálise. Quando o analista procura interpretar o material desses pacientes baseando-se na técnica clássica, é muito comum a descarga no ato irromper pois ela “sempre curto-circuita o trabalho de simbolização, colocando em xeque, na situação analítica, a dimensão técnica da atenção livremente flutuante – quer dizer, o acompanhamento

das trilhas associativas, em busca de acesso aos conteúdos recalcados” (Savietto & Souza, 2016, pp. 88-89).

Enfim, os casos-limite demandariam ao próprio movimento psicanalítico um olhar voltado para a constituição psíquica do sujeito, referindo-se a questão das fronteiras, isto é, “da definição dos limites internos e externos do aparelho psíquico que consideramos estar associada à da relação com o outro (interno e externo), fundamental na configuração das fronteiras psíquicas” (Cardoso & Monteiro 2014, p.163). Esses casos, por terem um contexto traumático no período das relações objetais primárias, por estarem aprisionados ao objeto único, não conseguem perceber o analista como um objeto diferente de si, questão que traz a interpretação como inaceitável ou num tom assustador, uma vez que esta se pauta na dimensão da alteridade. Desse modo, a interpretação “pode mesmo parecer inútil, ineficaz, inalcançável, distante das experiências vividas pelos pacientes, isto quando estes não se sentem assoberbados pela interpretação como uma violência a eles impingida, repleta de intenções persecutórias” (Damous, 2012, p.119).

Adolf Stern (1938), no importante texto intitulado *Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes*, nos traz a confirmação de que as características centrais do sofrimento psíquico do paciente *borderline* – primeiro trabalho em que aparece esse termo – já inquietavam os analistas de sua época, na década de 1930 (Ritter, 2017). Stern comenta, surpreso, sobre a grande procura desses pacientes em sua clínica. Após utilizar-se da “terapia analítica atual” (Stern, 1938, p.159) com esse grupo, observou que a melhora dos casos era ínfima, quase insignificante. Eles continuavam doentes e gravemente frágeis para lidar com diversas situações, principalmente no campo das relações interpessoais. Ao longo do texto, o psicanalista enumera alguns sintomas clínicos característicos dos pacientes limítrofes, demarcando o cuidado no manejo empreendido bem como diferenciando-os substancialmente dos psiconeuróticos. Rigidez psíquica e corporal, narcisismo e reações terapêuticas negativas são um dos exemplos atribuídos no texto. Sobre a rigidez psíquica e corporal, o autor explica que essa é uma característica de defesa nesses pacientes, onde o corpo, num ato protetivo, pode se enrijecer mediante uma ansiedade externa ou interna. Falta um movimento corporal menos robótico e mais espontâneo, menos letárgico e mais criativo.

Ao comentar sobre o narcisismo, Stern (1938) afirma que “esses pacientes sofrem de desnutrição (narcísica) afetiva.” (p.162). Há um acentuado narcisismo

carente, pobre, efeito, segundo o autor, de uma infância remota com uma mãe psicótica, ou que teve alguns episódios de psicose recorrentes num curto período, tempo este, envolto sobre o momento do desenvolvimento narcísico do filho. Mães extremamente preocupadas, exageradamente zelosas também contribuiriam para esse quadro de desnutrição narcísica do sujeito, justamente porque faltava a “afecção espontânea” (Stern, 1938, p.162). Pais cruéis, brutos, negligentes e agressivos psíquico e fisicamente, também influenciam consideravelmente nesse quadro. Stern (1938) salienta que essas experiências no ambiente que circundam o sujeito em seus primeiros meses e anos de vida “operam de modo mais ou menos constante durante vários anos desde a mais tenra infância e *não são experiências únicas*.” (p.161, grifos nossos).

Quanto as reações terapêuticas negativas, diante de uma interpretação do analista, é muito comum fenômenos de depressão, ansiedade e raiva como resposta transferencial, pelo fato da análise, com esses pacientes, se configurar como uma “operação cirúrgica, a qual é uma medida terapêutica traumática em sua essência, porém necessária” (Stern, 1938, p.164). Em casos extremos, mediante reação negativa, o paciente pode vir a ter ideações suicidas segundo o autor, reflexo, muitas vezes, de uma atitude exageradamente dependente à figura do analista, com súplicas de proteção e amor constante, características que enlaçam o comentário sobre o narcisismo frágil, diluído pelo caos ambiental na tenra infância. A seguir, o psicanalista afirma que esses pacientes necessitam de *proteção*, e que, nesse sentido, não se deve esperar facilmente associações livres que são obtidas sem dificuldade com os pacientes neuróticos.

Exposto isso, sobre a singularidade técnica e manejo transferencial com os pacientes limite nos indagamos: seria a técnica freudiana da interpretação do conteúdo do material recalcado o dispositivo mais profícuo nesses casos? Há, nesse quadro grave, a possibilidade de uma associação livre facilmente possível de ser verbalizada no divã, como o era na época das análises da neurose de transferência em Freud?

A partir dessas questões, alinhavadas com os meus estudos de pesquisa e monografias da graduação e da especialização em saúde mental, me interessei em fomentar um projeto de mestrado que abordasse sistematicamente a problemática dos casos-limite para o analista. Apoiado pela teoria winnicottiana, considere que o seu conceito de ambiente suficientemente bom poderia auxiliar nessa temática,

uma vez que remonta aos primórdios da constituição psíquica, no contexto das primeiras relações de objeto. Observamos que a problemática da clínica dos limites vem sendo um eixo bastante debatido na psicanálise e, na atualidade, tem ganhado um espaço ainda maior via artigos científicos e livros (Cardoso, 2011, Damous, 2012, Junqueira, 2016, Figueiredo, 2016, Ritter, 2017, Armony 2018). Pretendemos, assim, contribuir para o enriquecimento da literatura existente e fornecer subsídios para a prática clínica com esses casos.

O estudo proposto nesse projeto torna-se relevante tendo em vista ser um assunto contemporâneo e desafiador para a prática do psicanalista e, finalmente, um campo fértil para pensar sobre essa clínica pela lente do desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 2012). Pensamos que o tema da constituição subjetiva no pensamento winnicottiano pode ser de grande valia para refletir a clínica desses sujeitos que, desamparados de si mesmos, devido a violentas e constantes falhas ambientais bastante primitivas, necessitam de um ambiente/*holding* facilitador para integrar suas experiências emocionais e possibilitar uma vida psíquica mais diferenciada entre eu e outro. Talvez assim, as fronteiras que são tão frágeis na delimitação do que é interno e do que é externo nos casos-limite possam ter contornos mais nítidos, menos esburacados e frouxos quando há um analista suficientemente bom, que facilitaria tal processo, isto é, o analista deverá ter paciência, tolerância e confiar no paciente, reconhecendo e legitimando suas necessidades. Por isso, assim como o bebê consegue decompor, em um determinado período de maturação, os primeiros contatos afetivos com o outro materno, percebendo os seus gestos, mímicas e expressões faciais, o paciente no *setting* também estará atento a como o analista se comporta, sua expressão, tom de voz e ritmo, cabendo a ele, analista, estar inteiro na sessão, isto é, sustentado por próprios limites.

Tendo estas questões no horizonte, ao longo do capítulo 1, utilizaremos a teoria psicanalítica freudiana em relação aos estudos da técnica. Para problematizarmos a clínica dos casos fronteirizos, diferenciando-a dos casos de neurose de transferência acompanhados por Freud, foi necessário um breve retorno ao próprio desabrochar do movimento psicanalítico. Utilizamos, assim, ao longo do primeiro capítulo, os textos fundamentais da técnica de Freud, a saber, *O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise* (1911/2010); *A dinâmica da transferência* (1912a/2010); *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise* (1912b/2010);

O início do tratamento (1913/2010); *Recordar, repetir e elaborar* (1914/2010); *Observações sobre o amor na transferência* (1915/2010), dentre outros. Todo esse aporte teórico se fez importante para pensar como Freud desenvolveu uma teoria própria que abarcasse os casos de neurose de transferência e, em última instância, o seu manejo com os pacientes que não se configuravam como estados limites.

O capítulo 2 se concentrou na teoria ferencziana, sua técnica com os casos graves e difíceis, bem como sua postura sensível enquanto analista, questão decisiva para a manutenção de um *setting* acolhedor. Por sinal, Ferenczi (1928/2011) já nos alertava que a psicanálise deveria, também, se desdobrar em casos para além dos traumas psíquicos da histeria, sendo, portanto, crucial se atentar sobre os fatores constitucionais do psiquismo, o que o psicanalista chama de autoerotismo ou “verdadeiro reservatório da libido humana” (p. 148). Textos como *Dificuldades de uma análise de histeria* (1919/1993), *Prolongamentos da técnica ativa* (1920/1933), *Elasticidade da técnica psicanalítica* (1928/2011), *Princípio do relaxamento e neocartase* (1930/2011), *Análise de crianças com adultos* (Ferenczi, 1931/2011) e sua obra póstuma, *O diário clínico* (Ferenczi, 1932/1990) sintetizam as contribuições originais e criativas desse autor que tanto tem sido resgatado na clínica contemporânea, por meio de uma escuta que se atente aos fatores traumáticos advindos de um ambiente hostil e desestruturante. Aliás, a importância da contratransferência na clínica atual vem a partir das contribuições do psicanalista húngaro (Kuperman, 2008a). O termo cunhado por Ferenczi, o “sentir com”, nos ajudou a pensar sobre como o analista pode ter uma posição mais honesta e menos hipócrita na clínica, efeito este decisivo para o manejo e manutenção de um *setting* adequado frente as intensas transferências de amor e ódio que os casos-limite exaltam em seus discursos.

Em seguida, no capítulo 3, trabalhamos com a noção de *holding* e criatividade do analista, conceitos chave em Winnicott e que auxiliam a refletir sobre a clínica contemporânea dos casos graves. Livros do autor como *O brincar e a realidade* (Winnicott, 1975), *Natureza humana* (Winnicott, 1990), *O ambiente e os processos de maturação* (Winnicott, 1983), *A família e o desenvolvimento individual* (Winnicott, 2011), *Os bebês e suas mães* (Winnicott, 2012), dentre outros, foram articulados para fomentar uma escrita que contorne e sublinhe esses dois eixos – *Holding* e criatividade – , acreditando que tais temas são imprescindíveis para uma clínica que se sustente na concepção de um ambiente

facilitador, que favorece a integração de um *self* verdadeiro e espontâneo e que acolha o único de cada paciente, cabendo ao analista seguir o ritmo psíquico do paciente. Discutimos sobre a importância do manejo que o analista deve ter frente aos casos-limite, estando suficientemente bem disponível para o encontro sensível e empático com o analisando, sabendo brincar e ser criativo (Winnicott, 1975).

Por fim, no capítulo 4, para investigar os desafios que os casos-limite convocam para a escuta do analista, discutimos sobre o enquadre na análise e a questão da técnica, tema central nos estudos e no atendimento com esses pacientes. A questão do paradoxo estudada por Roussillon (2006), a tese sobre o Eu-pele e seus paradoxos no desenvolvimento primitivo do ser humano postulados por Anzieu (1989) foram também elucidados, uma vez que são pontos nodais para que pudéssemos vislumbrar a especificidade teórica e clínica dos casos fronteira. O tema sobre a identificação projetiva (Klein 1946/1991; Ogden, 1982) mereceu o mesmo destaque, tendo em vista que esses sujeitos se relacionam de uma forma muito primitiva psiquicamente com a alteridade. Para tanto, se fez importante as noções de *holding* e regressão, ambos cunhados por Winnicott. Esses conceitos, dentre outros, se articularam para pensarmos sobre o *setting* com os casos graves, posto que aspectos primitivos de identificações, projeções e sensações físicas do paciente muitas vezes assolam a cena analítica com uma intensidade que convoca o analista a sua plena sensibilidade, o que, na nossa visão, exigirá que ele seja suficientemente bom, como uma metáfora do ambiente que facilita a integração de experiências primitivas e sustenta o *vir a ser* do paciente.

Ao nos balizarmos então por uma escuta clínica e numa relação terapêutica que se sustenta pelo campo da intersubjetividade, pensada numa perspectiva do *holding* (Winnicott, 1945) ou do tato (Ferenczi, 1932/1990), consideramos importante iluminar a discussão no que se refere ao enquadre clínico uma vez que seria esse ambiente um local potente, que propicia também a criação de uma nova narrativa entre analista e analisando, possibilitando uma abertura de sua história psíquica, de suas representações, afinal, “trata-se, acima de tudo, da parte do analista, de permitir, ou melhor, de criar um espaço para que a invenção de um si mesmo tenha lugar” (Ferreira & Herzog, 2014, p.37).

Trata-se, enfim, de pensar a clínica dos limites por um ângulo voltado predominantemente para momentos mais primitivos do processo de subjetivação e, não menos importante, que valorize a questão da contratransferência e o manejo do

analista que deve estar em sintonia com o paciente de forma empática, fomentando um ambiente de *holding*, sendo metáfora dos cuidados maternos, já que esses casos possuem um esvaziamento representativo (Winnicott, 1945; Fontes, 2010; Medeiros & Peixoto Jr., 2016).

Demonstrado todo o percurso clínico e teórico que fizemos ao longo desta pesquisa, nos apoiamos nessa travessia na própria criatividade e inventividade da psicanálise, que nos auxilia constantemente em nosso ofício a sermos singulares, éticos e sensíveis em escutar aquilo que está sendo dito – e não dito. O silêncio que se faz necessário para o paciente pensar num certo momento da sessão também foi utilizado, de forma metafórica, ao longo de toda a dissertação, compreendendo que a arte da escrita requer silêncio do pesquisador em alguns momentos para que ele escute, além da teoria e de inúmeros livros, a espontaneidade própria de seu gesto e ritmo, sua criatividade.

2

A técnica em Freud: da interpretação à construção

A dúvida de fato é inseparável da pesquisa e, com certeza, ainda não nos foi dado conquistar mais que um pequeno fragmento da verdade.

Freud, carta a Stefan Zweig

2.1

A palavra como matéria-prima para o tratamento

Consideramos importante, antes de tudo, resgatar a história do movimento psicanalítico originado por Freud para então pensarmos sobre a clínica dos casos-limite. A psicanálise nasce no fim do século XIX e início do XX, atravessada pela clínica da histeria, onde o corpo - palco da manifestação do psiquismo - se fazia pulsante e incógnito para as ciências médicas. O discurso médico não se sustentava pela análise anatômica das histéricas ou pelo menos não conseguia até então compreender o seu sofrimento pelo discurso biológico e positivista. Não existiam lesões físicas nas perturbações neuróticas. A medicina era pensada como uma pura ciência da natureza, desafetada do que seria o encontro com a alma humana. Importava, como validação de um sofrimento humano, a presença de lesão anatômica relativa a um determinado sintoma (Garcia-Roza, 1985/2018; Ferenczi, 1933/2011).

Foi com Charcot que o saber médico começou a ganhar novos tons referentes ao estudo da histeria, isto é, algo a mais começou a ser escutado. Por não considerar os sintomas das histéricas uma simulação, Charcot começa a tratá-las pelo método hipnótico, questão esta que chamou a atenção de Freud, levando-o a participar, no final do século XIX, do curso que o médico ministrava na Salpêtrière. A histeria, segundo Charcot, seria “uma doença que escapa às mais penetrantes investigações anatômicas” (Garcia-Roza, 1985/2018, p.32), afastando assim o estigma da psiquiatria frente às histéricas como grandes simuladoras. A partir dessa constatação, a neurologia entra como principal campo de estudos da histeria.

Ao contrário da psiquiatria, que presumia o asilo como fator terapêutico às histéricas, Charcot defende que o hospital seria o lugar mais adequado para tratá-las. Sua teoria do trauma frente aos sintomas apresentados pelas histéricas coloca o campo da palavra como questão essencial no tratamento, cabendo ao médico ir ao contato dessa experiência traumática do(a) paciente. Como bem salienta Garcia-Roza (1985/2018), o que Charcot não esperava era que das histórias narradas pelas histéricas emergissem conteúdos sexuais, sendo estes, na verdade, questão central ao sofrimento dessas pacientes. Recusando esta premissa – da sexualidade como importante fator que constitui sintomas – Charcot abrirá espaço para o jovem Freud criar uma nova teoria, colocando a sexualidade como fator nodal a este sofrimento.

Antes da virada do século XIX, Freud já creditava à linguagem como um importante fator terapêutico, mediada pela hipnose e pela sugestão médica. Ela ligaria os afetos patogênicos que se irradiavam pelo corpo histérico. Compartilhando seus estudos com Breuer, Freud se interessa cada vez mais pela técnica da hipnose, acreditando que por via da sugestão, a(o) paciente removeria tal distúrbio. Ao perceber que os sintomas desapareciam quando realizada essa técnica, Freud encontra o campo até então obscuro e pouco estudado da mente: o inconsciente, através da forma com que ele daria importância à condição da neurose e seu sintoma. Assim, podemos apreender que o adoecer histérico e sua explicação, “não era procurada nas condições biológicas, mas no *sentido* do sintoma, ou seja, a *ideia* ou a *lembrança* que ele poderia exprimir” (Ferenczi, 2011/artigo póstumo, p.163, grifado no original).

Seguindo esse pensamento, Freud e Breuer no texto *Sobre o mecanismo dos fenômenos histéricos* lançam suas reflexões sobre o enigma histérico, onde a conversão, característica principal desse quadro, seu modo específico de defesa, poderia ser interpretada como “formas gerais de reação do afeto que acompanha a lembrança (...) e, em parte, como movimentos diretos de expressão dessa lembrança”(1893/2016, p.35). Aqui, Freud já começa a assimilar o psiquismo como um conglomerado de sentimentos, por vezes traumáticos (questão referida inicialmente como a principal característica para o ataque histérico) que desencadeiam, quando suprimidos, altas descargas no corpo - o conceito de recalque ainda não era utilizado nesse período pré-psicanalítico. Os autores apontam que o termo “traumas psíquicos” diz respeito às vivências que “desencadearam o afeto original e cuja excitação foi depois convertida em

fenômeno somático, e como *sintomas histéricos de origem traumática* as manifestações patológicas assim produzidas” (Breuer & Freud, 1893/2016, p.296, grifado no original).

Será nesse importante trabalho que Freud “lança uma noção que vai desempenhar um papel fundamental na elaboração da teoria psicanalítica: a noção de *defesa*” (Garcia-Roza, 1985/2018, p.37, grifado no original). Essa defesa, mais tarde chamada por Freud como recalçamento, será a pedra angular que embasa a teoria psicanalítica e que também afasta Breuer de Freud teoricamente no tocante ao estudo das histéricas. Decerto, como sabemos, conforme os avanços teóricos e técnicos de Freud, a sugestão, a técnica hipnótica e a pressão na testa não terão lugar de importância científica na teoria psicanalítica. Contudo, vale ressaltar que essas técnicas demarcam a sensibilidade do psicanalista frente a uma escuta singularizada, dando seriedade e valor à palavra dita pelo sujeito, seu discurso, enfim, que se trate o doente tanto quanto a doença (Ferenczi, 1933/2011).

Freud então decide escutar os padecimentos da histérica por meio da associação livre, técnica criada por ele em sua clínica a partir dos insucessos da prática hipnótica. Ao fazer isso, notou que o sofrimento daquelas pacientes tinha em seu cerne a questão do afeto; elas sofriam de reminiscências, onde traços psíquicos se configurariam no campo das representações (Birman, 2014a). Podemos apreender que “as fantasias histéricas não mentem, elas nos contam como pais e adultos podem, de fato, ir muito longe em sua paixão erótica pelas crianças” (Ferenczi, 1930/2011, p.73). Assim, conforme apontou Ferenczi (1933/2011), Freud reaproximou ciências da natureza e do espírito.

Foi com o caso clínico de Lucy R., no final de 1892, que Freud utilizou o termo “recalque” para caracterizar o principal mecanismo de defesa da histeria, aquilo que impede a consciência e o acesso a ideias moralmente erradas, ocasionando um estrangulamento do afeto. Essas ideias passam a ser convertidas em sintomas corporais, pois ela “se vinga” ao se tornar patogênica (Freud, 1893). Logo, a contribuição de Freud sobre o estudo da histeria, conforme aponta Ferenczi (2011), seria dar importância à história de cada paciente uma vez que a “*única maneira de ter acesso aos sintomas psiconeuróticos consiste em estudar a vivência do doente*, pois é assim que se obtêm os dados anamnésicos que fornecerão o *sentido dos sintomas*” (p.166, grifado no original). Importante pontuarmos que o analista não deverá se tornar um protótipo de mestre na cena analítica, um modelo

ideal para o paciente ou sociedade, mas sim respeitar a individualidade de cada paciente, sendo sensível para que tanto o amor de transferência como a hostilidade não alcancem extremos na cena analítica (Freud, 1938). Assim, “é tarefa do analista arrancar o paciente à perigosa ilusão, mostrar-lhe sempre que é um reflexo do passado aquilo que ele considera uma nova vida real” (p.232).

Ao trabalhar então com os conteúdos inconscientes de cada paciente, Freud viu a necessidade de também escutar os sonhos de seus analisandos e, a partir daí, interpretá-los, sob transferência, uma vez que o sonho seria a via régia para o inconsciente (Freud, 1900/2001). O conceito de interpretação ganha um importante espaço na técnica psicanalítica desde então, sendo utilizado ao longo de toda a sua teoria como uma das pedras angulares da psicanálise. Ela tinha como objetivo trazer à luz os conflitos defensivos de cada sujeito, evidenciando o sentido latente de um dado material (Laplanche & Pontalis, 2016). Os anseios, desejos inconscientes e sintomas figurariam numa cena que traria o inconsciente por meio de mecanismos como condensação e deslocamento (Freud, 1900/2001). Ou seja, “os sintomas não são um erro, mas eles expressam, de maneira desfigurada e mascarada, uma verdade, um sentido, um significado, uma intenção” (Fulgencio, 2016, p.56). Dessa forma, a técnica psicanalítica freudiana objetiva favorecer que esses conteúdos inconscientes possam ser acessados por meio da palavra, do discurso do paciente, transformando o seu sintoma e reorganizando a sua vida emocional (Fulgencio, 2016).

A partir desses comentários vamos nos aprofundar sobre a questão da técnica psicanalítica clássica e como ela pôde iluminar casos que eram por vezes inclassificáveis na medicina da época. O objetivo seria escutar aquilo que o paciente, via transferência, repetia, ou seja, o seu inconsciente, repleto de inúmeros mecanismos de defesa. Foi essa a base para mais tarde podermos discutir sobre a escuta dos casos-limite e seus impasses com a técnica clássica. Vejamos o porquê.

2.2

A técnica freudiana: um modelo de tratamento para a neurose de transferência

Podemos afirmar que o objetivo do tratamento psicanalítico freudiano seria fazer com que os pacientes recuperassem a sua possibilidade de amar e trabalhar na vida, libertando-o de seu labirinto pessoal (Fulgencio, 2016). Para isso, a palavra, como comentado anteriormente, será a matéria-prima para este tratamento.

Passado uma década desde os estudos sobre a interpretação dos sonhos, Freud decide se concentrar na técnica psicanalítica, com o objetivo de formalizar regras fundamentais que todo analista deveria estar advertido, evitando assim tropeços grosseiros na interpretação que poderiam cair num tom selvagem ou corriqueiro (Freud, 1910/2013). Os textos de Freud sobre a técnica visavam elaborar alguns comentários, de forma introdutória, sobre o que a figura do analista *não* deveria realizar para não transgredir os princípios teóricos e éticos da teoria psicanalítica. Eis, então, a cientificidade própria da psicanálise: para Freud, seria “impensável a existência de uma técnica analítica normalizada e universal, o que não quer dizer que o processo psicanalítico não obedeça a uma lógica rigorosa que encontra sua fundamentação na teoria psicanalítica em permanente reformulação e numa orientação metodológica precisa” (Birman, 2014b, p.24).

Com o texto *O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise*, Freud aborda como o psicanalista pode, muitas vezes, se deparar com o *limite* interpretativo no que se refere ao conteúdo do sonho do analisante, pois, não seria possível conhecer totalmente o conteúdo deste devido à manifestação da resistência. Freud assevera que a interpretação de sonhos no tratamento analítico não deveria ser “praticada como uma arte em si mesma, mas que o seu uso seja submetido às regras técnicas que presidem a realização da terapia” (1911/2010, p.129).

O analista deverá, portanto, se contentar com a interpretação de um sonho que foi possível chegar numa determinada sessão. Além disso, Freud demarca uma importante observação sobre os sonhos serem cada vez mais difusos e muito obscuros, conforme a análise prossegue no caso. Dessa forma, pautando-se unicamente pela técnica interpretativa dos sonhos, o analista entraria num impasse: a resistência se faria mais presente do que nunca e o conteúdo latente do sonho cada vez mais se camuflaria mediante condensação e deslocamento.

Assim, caberia ao analisando ser levado à convicção de que no processo analítico, independentemente de ser recheado de conteúdos oníricos ou não, o material existiria. Ou seja, o analista não deveria pensar que somente revelando o conteúdo onírico do paciente, mediante interpretação, estaria por fim fazendo

psicanálise. Até porque, como bem salienta Freud, em quadros severos de neurose, a produção onírica desses pacientes pouco seria elaborada numa sessão, devido à intensa resistência. Em outras palavras, “tentando interpretar um sonho desses, todas as resistências presentes e ainda intactas entrarão em atividade e em breve porão um limite à compreensão” (1911/2010, p. 126).

Afinal, qual então a função ou o objetivo de uma análise? Para Freud, seria esclarecer o sintoma. Cada fragmento e significação do sintoma deveriam ser captados pelo analista em sua escuta atenta e flutuante. Tarefa esta semelhante ao conteúdo do sonho, onde cada fragmento e sonhar poderiam ser trabalhados, não focando em um único material ou sonho, mas deixando-se flutuar livremente nesse material onírico. Para isso, recomenda Freud (1911/2010), seria importante o analista, durante o tratamento, “abandonar as ideias conscientes intencionais” (p.128). Por isso que se diz que o ofício do analista é analisar a vida psíquica do paciente, “deixando que a síntese seja feita pelo próprio paciente, de forma espontânea. É por isso que fazemos *psicanálise* e não *psicossíntese*!” (Fulgencio, 2016, p.57, grifado no original).

Podemos agora adentrar, de forma mais profunda, na técnica da associação livre. Essa técnica que inaugura a psicanálise com os estudos sobre a histeria seria a base para o manejo clínico com os pacientes neuróticos, mediante transferência. O paciente deveria dizer “tudo o que lhe vem à mente, ainda quando lhe seja *desagradável* dizer, ainda quando lhe pareça *irrelevante* ou até mesmo *absurdo*” (Freud, 1938, p.228, grifado no original). Aqui, o material inconsciente poderia vir à luz por atos falhos, relato de um sonho manifesto etc. Caberia ao analista, com sua atenção flutuante, mergulhar nesse campo do discurso do paciente não ficando preso a cada detalhe, deixando assim também que seu inconsciente ganhe espaço nas associações ali escutadas. Há, como bem salienta Garcia-Roza (1985/2018), um paradoxo na técnica da associação livre, pois “o valor metodológico da associação livre reside exatamente no fato de que ela nunca é livre” (p.171). Afinal, como se sabe, o papel do Eu está “longe de se limitar, numa obediência passiva, a nos trazer o material solicitado e aceitar credulamente nossa tradução dele” (Freud, 1940 [1938], p. 228). Mais uma vez, o mecanismo de defesa do recalque figura como eixo central à teoria freudiana.

Nas palavras de Garcia-Roza:

a chamada “regra fundamental”, sobre a qual se institui a situação analítica, nada mais é do que um convite a que o analisando produza derivados do recalcado que, por sua distância no tempo ou pela distorção a que foram submetidos, possam romper a censura e servir de acesso ao material inconsciente. Fazer associação livre é, dentro do possível, afrouxar a censura consciente e permitir que derivados, ainda que remotos, possam aflorar à consciência e ser comunicados ao analista. (...) Além do mais, o recalçamento não é um processo que ocorre uma vez e daí por diante o destino do representante recalcado esteja definitivamente selado. Ele exige um dispêndio permanente de força de tal forma que qualquer relaxamento poderá ter como resultado o afloramento do recalcado a nível da consciência (1985/2018, p.164).

Neste cenário analítico onde a associação livre, juntamente com a atenção flutuante do analista se faz presente, consideramos importante destacar a relevância teórica do texto *A dinâmica da transferência* de Freud, uma vez que é um dos clássicos escritos sobre a técnica psicanalítica. Para Freud, a transferência se daria na cena analítica quando o paciente transfere conteúdos conscientes e inconscientes à figura do analista. A imago de uma mãe, irmão, enfim, alguém afetivamente importante na vida desse sujeito seria projetada, pelo investimento libidinal do paciente, na figura do médico/psicanalista, cabendo ao analista o manejo dessas projeções.

Ao debruçar-se sobre essa questão, Freud se depara com um enigma: como essa transferência, ao mesmo tempo, poderia ser o meio mais forte de resistência ao tratamento? Apoiando-se na teoria da introversão da libido de Jung, ele percebe em sua clínica que, mediante transferência, essa libido reanimou as imagos infantis do paciente. Nesse sentido, caberia ao analista romper uma batalha com essa libido regredida tendo em vista que elas seriam a resistência ao trabalho. O tratamento psicanalítico será, então, a todo o momento, acompanhado dessa resistência, pois cada ato do analisando, segundo Freud, precisa levar em conta a resistência uma vez que ela “representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que a ela se opõem” (Freud, 1912a/2010, p.139).

Conforme prossegue o curso de uma análise, mais o material a ser interpretado mediante a transferência poderá ser distorcido - efeito, portanto, da resistência, ou seja: “a intensidade e a duração da transferência são efeito e expressão da resistência” (1912a/2010, p.141). A seguir, Freud discorre que não

será útil nos indagarmos do porquê a transferência se prestar como meio de resistência se não a distinguirmos de “transferência positiva” e “transferência negativa”, ou seja, os sentimentos amigáveis e ternos em relação à figura do analista e, também, os afetos hostis e agressivos.

Para resolver esse enigma, Freud dirá que “a transferência para o médico presta-se para a resistência na terapia somente na medida em que é transferência negativa, ou transferência positiva de impulsos eróticos reprimidos” (1912a/2010, p.143). Ou seja, os estudos de Bleuler, como aponta Freud, ajudaram a solucionar esse paradoxo da transferência onde há projeção de conteúdos amorosos, mas também de hostilidade. A isso se deve a ambivalência, característica acentuada nos neuróticos que edifica a resistência ao longo do tratamento.

Freud, no final do texto sobre a transferência, compara o processo analítico como o sonhar do analisando ao dizer que:

tal como nos sonhos, o doente atribui realidade e atualidade aos produtos do despertar de seus impulsos inconscientes; ele quer dar corpo a suas paixões, sem considerar a situação real. O médico quer levá-lo a inserir esses impulsos afetivos no contexto do tratamento e no da sua história, a submetê-los à consideração intelectual e conhecê-los segundo o seu valor psíquico. Essa luta entre médico e paciente, entre intelecto e vida instintual, entre conhecer e querer “dar corpo” desenrola-se quase exclusivamente nos fenômenos da transferência. É nesse campo que deve ser conquistada a vitória, cuja expressão é permanente a cura da neurose. É inegável que o controle dos fenômenos da transferência oferece as maiores dificuldades ao psicanalista, mas não se deve esquecer que justamente eles nos prestam o inestimável serviço de tornar atuais e manifestos os impulsos amorosos ocultos e esquecidos dos pacientes, pois afinal é impossível liquidar alguém *in absentia* ou *in effigie* (1912a/2010, p.146).

Ou seja, a transferência “nada mais é do que a retomada, na análise, dos modos de amar e de odiar que o paciente tem como seus modos de ser (...) é, pois, a maneira como as pessoas praticam a sua vida amorosa” (Fulgencio, 2016, p.57).

Dando continuidade aos textos sobre a técnica temos a publicação do clássico *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*, de 1912. Freud aponta que após longos anos de experiência clínica, as regras técnicas da psicanálise foram se modificando, abandonando alguns caminhos já trilhados, como o método

da hipnose, anteriormente comentado por nós. Neste trabalho, o autor irá recomendar alguns preceitos básicos sobre a psicanálise e o ofício do analista. Dentre os comentários descritos, detalharemos alguns.

Não tomar notas durante a sessão, ouvindo tudo o que o paciente diz de modo que a atenção esteja flutuante, afinada com uma “memória inconsciente” (Freud, 1912b/2010, p.150) é uma importante regra técnica que ele sugere logo no início deste trabalho. Tomar o modelo de cirurgião, enquanto analista de um caso, é outra recomendação importante que o autor aborda, uma vez que, consentido dessa função, o analista deixaria de lado todos os afetos e paixões, se distanciando de uma afeição particularmente perigosa para o *setting*: a ambição terapêutica. Essa ambição sufocaria a associação livre no paciente e a atenção flutuante do analista. Assim, o analista teria uma proteção de sua própria vida psíquica e o paciente, o espaço para poder falar livremente, sem que o analista foque em algum dado material. O analista deveria, portanto, “voltar seu inconsciente, como órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente, colocar-se ante o analisando como o receptor do telefone em relação ao microfone” (Freud, 1912b/2010, p.156).

De certo, para que o analista siga essa técnica, é necessário, conforme aponta Freud, a sua análise pessoal, lugar este de reconhecer os seus próprios complexos, sintomas e desejos, possibilitando assim uma apreensão do material que é trazido pelo discurso do paciente que não se arranhe ou confunda com as características pessoais e de sofrimento do próprio analista. Caso falte essa atenção, o jovem profissional acabaria por colocar muito de sua individualidade na sessão, trazendo com excesso sua particularidade ao analisando, confundindo esse jogo de intimidade que se equipara com o modelo da psicologia da consciência, corroborando assim para o tratamento por sugestão. Aliás, como foi comentada anteriormente, a transferência com o paciente estaria prejudicada justamente por essa intimidade que dificultaria a superação da resistência. Por fim, “o médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado” (Freud, 1912b/2010, p.159).

Adiante, Freud comenta sobre a atividade pedagógica que pode recair sobre o médico nas sessões com o seu paciente, ainda que não haja intenção por parte deste sobre a técnica. Prescrever tarefas como meditar sobre um determinado tema, ser sugestivo ao dizer ao paciente para lembrar seu passado e juntar seus conteúdos

estaria na contramão de uma técnica psicanalítica, pelo fato de muitos neuróticos não terem grande aptidão para a sublimação. Não menos importante, não nos esqueçamos de que “com o esforço da vontade e da atenção não se resolve nenhum dos enigmas da neurose, mas somente através da observância do paciente da regra psicanalítica que manda afastar a crítica ao inconsciente e seus derivados” (Freud, 1912b/2010, p.161).

Em *O início do tratamento*, Freud, ao continuar envolto com as questões da técnica psicanalítica, assevera sobre alguns pontos importantes nesse primeiro contato entre analista e analisando. Um deles seria considerar alarmante paciente e analista já se conhecerem fora do *setting*, uma vez que a transferência já estaria pronta, não tendo espaço para vê-la ganhando terreno e crescendo na relação terapêutica (Freud, 1913/2010). Adiante, assevera sobre o analista estar numa posição de paciente em sua análise pessoal. Freud argumenta que, quando estamos familiarizados com a neurose, não há que se surpreender ao saber que o praticante de psicanálise em outros poderá desenvolver fortes resistências quando se está no lugar de paciente.

Tempo e dinheiro serão pontos centrais trazidos por ele ao longo deste texto. Aliás, “a pergunta sobre a duração do tratamento é quase impossível de responder, na verdade” (Freud, 1913/2010, p.171). Em relação ao tempo, cada paciente deverá estar não só implicado no seu uso como também responsabilizar-se por eventuais faltas. Na técnica freudiana, o tempo do atendimento durava 1 hora e, interessante notar, as sessões eram diárias com o mesmo paciente, normalmente seis vezes por semana. Em casos mais brandos e antigos, Freud diz que 3 horas semanais seriam suficientes. Nos dias de hoje, as sessões ocorrem, geralmente, uma vez por semana e o tempo tende a ser de 30 minutos a uma hora.

Pensamos que essa flexibilidade da técnica na clínica contemporânea interfere no processo de elaboração de alguns conteúdos do paciente (sejam neuróticos, psicóticos, perversos, limites etc.). É um outro tempo. Tempo este, muitas vezes, como afirma Freud, requerido pelo paciente como controlável. Frases como “Quanto tempo vai durar o tratamento?” ou “Quanto tempo seria necessário para que você consiga me livrar de meu sofrimento?” contornam uma expectativa do futuro candidato à análise que pode, muitas vezes, mascarar uma resistência para entrar na regra da associação livre. É comum que o paciente espere do analista que diga o que tem que fazer e como fazer para tirar o seu mal-estar. Para esclarecer

esses questionamentos ansiosos do paciente, é importante que o analista seja sincero e direto, dizendo que “a psicanálise requer longos períodos de tempo, semestres ou anos inteiros, mais longos do que espera o paciente. Por isso, temos a obrigação de revelar esse fato ao doente, antes que ele decida finalmente pelo tratamento” (Freud, 1913/2010, p.173).

Em relação ao dinheiro, Freud (1913/2010) faz uma interessante alusão com a obtenção de poder, onde este estaria envolto por questões sexuais, uma vez que, assim como o sexo e a sexualidade, ele é tratado com “a mesma duplicidade, falso pudor e hipocrisia” (p.175). Com essa sinceridade para tratar sobre o honorário com o paciente, o analista estaria num campo ético, como o do cirurgião, que se distancia da filantropia, território este que seria ineficaz para a psicanálise, pois o paciente não se empenharia pelo fim do tratamento e, mais que isso, fortes resistências obstaculizavam a análise, conforme a sua experiência (Freud, 1913/2010).

Acertada a questão do tempo e dinheiro com o paciente, Freud coloca em discussão sobre que ponto e com que material se deve começar o tratamento. Para isso, uma única regra: o paciente deve falar. Falar aqui com a conotação de se permitir por onde deseja começar e que assunto pretende trazer. Assim, o analista observaria que, com o relato do paciente, pensamentos diversos e controversos (ambivalentes), bem como algum assunto que poderia ocasionar aversão pelo paciente, transmitiria aquilo que é da ordem do inconsciente. Não se deve, certamente, fomentar um diálogo sistemático, enfileirado numa história desde a tenra infância.

Importante estar atento quando o analisando, de forma sistemática, organiza o discurso, preparando minuciosamente o que trazer à sessão. Para Freud, a regra técnica da psicanálise, a associação livre, estaria prejudicada no tratamento, tamponada por uma resistência que se traveste de zelo e cuidado quanto ao tempo e ao que trazer ao analista em forma de discurso. Pacientes que também chegam para o tratamento com uma acentuada dificuldade em relatar o seu sofrimento, ainda que continuem regularmente comparecendo às sessões, estariam atingidos pela resistência, o que dificultaria a fluidez do discurso. Para ambos os casos, “deve-se desaconselhar essa preparação, que é realizada apenas para proteger-se da emergência de pensamentos indesejados” (Freud, 1913/2010, pp.182-183).

Por fim, Freud (1913/2010) lança a pergunta: quando devemos iniciar as comunicações ao analisando? A resposta tem de ser: “apenas depois que se

estabeleceu no paciente uma transferência produtiva, um *rapport* apropriado. O primeiro objetivo do tratamento é ligá-lo à terapia e à pessoa do médico. Para isso, não é preciso senão lhe dar tempo” (p.187). Comentário fértil para pensarmos que, logo em seguida, com o desabrochar do movimento psicanalítico, Ferenczi e Winnicott trariam, em suas respectivas técnicas e teorias, essa questão em primeiro plano à análise: fomentar um ambiente-espço acolhedor à fala e aos traumas do paciente.

Importante destacar que Freud assevera que mesmo em estágios posteriores do tratamento, quando o paciente já está de fato transferido à figura do analista, este não deverá comunicar uma tradução de desejo, interpretar algum conteúdo, antes que o analisando esteja, de fato, muito próximo dele, bastando um sensível manejo, um pequeno passo, para que ele se apodere da questão. Isso porque Freud afirma que uma prematura interpretação trazia, como consequência, uma também antecipada interrupção do tratamento, devido às resistências que ali afloravam e, não menos importante, pelo próprio alívio que a solução prematura trazida pelo analista despertava no paciente.

No final deste texto, Freud (1913/2010) aborda sobre o tratamento analítico que consiste, dadas as regras técnicas de seu ofício em fornecer:

as magnitudes de afeto requeridas para a superação das resistências, por meio da mobilização das energias que se acham à disposição da transferência; mediante comunicações oportunas, mostra ao doente os caminhos por onde ele deve guiar essas energias. A transferência pode, frequentemente, eliminar sozinha os sintomas de sofrimento, mas isso apenas de maneira provisória, precisamente enquanto ela dura. Isto seria um tratamento sugestivo, e não psicanálise. [...] a primeira comunicação deve aguardar até que uma forte transferência se tenha estabelecido; e também, acrescentemos toda comunicação posterior, até que seja eliminada a perturbação da transferência pelas resistências de transferência que aparecem uma após outra (pp.191-192).

Pensamos ser este um espaço proveitoso para demarcar a psicanálise como Freud (1976[1926]) a desenhou: um método de tratamento, de investigação do funcionamento inconsciente que redireciona o sujeito ao seu desejo, possibilitando-lhe colocar palavras no sofrimento, naquilo que o torna único, o seu sintoma. Será pela via do sintoma enquanto singularidade do sujeito, não enquanto doença ou

déficit neuroquímico como prevê o modelo da medicina, que o analista exercerá o seu ofício. Eis, então, a função do analista na perspectiva freudiana deste momento: “estudar a superfície apresentada pelo analisando, utilizando a arte da interpretação essencialmente para reconhecer as resistências que nela surgem e torná-las conscientes para o doente” (Freud, 1914a/2010, p. 195).

Em outras palavras, o que Freud pretendeu ao criar sua técnica psicanalítica, sobretudo no que se refere ao tratamento da neurose, foi fortalecer o indivíduo, o seu Eu “sem que isto signifique a eliminação de todos os conflitos, trata-se de aumentar seu poder de ação e autonomia, de dar ao eu uma possibilidade maior de habitar o mundo em que ele vive (...) de colocar o paciente de acordo com o que ele é” (Fulgencio, 2016, p.59).

Ogden (1996), ao comentar sobre o sujeito freudiano utiliza-se da dialética, principalmente no que se refere ao inconsciente e consciente. Ele afirma que o sujeito freudiano “deve ser procurado na fenomenologia daquilo que se encontra nas relações *entre* consciência e inconsciente” (p.15, grifado no original). Este comentário salienta, portanto, que a concepção freudiana de sujeito e subjetividade pode ser pensada a partir da dialética consciente e inconsciente onde, estando mutuamente dependentes, negam, preservam e definem o outro.

Complementando esse comentário, Nicéas (2013) dirá que:

a clínica da psicanálise ancorou-se, portanto, unicamente nas relações do sujeito falante com a linguagem. E se o próprio Freud inscreveu a problemática do amor no dispositivo de palavras que inventou, podemos afirmar que para encontrar uma saída para o narcisismo que significa abrir-se na direção do outro como objeto, é necessário falar. É isso que a experiência analítica nos demonstra reiteradamente: é necessário encadear significantes para que se escrevam, na análise, as histórias de amor (p.104).

A questão do recalque figura então no campo central da discussão sobre as neuroses de transferência. Ao descrevê-lo como aquilo que rejeita e mantém algum conteúdo afastado do Ego, Freud salienta que a função primária do recalque seria perturbar o consciente. Por ser também extremamente móvel, o recalque exige ao aparelho psíquico um constante gasto de energia psíquica. Neuroses de transferência, como a histeria, obsessiva e fóbica são explicitadas na sua obra, trazendo os seus respectivos mecanismos de defesa (Freud, 1915b/2010).

Aliás, cabe salientarmos conforme Freud (1915c/2010) afirma que “tudo o que é reprimido tem de permanecer inconsciente, mas constatemos logo de início que o reprimido não cobre tudo o que é inconsciente” (p. 100). Assim, ao tratar do aparelho psíquico inconsciente, Freud comenta sobre a atemporalidade e ausência de contradição. O conteúdo dos processos mentais inconscientes pode ser comparado, conforme ele aponta como uma população aborígine da psique. Essas contribuições aludem ao fato de que o inconsciente freudiano não deve ser pensado como uma coisa, “comparável às “profundezas” do psiquismo de cujas entranhas emergirá um material misterioso e inacessível ao pensamento consciente” (Garcia-Rosa, 1985/2018, p.65).

Conforme aponta Freud:

a psicanálise nos recomendou abandonar a infecunda oposição entre fatores externos e internos, destino e constituição, e nos ensinou a regularmente procurar a causa do adoecimento neurótico numa determinada situação psíquica, que pode se produzir por diferentes caminhos (1912c/2010, p. 239).

Percebemos, então, que as demandas acolhidas na clínica de Freud, a pedra angular fundamental da psicanálise era sempre lapidada com os novos casos: o material recalçado, de forma por vezes nebulosa aparecia na fala, sendo um material interpretável, colhido pela atenção flutuante do analista. A tarefa do analista era então lidar com a resistência, pois “é do arsenal do passado que o doente retira as armas com que se defende do prosseguimento da terapia, as quais temos de lhe arrancar peça por peça” (Freud, 1914a/2010, p.202).

Afinal, segundo Freud (1912d/2010), o inconsciente é uma estrutura inevitável dos processos que “fundamentam nossa atividade psíquica; todo ato psíquico começa inconsciente e pode permanecer assim ou desenvolver-se rumo à consciência, segundo encontre resistência ou não.” (p.264). Não cabe aqui a conotação de que o inconsciente seja atrelado ao campo do mistério ou do que seria ilógico e caótico, como bem aponta Garcia-Rosa. Ele “não é o mais profundo, nem o mais instintivo, nem o mais tumultuado, nem o menos ilógico, mas uma outra estrutura, diferente da consciência, mas igualmente inteligível” (1985/2018, p.173).

Em seu célebre texto *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud demarca a sua técnica, sustentada pela interpretação do material recalcado e dos mecanismos de resistência do aparelho psíquico:

por fim se formou a técnica coerente de agora, na qual o médico renuncia a destacar um fator ou problema determinado e se contenta em estudar a superfície psíquica apresentada pelo analisando, utilizando a arte da interpretação essencialmente para reconhecer as resistências que nela surgem e torná-las conscientes para o doente. Verifica-se então uma nova espécie de divisão de trabalho: o médico descobre as resistências desconhecidas para o doente; sendo essas dominadas, com frequência o doente relata sem qualquer dificuldade as situações e os nexos esquecidos. (...) Em termos descritivos: preenchimento das lacunas da recordação; em termos dinâmicos: superação das resistências da repressão (1914a/2010, p.195).

Ou seja, a base do tratamento analítico se encontra nos efeitos de fala e da interpretação emergidos na sessão, no encontro entre analista e analisando. Tais efeitos produzirão *a posteriori* no paciente novas formas de se deparar com seu sintoma. Não obstante, uma análise “fornece as magnitudes de afeto requeridas para a superação das resistências, por meio da mobilização das energias que se acham à disposição da transferência.” (Freud, 1913/2010, pp. 191-192). Assim, como vimos anteriormente o texto técnico sobre a transferência, podemos refletir que, conforme Ogden (1996) aponta, esta pode ser pensada por um prisma dialético na medida em que ela representa um passado que se faz presente e um presente que é passado.

A técnica e a teoria psicanalítica freudiana se calcavam, então, no discurso inconsciente que transparecia via atos falhos, sonhos, chistes e na associação livre. Em sua gênese, “o ato psicanalítico pretende realizar a interpretação da estrutura psíquica do analisante, mediante a reestruturação de sua economia libidinal” (Birman, 2014b, p.84). A análise seria, para Freud, aquele lugar para o paciente dizer tudo o que vier à sua mente, comportando-se “por exemplo, como um viajante que está sentado à janela do trem e descreve para seu vizinho, alojado no interior, como se transforma a vista ante seus olhos” (Freud, 1913/2010, p.181). O sofrimento, neste contexto, era então da ordem da representação de um sintoma que, por efeito do recalque, teve seu modo de emergir na consciência via conversões,

atos falhos etc. Um linguajar, portanto, dotado de simbolização. Nesta perspectiva, constatamos que o modelo da neurose deriva de “conflitos entre as instâncias psíquicas e a realidade, e podem ser compreendidos em termos de formações de compromisso e estão articulados à angústia de castração” (Junqueira, 2016, p.41). Aliás, conforme aponta Freud (2010/1912b), para atender o paciente neurótico, uma das recomendações fundamentais que o analista deverá estar advertido é de que sua ambição terapêutica deverá ser restringida ao máximo e, nesse lugar, o “médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado” (p.159). Contudo, em se tratando dos casos-limite, o paciente necessita algo além do espelho, ou seja, uma imagem outra, a do analista, que testemunhe sua presença, voz e movimentos corporais, fomentando a construção de uma história menos fragmentada no discurso. A possibilidade de enxergar o corpo do analista pode muitas vezes ser necessário para esses sujeitos, ou seja, o divã não seria um dispositivo tão usado.

Tendo em vista que se trata de casos com questões referentes a constituição subjetiva precoce, muito anterior à experiência do complexo de Édipo, a interpretação clássica freudiana, operada pelo recalque como balizador na construção do psiquismo, não seria a principal modalidade de intervenção quanto ao manejo técnico na clínica, sendo necessário que o analista acolha o que é dito posicionando-se em outro lugar, pois, nesses casos, os “traumas precoces de que sofreram esses pacientes comprometem justamente a capacidade de representação e de contato com a realidade, elementos centrais da formação de sintomas simbólicos organizados pelo recalque” (Junqueira, 2016, p.42). Enfim, não consiste então de trazer a luz o recalque, o conflito psíquico edípico, uma vez que “trata-se de um período pré-objetal, pré-representacional e pré-simbólico, durante o qual o indivíduo, extremamente imaturo, não é ainda, ele mesmo uma unidade – que tenha dentro e fora, realidade interna e realidade externa –, mas forma uma unidade com o ambiente” (Dias, 2014, p.12, grifado no original).

Além disso, como salienta Dias (2014), a interpretação usada “desenfreadamente” acabaria fragilizando o vínculo com o paciente devido a certa ansiedade do analista em se mostrar brilhante, usando de sua função para se vangloriar, espantar algum sono ou até mesmo para defender-se do analisando com suas identificações projetivas. Pode ser usada, também, como uma forma de tentar provar a todo custo e circunstância sua teoria, antecipando o momento criativo e

peçoal do paciente, dificultando que “ele aproprie de sua crescente capacidade de comunicar a necessidade, inibindo assim o impulso criativo” (Dias, 2014, p.49).

O analista, travestido de máquina interpretativa de forma selvagem, cortaria selvagemmente o frágil e importante vínculo que todos os pacientes necessitam ter. Tudo isso, por ânsia em fazer com que o paciente apreenda a sua interpretação, caindo facilmente num cunho pedagógico que de nada soma a experiência analítica. Enfim, “se desconsiderando a imaturidade do paciente, a interpretação é dada, o paciente pode entender intelectualmente a comunicação e registrá-la, tentando, talvez pela necessidade que tem da análise, “convencer-se” da justeza da mesma” (Dias, 2014, pp.56-57).

A partir dos estudos de Freud durante as duas grandes guerras mundiais, temos um vasto material para refletir sobre essa temática na clínica dos casos-limite, isto é, como alguns impasses na clínica freudiana, a partir de atendimentos graves, puderam ampliar o modo de pensar os atendimentos de casos de não neurose.

2.3

Pulsão de morte e a construção de uma nova técnica

Passado um tempo dos estudos sobre a técnica, Freud, imerso no período pós-guerra, começa a atender uma clientela que trazia nos sonhos conteúdos traumáticos advindos deste período, o que o confrontou com sua técnica estabelecida até então. Eram as chamadas neuroses traumáticas, efeito de acidentes ferroviários e outros que colocavam em risco a vida dos soldados. Estes sujeitos poderiam ser pensados também como pessoas de ricos sintomas motores semelhantes aos da histeria do final do século XIX, porém, o sofrimento subjetivo passava pela melancolia ou sintomas hipocondríacos, atrelados a um enfraquecimento das funções psíquicas (Freud, 1920/2010). Se até o momento o estudo dos sonhos era considerado como a via régia para o inconsciente, na neurose traumática esse sonho “têm a característica de que o doente sempre retorna à situação do acidente, da qual desperta com renovado terror” (Freud, 1920/2010, p.169). Ou seja, pela primeira vez é chegado o momento de admitir uma exceção ao axioma de que o sonho sempre seria a realização de um desejo.

Estaria nascendo uma modificação da técnica ao se deparar com o que ele chamou de pulsão de morte, no texto de 1920 intitulado *Além do princípio do prazer*. Neste texto, Freud comenta que não é mais correto pensar que o princípio do prazer dominaria o curso dos processos psíquicos. Ao longo deste artigo, o autor comenta que após 25 anos de estudos sobre a teoria e técnica da psicanálise era necessário e natural aceitar suas modificações frente aos pacientes que ele atendia.

A psicanálise, até então, estava imersa na arte da interpretação (Freud, 1920/2010). Seus limites eram postos na medida em que o paciente não poderia lembrar-se de tudo que estava recalado. Eis, então, a modificação da técnica: o paciente “é antes levado a *repetir* o reprimido como vivência atual, em vez de, como preferiria o médico, *recordá-lo* como parte do passado.” (Freud, 1920/2010, p.177, grifado no original). Ou seja, a compulsão à repetição deveria estar ligada ao inconsciente recalado, não havendo, assim, uma busca do prazer pelo aparelho psíquico, de realização do desejo, mas sim uma reprodução, pelo sonho, da própria situação ou vivência traumática (Freud, 1920; Gomes, 2017). Kupermanm (2008b) aponta que Freud “reconhece que a prática psicanalítica, originalmente uma “arte interpretativa”, frente ao fenômeno da compulsão à repetição, passaria a privilegiar, lado a lado com a interpretação, os afetos vividos na relação transferencial. A experiência analítica ficaria, assim, menos referida ao seu registro inteligível, e mais atenta ao campo do sensível e do que nele se pode produzir como sentido” (p.91).

Gomes (2017) salienta que apesar do clássico texto *Recordar, Repetir e Elaborar* ser um dos escritos anteriores de Freud em que ele mais esteve envolto aos fenômenos da repetição, será em *Além do princípio do prazer* que o pai da psicanálise se depara com a compulsão à repetição estando situada além do princípio do prazer, o que, de fato, o obriga a redimensionar toda sua teoria e técnica em relação ao aparelho psíquico.

Mas como esse processo da compulsão à repetição age no psiquismo do sujeito? Freud comenta que:

é claro que a maior parte do que a compulsão de repetição faz reviver causa necessariamente desprazer ao Eu, pois traz à luz atividades de impulsos instintuais reprimidos, mas é um desprazer que já consideramos, que não contraria o princípio do prazer, é desprazer para um sistema e, ao mesmo tempo, satisfação para o outro.

Mas o fato novo e digno de nota, que agora temos que descrever, é que a compulsão à repetição também traz de volta experiências do passado que não possibilitam prazer, que também naquele tempo não podem ter sido satisfações (1920/2010, p. 179, grifo nosso).

Alguns casos atendidos por Freud são explicitados para exemplificar o que foi dito acima: pessoas que sempre são traídas por um amigo ou amantes que repetidamente conduzem uma relação amorosa com as mulheres, chegando sempre ao mesmo fim seria nada menos que “supor que na vida psíquica há realmente uma compulsão à repetição, que sobrepuja o princípio do prazer (...) compulsão à repetição e direta satisfação prazerosa do instinto parecem aí entrelaçadas em íntima comunhão” (Freud, 1920/2010, p.183). Ele coloca, assim, experiências traumáticas na base do psiquismo, o que, ao nosso ver, nos ajuda a pensar sobre os casos-limite, por exemplo, os casos de automutilação, que compromete os limites psíquicos, e afeta e dificulta as possibilidades relacionais, demandando uma escuta do analista que presencie o sofrimento na carne e com o seu próprio corpo. A automutilação poderia ser pensado como uma compulsão à repetição.

Ou seja, “Freud está buscando um princípio anterior e mais primitivo do que o princípio do prazer. O “além” deve ser entendido como referindo-se à direção da busca pelos princípios mais fundamentais. Não à direção do desenvolvimento do indivíduo” (Gomes, 2017, p.196). Com o termo pulsão de morte, Freud irá estabelecer um novo modelo pulsional.

Gomes, ao trabalhar sobre este conceito, acentua que:

haveria então, de um lado, pulsões de morte, que buscam de fato a volta ao inorgânico, mas, de outro, pulsões de vida, que englobam agora tanto as pulsões sexuais, quanto as de autoconservação. O ódio e o sadismo passam agora a ser vistos como derivados, pelo menos parcialmente, das pulsões de morte. A última formulação (...) é a que se aproxima, ou identifica, a pulsão de morte ao princípio de Nirvana, ou seja, à busca por um nível zero de tensão. *Nesse sentido, o próprio princípio do prazer estaria a serviço da pulsão de morte* (2017, p.216, grifo nosso).

Ao final do texto, Freud nos contempla com a frase “o princípio do prazer parece mesmo estar a serviço dos instintos de morte (...) *temos de ser pacientes e aguardar novos meios e oportunidades de investigação*” (1920/2010, p.238, grifo

nosso). Aqui, pensamos que o autor deixa claramente uma abertura para a sua técnica, que deveria reverberar no próprio movimento psicanalítico. Isso persiste e se estende ao longo de textos fundamentais que seriam dois dos últimos escritos (inacabados devido à velhice e ao câncer de boca que o acometeu), onde, também por efeito da Segunda Guerra Mundial, o autor desbrava novas trilhas em sua clínica, absorvendo ares que exigirão uma ampliação do conceito de interpretação, recalque e tempo de uma análise (Freud, 1937a, 1937b).

Textos como *Construções em análise* e *Análise terminável e interminável*, ambos de 1937, demarcam os limites da técnica que Freud até então postulava em seus casos de neurose de transferência e, além disso, traz a questão do limite de sua clínica e da própria psicanálise, o que faz o pai da psicanálise mostrar que a teoria psicanalítica se inventa no limite, tornando o fazer psicanalítico algo único (Herzog, 2011). Em *Construções em análise*, ele lança novas impressões teóricas frente a questões subjetivas inconscientes mais primitivas. Este texto se situa justamente na problemática encontrada por Freud em sua clínica ao se deparar com “registros de funcionamento onde a síntese não opera, onde reinam o desligamento, a pulsão de morte, a clivagem, e nos quais o analista deve sustentar a função de religamento pela construção” (Roussillon, 2006, p.131). Ao comentar sobre esse importante efeito da psicanálise, a construção/reconstrução, Freud (1937a/2018) compara o sensível trabalho do analista ao do arqueólogo “que faz a escavação de uma localidade destruída e enterrada ou de uma edificação antiga” (p.330), ao passo que o analista obtém informações a partir de lembranças e associações do analisando.

Enquanto o arqueólogo escava objetos destruídos pela força do tempo e das leis ambientais, impossibilitando dessa forma o objeto original, o analista irá trabalhar com o objeto psíquico e que por isso seria muito mais complexo sua construção, “pois a estrutura íntima deste ainda esconde muita coisa misteriosa” (Freud, 1937a/2018, p.332).

Ao passo que a interpretação “diz respeito àquilo que se faz com um elemento do material, com uma associação, um lapso, etc” (Freud, 1937a/2018, p.333), a construção seria, também mediante transferência, o lugar que o analista irá lapidar um pedaço de história que o paciente traz - lembrando que toda construção, como adverte Freud (1937a/2018), é incompleta, uma vez que contorna um pequeno fragmento do que foi esquecido pelo paciente e que, por isso, “o caminho que parte da construção do analista deveria terminar na recordação do

analizando” (Freud, 1937a/2018, p.339). Nas palavras de Ferenczi (1928/2011), podemos dizer que “o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (p.38).

Como apontam Herzog & Ferreira (2014), a grande diferença entre interpretação e construção seria a capacidade imaginativa do analista na cena transferencial, ressaltando, evidentemente, que não deveria se sobrepor a do analisando. As autoras salientam que essa capacidade é uma importante ferramenta clínica quando se trata de processos inconscientes mais precoces, o que a nosso ver tem a contribuir e muito para a técnica dos casos-limite. Freud esclarece no texto *Construções em análise* a importância da relação intersubjetiva, onde o trabalho analítico envolve duas pessoas, com suas respectivas tarefas singulares, cabendo ao analista o cuidado para adiar uma construção, até que o paciente tenha, ele próprio, na transferência e no recontar de sua história “se aproximado dela a ponto de lhe faltar apenas um passo, que é, no entanto, a síntese decisiva (...) se lhe jogássemos nossas interpretações antes de estar preparado para elas, a comunicação não teria efeito.” (Freud, 1938, p.233). Esse comentário muito corrobora o já citado *Recordar, Repetir e Elaborar* há mais de 20 anos escrito por ele. Caso o analista tenha pressa, a resistência do analisando surgiria com total força, podendo dificultar ou até mesmo interromper o trabalho.

Enquanto a interpretação estaria voltada a questões de ato falho ou associação livre, desconstruindo, fragmentando, portanto, algum material recalçado do paciente, a construção “diz respeito à apresentação por parte do analista de um fragmento esquecido da história primitiva do paciente (...) uma construção seria necessária antes de se considerar a pertinência de uma desconstrução” (Herzog & Ferreira, 2014, p.29). Aqui, as autoras apontam sobre a importância da construção/reconstrução mediante transferência com pacientes onde o Eu dá constantes sinais de fragilidade e instabilidade. Não obstante, é certo que essa construção sensível da análise se dá mutuamente entre analista e paciente, sendo fruto de uma relação transferencial. Podemos pensar, portanto, que “pouco a pouco, a análise torna-se um fragmento da história do paciente, que ele passa uma vez mais em revista antes de separar-se de nós” (Ferenczi, 1928/2011, p.39). Portanto, ao se deparar com os casos fronteiros, cabe ao analista “fazer mais afirmações do que perguntas, isto é, de explicitar o surgimento de um desejo, ao invés de buscar a

interpretação do desejo que, em realidade, ainda não se constituiu” (Herzog & Ferreira, 2014, p.34).

Por fim, no texto *Análise terminável e interminável*, Freud trata, quase de forma cética, sobre a eficácia da psicanálise frente aos sintomas da neurose e sua pulsão de morte - prerrogativa um pouco distante dos textos da técnica comentados anteriormente e que se conglomeraram no início do século XX. Trata dos limites da psicanálise enquanto técnica para a cura da neurose (Herzog, 2011). Abordando sua vasta experiência clínica até então, Freud dirá que a análise é um processo lento e demorado. Isso porque liberar as inibições do paciente e trabalhar com a resistência na transferência requer tempo e manejo do analista, pouco adiantando encurtar a duração do tratamento, até porque a análise estaria voltada para o fortalecimento do Eu, o que exige um tempo (Freud, 1937b/2018).

Afinal, reflete Freud em seu texto, existiria um fim natural para a análise? Para responder a essa questão, o autor argumenta que é necessário pensarmos sobre a frase “fim de análise”. Uma análise pode terminar quando um analisando superou seu sintoma, ou seja, que não o mais faça sofrer. Já um outro significado para o fim da análise seria mais ambicioso. Ele questiona se há, de fato, possibilidade de uma análise atingir “um nível de absoluta normalidade psíquica, estando o paciente totalmente estável, repellido de toda resistência que o acomete e o faz sofrer” (Freud, 1937b/2018, p.280). Ou seja, aos analistas, seria importante “em vez de pesquisar como se dá a cura pela análise, deveriam perguntar que obstáculos se põem no caminho da cura analítica” até porque “não temos como prever a sorte de uma cura” (Freud, 1937b/2018, pp.282-285).

Ao comentar sobre a possibilidade definitiva de resolução do conflito entre o Eu e a pulsão, Freud disserta que o objetivo da análise não seria esse, pelo contrário, se seguisse essa concepção, de modo que a pulsão nunca mais se manifestasse, a análise seria impossível, já que o Eu é integrado ao circuito pulsional, uma vez que eles se comunicam sistematicamente e de forma constante. Caberia, isso sim, ao processo analítico propiciar o que ele denomina como um “amansamento” da pulsão (1937b/2018, p.287). Ou seja, “a verdadeira realização da terapia analítica seria a correção a posteriori do processo de repressão original” (Freud, 1937b/2018, p.290).

Freud diz que os diversos mecanismos de defesa são constituídos, ao longo do desenvolvimento do Eu, tendo como função principal afastar os perigos da

consciência. E será na cena analítica que estes mecanismos - como a projeção, o deslocamento, a racionalização, a sublimação e a resistência - poderão “atuar” de forma transferencial - o que resultaria, também, na concepção de que “a própria cura é tratada como um novo perigo pelo Eu” (Freud, 1937b/2018, p.306).

Em seguida, consideramos oportuno destacar uma parte deste texto tão importante que continua a ressoar na clínica:

cada indivíduo normal é apenas medianamente normal, seu Eu se aproxima daquele do psicótico nesse ou naquele ponto, em extensão maior ou menor, e o grau de distanciamento de um extremo da série e de aproximação ao outro será para nós, provisoriamente, uma medida dessa “alteração do Eu”, tão imprecisamente definida. Se perguntamos de onde podem vir os variados tipos e graus de alteração do Eu, a primeira alternativa inescapável é de que são congênitos ou adquiridos. [...] Se são adquiridos, certamente o são no curso do desenvolvimento, desde os primeiros anos de vida. Desde os primórdios o Eu tem de buscar realizar sua tarefa de mediar entre o seu Id e o mundo externo, a serviço do princípio do prazer; de proteger o Id dos perigos do mundo externo (Freud, 1937b/2018, p.300-301).

Nesse trecho, pensamos que os casos-limite estariam, como Freud coloca sobre as alterações do Eu, no curso dos primeiros anos de vida, no desenvolvimento desse Eu. Na análise, a sensação que o analista pode ter frente à transferência e contratransferência é “de não haver trabalhado com argila, mas escrito na areia” (Freud, 1937b/2018, p.310).

Um trecho deixa isso de forma mais destacada, ao abordar sobre a clínica dos casos graves:

em outro conjunto de casos somos surpreendidos por uma conduta que só podemos relacionar a um esgotamento da plasticidade normalmente esperada, da capacidade de mudar e seguir se desenvolvendo. *Estamos preparados para um certo grau de inércia psíquica na análise;* [...] nos casos a que me refiro, todos os desenvolvimentos, vínculos e distribuições de força se revelam imutáveis, fixos e rígidos. É como vemos em pessoas bem idosas, nas quais se explica mediante a assim chamada força do hábito, o esgotamento da receptividade, uma espécie de entropia psíquica; mas aqui se trata de pessoas ainda jovens. *Nossa preparação teórica parece insuficiente para apreender corretamente esses tipos; provavelmente estão envolvidas características temporais, mudanças num ritmo*

de evolução da vida psíquica que ainda não foi considerado (1937b/2018, p.310, grifos nossos).

Mais uma vez, pensamos que Freud está dando indícios sobre o *limite* de sua técnica nestes casos e afirmando a importância do movimento psicanalítico se atentar a esse modelo de sofrimento.

Num de seus últimos escritos, *Compêndio de psicanálise* (Freud, 1938/2018), texto que pode ser pensado como um dos grandes tratados sobre a técnica psicanalítica clássica, Freud afirma que há quadros graves que não estariam no campo da psicose, mas que se aproximam dela no seu grau de sofrimento: os neuróticos severos. No caso desses pacientes os “determinantes e os mecanismos patogênicos da sua doença devem ser os mesmos ou, pelo menos, muito semelhantes. Mas o seu Eu se mostrou mais capaz de resistência e se tornou menos desorganizado” (Freud, 1938/2018, p. 227). Estaria Freud justamente comentando sobre os casos-limite, ainda que não se encontre essa terminologia em seus escritos? A seguir, ele comenta que a técnica também deverá se adequar a esses casos, pois seria necessário “verificar até onde e por quais vias podemos ‘curá-los’” (1938, p.227).

A partir desse comentário de Freud sobre a questão dos limites da técnica, Figueiredo (2008) observa que a nomenclatura dos casos-limite já evidencia esse assunto, pois

originalmente, a problemática do *limite* nos “casos-limite” era vista como decorrência da falta de um lugar próprio para certos pacientes que não se conformavam à classificação mais tradicional das estruturas, isto é, pareciam se situar em uma *região fronteira* entre a psicose, neurose e perversão, com traços das três, mas com elementos refratários a todas as inclusões fáceis e consensuais. A esse “entre”, referia-se então o conceito de “margem”, “borda” ou “limite”, constante do termo *borderline*. (Figueiredo, 2008, pp. 78-79, grifado no original).

Pensamos que contribuições como a de Ferenczi sobre os casos graves aludem a essa questão, lapidando a técnica freudiana sem romper com sua base epistemológica de apontar o inconsciente como questão central para a constituição psíquica. Com os pós-freudianos, o leque de sintomatologias foi sendo paulatinamente sistematizado na teoria e na clínica, dando novos ares para uma

escuta mais sensível (Fontes, 2010). É chegada a hora de conhecermos um dos psicanalistas contemporâneos a Freud que mais aprofundou sobre a questão da técnica na psicanálise e ajudou a pensar sobre a clínica dos casos graves.

3

A clínica *ferencziana* e a abertura para novas modalidades da técnica psicanalítica

É impossível aprender a psicanalisar nos livros.

Ferenczi – Apresentação sumária da psicanálise

Sándor Ferenczi nasceu na Hungria (1873 – 1933). Estudou medicina em Viena, exercendo posteriormente em Budapeste atividades como neuropsiquiatria e medicina em geral. Entre 1914 e 1916, de maneira descontínua, foi paciente de Freud, momento em que germinaria o seu gosto pela psicanálise. Se aprofundou no estudo da metapsicologia de tal forma que o destacou dentre os demais na época como um autor original, assumindo uma condição de clínico e criador de uma obra. Sua originalidade no movimento psicanalítico pretendia ser “os desdobramentos metodológicos das novas e ousadas formulações freudianas” (Birman, 2014b, p.79).

Considerado como um “espírito inquieto” (Ferenczi, 1931/2011) por seus atendimentos nos casos de neuroses graves e pela crítica à ortodoxia de seu mestre, acabou se denominando como algo intermediário entre aluno e professor, o que fez dele um dos principais discípulos de Freud e tradutor de sua obra na língua húngara (Ferenczi, 1930/2011). A assim conhecida “criança terrível da psicanálise” abriu as chagas de uma institucionalização dura e disciplinar da teoria psicanalítica realizado pela International Psychoanalytical Association – IPA, sendo um grande psicanalista e autor, possibilitando um outro olhar para a clínica, sobretudo relacionada aos casos de não neurose (Birman, 2014b).

Sua colaboração clínica e teórica à psicanálise continua a ecoar em nossa contemporaneidade, e, certamente, traz valiosas contribuições a clínica dos casos-limite, ao colocar como importância fundamental na escuta do analista temas como o fator ambiental na etiologia das patologias e a importância do tato e da honestidade do analista (Medeiros & Peixoto Jr, 2016). Conhecido por ser o terapeuta que tratava de casos ditos “difíceis”, acolhia em sua clínica casos recusados por outros psicanalistas, isto é, “pacientes catalogados como não analisáveis ou situados nos *limites* do analisável. Psicoses, estados-limite, estruturas

psicossomáticas e neuroses narcísicas não deixaram de ser acolhidos em seu divã” (Birman, 2014b, p.27, grifado no original).

Como aponta Kupermanm (2008c), os sofrimentos psíquicos da contemporaneidade são marcados pelo signo do abandono, da passagem ao ato, “de tal maneira que se poderia postular vivermos em uma “era da insensibilidade”, na qual a singularidade tende a ser abolida junto à alegria e à dor de existir” (p.122). Essas questões que hoje são um desafio para nós analistas, em Ferenczi, já estava também posta.

As contribuições de Figueiredo (2008) sobre os pacientes limítrofes nos ajudam a dimensionar quão graves eram os casos atendidos por Ferenczi, pois tais casos apresentavam

uma dificuldade muito mais acentuada em construir e sustentar uma imagem suficientemente integrada e estável de si e de seus objetos para que, mesmo sofrendo alterações de magnitude e de valor, eles permaneçam com suas fronteiras mais ou menos delimitadas e suas existências asseguradas. Para esses pacientes, ou os objetos aparecem e desaparecem subitamente (como que lembrados e esquecidos alternadamente), ou trocam subitamente de valor afetivo, sendo que em cada extremo da escala bom-mau a valência tende a se absolutizar. Portanto, ora parecem estar operando vínculos de dependência extrema diante de objetos muito bons, ora esses vínculos parecem nunca ter existido ou parecem estar sendo furiosamente renegados diante de péssimos objetos (p.86).

Ferenczi prova que a psicanálise pode ser aplicada e desenvolvida também teoricamente pela experiência que esses casos trazem. Aliás, deixava claro que Freud comentara que suas inovações na teoria e técnica psicanalítica poderiam gerar frutos no futuro (Ferenczi, 1931/2011). Dessa forma, sua clínica foi se desabrochando a partir dos casos graves que eram difíceis de serem abordados pelas concepções teóricas e técnicas de Freud, o que o levou a um diferente estilo de clínica, como veremos a seguir. Nesses casos graves, “o que se destacava era a desestruturação psíquica” (Pinheiro, 1995, p.121), temática esta apresentada também por Freud (1928/2018) ao relatar sobre os neuróticos severos. A psicanálise precisava estar atenta em relação a técnica empregada nesses casos, dando assim um espaço maior para a construção em análise (Freud, 1937a/2018).

Ao comentar sobre a importância da técnica psicanalítica freudiana, Ferenczi (1928/2011) a diferencia da técnica psicológica, que possui seu lugar epistemológico enquanto ciência e pode ser resolutiva em algumas demandas simples e rápidas. Contudo, a psicanálise “trata-se de algo muito mais elevado: apreender a tópica, a dinâmica e a economia do funcionamento psíquico, e isso sem a impressionante aparelhagem dos laboratórios” (p. 30). Assim como Freud em seus textos metapsicológicos, o analista húngaro demarca a teoria psicanalítica estando distante da ciência psicológica. A psicanálise não estaria a serviço de um apaziguamento, encorajamento, piedade ou uma boa vontade do analista, pela compreensão total dos conteúdos trazidos pelo paciente. O que importa, como vimos, na perspectiva da técnica clássica, seria trazer à luz da consciência algum material recalcado (Freud, 1914/2010; Ferenczi, 1932/1990).

Aliás, conforme aponta, as interpretações do analista deverão estar resguardadas em certos limites para não se tornar uma atitude professoral ou de mestre, tema que consideramos válido para os atendimentos com os casos-limite. Podemos afirmar, então, que uma das mais notáveis contribuições teóricas de Ferenczi se refere à problematização da técnica clássica, quando ele começa a articular a sua técnica com a repetição da experiência traumática em análise (Medeiros & Peixoto Jr, 2016). O aspecto decisivo apreendido no curso das formulações de Ferenczi é a “compreensão do campo transferencial como um plano de compartilhamento afetivo que, por meio do encontro lúdico, favorece a produção de sentidos para as experiências de cada um dos parceiros da análise” (Kupermanm, 2008b, p.93).

Podemos agora acompanhar um dos conceitos fundamentais que Ferenczi traz ao movimento psicanalítico: o “sentir com” (*Einfühlung*), o tato. Ele não deve ser reduzido como intuição do analista. Caberia, também, levar em consideração a “apreciação *consciente* da situação dinâmica” (Ferenczi, 1928/2011, p.41, grifado no original). O “sentir com”, esse estilo clínico diferenciado, ajudaria o analista a mergulhar de forma profunda nas sensações do analisando, sabendo, inclusive, em que momento intervir e como pontuar os conteúdos trazidos pelo paciente, sendo possível encurtar de forma considerável o tempo da análise (Ferenczi, 1932/1990; Kupermanm, 2008d). Enfim, era muito importante saber “quando e como se comunica algo ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é

suficiente para *extrair* dele certas conclusões” (Ferenczi, 1928/2011, p.31, grifos nossos).

Ao trazer o campo da sensibilidade para o jogo da análise, Ferenczi

indica uma nova sensibilidade clínica, necessária para tratar de sujeitos que nem sempre se comunicam pela via do representável. Mas atenção: não se trata aqui de valorizar uma subjetividade arbitrária ou uma simbiose afetiva com o paciente. Ferenczi, quer, justamente, criticar um empirismo da espontaneidade que levaria o analista a pautar suas intervenções no investimento narcisista em sua própria pessoa. Por isso mesmo, ele não confere ao tato – e ao sentir com – uma dimensão mística, mas uma conotação musical (Gondar, 2017, p.47).

Assim, o analista deveria estar voltado, também, aos seus afetos que permeiam o processo analítico, pois será esta operação que permitirá com que ele consiga “sentir com” os afetos do analisando, “procurando colocar seu ‘tato’ na mesma frequência vibracional – no mesmo ‘diapásão’ – dele” (Silveira, 2006, p.47).

Conforme esse pensamento a análise seria “um processo evolutivo que se desenrola sob os nossos olhos, e não como um trabalho de um arquiteto que procura realizar um plano preconcebido” (Ferenczi, 1928/2011, p.32).

Assim, Teresa Pinheiro ao comentar sobre o tato dirá:

o tato, que Ferenczi definiu como a capacidade do analista de “sentir com”, pode ser também compreendido como a capacidade de se representar o vivido do paciente. O tato é uma distância justa, nem a mais nem a menos, um poder “sentir com” sem “ser como”. O conceito de tato torna-se fundamental para a compreensão de sua proposta técnica, assim como a revisão dos conceitos que participavam da pré-história e da história da teoria da clínica freudiana (1995, pp.110-111).

Ferenczi deixava explícito em seus escritos que seus estudos não corroboravam com frases típicas da época como a de uma resistência do paciente ser considerada insuperável ou impossível de ser desvelada ou casos de sofrimentos narcísicos graves em que a transferência não poderia ser possível. Na verdade, acreditava que, enquanto o paciente comparecia às sessões, independentemente de sua demanda, “o fio de esperança não se rompeu” (Ferenczi, 1931, p.81). Ao refletir sobre a posição do analista, Ferenczi nos convoca a pensar se, ao afirmar que um

paciente é extremamente resistente à técnica psicanalítica, estaríamos, na verdade, usufruindo do nosso conforto teórico, na figura de um mestre que tudo sabe. Ele combatia, portanto, uma cena passiva, submissa do paciente perante o analista.

Após a análise com Freud, podemos dividir a sua obra em três momentos cruciais (Birman, 2014b): 1) O período que formula o conceito de *técnica ativa*, promovendo mudanças consideráveis da postura do analista frente a descargas pulsionais do paciente nas sessões, época marcada entre 1919 e 1926; 2) O período de 1927 até a sua morte, onde estabeleceu a problemática da *neocatarse* na clínica, momento em que centralizou uma discussão frente a relação entre o infante e as figuras parentais, tornando a experiência analítica do adulto bastante próxima da experiência analítica com as crianças (1931/2011); 3) Por fim, um terceiro momento se situa em seu *Diário Clínico* (Ferenczi, 1932/1990), onde o autor, dentre vários temas, irá discutir sobre a questão da análise mútua, em que estaria em análise também o analista e não somente o analisando.

Uma de suas contribuições clínicas ao movimento psicanalítico, a técnica ativa, é introduzida com o texto *Dificuldades técnicas de uma análise de histeria*. Ferenczi (1919/1993) traz um caso de uma paciente que teria estagnado na análise, irrompendo, assim, impasses no tratamento. Ao passo que o trabalho não avançava mediante associação livre, pedra central da teoria psicanalítica juntamente com a interpretação, o psicanalista acaba fixando um prazo para o tratamento, ao observar que suas interpretações e as poucas associações da paciente não levavam a lugar algum. Obviamente, a paciente acaba por encerrar as sessões sem o consentimento do analista, demarcando uma acentuada insatisfação com tal atitude. Mais tarde, ela volta com os sintomas que a levaram procurar a análise no início.

Ferenczi observava como esta paciente se deitava no divã, certamente, um olhar investigativo que perdurou ao longo de algumas sessões para se chegar no fato de que essa jovem histérica tendia a ficar de pernas cruzadas, apertando as coxas uma com a outra. Para Ferenczi, se tratava de um onanismo, uma prática velada de masturbação. Proibindo que a paciente ficasse assim ao longo das sessões, ela poderia manifestar o seu ódio transferencial. Ferenczi observa que muitas fantasias trazidas até então por essa paciente remetiam a lembranças que estavam até então soterradas no inconsciente. Com o passar do tempo, “vários sintomas histéricos ainda não resolvidos encontraram sua explicação em fantasias e lembranças genitais que se tornaram agora manifestas” (Ferenczi, 1919/1993, p.3).

A técnica ativa previa sua utilização em alguns casos, principalmente em determinados momentos, quando, sob efeito de uma longa análise, o paciente não demonstrava melhora ou não trazia material novo.

A partir dessa “avalanche” de fantasias e associações livres que até então estavam congeladas na análise, graças ao comentário sobre o modo como a paciente se posicionava no divã, Ferenczi afirma que esse caso exigiu que ele estabelecesse uma nova regra analítica: suprimir verbalmente qualquer onanismo, tique ou sinais que emperrassem o processo de associar livremente. Estaria nascendo assim a técnica ativa.

Esse conceito coloca o analista justamente numa posição mais ativa no tratamento com o paciente, isto é, realizando atos, pela palavra, para que os impasses advindos da experiência analítica se dilua, possibilitando abertura para a retomada da cadeia associativa. Deste modo, para Ferenczi, seria incomum que no final de uma análise, o analista não tenha realizado certas intervenções ativas como, por exemplo, fixar um prazo para o término do tratamento. Sua proposta seria provocar uma distribuição da energia psíquica do paciente, como se fosse uma irritação frente a sensibilidade do ego (Ferenczi, 1920/1993), o que difere essencialmente do método catártico pois, na primeira “a atividade suscitada no paciente é apenas um meio com vistas a um fim ao passo que na catarse a descarga de afetos era considerada um fim em si” (Ferenczi, 1920/1993, p.123).

Os estudos sobre a técnica ativa e a regressão no percorrer do tratamento psicanalítico acirrariam as diferenças entre Freud e Ferenczi, dado que o psicanalista húngaro estava nesse período muito centrado à figura da mãe e aos cuidados por ela oferecidos ao bebê, no começo da vida (Graña, 2016). Como aponta Kupermann (2008b), Ferenczi visava romper com a lógica da abstinência do analista ao emitir proibições ou injunções que incidiam no corpo, no circuito pulsional do paciente. Com isso, acreditava que a associação livre pudesse voltar a acontecer.

A técnica ativa objetivava o reencontro com eventos traumáticos não simbolizados pelo paciente que, via transferência, eram revividos (Medeiros & Peixoto Jr, 2006). Ferenczi aponta que tal técnica não propõe de forma alguma mimar o paciente, deixando num estado nirvânico. Pelo contrário, uma das tarefas da análise conforme ele aponta é que o paciente consiga suportar o sofrimento, seu sintoma, até porque quantidades “excessivas de ternura para com os pacientes e as

crianças podem servir mais às próprias tendências libidinais, talvez inconscientes, do que a promover o bem-estar daqueles de quem nos ocupamos” (Ferenczi, 1931, p.77).

A técnica deveria ser usada em casos excepcionais e teria como finalidade “(...) promover ou acelerar a investigação do material psíquico inconsciente” (Ferenczi, 1920, p.109). Ou seja, como dissemos, a técnica ativa não era utilizada de forma constante, corriqueira, devendo, inclusive, ser usada somente por analistas que dominassem as técnicas clássicas (Silveira, 2006). Ferenczi deixava claro que não se tratava, contudo, de uma reformulação da técnica psicanalítica freudiana (Pinheiro, 1995).

Como toda técnica, a técnica ativa possui algumas contraindicações: quando usada no início de uma análise, seria nociva, uma vez que o paciente já tem um intenso trabalho psíquico a fazer – a associação livre –. Ela não poderia ser utilizada quando haveria uma “transferência fraca”, ou não suficientemente consolidada pois daria o ar de uma psicanálise selvagem o que só traria complicações para o tratamento. A técnica ativa deveria acontecer em um solo seguro de transferência entre o paciente e analista, uma vez que ela luta contra o princípio do prazer (Ferenczi, 1920/1993). Enfim, com as injunções e interdições que propôs, Ferenczi “pretendeu romper a petrificação erótica e pôr o desejo novamente em movimento” (Birman, 2014b, p.60).

A constante dúvida que percorreu todo o seu trabalho e sua clínica, a saber, qual o lugar do analista (Birman, 2014b), estaria agora contornada por uma rede que exigirá dele cada vez menos passividade ou, de buscar oferecer menos interpretação num caso e mais interdições e injunções, questão chave da técnica ativa, embora mantendo constantemente “a situação de abstinência segundo Freud” (Ferenczi, 1920/1993, p. 116). Aliás, conforme aponta Ferenczi, as expressões “injunção” e “interdição” são ambíguas, denominações que contrariam o princípio do prazer. Um termo mais adequado seria conselhos negativos e positivos, dado que não se trata de instruções formais e imperativas, pois “nada está mais distante das intenções do psicanalista do que desempenhar o papel do ditador onipotente ou dar livre curso a uma severidade sádica” (Ferenczi, 1925/1993, p. 333).

De acordo com Pinheiro (1995), “a conceituação da técnica ativa leva Ferenczi a se questionar ainda sobre mais dois aspectos da interpretação: seu papel e sua oportunidade” (p.106), uma vez que esta promovia a frustração nos pacientes.

A ideia de Ferenczi era que a partir desse estado de frustração com o analista, emergisse na cena analítica afetos hostis e a associação livre que estivera congelada até então. Contudo, esse efeito desejado pelo analista não era sempre o esperado em todos os pacientes, uma vez que acabava tornando o paciente, na maioria das vezes, submisso ao analista, o que, ao final, acabava por produzir mais efeitos iatrogênicos do que terapêuticos (Kupermann, 2008d).

Num outro artigo, *Prolongamentos da técnica ativa*, Ferenczi (1920/1993) define a técnica ativa como um conceito que na verdade sempre existiu na psicanálise. Essa afirmação parte da alusão ao método catártico que foi um importante acontecimento tanto para o analista quanto para o paciente, dado que na catarse a interpretação funcionaria como um tipo de comunicação que “já constitui uma intervenção ativa na atividade psíquica do paciente” (Ferenczi, 1920/1993, p.110). Importante salientarmos que Ferenczi deixa claro que as indicações para a técnica ativa são para casos especiais, significando apenas um “auxiliar, um complemento pedagógico da análise propriamente dita e jamais deve pretender substituí-la” (Ferenczi, 1920/1993, p.117), afinal, esta técnica “não é utilizada como fim em si, mas como meio de investigação aprofundada” (Ferenczi, 1920/1993, p.119).

Passados alguns anos, Ferenczi (1924/1993), no texto *As fantasias provocadas*, volta a discutir sobre sua técnica ativa. No estudo sobre as fantasias, esse método seria arriscado dado que algumas possíveis sugestões do analista poderiam desembocar em “fantasias mal orientadas” que viriam emperrar o desligamento do paciente da análise. Para o psicanalista, o estudo sobre as fantasias inconscientes permitiu-lhe apreender como elas se formam, além da possibilidade de perceber que fatores determinariam a vivacidade ou pobreza da vida de fantasia.

Ele diz:

descobri, entre outras coisas, que a vivacidade da imaginação estava ligada com frequência, de maneira direta, a esses acontecimentos vividos na infância a que chamamos traumas sexuais infantis. Os pacientes, em quem fui levado a despertar e a solicitar artificialmente, por assim dizer, a atividade de fantasia pelo método acima exposto, pertenciam em boa parte a classes sociais ou a famílias onde os atos e os gestos das crianças são controlados desde a mais tenra infância com uma severidade excessiva (...) Em outras palavras, poderíamos dizer que uma certa quantidade de experiências sexuais infantis, portanto, de “traumas sexuais”, longe

de prejudicar mais tarde a normalidade, sobretudo a capacidade normal de imaginação, antes a favoreceriam. (...) Nós constatamos agora que uma certa quantidade de experiências infantis realmente vividas oferece uma espécie de proteção contra os caminhos anormais que o desenvolvimento é suscetível de adotar (Ferenczi, 1924/1993, pp. 247-248).

Em *Contraindicações da técnica ativa*, Ferenczi (1926/1993) examina os excessos da atividade do analista (Birman, 2014b). Aponta um mecanismo de defesa basal que Freud já se dedicara em seus estudos: a resistência. O aumento da tensão psíquica no paciente viria também a se desdobrar sobre uma feroz resistência pela figura do analista. Disserta que devido às recomendações da técnica ativa alguns pacientes, ao invés de começarem a associar livremente, estariam elevando uma tensão psíquica (Silveira, 2006). Aliás, a técnica ativa também poderia cair numa pedagogia dura onde o analista estaria fazendo o papel de pai e o analisando, de criança, acatando ou estando submisso aos dizeres do analista (Ferenczi, 1926/1993). Ferenczi pontua que a mais importante correção a ser realizada em sua técnica ativa diz respeito à fixação de um prazo como meio de precipitar o fim do tratamento. Essa medida é então restringida e não mais pensada como um fator traumático que pudesse facilitar em amaciar a dura resistência encontrada nos seus pacientes, pois se o analisando “sabe que só dispõe de um certo tempo para preservar em seu intento de escapar aos momentos penosos da análise e poder continuar doente, certamente não deixará passar a oportunidade” (Ferenczi, 1926/1993, p.370).

Vejamos a seguir novos desdobramentos clínicos e teóricos muito particulares propostos por Ferenczi que, como um grande tornado, chacoalhou as estruturas clínicas da psicanálise e sua técnica, germinando sementes que floresceram em nossa contemporaneidade frente aos casos graves.

3.1

A técnica do relaxamento e os efeitos de uma clínica do sensível

A importância da técnica do relaxamento proposto por Ferenczi vem contribuir para uma técnica mais elástica aos casos graves, incorporando um

manejo até então pouco consentido na análise freudiana. A análise, como a vida, deveria se iniciar pelo relaxamento (Ferenczi, 1932/1990). O relaxamento no *setting* fomentaria uma associação livre mais espontânea. Para que isso ocorra, o analista deveria ter uma postura menos fria e muda frente à contratransferência, características que propiciam um maior vínculo de confiança entre analista e paciente (Ferenczi, 1931). Pinheiro (1995) aponta que o texto *Princípio do relaxamento e neocatarse* antecipa em alguns anos *Construções em análise* de Freud, ao propor construir a cena do trauma “que perdeu a voz e tornou-se pura sensação corporal. Cabe ao analista emprestar a sua própria fantasia e construir uma versão para o que não tem memória nem palavra” (p.111).

Interessado pelo afeto entre analista e paciente que emerge na transferência e na contratransferência, Ferenczi foi se apropriando da técnica freudiana, dos conselhos técnicos do pai da psicanálise sem, contudo, deixar de perceber que havia momentos que considerava necessário transgredir essa fidelidade (Ferenczi, 1930/2011). Alguns casos são explicitados como exemplos dessa “transgressão” freudiana, como o hábito de alguns pacientes não conseguirem ficar no divã, sendo necessário o testemunho ocular do analista para desencadear uma fala. A questão trazida pelo autor é que ao aplicar tecnicamente conteúdos e princípios da teoria freudiana aos seus pacientes, ruídos transferenciais, advindos dessa técnica, acabavam trincando o *setting*. A relação analista e analisando se confundia com um tom pedagógico, enfim, a cena era configurada como “uma relação de professor com aluno (...) meus pacientes estavam profundamente descontentes comigo, mas não se atreviam a revoltar-se abertamente contra o dogmatismo e o pedantismo que dávamos prova” (Ferenczi, 1930/2011, p.66).

Em uma nota de 7 de janeiro de 1932, no *Diário Clínico*, Ferenczi aborda um tema que será o fio condutor de todo o livro: a insensibilidade do analista. A atenção exclusivamente flutuante sobre o que é verbalizado pelo paciente, pouco sendo relevante notar o tom, as pausas e os risos que eram lançados na cena transferencial edificariam, para o psicanalista húngaro, o (des)afeto do analista com o analisando. Isso porque o paciente acabaria se sentindo ofendido, desconfiado, enfim, não escutado suficientemente pelo analista. Dessa insensibilidade, facilmente frases como “não posso admitir que fique aí sentado, insensível e indiferente, enquanto me esforço por imaginar algo tão trágico da minha infância!” (Ferenczi, 1932/1990, p.31) seriam escutadas pelo analista que, quando apático

sobre sua contratransferência, pouco relevaria tal comentário, admitindo como única e exclusivamente um material de resistência a ser trabalhado.

A questão fundamental então, segundo o psicanalista, seria um convite à liberdade, principalmente por parte do analista, com menos doutrinações na técnica, não a difamando ou tirando a sua relevância no manejo clínico. Isso não faria nenhum dano à análise, pelo contrário. Os pacientes poderiam ser mais sinceros em seus sentimentos na relação transferencial, principalmente os de conteúdo agressivo, diminuindo também a resistência que é natural na análise. Essa contribuição de Ferenczi nos ajuda a pensar sobre como também o analista, na contemporaneidade, pode ser mais elástico no seu manejo, principalmente com os casos-limite.

Pinheiro (1995) salienta que

Ferenczi vem lembrar aos analistas que eles estão nessa posição não somente para escutar o paciente, para servir da atenção flutuante ou para lhe comunicar uma interpretação, mas sobretudo para se debruçar constantemente sobre a dialética psicanalítica com relação ao paciente e a si mesmo (1995, p.109).

Em vez de um aumento de tensão ocasionado por uma técnica muitas vezes tida como dogmática, importava *relaxar* o paciente. Não se trata de práticas integrativas ou meditativas, aconselhamentos etc. O que está em questão é a ternura do analista, juntamente com sua sensibilidade, em perceber que uma postura enrijecida no divã de nada adiantará para uma livre associação de ideias ou diminuição do sintoma. A proposta trazida por Ferenczi é não nos esquecermos de que a análise não pode ser pensada unicamente pelo princípio de frustração, o que em outras palavras ele denominou de princípio *laissez-faire*. Importa pensar o relaxamento ao lado da frustração. Certamente, não se trata de pensar a análise como um lugar unicamente de relaxamento, pois, como sabemos, a psicanálise “produz um aumento de tensão pela frustração e um relaxamento ao autorizar certas liberdades” (Pinheiro, 1995, p.68).

A questão é, conforme ele aponta, que nos perguntemos sempre em nosso ofício, se estamos ofertando mais sofrimento do que o necessário ao paciente, por conta de uma contratransferência gélida, sem afeto. O que Ferenczi quer pôr em ênfase ao discutir sua técnica é que o relaxamento possibilita a análise não fracassar

mediante resistências extremamente rígidas ou como ele diz, insolúveis. Ao discutir suas técnicas com Anna Freud, o psicanalista húngaro comenta que deu razão à filha de Freud ao afirmar que ele trataria os seus pacientes adultos como ela trata as suas crianças na análise infantil. A técnica de relaxamento, na verdade, estaria justamente propondo diminuir a diferença entre análise de criança e de adultos (Ferenczi, 1930/2011).

De acordo com Ferenczi (1928/2011):

todas as nossas interpretações devem ter o caráter de uma proposição do que de uma asserção indiscutível e isso não só para não irritar o paciente, mas também deveria ser adotado a propósito de cada interpretação analítica. Do mesmo modo, a confiança em nossas teorias deve ser apenas uma confiança condicional, pois num dado caso talvez se trate da famosa exceção à regra, ou mesmo *da necessidade de modificar alguma coisa na teoria em vigor até então* (p.36, grifos nossos).

Dessa forma, cabe ao analista estar flexível em sua técnica – sem menosprezá-la – perante cada sujeito em análise, uma vez que o mesmo, como aponta Ferenczi, percebe sensivelmente as particularidades do analista, o seu tom de voz, aparência e comportamento. Uma posição fria, rígida, impaciente e defensiva certamente irá congelar as associações ali advindas na transferência ou até mesmo estancar possibilidades de criatividade de ambos (Winnicott, 1975).

A elasticidade também é um dos conceitos nodais na técnica ferencziana, considerado um divisor de águas no movimento psicanalítico (Kupermann, 2008c). Efeito da sensibilidade em poder se reinventar enquanto analista a cada encontro com o outro, Ferenczi (1928/2011) se refere a sua técnica como uma tira elástica que deve “ceder às tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões” (p.37).

Logo, a elasticidade:

não equivale, em absoluto, a ceder sem resistência. Procuramos, é certo, colocar-nos no diapasão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus

humores, mas também nos atermos com firmeza, até o fim, à nossa posição ditada pela experiência analítica (Ferenczi, 1928/2011, p.42).

Ao propor uma elasticidade na técnica psicanalítica, Ferenczi favorece a escuta do inconsciente infantil também do próprio analista, questão central no que se refere a contratransferência. Aliás, na experiência ferencziana, “na medida em que a fixidez da técnica tornava-se mais elástica, os analisados passavam a encontrar condições de expressão afetiva inusitadas, sobretudo pelas manifestações de hostilidade (transferência negativa) agora favorecidas” (Kupermanm, 2008b, p.93).

Sua prática clínica, principalmente com base sobre o texto *Princípio do relaxamento e neocatarse*, seria seu estilo acabado na clínica, aquilo que diferenciaria de Freud sobre a técnica e o manejo com os pacientes. Ao empregar a técnica elástica, Ferenczi se surpreendeu com os seus analisandos, pois estes passaram a “se permitir sofrer processos regressivos intensos nos quais as formas de expressão apresentadas se aproximavam das de crianças, tanto em sua dimensão lúdica quanto em sua dimensão de dor traumática” (Kupermann, 2008b, p.94).

Ferenczi estuda sobre como a análise clássica desprezava os níveis mais sutis de comunicação entre analista e analisando. A postura dogmática por vezes empregada ao analista tendiam a sufocar os sentimentos mais genuínos dos pacientes, que, como um servo, estaria fadado a aceitar as interpretações como uma verdade absoluta, pois “a interpretação excessiva, através do privilégio atribuído ao campo do inteligível, inibia certas manifestações mais regressivas” (Kupermanm, 2008b, p.94). Sua proposta foi justamente conceder maior liberdade ao analista, centrado numa atitude mais humilde e humana, admitindo eventuais falhas da técnica psicanalítica em um determinado caso (Graña, 2016).

Agora, abandonada a técnica ativa, caberia ao analista ser flexível com cada paciente, no que concerne a sua demanda de ser escutado, devendo estar adaptado ao jogo do paciente, empático às particularidades de cada analisando, nada mais que uma elasticidade da técnica e do tato (Medeiros & Peixoto, 2006). E a partir dessa postura mais elástica, Ferenczi transgrediria a metapsicologia freudiana a partir de diversos exemplos, vejamos:

não exigir que o paciente permanecesse o tempo todo deitado no divã, permitindo-lhe, se quisesse, deambular pela sala ou falar com o analista olhando-o nos olhos, atender o paciente gratuitamente durante certos períodos, permitir que o paciente ficasse em casa ou acamado durante dias ou semanas, sem trabalhar, em casos difíceis e em fases de maior regressão, prolongar a sessão até que uma forte reação emocional pudesse esgotar-se e, em tais ocasiões, ver o paciente em duas ou mais horas por dia, se necessário fosse (Graña, 2016, p.71).

A neocatarse passaria a ser “uma reconstrução intelectual e histórica da vida e das experiências do paciente, a uma reintegração vivencial de fragmentos perdidos da sua realidade psíquica, ou psicossomática, que o tratamento padrão – objetivando o resgate arqueológico de cenas e representações recalcadas – não permitiria realizar” (Graña, 2016, p.72). Como podemos perceber, a temática da construção na transferência (Freud, 1937a/2018) é um conceito fundamental para se pensar a clínica dos casos-limite, onde o analista não só escava os conteúdos psíquicos soterrados no inconsciente mas permite que o analisando faça algo novo com aquele conteúdo, dando um outro sentido. Assim, enfatizamos a importância da via sensível na clínica psicanalítica, sobretudo com os casos-limite, que convocam um olhar mais elástico também da técnica clássica:

não se trata de um descarte do modelo clássico na condução de uma análise ou da dimensão pulsional da experiência, mas de uma exigência, surgida dos impasses clínicos, em se conceber uma técnica que esteja imbuída de uma teorização acerca dos aspectos primitivos da subjetivação [...]. Na clínica psicanalítica contemporânea não se pode mais pensar em uma manutenção rigorosa do modelo de análise que se baseia, estritamente, na posição de neutralidade, atenção flutuante e interpretação, assim como tomar a regra da associação livre como um cânone. Os impasses suscitados pela clínica com pacientes limítrofes, borderlines e psicóticos exigem reformulações técnicas que levem em consideração as falhas primitivas na constituição psíquica e a necessidade de acolhimento de manifestações que não estão no âmbito do retorno do recalcado ou da lógica do recalque (Medeiros & Peixoto Jr, 2016, p.56).

A clínica ferencziana deixava, assim, “de ser caracterizado pela busca de *insights* através da interpretação esclarecedora do psicanalista, privilegiando-se uma vez mais o encontro afetivo que se impunha, desde os primórdios da experiência psicanalítica, como a condição para a produção do sentido” (Kupermanm, 2008c, p.120).

Enfim, a técnica ativa, a elasticidade da técnica, o princípio de relaxamento e neocatarse são conceitos que nortearam a clínica ferencziana, sendo a base para que o psicanalista húngaro edificasse a construção da teoria do trauma (Pinheiro, 1995). Esse tema, tão caro em sua clínica, ressoa certamente num de seus últimos escritos: O diário clínico, importante texto que nos auxilia a pensar sobre o manejo com os casos-limite.

3.2

O diário de um analista e o (re)fazer clínico

O *Diário Clínico* (Ferenczi, 1932/1990), uma de suas principais obras, fornece um rico material onde o autor reflete sobre seu trabalho, as dúvidas, os medos, e, também, a própria limitação da técnica clássica que se evidenciava a partir de alguns casos. Composto de notas e comentários escritos entre janeiro e outubro de 1932 (Kupermanm, 2008d), temas como o recalçamento, a esquizofrenia, homossexualidade e o fim da análise seriam alguns dos pilares que sustentam essa obra e que, também, se distanciariam teoricamente de Freud, pelo menos quanto à relação analista e paciente. Nesse diário, “Ferenczi não apenas indaga como se analisa, mas também como são enfrentadas as dificuldades e resistências que se impõem ao analista no curso do seu ofício” (Kupermanm, 2008d, p.129).

De fato, como bem comentado por Judith Dupont (1990) no prefácio da obra, o *Diário* viria a ser efeito das inúmeras correspondências entre Freud e Ferenczi. Uma em especial, datada de 25 de dezembro de 1929, detalha a sinceridade que o psicanalista húngaro tinha com o seu mestre, a ponto de propor modulações sobre a técnica. Ferenczi dirá que algumas medidas deveriam ser suavizadas, sem, decerto, perder a sua originalidade. Quais medidas seriam essas? Para o autor, a psicanálise, em sua época, era extremamente unilateral, uma

psicologia do Ego. Aqui, podemos evidenciar já certo indício sobre a importância da contratransferência e sua relação com o andar do tratamento em casos graves.

Freud, diferente de Ferenczi, não considera muito relevante que o analista perceba como se dá essa contratransferência, quais conteúdos verbalizados pelo paciente tocariam a figura do analista, no seu corpo. Era uma atitude a ser repudiada. Ferenczi trabalhará, então, sobre a hipocrisia do analista e sua resistência de entrar em contato com sua vulnerabilidade e afetos que permeiam não só no campo da análise pessoal do analista, mas, também, na sua condução como analista de um paciente.

Em uma nota de 20 de março de 1920, ele explicita sobre essa sinceridade do analista, que, menos hipócrita, poderia ser mais empático em relação ao “sentir com” presente no *setting*:

um último fator, não menos importante, consiste em reconhecer humildemente, diante dos pacientes, as nossas próprias fraquezas, as nossas próprias experiências traumáticas e decepções, confissões que anulam por completo a distância de inferioridade que o paciente destaca. E concedemos até de bom grado ao paciente a alegria de poder nos ajudar, de se tornar, por assim dizer, o nosso analista, o que o leva a revalorizar, com toda a razão, a opinião que tem de si mesmo. Se, ocasionalmente, acontece até, como é o meu caso, que viver o sofrimento do outro e o seu próprio nos arranca uma lágrima (e não se deve esconder essa emoção do paciente), então, essas lágrimas do médico e do paciente misturam-se numa solidariedade sublimada que talvez só encontre analogia na relação mãe-filho. E é isso o agente curativo que liga de forma duradoura, que cimenta, de algum modo, os fragmentos intelectuais coletados e até cerca a personalidade assim reparada de um halo de prazer de viver e de novo otimismo (Ferenczi, 1932/1990, p.101).

No prefácio do *Diário clínico*, Dupont afirma que Ferenczi acreditava que quanto mais o analista fosse gélido e extremamente rígido em sua técnica, mais ele estaria infligindo ao analisando traumas que seriam reavivados com aqueles antigos do próprio paciente. Afinal, era tarefa do analista, segundo Ferenczi, ser original e criativo quanto aos problemas graves que o paciente demandava ser atendido, como psicóticos, perversos ou depressivos graves, por exemplo. Enfim, “era impossível a Ferenczi aceitar como imutáveis as regras técnicas estabelecidas inicialmente, ou

admitir que a teoria se transformasse em dogma” (Dupont, apud Ferenczi, 1932/1990, p.19).

A análise mútua, conceito explicitado ao longo do *Diário*, ganharia espaço para abordar sobre essa relação contratransferencial e seu manejo com os casos difíceis. Apesar de Ferenczi abandonar essa prática, a análise mútua talvez tenha sido o início para que o psicanalista se equilibrasse na sua teoria do trauma, que cada vez mais se mostrava original para a época. Ele argumenta que a análise mútua “pode ter sido originalmente inventada pelos pacientes como sintoma da desconfiança paranóide” (1932/1990, p.76). Isso, devido à investigação que o analisando tinha da figura do analista e seus aspectos frios, rígidos e até mesmo antipáticos.

Aliás, pela análise mútua foi possível, como afirma Ferenczi (1932/1990) “a ocasião de exprimir ideias e opiniões acerca do paciente que, de outro modo, nunca lhe chegariam aos ouvidos, por exemplo, comunicações desagradáveis de natureza moral ou estética” (p.35). Em alusão à análise mútua, Ferenczi deixa claro que o analista precisa ser cuidadoso, pois ali existiria, também, uma criança, ou, dito de outra forma, se evidenciaria “duas crianças igualmente assustadas que trocam suas experiências, que, em consequência de um mesmo destino se compreendem e buscam instintivamente tranquilizar-se” (1932/1990, p.91).

Em suma, a análise mútua propiciava que os pacientes expulsassem seus conflitos de forma menos resistente ao expor os afetos como numa confissão, “trata-se-ia de uma análise em que o paciente poderia interpretar o analista no sentido de que suas observações seriam ouvidas no registro de uma verdadeira interpretação, e não como fantasias ligadas à transferência, como acontece na análise clássica” (Pinheiro, 1995, p.114). Nesse jogo afetivo, era importante a confissão das fraquezas tanto do analista quanto do paciente. Como bem salienta Ferenczi (1932/1990), na análise mútua, o paciente poderia eventualmente também “se interessar pelo psiquismo do analista e a preocupar-se com isso. Exige que ele não se impaciente com seus esforços, que não se inquiete se adormecer, caso tenha vontade disso etc.” (p. 47). De certo, seria impossível também ser analisado por cada paciente, o que limita a questão da análise mútua. Enfim, a análise mútua seria uma tentativa do psicanalista húngaro para resolver os retalhos de sua análise pessoal com Freud (Pinheiro, 1995).

Mais uma vez divergindo em alguns pontos técnicos da psicanálise freudiana, Ferenczi, em uma importante nota de 31 de janeiro de 1932, intitulada *A catarse acarreta imobilidade: como remediar?*, irá colocar algo de si na psicanálise, efeitos dos difíceis atendimentos de casos graves que vinha acompanhando:

parece que os pacientes não podem acreditar, pelo menos não completamente, na realidade de um evento, se o analista, única testemunha do que se passou, *mantém sua atitude fria, sem afeto e, como os pacientes gostam de dizer, puramente intelectual*, ao passo que os eventos são de natureza tal que devem evocar em toda pessoa presente sentimentos e reações de revolta, de angústia, de terror, de vingança, de luto, e de intenções de fornecer uma ajuda rápida, a fim de eliminar ou destruir a causa ou o responsável; e, como se trata em geral de uma criança, de uma criança ferida (mas mesmo independentemente disso), manifestam-se sentimentos de querer reconfortá-la afetuosamente, etc. (Ferenczi, 1932/1990, p.57, grifos nossos).

Observamos aqui a importância que Ferenczi demarca sobre os afetos que emergem nessa relação, não cabendo ao analista negá-lo ou dissolvê-lo em teorias, mas sim acolher e *sentir com* o paciente essa cena. Enfim, a um analista não hipócrita “resta apenas reconhecer os seus verdadeiros sentimentos em face do paciente e, por exemplo, admitir que, sobrecarregado de dificuldades pessoais, é-lhe frequentemente difícil interessar-se pelo que diz o paciente” (Ferenczi, 1932/1990, p.59).

Esse campo do afeto é um ponto basilar na experiência clínica com os casos-limite. Kupermanm, (2008e) salienta que as contribuições de Ferenczi ecoa em nossa contemporaneidade uma vez que

em um contexto cultural no qual Deus – ou o Pai – está efetivamente morto, e não por acaso o paradigma da ciência positivista se encontra em crise, não seria a figura de um analista criança, órfão de certezas e garantias prévias – e capaz de brincar, criar, entristecer-se e rir junto daquele de quem dispôs a tratar – bastante adequada para os desafios encontrados pela psicanálise na contemporaneidade? (p.140)

Dentre as críticas feitas a Freud, Ferenczi caracteriza a técnica clássica um tanto quanto intelectual, demasiadamente interpretativa, impessoal e pedagógica. O complexo de Édipo estava aplicado somente aos pacientes e não tanto na sua vida pessoal, o que demarcaria que Freud, em sua opinião, não levou longe o suficiente a sua autoanálise. Inclusive, ao falar abertamente sobre a sua própria análise, Ferenczi salienta que esta não avançou o bastante devido a seu analista ter uma postura educativa e narcisista, dificultando o acompanhamento de suas fraquezas, em sua profundidade (Ferenczi, 1932/1990).

Diferenças postas, não podemos negar algumas semelhanças entre os dois. Isso se dá na discussão que Ferenczi traz sobre a capacidade do analista em ajudar o paciente. Essa vontade, que se limita justamente pelos complexos internos e não resolvidos do analista, coloca ao paciente que nem toda ajuda poderá advir do exterior, do outro, sendo assim imprescindível admitir, conforme o processo analítico se dá, que a sua própria vontade enquanto analisando deverá agir e mobilizar para a mudança do sofrimento. Assim, “deve-se até admitir, honestamente, que o nosso esforço pode ser vão se o paciente não se ajudar a si mesmo” (Ferenczi, 1932/1990, p.74). Essa é uma questão também trabalhada por Freud (1913/2010) em seus artigos sobre a técnica.

Ao longo deste capítulo nos desdobramos sobre as contribuições de Freud e Ferenczi sobre a clínica psicanalítica e o manejo que o analista deve ter quando atende casos que remetam a questões mais primitivas referente a subjetividade. Vimos como a psicanálise foi sendo construída por Freud bem como sua técnica, amparada na interpretação do material recalcado e, mais a frente, a construção do caso. Ferenczi nos ajudou a pensar sobre os casos graves por uma ótica do sensível, que não se retém à técnica interpretativa do discurso que o paciente traz na cena analítica. O “sentir com” virou a bússola para fomentar a transferência negativa e positiva com os pacientes graves que eram atendidos. A singularidade de Ferenczi reside a sua marca deixada no movimento psicanalítico que o distinguia dos psicanalistas de seu tempo, pois foi “justamente a de levantar as questões mais espinhosas, aquelas que ninguém havia levantado antes dele. (...) Foi ele quem enfrentou as questões mais delicadas suscitadas pelo corpo teórico e técnico da psicanálise, empregando para isto o próprio instrumental psicanalítico. Sua reputação de “enfant terrible” da psicanálise não se deve ao acaso” (Pinheiro, 1995, p.120).

Acreditamos que as contribuições de Kupermanm, sempre de forma criativa, ao dissertar sobre a clínica dos casos graves na clínica ferencziana, nos ajudam a pensar a importância do campo afetivo na análise e, sobretudo, vivenciá-los com os pacientes:

a marca da delicadeza proposta por Ferenczi à clínica psicanalítica reside, assim, no alerta para que o abandono traumático sofrido pelo analisando não se reproduza na experiência transferencial. Justamente, a figura mais cruel do abandono constatada ao longo da história da psicanálise é a da insensibilidade do psicanalista – isto é, a recusa dos seus próprios afetos e do modo como é afetado e como pode afetar seu analisando. Diante de um analista insensível, só restará ao analisando o descrédito em relação à sua dor, configurando, por meio de uma espécie de anestesia mortífera, o derradeiro abandono de si (Kupermanm, 2008d, p.122).

Para Graña (2016), Ferenczi representa a influência pós-freudiana que mais ressoou na clínica de Winnicott, mais do que usualmente pensaríamos ser de Klein esse posto. Ferenczi estaria “em seu sangue, em sua carne, e mais oculto, por isso, à sua própria consciência autoral” (Graña, 2016, p.51). Entre as semelhanças no pensamento de Ferenczi e Winnicott podemos citar: a identificação materna, sendo um conceito que cria uma nova metáfora para o *setting* a partir da relação primitiva entre mãe e bebê; a sutil e sensível relação da criança com o ambiente, ampliando a escuta ao agente traumatogênico, seus excessos agressivos ou sexuais e, também, a problemática edípica que, ainda que não seja esquecida por ambos, sua importância será “radicalmente diminuída e ela receberá uma atenção cada vez menor enquanto núcleo e essência do complexo patógeno original” (Graña, 2016, p.60).

Por fim, para ambos os autores, o foco da investigação psicanalítica sobre as fases iniciais do desenvolvimento e também sobre os movimentos regressivos que invariavelmente possam ocorrer num determinado momento da análise, “ajusta-se sobre os cuidados maternos e sobre a adaptação ativa do analista – em função materna – às necessidades do paciente enquanto está regredido (Graña, 2016, p.57). Comum a ambos, “a formulação de trauma não como um fenômeno inerente à estruturação do psiquismo, mas como um efeito devastador de uma não-

adaptação do ambiente – da “família” – aos delicados processos envolvidos na constituição subjetiva da criança” (Kupermanm, 2008e, p.149).

Os estudos de Ferenczi, sobretudo o de introjeção, conforme Graña (2016), antecipa a formulação de Winnicott segundo a qual o máximo de experiência de intimidade que podemos ter com o outro, nada mais é que uma ilusão de contato e será exatamente essa ilusão que “constitui o grande paradoxo da relação transferencial analítica, a qual (...) tem como consequência a introdução de modificações concretas na vida do paciente – modificações que evidenciam o grande poder transformador da ficção ao ser habilmente manejada como uma ação efetiva sobre o real” (p.53).

Enfim, os estados limites demandariam ao próprio movimento psicanalítico um olhar voltado para a constituição psíquica do sujeito, referindo-se a questão das fronteiras. Iremos, agora, percorrer a teoria de Donald Woods Winnicott, importante psicanalista britânico, apostando que suas contribuições ao movimento psicanalítico nos ajudam a (re)pensar sobre a técnica a ser empregada nestes casos. É, pois, chegada a hora de investigar o conceito de ambiente suficientemente bom e como este se aplica na clínica, sobretudo aos casos-limite.

4

A clínica Winnicottiana e a originalidade de um pensamento espontâneo

Ser e fazer, mas ser antes de tudo.

Winnicott – O brincar e a realidade

A clínica dos casos-limite tem cada vez mais sido estudada a partir das contribuições de Donald Woods Winnicott, pediatra e psicanalista inglês que realizou seu trabalho sobre o desenvolvimento humano norteado pela relação mãe-bebê. Até por volta de 1950, os psicanalistas centravam-se mais na investigação do indivíduo e seu mundo interior e menos no ambiente e seus possíveis efeitos na saúde mental (Abram, 2000). Além de ter sido o primeiro médico pediatra a tornar-se também um psicanalista, Winnicott procurou fornecer uma direção de tratamento para diversas patologias, elucidando sempre os aspectos sobre o amadurecimento e a organização emocional e relacional do sujeito (Fulgencio, 2016).

Sua teoria se localiza principalmente sobre a atuação do ambiente em auxiliar ou não no processo maturacional do sujeito, desde seus primeiros meses de vida. Winnicott tinha receio de que sua teoria fosse petrificada no tempo numa ortodoxia pouco convidativa para a criatividade, questão necessária para o analista ter frente às demandas dos pacientes. Para isso, buscou ser o mais espontâneo e original em suas diversas palestras e obras, preservando o estado básico da ambiguidade e do paradoxo, temas centrais que são descritos ao longo de toda sua teoria (Borges, 1997).

Envolto com as questões do ambiente, o psicanalista cita Freud para exemplificar como, até então, a teoria psicanalítica não tinha dado o devido valor aos estágios da infância, pois, segundo ele, nos escritos de Freud “a maior parte das formulações referentes à infância derivam do estudo de adultos em análise” e que, em certo sentido, “pode-se dizer que Freud negligenciou a infância como um estado” (Winnicott, 1960, p.39).

Assim, Winnicott deixa claro ao leitor que o uso do termo infante/lactente foi minuciosamente escolhido, uma vez que este se distancia do infantil freudiano, que estaria voltado à criança no período edípico. Na verdade, o autor está se referindo a uma criança muito nova que dependeria dos cuidados ambientais maternos para sobreviver; ou seja: trata-se de um período anterior à apresentação

de palavras e ao uso destas como símbolos. Seria, portanto, um período fundamental de fortalecimento do ego, mediante os cuidados maternos (Winnicott, 1960).

Como bem salienta Phillips (2006), enquanto em Lacan, figura central na psicanálise francesa de então, o retorno era a Freud, na psicanálise britânica do pós-guerra o movimento era em direção à figura da mãe. Lacan foi muito influenciado pela fenomenologia alemã e pelo estruturalismo francês, ao passo que Winnicott teve uma formação contornada pelos pensadores ingleses, a filosofia empirista e o humanismo utilitarista (Graña, 2016). Diferentemente de Lacan, “Winnicott manifestou sempre uma atitude mais assumidamente anárquica, ou mais francamente ambivalente frente à autoridade imanente e emanante da pessoa e da obra de Freud” (Graña, 2016, p.22).

Ao dar ênfase na dependência do ambiente na maturação do sujeito, Winnicott se distancia da ortodoxia do movimento psicanalítico que era tão efervescente na sua época, com as disputas entre Anna Freud e Melanie Klein. Sendo um dos fundadores do *MiddleGroup*, ele acreditava que “qualquer fidelidade teórica corria o risco de se tornar um ato de submissão, de prevenção contra o pessoal e o inesperado. [...], *mas uma tradição somente era útil, de seu ponto de vista, se oferecesse oportunidade para a inovação*” (Phillips, 2006, p.89, grifos nossos). Ou seja, se distanciando dos partidários do *kleinismo* de um lado e os *annafreudianos* do outro o *MiddleGroup* “encontrava-se em sintonia com a tradição filosófica e política inglesa caracterizada pela recusa de categorias totalizadoras e da doutrinação” (Klautau, 2014, p.31).

Como vimos, alguns pós freudianos como Ferenczi e agora Winnicott, se distanciaram de uma visão totalizadora sobre Freud, percebendo, mediante atendimentos clínicos, que a sua técnica possui certo limite na clínica dos casos-limite. Um dos limites colocados por esses pacientes ao *setting* diz respeito à associação livre que tende sempre a emperrar com esses casos, pois são pacientes que “experimentaram acontecimentos catastróficos para a psique no contexto das falhas ambientais num momento da existência anterior à aquisição da linguagem (...)” e que “comunica a catástrofe interna que os atingiu suscitando no analista estados afetivos que se referem àquela vivência, sem que necessariamente sejam enunciados verbalmente” (Damous, 2012, p. 107).

Como dizíamos, a atribuição do analista como intérprete do recalcado, tal como pensado por Freud (1914/2010), não figuraria num lugar de destaque na análise dos casos-limite tendo em vista que:

as questões essenciais a esses pacientes estão aquém do plano das representações. Os traumas precoces de que sofreram esses pacientes comprometem justamente a capacidade de representação e de contato com a realidade, elementos centrais da formação de sintomas simbólicos organizados pelo recalque (...), pois o que está em jogo em sua etiologia é, sobretudo, a precariedade da constituição dos primeiros limites do psiquismo (interno/externo, Eu-outro), alicerces sobre o qual se apoiará todo o restante da constituição psíquica (Junqueira, 2016, p.42).

Importaria, antes de tudo, um olhar voltado sobre o ambiente que circunda o *setting*, que não se sustenta unicamente pela interpretação do inconsciente reprimido, mas sim pelo *holding*, juntamente com a regressão, conceitos que serão explorados adiante. Talvez aqui a inovação que Winnicott tanto preza sobre uma teoria esteja sendo posta na clínica. Vemos, portanto, que nesta concepção “o *setting* analítico é um meio para o crescimento pessoal, não exclusivamente o fornecimento de uma tradução convincente do inconsciente” (Phillips, 2006, p.198).

Certamente, sua teoria não deve ser pensada apartada de Melanie Klein, psicanalista que muito contribuiu sobre as relações de objeto, o mundo interno, as fantasias, em suma: sobre os estágios precoces do desenvolvimento (Phillips, 2006). Esses aspectos serão trabalhados também por Winnicott, mas com uma epistemologia que se difere daquela conceituada por Klein. Por exemplo, uma diferença marcante entre os dois seria que Winnicott afirmou desde sempre que o bebê “buscava contato com uma pessoa, não a gratificação instintual de um objeto [...] ele clama por intimidade, não apenas pelo alívio de tensão – pela proximidade, não só pela satisfação” (Phillips, 2006, p.31).

As diferenças entre Freud e Winnicott são também postas por Phillips (2006). Segundo este, o primeiro “estava interessado na luta do adulto com os desejos incompatíveis e inaceitáveis que ele via como os derivativos transformados do desejo da criança por seus pais” (p.28), enquanto que, para Winnicott “através de um sempre paradoxal envolvimento com os outros, o indivíduo chegaria à

percepção do self com o qual nascera como sendo um potencial” (Phillips, 2006, p.29). Como assevera Winnicott (1975), na psicoterapia trata-se de duas pessoas que brincam juntas, sendo necessário que o analista se atente a este espaço como regra fundamental para uma experiência criativa e na continuidade espaço-tempo. Enquanto em Freud, por sua vez:

pode-se dizer que o tratamento psicanalítico busca conquistar a *capacidade de agir e de ter prazer na vida*, (...) e, para isso, deve-se suprimir as amnésias, fazer regredir os recalcamientos, tornar o inconsciente acessível ao consciente, o que ocorre pela vitória sobre as resistências (Fulgencio, 2016, p.73, grifado no original).

Adiante, Phillips faz um interessante paralelo entre esses dois teóricos, demarcando as diferenças epistemológicas que cada um tinha sobre o ser humano e sua psique:

na visão de Freud, o homem é dividido e compelido, pelas contradições de seu desejo, na direção de um envolvimento frustrante com os outros. Em Winnicott, o homem só pode encontrar a si mesmo em sua relação com os outros, e na independência conseguida por meio do reconhecimento da dependência. Para Freud, em resumo, o homem era o animal ambivalente; para Winnicott, ele seria o animal dependente, para quem o desenvolvimento – a única “certeza” em sua existência – era a tentativa de se tornar “separado sem estar isolado”. Anterior à sexualidade como o inaceitável, havia o desamparo. *Dependência era a primeira coisa, antes do bem e do mal* (Phillips, 2006, p.29, grifos nossos).

Em Freud, a criatividade seria pensada a partir de um sujeito adulto, de sua sublimação frente à própria sexualidade infantil, enquanto em Winnicott, a criatividade se estabeleceria desde o período primitivo da maturação, na relação natural entre mãe-bebê. Enquanto Freud postulava sobre a pulsão de morte ser inata ao sujeito, Winnicott veria essa devastação - o irrepresentável - como uma falha grave do ambiente (Phillips, 2006).

No que se refere aos pacientes neuróticos - indivíduos que teriam uma questão a ser trabalhada sobre os conflitos internos - a organização psicopatológica não se refere a graves falhas no ambiente. Aqui, a técnica freudiana é

imprescindível para o tratamento. Esses sujeitos podem ser atendidos pela técnica clássica onde o sintoma se configura nos moldes da neurose de transferência; no segundo, contudo, como aponta Fulgencio (2016), casos como os de psicose e os *borderlines* exigirão uma ampliação desta técnica. Por exemplo, nos casos de psicose será essencial que o analista leve em conta fatores sobre o ambiente que se relacionem com falhas graves nos primeiros meses de vida, sobretudo no que se refere à dependência absoluta – conceito que será explorado posteriormente. Aqui, a técnica “diz respeito à retomada da provisão ambiental, com o manejo dessa situação e/ou sustentação ocupando a maior parte do tratamento” (Fulgencio, 2016, p. 76). Ainda que seja comum a aplicação da técnica clássica, o destaque está na sobrevivência do analista e seu manejo ao longo do processo, posto que são sujeitos onde a totalidade da personalidade estaria por ser iniciada.

Já nos casos *borderlines*, a sobrevivência do analista será uma das questões centrais da transferência com esses pacientes considerados difíceis. Enquanto os neuróticos estariam integrados e os psicóticos desintegrados, o *borderline* (como o próprio nome deixa implícito) estaria no campo do recém-integrado devido a sua intensa e marcante oscilação de amor e ódio pelo mesmo objeto. São pacientes que exigem um olhar voltado para as relações objetais primárias, experiência que reflete o momento em que a mãe era o *holding* do bebê, isto é, sustentava o lactente com o seu corpo e sua empatia, traduzindo e dando sentido ao seu *vir a ser* com o meio (Winnicott, 1966/2010). Com esse último grupo, Winnicott (1954c) diz-nos que teve que reexaminar a sua técnica, e, nesse cenário, o conceito de regressão foi fundamental para explorar e ampliar a técnica pois ela seria utilizada com pacientes que desenvolveram um falso *self*, isto é, um mecanismo de defesa do ego frente as graves falhas ambientais no início da vida.

A sobrevivência do analista deriva da técnica *winnicottiana* “em termos do fator de sustentação afetiva que sobrevive às oscilações e às experiências relacionais que o paciente precisará fazer, experiências nas quais ele experimentará impulsos amorosos e impulsos destrutivos, bem como a possibilidade de reparar” (Fulgencio, 2016, p.76). A função do analista seria propiciar um ambiente que suporte as oscilações de humor e a destrutividade do paciente.

Segundo Winnicott, seria um atraso a psicanálise se ancorar no tema da pulsão de morte para explicar a origem da agressividade ou até mesmo de uma compulsão à repetição. A função materna em Winnicott, diferentemente de Freud,

“não intervém apenas para satisfazer a imperiosa exigência da pulsão, mas para converter a alucinação do objeto – que em Winnicott será o produto da “criatividade primária” – em uma ilusão” (Graña, 2016, p.29). Além disso, seria necessária uma reavaliação sobre a sexualidade infantil e adulta em relação aos problemas humanos (Fulgencio, 2016).

Por exemplo, em se tratando do Complexo de Édipo, Winnicott acabou redefinindo a sua importância clínica mediante seus atendimentos com crianças muito pequenas ou bebês. Ele percebeu que os bebês podem adoecer psiquicamente, o que o fez duvidar que esse adoecimento pudesse estar vinculado ao Complexo de Édipo (Fulgencio, 2016). De fato, tanto o Édipo quanto a sexualidade, pedras angulares da teoria freudiana, talvez continuassem a ter alguma relevância para a clínica. No entanto, em sua prática com casos difíceis, o pediatra britânico “encontrou pacientes que manifestavam problemas referidos ao fato de não se sentirem reais, de não julgarem que a vida valia a pena ser vivida, acreditando que a vida era fútil ou não era deles” (Fulgencio, 2016, p.21). Estava, assim, lançada a semente teórica que faria o autor investigar a constituição psíquica amparada por um ambiente suficientemente bom ou não.

4.1

O ambiente suficientemente bom: o *vir a ser*

Winnicott foi um dos psicanalistas que buscou sempre descrever “tanto o que ocorre na saúde quanto nas derivações patológicas, quando ocorrem problemas nesse desenvolvimento” (Fulgencio, 2016, p. 28). Pensando então sobre o desenvolvimento emocional primitivo, fio condutor de toda obra do autor, faz-se necessário examinar a importância do ambiente na constituição subjetiva, uma vez que os casos-limite convocam o analista a lidar com um tipo específico de sofrimento, sobretudo aquele relacionado aos objetos, representações e afetos que permeiam as primeiras relações mãe-bebê. De fato, essa experiência é necessária, pois inclui a conquista da integração de si mesmo em uma unidade psique-soma, como também a personalização e, finalmente, o estabelecimento de limites eu/não-eu, eixos centrais do desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1945; Damous, Oliveira & Silva, 2017).

Muitos ainda o criticam por não levar em conta a função do pai em sua teoria sobre o desenvolvimento emocional primitivo - ou pelo menos não o tratar com tanta precisão como é a função da mãe. Contudo, como aponta Lins (1997), para Winnicott, é fundamental que o fator tempo seja necessário para que o bebê consiga “reconhecer a mãe como um objeto e atribua ao pai uma significação enquanto pessoa do sexo masculino. No início, não existe o terceiro, pois sequer existe o segundo” (p.15). Aliás, segundo Winnicott (1960), a função do pai será apoiar a mãe, no seu cuidado devotado e delicado que é participar do surgimento de uma nova vida.

Em seu texto *Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos*, Winnicott (1963b) discorre sobre a importância do ambiente facilitador nos primeiros meses de vida do lactente, período em que o ambiente deve viabilizar

a *experiência da onipotência*. Com isso quero dizer mais do que controle mágico, e quero incluir no termo o aspecto criativo da experiência. A adaptação ao princípio da realidade deriva espontaneamente da experiência da onipotência dentro da área que faz parte do relacionamento com objetos subjetivos (p.164, grifado no original).

Corroborando esse comentário, Fulgencio (2016) aponta a importância deste cuidado ser notado de forma diferente por um observador e pelo bebê:

da perspectiva do observador, é o ambiente que atende às necessidades do bebê, mas do ponto de vista do bebê, não há ambiente, há apenas ele e os objetos que aparecem e desaparecem na exata medida da necessidade, como frutos da sua própria criação (p.34).

A temática dos objetos subjetivos traz em cena na teoria psicanalítica a questão de um envolvimento com o objeto primário que se difere daquele conceituado por Freud e Klein: o bebê, no período de ilusão, acredita ter criado o objeto/seio – por exemplo – para saciá-lo.

Apostamentos como o de Fulgencio (2016), nos auxiliam a dimensionar o desenvolvimento psíquico na teoria *freudiana* e *kleiniana*, contrapondo com a de

Winnicott que, de acordo com o psicanalista, seria o teórico das relações com o ambiente:

enquanto Freud e Klein teriam pensado o desenvolvido focando apenas a questão do que é que o ser humano FAZ com os objetos de seu amor, de seu ódio, de seus relacionamentos, Winnicott introduziu a questão do ser ontologicamente anterior à questão do fazer. Todo FAZER, para ele, só tem sentido pessoal se houver, anterior a ele, a conquista da possibilidade e da experiência de SER. Se em Freud e Klein a teoria do desenvolvimento é pensada, descrita e classificada pelos modos de relações com os objetos (do desejo), *em Winnicott há uma nova maneira de descrever essa teoria, centrada na relação de dependência que o ser humano tem do ambiente que o sustenta e é seu lugar, desde o início* (p.28, grifos nossos).

Ogden (2017) compartilha desse pensamento ao frisar que nem Klein ou Freud desconsideraram o papel da mãe como objeto, mas foi somente com Winnicott “que a psicanálise desenvolveu uma concepção da mãe como a matriz psicológica do bebê” (p.184). Torna-se então fundamental explorarmos a questão do ambiente na constituição subjetiva.

Apoiando-nos em Winnicott (1963a), temos com o texto *Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo* uma ótima introdução sobre a temática. Salientando que a técnica freudiana está impregnada em seus ossos (Winnicott, 1963a), o pediatra inglês aponta que sua abordagem sobre o desenvolvimento humano pautado na dependência em rumo à independência de nada invalida as fases psicosssexuais teorizadas por Freud.

Logo no início do artigo, Winnicott deixa claro o que ele chama de independência ao ratificar que esta, de forma alguma, será absoluta. Ou seja, o indivíduo maduro – aquele capaz de socializar-se de forma espontânea com os outros – não se torna isolado de seu ambiente, mas sim, interdependente dele. Quando se está num ambiente constantemente imaturo, a própria espontaneidade do sujeito estará comprometida, tendo que se defender de um ambiente hostil e não acolhedor. Dessa forma, o autor pretende, numa guinada só, trabalhar tanto a pessoa quanto os fatores ambientais (Winnicott, 1963a). Em casos onde os cuidados maternos sejam suficientemente bons, a construção do *self* seria um processo de coordenação natural (Winnicott, 1945; Phillips, 2006).

Pensando sobre o ambiente facilitador em relação à questão das fronteiras psíquicas nos casos-limite, Stern (1938) pontua que ao longo do tratamento analítico:

uma imagem mais clara de uma insegurança profundamente subjacente se revela, a qual remonta à mais tenra infância, *com raízes penetrando em períodos além da memória*. Em vez da imagem clínica razoavelmente comum de experiências traumáticas na infância, que nossos pacientes neuróticos tornam mais ou menos familiar, parece que a ansiedade sempre existiu ou foi dissipada por alguma coisa. *Raramente nos dão a impressão de terem sentido, em qualquer momento de sua vida, segurança ou autoconfiança*, a não ser a conferida pelo meio, de alguma maneira, no instante vivido, quando recebem assentimento, ou, ainda, quando alguma experiência lhes transmitiu um sentimento temporário de estarem completamente adequados. Sua autoconfiança geralmente constitui uma experiência evanescente, nunca algo obtido através de um processo de crescimento, maturidade, experiência, teste de realidade. (...) *Esses indivíduos reagem segundo a fórmula “tudo ou nada”* (p.167, grifos nossos).

Para elucidar o tema, partimos dos conceitos de dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. Essas experiências variam de criança para criança, mas também, *“ainda que fossem conhecidas com antecipação no caso de uma certa criança não poderiam ser utilizadas para predizer o desenvolvimento real da criança por causa do outro fator, o cuidado materno”* (Winnicott, 1963a, p.43, grifado no original).

Dessa forma, o autor aponta que todos os momentos do desenvolvimento emocional do indivíduo estão, de forma constante e dinâmica, relacionados ao seu mundo interno e a sua relação com o ambiente (Abram, 2000). Vejamos como cada momento será crucial na maturação do sujeito. A maturação se refere à evolução

do ego e do *self*, inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto. Em outras palavras, a mãe e o pai não produzem um bebê como um artista produz um quadro ou o ceramista um pote (Abram, 1963a, p.81).

Para Winnicott, se os pais proverem um ambiente satisfatório que facilite ao lactente um espaço para *ser*, sem ter que se defender constantemente de falhas ambientais graves, a maturação estaria garantida.

Na dependência absoluta, a mãe será o ego da criança. Com isso, o autor está abordando um de seus inúmeros paradoxos: o da dependência. Neste momento, o lactente é dependente e ao mesmo tempo independente do ambiente. Há questões herdadas pela carga genética, o que dificilmente o ambiente poderá alterar. O processo de maturação do lactente passa pelo acolhimento do ambiente que o circunda, provendo um espaço suficientemente bom. Salientamos que o ambiente não faz a criança e que, neste período, o bebê não tem recursos para se conscientizar da provisão materna (Winnicott, 1963a). Abram (2010) pontua que em determinados períodos críticos, como uma doença, o indivíduo já adulto poderá vir a sucumbir ao estado de dependência absoluta.

Aos olhos do bebê, ao longo da experiência de onipotência, não há ainda uma consciência da provisão ambiental, justamente por ele e a mãe serem um só, não tendo assim, qualquer controle sobre o que é bem ou mal feito (Davis & Wallbridge, 1982; Winnicott, 2012). Como aponta Ogden (2017) a criação do seio, por exemplo, é um fenômeno observável apenas por alguém que não pertence a díade mãe-bebê. Dentro dessa unidade mãe-bebê “a criação do seio não é percebida, pois o bebê nesse estado ainda não tem um ponto de vista a partir do qual percebe qualquer coisa” (p.179).

Winnicott (1975) utiliza o termo *ilusão* para explicar o período em que este ambiente deverá, a partir de sua devoção ao lactente, oferecer o que ele necessita no momento certo, propiciando a capacidade de ilusão frente ao seio, como se ele criasse e controlasse de forma mágica a sua aparição num momento de fome. Esse seio-mãe (aqui pensado pelo autor como o seio físico e maternagem) será então criado pelo bebê inúmeras vezes, sempre que a mãe colocar “o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato (...). Em outras palavras, ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber” (Winnicott, 1975, pp. 26-27). Com o tempo, a mãe suficientemente boa deverá se desadaptar de forma gradativa às necessidades do bebê, a fim de que ele possa se tornar capaz de lidar com os fracassos ambientais. A partir disso, ele passará a dispor de uma atividade mental que lhe permita integrar passado, presente e futuro, ou seja, que possibilita a sua continuidade de ser na vida.

Certamente, para que isso ocorra, a mãe precisará também de um ambiente que a acolha em suas inseguranças e medos mediante esse cuidado com o *infans*. Aqui, familiares, o esposo (se for o caso) e toda a rede sócio afetiva terão importância fundamental para que ela possa se doar neste processo, ou seja, ser o ego auxiliar da criança.

Importante salientar que tanto o termo *ambiente*, quanto *mãe suficientemente boa* não estão ligados a qualquer ideia de perfeição. Trata-se, nestes casos, de uma comunicação empática com o lactente, a qual atende às suas necessidades básicas num tempo adequado. Esta adaptação da mãe-ambiente é sutil, “nunca mecânica e sempre variável no tempo e nas situações. (...) O tipo de comunicação ocorre pela sensibilidade e intuição da mãe, nunca sendo uma atitude protocolar ou a execução de uma técnica, ou ainda a aplicação de uma ordem ou um manual (Fulgencio, 2016, pp. 32-33).

Não podemos esquecer, como bem aponta Winnicott (1990), que qualquer “estágio no desenvolvimento é alcançado e perdido, alcançado e perdido de novo, e mais uma vez: a superação dos estágios no desenvolvimento só se transforma em fato muito gradualmente, e mesmo assim apenas sob determinadas condições” (p.55). Aliás, essa possibilidade é vital na clínica de muitos casos de adoecimento psíquico na medida em que o sujeito consiga vivenciá-la através do manejo empreendido pelo analista, que pode então propiciar um *holding* neste momento e assim ajudar o paciente a retomar o seu processo de integração. Pois, pensando sobre a temática mãe ambiente-bebê, “o lactente experimentando onipotência sob a tutela do ambiente facilitador *cria e cria o objeto*, e o processo gradativamente se forma dentro dele e adquire um apoio na memória” (Winnicott, 1963b, p.164, grifado no original).

Neste momento, onde a mãe está conectada de forma empática com o filho, Winnicott chama atenção para a experiência da “preocupação materna primária”, um momento crucial na saúde emocional de ambos. Para que este estado ocorra de forma satisfatória é fundamental que a mãe esteja saudável – não deprimida ou excessivamente ansiosa – para se dedicar de forma exclusiva ao bebê. Este momento se dá com o fim da gravidez e nas primeiras semanas depois do nascimento, onde a mãe, devotada aos cuidados do filho, precisa estar sensivelmente identificada com o bebê, sabendo o que ele necessita e sente mediante com o passar dos dias. Para isso, afirma Winnicott (1963a), a mãe usará

de suas próprias experiências como bebê. Ela deverá estar, então, adaptada ao ritmo singular dele, afinal, “ninguém pode segurar um bebê a menos que seja capaz de identificar com ele” (Winnicott, 1963a, p.82). Com isso, o *vir a ser* do lactente, sua espontaneidade, estará protegida, o que fornece o material necessário para a construção de um ego corporal. Nos casos-limite a noção de um ego corporal, delimitado por fronteiras psíquicas que diferenciam a relação com os objetos externo e interno está comprometida, o que dificulta a formação dos limites psíquicos Eu e Não-eu, efeito dessas excessivas graves falhas ambientais.

Não há nada de místico neste período de dependência absoluta, pois a mãe já foi um bebê, trazendo assim suas lembranças sobre quando foi cuidada por outro, memórias estas que podem interferir de forma benéfica ou atrapalhar sua capacidade materna (Winnicott, 2012). Winnicott (2011) aponta a vulnerabilidade da mulher nesta fase, pois “não só o desenvolvimento da preocupação materna primária é difícil de alcançar para certas mulheres, mas também o processo de recobrar uma atitude normal em relação à vida e ao *self* pode produzir enfermidades clínicas” (p.23).

Do contrário, se neste momento tão importante o bebê for constantemente invadido por excitações excessivas ou falhas ambientais graves, “então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self com um passado, um presente e um futuro*” (Winnicott, 1963a, p.82, grifos nossos). A saúde psíquica da mãe é muito importante também, uma vez que se ela, nesse período, não tiver um aspecto materno fora da experiência da preocupação materna primária, ela “ficou, de fato, psicótica. Em tais circunstâncias, a separação do bebê é vivenciada concretamente como uma forma de amputação” (Ogden, 2017, p.178).

O fracasso da função do *holding* no período da preocupação materna primária não corresponderia a uma simples frustração para o bebê, mas a um verdadeiro estado de anintegração, fragilizando consideravelmente a possibilidade do lactente de se constituir no tempo, no espaço e na relação com o mundo (Graña, 2016). Afinal, “é quando as coisas não vão bem que o lactente se torna perceptivo, não de uma falha do cuidado materno, mas dos resultados, quaisquer que sejam dessa falha; quer dizer, o lactente se torna consciente de reagir a alguma irritação” (Winnicott, 1960, p.51).

Como bem aponta Winnicott, ao dar relevância ao começo da vida na teoria psicanalítica, todo indivíduo deverá primeiramente passar por essa experiência de absoluta dependência materna pois

o importante é que eu sou *não significa nada, a não ser que eu*, inicialmente, *seja juntamente com outro ser humano* que ainda não foi diferenciado. Por este motivo, é mais verdadeiro falar a respeito de *ser* do que usar as palavras *eu sou*, que pertencem ao estágio seguinte” (Winnicott, 2012, p.9, grifado no original).

Vemos, assim, o quão crucial é o período de dependência absoluta, sendo a base para os outros estágios que ressoarão na saúde psíquica do sujeito.

Há também o momento denominado por Winnicott de dependência relativa. Se tudo vai bem, o bebê começa a pensar por conta própria, iniciando, assim, o processo de consciência da dependência, sendo portanto, o momento em que, dada as condições de provisão ambiental prévia a esse estágio, o bebê passa a distinguir entre o eu e o não-eu, período paralelo ao desmame (Abram, 2000). Tudo o que é exterior a ele é chamado de Não-eu e, ao contrário, seu interior é experimentado como Eu, havendo assim “um lugar para estocar as coisas” (Winnicott, 1963a, p.86).

Winnicott aponta que neste momento será importante que apareçam gradualmente falhas da adaptação materna. Certamente, falhas suficientemente boas. A mãe, após o período de preocupação materna primária, precisará também seguir rumo a sua independência, se descolando dessa simbiose criada no momento oportuno e fundamental. A partir destas falhas, o bebê poderá, sem se desintegrar subjetivamente, esperar pelo alimento que está sendo preparado na cozinha, por exemplo. Ele reconhecerá, pelos ruídos, a preparação de seu alimento, conseguindo a capacidade de esperar (Winnicott, 1963a). A mãe permitirá que o bebê sinta e experiencie

suas próprias necessidades. Esta “falha” contribui para o desenvolvimento de seu sentimento de *self* – um *self* que é eu e separado da mãe. Contudo, se a mãe não pode “falhar” (...) o impulso do bebê que é voltado para a auto-realização não pode se manifestar (Abram, 2000, p.104).

Winnicott (1960) dirá que esta mãe, aparentemente dedicada, satisfazendo todas as necessidades da criança, numa simbiose que não seria mais necessária como o era na dependência absoluta, acaba abafando os sinais espontâneos da criança, seu choro, irritação ou gesto criativo, fazendo algo pior que castrar o lactente, pois o bebê seria “deixado com duas alternativas: ou ficar em um estado permanente de regressão e ficar fundido com a mãe, ou então representar uma rejeição completa da mãe, mesmo de uma mãe aparentemente boa” (Winnicott, 1960, p.50).

Conforme o mundo vai sendo apresentado à criança, ela também, do seu modo, se tornará consciente desta dependência, por exemplo, “quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade de crer em sua sobrevivência, aparece ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe” (Winnicott, 1963a, p.84). Sensivelmente, o autor aponta que, diferente das máquinas que são calculistas e perfeitamente cirúrgicas em suas atividades, a mãe deve dar a sua atenção ao lactente, sua empatia, que não se ensina por manuais ou é adquirida em cursos. O seu cuidado deve ser autêntico, atravessado por sua espontaneidade.

Segundo Abram (2000), os cinco principais fatores da experiência de dependência relativa são: 1) A desadaptação materna com sua falha gradual para o bebê; 2) A compreensão intelectual deste em torno do ambiente que o rodeia; 3) A consciência de sua própria dependência; 4) A apresentação dos objetos pela mãe e 5) A capacidade do bebê em identificar-se com estes.

Em seguida, com o chamado rumo à independência, tendo os outros dois períodos ocorrendo de forma suficientemente boa, a criança poderá se tornar capaz de se defrontar com o mundo por meio de círculos cada vez maiores além das relações familiares - como escolas, trabalho na vida adulta etc. Esse momento se relaciona com o período pré-escolar da criança e da adolescência, chegando, por fim, à vida adulta – período este que dificilmente se atinge à maturidade completa (Winnicott, 1963a). Ele é efeito das memórias de maternagem “da projeção de necessidades pessoais e da introjeção dos detalhes do cuidado maternal, com o desenvolvimento da confiança no ambiente”, ou seja, o percurso em direção à independência “não é uma continuação da experiência de onipotência, mas, ao invés disto, uma continuação da capacidade criativa” (Davis & Wallbridge, 1982, p.50-78).

Todas essas experiências que Winnicott pontua em sua teoria nos ajudam a pensar sobre os limites psíquicos. Num cenário que ronda falhas ambientais graves para o lactente, Figueiredo aponta:

quando as fronteiras externas do eu vacilam por falta de investimento libidinal (sem desabar, pois se o fizessem seria um surto psicótico), o que pode se dar são sentimentos depressivos (esvaziamento do eu), de estranheza diante da realidade externa e despersonalização (as funções egóicas operam de forma alienada). As realidades externa e interna perdem sua consistência quando perdem suas fronteiras bem investidas (2008, pp. 88-89).

Concentrando-nos nesse pensamento, notamos o quão fundamental é atentarmos às vicissitudes pelas quais o próprio ambiente passará ao longo da existência do indivíduo. O ego do lactente, que estaria num primeiro momento não-integrado, a partir dos cuidados empáticos e suficientemente bons da mãe/ambiente seria capaz de ter a sua integração estruturada ou chegar a um estado unitário. Vemos então que as relações objetais primárias são importantes vetores no que concerne à experiência de vida que cada um de nós temos (Greenberg & Mitchell, 1994). Conforme aponta Winnicott (1963b), as relações com o objeto constituem um campo complexo e a capacidade de se relacionar com ele não deveria ser considerado um ponto simples no desenvolvimento emocional primitivo. Já nos casos fronteiriços, a conquista dessa individualidade é penosa no decorrer da vida dada a instabilidade e dificuldade no relacionamento com os objetos (Winnicott, 1960).

Para que esta experiência de unidade fique mais clara é importante lembrar que o amadurecimento emocional em Winnicott (1964/2012) pode ser pensado em termos de *holding* e *handling*, conceitos fundamentais para prover um ambiente de cuidado ao sujeito para o seu gesto espontâneo e que se sedimentam por via de interpretação silenciosa.

É nesse sentido que Winnicott (2011) nos diz que a tendência à integração já se faz presente desde o início da vida. Não se trata de algo automático, mas que se desenvolve gradualmente em cada criança, a partir de um estado não-integrado. A partir da integração, a criança poderá perceber que os objetos parciais compõem uma pessoa inteira. Ou seja, “de par com o reconhecimento do objeto inteiro surge

o germe de um sentido de dependência, e, por conseguinte, o germe da necessidade de independência” (p.14). Mas, mesmo assim, para se concretizar, é necessário o conjunto de experiências conhecido como *holding*: “a técnica pela qual alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome, e também *as agudas experiências instintivas que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro*” (Winnicott, 1945, p.224, grifos do autor).

Mais adiante, Winnicott (1960) expande o conceito de *holding*, que seria algo muito além de um simples segurar físico do lactente, estando diretamente relacionado a uma provisão ambiental que implicaria nas primeiras relações mãe-bebê, nas relações objetais primárias. Para ele, será neste momento que questões como as do narcisismo primário, autoerotismo, processo primário e identificação primária se tornarão “realidades vivas” (p.44). O ego do lactente, que estaria num primeiro momento não-integrado, a partir dos cuidados empáticos e suficientemente bons da mãe/ambiente seria capaz de ter a sua integração estruturada ou chegar a um estado unitário. Aqui, o termo individualidade poderia ser empregado (Winnicott, 1960).

Para que esta experiência de unidade fique mais clara é importante lembrar que o amadurecimento emocional em Winnicott (2011) abrange três tarefas principais: a integração do eu, a personalização e a realização. Paralelamente, as três funções da mãe seriam “segurar, manipular e apresentar o objeto” (p.32). Essas tarefas são conquistas imprescindíveis que requerem a contrapartida dos cuidados ambientais suficientemente bons em termos de *holding*, *handling* e apresentação do objeto (Winnicott, 1945; 1964; Damous, Oliveira & Silva, 2017). Quando o ambiente facilita a integração das experiências sensórias e afetivas, “o bebê relativamente saudável (maduro para a idade) prossegue rumo ao estágio em que ele se torna uma pessoa total, consciente de si mesma e consciente da existência dos outros” (Winnicott, 1990, p.56).

Quando essas experiências são perturbadas com frequência por um ambiente invasivo de maneira severa e grave, estamos diante dos que virão a se constituir como casos fronteiriços. Partindo de sua clínica, Winnicott afere que nestes pacientes:

há um impulso para dar continuidade ao desenvolvimento emocional que foi interrompido. Não há como recordar experiências muito primitivas, a não ser

vivenciando-as novamente, e como estas experiências foram por demais dolorosas na época (uma vez que surgiram quando o ego estava desorganizado, e o ego auxiliar da mãe estava imperfeito), o ato de vivenciá-las de novo deve ocorrer em uma situação cuidadosamente preparada e testada, como no contexto propiciado pelo psicanalista. [...] quando tudo corre bem, o paciente tem alguém a quem odiar pela falha original do ambiente de facilitação que deturpou os processos de maturação (p.38).

Assim, ocorrendo constantes rupturas prematuras no ambiente de *holding*, o bebê “se torna uma criatura reativa muito precocemente e desenvolve estruturas defensivas rígidas e hipertrofiadas”. Por outro lado, se o *holding* for excessivamente bom por muito tempo, o bebê “é impedido de experimentar frustração dosada, ansiedade tolerável, desejo, conflito e, como resultado, não irá desenvolver formas de cuidar de si mesmo (inclusive de se defender psicologicamente)” (Ogden, 2017, p.181).

Junto a esse ambiente de *holding*, que pode ser suficientemente bom ou não, as inúmeras experiências pelas quais o bebê passa fazem com que ele se sinta habitando o próprio corpo, o que lhe proporciona a sensação de realidade do *self*. É disso que se trata no que Winnicott chamou de personalização. Davis & Wallbridge (1982) pontuam que “a personalização não significa apenas que a psique está colocada no corpo, mas também que, finalmente, à medida que o controle cortical se amplia, o corpo todo se torna o lugar de residência do eu” (p.56). Um processo de maturação que ocorra com graves falhas na experiência de personalização dificultaria ao sujeito viver uma realidade que poderia ser compartilhada, dada a dificuldade de estabelecer um *self* real e integrado, fruto da constituição de uma imagem de corpo próprio consistente.

A integração deve ser pensada como um conceito que tem como pressuposto a noção da linha de continuidade de vida (Davis & Wallbridge, 1982). Caso ocorram falhas nestes processos, tanto de integração quanto de personalização, o bebê pode vir a não se integrar e a sofrer cisões psicossomáticas. Além disso, podem ser insatisfatórias a sensação dos contornos de si ou os limites do eu, questões centrais para uma investigação sobre os casos-limite, tendo em vista que tais sujeitos apresentam grande dificuldade na ligação do que é pensado com o que é sentido e também em dar sentido às experiências emocionais. Então, “se a

integração é “incompleta ou parcial”, as partes não integradas do bebê se tornam, na visão de Winnicott, dissociadas” (Phillips, 2006, p.123). O lactente será submetido, pela via do corpo e/ou psiquismo, a sentimentos que congelam a sua continuidade de ser.

No *setting* analítico, um analista suficientemente bom será uma metáfora para os cuidados fundamentais que deveriam ser ofertados ao lactente quando este não conseguia ainda distinguir o seu Eu do mundo externo. Ele era dependente, de forma absoluta (Winnicott, 1963a/1978) desse meio que deveria prover a sua continuidade de ser, sua espontaneidade. Por um manejo pautado pelo *holding* – mas não só – o analista facilitaria a simbolização das experiências traumáticas de um ambiente que foi excessivamente falho e não acolhedor. Pelo silêncio, entonação vocal, olhar e postura corporal, o analista suficientemente bom poderá exercer a técnica da maternagem ao paciente/bebê, enfim, fomentando um espaço que de fato o analisando possa desfrutar/experienciar sem tantas defesas psíquicas de um ambiente traumático para a integração (Winnicott, 1945/1978). Nos casos-limite, essa é uma questão basilar para o manejo com esses pacientes.

Continuando com a temática da integração, Elsa Dias considera que este processo permite a “coexistência e o trânsito do indivíduo entre a solidão essencial, a comunicação e o encontro com o outro e com a realidade externa” (Dias, 2003, p.95). Desse modo, a integração é a condição básica para o desenvolvimento do sujeito, pois está intrinsecamente relacionada com o tempo e o espaço. E “o que falha no processo, não é integrado por meio da experiência, não é simplesmente um nada, mas uma perturbação” (Dias, 2003, p.94). Essa perturbação pode então estar relacionada com a problemática dos casos-limite frente ao processo de simbolização e representação.

Pontuamos que tudo o que foi exposto até aqui reverbera na clínica e, nos casos fronteiriços, a contratransferência é um dos pilares para presenciarmos no *setting* estas questões. Dessa forma, Winnicott (1960) disserta que:

na verdade, não é da observação direta dos lactentes tanto quanto do estudo na transferência na situação analítica que é possível adquirir uma visão clara do que acontece na própria infância. *Esse trabalho sobre a dependência infantil deriva do estudo da transferência e de fenômenos de contratransferência que fazem parte do*

envolvimento do analista com os casos borderline. Na minha opinião esse envolvimento é uma legítima extensão da psicanálise (p.53, grifos nossos).

Ou seja, o autor apresenta, a partir de sua experiência clínica, uma discussão importante e imprescindível no movimento psicanalítico, enfim, rastros de uma clínica ferencziana (Graña, 2016) que valoriza a contratransferência e os primeiros estágios do desenvolvimento humano, temáticas que auxiliam numa escuta mais ampla do sofrimento desses pacientes.

Dessa forma, pensamos que a clínica dos pacientes-limite se configura para além dos desafios “de estabelecer um enquadre estável, remete-nos a uma clínica que incida sobre a tópica psíquica; sobre os primeiros limites do psiquismo que se forjam a partir da experiência de satisfação” (Junqueira, 2016, p.43). É por isso que, seguindo o pensamento *winnicottiano*, uma análise de casos-limite não passaria exclusivamente pela interpretação, “mas primeiro e antes de tudo a provisão de um ambiente adequado, um ‘ambiente de *holding*’ análogo ao cuidado materno” (Phillips, 2006, p.33).

É, portanto, com Winnicott que “a psicanálise passa a buscar no inconsciente não dizível, não verbalizável, os referentes últimos da subjetividade humana, postulando, assim, uma teoria da comunicação e da não-comunicação” (Peixoto & Silva, 2017, p. 67). Ao comentar sobre o ambiente facilitador na constituição subjetiva, Coutinho (1997) afirma que:

Winnicott definia também a imagem corporal, a relação do sujeito com o próprio corpo, a relação com o corpo do outro, com o mundo etc. O ambiente facilitador e a mãe suficientemente boa acompanham o ser humano (em seu interior, em volta de si mesmo e entre ele e o outro) durante toda a vida (p.102).

O ambiente facilitador então seria pensado como aquilo que satisfaz biologicamente, emocionalmente e psiquicamente o bebê quando oferecido por um sujeito devotado a este lactente. Importante pontuarmos que “caberá ao ambiente não decepcionar a criança, não a forçar, fora do tempo, a reconhecer a realidade externa como tal; não lhe impor uma unidade para a qual ela ainda não está madura para assumir” (Fulgencio, 2016, p.30).

Envolto com as questões sobre as origens do indivíduo - não do ponto de vista teológico, mas psicanalítico - Winnicott (2012) pontua que a distinção que a criança consegue fazer entre eu e não-eu se deve necessariamente às facilitações do ambiente para a maturação psíquica:

em outras palavras, os processos de maturação, facilitados de uma forma extremamente complexa pelos seres humanos que cuidam do bebê, terminam por fazer com que a criança repudie o que é o *não-Eu*, vindo a constituir o *Eu*. Chega um momento em que, se a criança pudesse falar, diria *EU SOU*. [...] Há, aqui, um momento muito definido na vida de toda criança, embora possa ser difuso em termos do limite de tempo, no qual ela se deu conta de sua existência e tem algum tipo de identidade estabelecida, não na mente dos observadores, mas em sua própria mente (pp.47-48, grifos do autor).

Como afirma o psicanalista “o reconhecimento de um ‘não-eu’ verdadeiro é uma questão de intelecto; pertence à extrema sofisticação e à maturidade do indivíduo” (Winnicott, 1960, p.39). Ou seja, para que isso ocorra, todo ser humano progrediria de um eu imaturo em suas esferas afetivas e psíquicas - não estando, também, integrado no espaço, no tempo, em si mesmo etc. - para, ao longo de seu caminho na vida, chegar à

diferenciação entre mundo externo e mundo interno, conquistando uma unidade do sujeito psicológico em termos de um EU SOU díspar de tudo que é NÃO EU, estabelecendo-se e sentindo-se como uma pessoa inteira que se relaciona com os outros como pessoas inteiras (Fulgencio, 2016, p.28).

Exposto à importância do ambiente na constituição psíquica do sujeito, adentraremos o campo da transicionalidade - solo fértil na teoria *winnicottiana* que muito contribui para se pensar a clínica na contemporaneidade. A partir do brincar (Winnicott, 1975), isto é, a metáfora do cuidar, podemos agora pensar como a criatividade e a espontaneidade, nos pacientes fronteiros, está debilitada.

4.2

Objeto e fenômenos transicionais: questão-chave para o *brincar*

O conceito de objeto em Winnicott é um dos pilares que sustenta sua teoria sobre o desenvolvimento emocional primitivo. Como dito anteriormente, a dependência do sujeito com o ambiente possui três momentos e o objeto também é pensado dessa forma, passando por três cruciais experiências: objeto subjetivo, objeto transicional e o uso do objeto.

O objeto subjetivo se relaciona ainda com um psiquismo que não se encontra estruturado, não havendo assim uma distinção eu-não-eu. Ou seja, a noção de um interior e exterior ainda é impensável dado que o bebê se alimenta de um seio que, na sua visão, faz parte dele, sendo, portanto, uma unidade – o que Winnicott chamou de a primeira mamada teórica. Ou seja, na visão do bebê, ele cria os objetos a sua volta, sendo muito necessário que ele passe por esse período caracterizado como ilusão para depois se desiludir, mediante os cuidados ambientais suficientemente bons. Aliás, será a partir desta ilusão que o impulso destrutivo do bebê o auxilia na própria capacidade de criar, momento em que os objetos transicionais entram em cena, dada a vinculação de um objeto que foi criado e vinculado à realidade externa (Klatau, 2014).

Podemos perceber que a partir desta simbiose mãe-bebê, a noção de paradoxo pode se fazer presente uma vez que “o objeto subjetivo ao mesmo tempo *é e não é um objeto*, e também, *é e não é subjetivo*” (Klatau, 2014, p.41, grifado no original). Concomitante a isso, o momento de dependência absoluta está acontecendo a partir de uma preocupação materna primária, que pode ou não se tornar patológica, como já explicitado.

Para Ogden (2017) o período de fenômeno transicional pode ser compreendido “como a fase de internalização pelo bebê (talvez mais precisamente descrita como a apropriação ao bebê) da matriz psicológica” (p.185). A matriz psicológica seria o ambiente de *holding* que circundou os cuidados ao lactente. A seguinte, o autor comenta que neste período, tanto o bebê ou paciente em análise, não deverá ser confrontado abruptamente com “o fato vivencial de que ele tem a sua própria mente, de que ele tem sua própria área de experiência dentro da qual ele pensa seus pensamentos, sente seus sentimentos, sonha os seus sonhos e brinca a

sua brincadeira. *O bebê necessita de tempo para vivenciar essa descoberta por si mesmo*” (pp.190-191, grifos nossos).

Para tratarmos do objeto transicional, utilizaremos o clássico *Objetos transicionais e fenômenos transicionais*, texto em que Winnicott (1975) utilizou o termo pela primeira vez (Klautau, 2014). Ele lança, mais uma vez, a originalidade de seu pensamento ao percorrer de forma majestosa o campo das primeiras relações de objeto e dos fenômenos que o rodeiam. Afirma que o seu interesse ao estudar este momento – dos fenômenos e objetos transicionais – se dá no intervalo de tempo entre as satisfações erógenas que o bebê tem ao usar o punho ou os dedos, por exemplo, de encontro à boca e quando a criança começa a brincar, sua relação com este objeto e os afetos que ali circulam.

Em outras palavras, os termos objetos e fenômenos transicionais designam “a área intermediária de experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado” (Winnicott, 1975, p.14). Eles pertencem ao domínio da ilusão, solo que florescerá em todo o início de experiências que o sujeito terá ao longo da vida.

Já na visão de um terceiro – aquele que observa a relação mãe-bebê – sobre o campo da transicionalidade, o observador tem um outro olhar dessa relação, conforme aponta Roussillon (2006):

o observador deve manter um duplo ponto de vista sobre a origem do objeto. O objeto é o símbolo da união desses dois pontos de vista aparentemente contraditórios. Para que esse duplo ponto de vista possa ser formulado, é preciso que exista uma certa comunhão de forma entre o objeto criado e o objeto encontrado, uma certa homomorfia entre a realidade interna e a realidade externa, entre ponto de vista objetivo e ponto de vista subjetivo. (...) A experiência paradoxal da transicionalidade *testemunha* essa homomorfia. mas, indo além de Winnicott no mesmo caminho, cumpre aqui inverter sua perspectiva para perguntar se o aparecimento de um objeto ou de fenômenos transicionais não é *o sinal de que a criança acaba de constituir um representante externo/interno da simbiose primitiva, representante graças ao qual ela pode começar a aceitar sair desta.* (...) A experiência transicional e paradoxal só pode ocorrer no seio de uma realidade externa disposta pelo ambiente de tal modo que realize uma homomorfia com a realidade interior (pp.88-90, grifado no original).

Ou seja, será a partir da experiência de objeto transicional que se inicia o processo de distinção eu-não-eu, onde o bebê abandona a dependência absoluta e passa para a dependência relativa com o ambiente.

Para Winnicott, quando o indivíduo está integrado existe uma realidade interna que, independentemente de ser rica ou pobre, funcionaria como uma membrana que separa o exterior do interior. A área intermediária seria o campo da experimentação onde vida interna e externa se entrelaçam. Ou melhor, se encontram, não disputando espaço, já que esta área deve existir para repouso do indivíduo que tem a árdua tarefa existencial de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que interdependentes (Winnicott, 1975). O psicanalista reitera a importância deste espaço potencial para a vida do bebê que, em vida adulta, estaria ligado também ao campo da arte e religião.

Roussillon, ao comentar sobre os objetos e fenômenos transicionais, aponta que o valor deles

está em uma certa experiência que a criança pequena pode fazer do mundo, a da primeira posse de um objeto não-ego. Nessa experiência, a criança apreende um objeto que não está nem no interior dela, nem no exterior, *mas no limite do interior e do exterior* (Roussillon, 2006, p.86, grifos nossos).

Importante ressaltar que este campo de estudos – objetos e fenômenos transicionais – se dá, conforme Winnicott (1975) aponta, na área “*intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido*” (p.15, grifos nossos).

Assim, o lugar teórico do objeto transicional está na área de ilusão (Davis & Wallbridge, 1982). Como aponta Fulgencio (2016), Winnicott salienta que é fundamental estar atento ao modo como o indivíduo se relaciona com a realidade, mais do que com o objeto em si. Não o interessa, portanto, fazer uma distinção entre objetos e fenômenos transicionais, dados que são equivalentes. Sua preocupação está no uso que o bebê faz da primeira posseção não-eu. Os fenômenos transicionais, que surgem geralmente entre os quatro a seis primeiros meses de vida e se estendem até o primeiro ano, podem ser exemplificados como a capacidade do bebê em fantasiar ou pensar sobre determinado objeto - como, por exemplo, balbuciar uma nota musical. O transicional “*bascula, flutua, oscila*

permanentemente, em sua configuração imagética e em sua formulação metafórica, entre uma realidade imanentemente concebida e uma realidade extremamente compartilhada, entre a imagem, que traz consigo a marca da criatividade subjetiva, e o fato, em sua condição de ocorrência convalidada” (Graña, 2016, p.39).

Em relação ao objeto transicional, podemos pensar, por exemplo, como podendo ser um maneirismo, uma bola de lã, cobertor ou até mesmo uma palavra que terá, para a criança, um local de investimento afetivo muito grande, o que se tornará, neste momento, algo difícil de ser separado da sua vida. É comum que os pais saibam ou percebam qual brinquedo favorito do filho ou qual ele usa cotidianamente em seu fantasiar e brincar.

Winnicott (1975) afirma que um comportamento ou objeto específico que se instaurou num momento muito primitivo na vida do sujeito poderá reaparecer mais tarde, sendo um fator que o defenda frente à ansiedade intensa, por exemplo, na privação de um ambiente que ameaça e aniquila. Além disso, é possível que não exista objeto transicional “à exceção da própria mãe, ou, então, um bebê pode ser tão perturbado em seu desenvolvimento emocional, que o estado de transição não pode ser fruído, ou, ainda, a sequência dos objetos usados é rompida” (Winnicott, 1975, p.18).

Esse objeto transicional que será escolhido pela criança ganhará carícias, exposições e investimento de afeto e, também, certa agressividade ao ser mutilado ou retaliado em determinados momentos de agressão. De forma alguma deverá ser mudado, exceto pelo(a) bebê/criança, uma vez que ele deverá sobreviver ao seu amor e à agressividade pura, o ódio. Muito importante também que ele seja descateixizado pela criança e não pelos pais ou terceiros, perdendo, assim, aos poucos, o seu significado de devoção. Com essa experiência, o objeto transicional não será de forma alguma introjetado pela criança, como um objeto interno que está passivo ao controle onipotente do bebê, pois, como exposto, este objeto não se encontra na realidade interna ou externa, mas na área intermediária. Ele simplesmente deverá ser deixado ao limbo (Winnicott, 1975).

Essa conquista só será possível quando os fenômenos transicionais se tornaram difusos por assim dizer e “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” (Winnicott, 1975, p.19). Neste vasto terreno cultural e potencial, Winnicott amplia

a sua teoria na vida madura do indivíduo adulto onde questões como o sonhar, o furtar, o mentir, as explorações artísticas e o sentimento religioso ganham relevo para o sujeito se relacionar na cultura, potencializando-o ou o privando de sua espontaneidade e criatividade.

Vimos anteriormente a importância do cuidado de um ambiente suficientemente bom nos estágios da dependência absoluta, relativa e rumo à independência. Interessante constatar que Winnicott (2012) aponta que desde o início do desenvolvimento emocional primitivo o ser humano estaria envolto com a problemática da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e o que seria subjetivamente concebido e que, para essa questão ser solucionada, a saúde psíquica deveria estar abarcada por um ambiente suficientemente bom. Essa é uma contribuição que o psicanalista britânico traz ao falar sobre o objeto transicional: ele está entre o mundo subjetivo e o objetivamente dado, unindo e descolando esses mundos, estando, portanto, na raiz do símbolo e da cultura (Fulgencio, 2016). Dessa forma, “o objeto transicional pode ser considerado como o introdutor de um sentimento de *self* que requer, simultaneamente, integração do eu do bebê e, a separação deste dos cuidados maternos”, sendo o processo de separação mãe-bebê “entendido a partir do caminho percorrido do objeto transicional ao uso do objeto” (Klautau, 2014, p.59).

A grande jogada teórica de Winnicott sobre a temática da relação mãe-bebê está no fato de ele considerar a área intermediária como um importante espaço para ambos – mãe e bebê –, pois este campo seria “a área que é concebida ao bebê, entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste de realidade” (Winnicott, 1975, p.26). Aqui, os fenômenos transicionais ganham mais uma vez espaço, uma vez que representariam para o autor os primeiros momentos de ilusão do ser humano.

Se tudo corre bem neste período onde o bebê concebe subjetivamente os objetos ele “pode, na realidade, vir a lucrar com a experiência da frustração, já que a adaptação incompleta à necessidade torna reais os objetos, o que equivale a dizer, tão odiados quanto amados” (Winnicott, 1975, p. 25). A partir deste momento, o bebê começa a ter uma relação com a realidade ou até mesmo ter uma concepção do mundo externo. Vimos então a importância da mãe suficientemente boa que deve, num primeiro momento, propiciar a ilusão ao lactente e, posteriormente, de forma natural, favorecer a desilusão, período este relacionado ao desmame. Em

relação ao desmame, Winnicott deixa claro que ele não está se referindo sobre o término da alimentação ao seio propriamente dito.

Em resumo, podemos pensar que tanto o objeto transicional quanto 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. *Do objeto transicional, pode-se dizer que se trata de uma questão de concordância, entre nós e o bebê, de que nunca formulemos a pergunta: “Você concebeu isso ou lhe foi apresentado a partir do exterior?” O importante é que não se espere decisão alguma sobre esse ponto. A pergunta não é para ser formulada* (Winnicott, 1975, pp.27-28, grifado no original).

O objeto transicional se encontra num paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que é criado pelo bebê, visando atender as suas necessidades é também fornecido pelo ambiente. Sua diferença com o objeto subjetivo é que este último tem uma permanência existencial delimitada pela necessidade, sendo, portanto, limitado no tempo. Já o objeto transicional “tem uma permanência existencial no tempo, que ultrapassa o breve momento da necessidade, ele pode, então, ser possuído (a primeira posse, como diz Winnicott)” (Fulgencio, 2016, p.42, grifado no original).

Dando continuidade as experiências pelos quais o objeto passa ao longo do desenvolvimento emocional primitivo, temos o uso do objeto, conceito apresentado por Winnicott no texto *O uso de um objeto e relacionamento através de identificações*. Nele, o autor aponta que devido a sua sede pela interpretação em casos que não se enquadram como neurose propriamente dita, profundas transformações deixaram de ocorrer, dificultando a criatividade do próprio paciente para compreensão de suas queixas. Na questão dos pacientes fronteirios, Winnicott (1975) afirma que se trata de certa loucura que não é revelada diante dos nossos olhos na cena transferencial. São pacientes que o cerne do distúrbio é psicótico, ainda que sua organização seja psiconeurótica, daí a questão da loucura não ser enfrentada pelo paciente.

Adiante, o autor aponta uma necessária distinção entre a relação de objeto e o uso de um objeto. Na primeira, se trata de uma experiência do sujeito que se encontra isolado, já na segunda é importante saber da natureza e o comportamento

do objeto, por exemplo, “o objeto, se é que tem de ser usado, deve ser necessariamente real, no sentido de fazer parte da realidade compartilhada, e não um feixe de projeções (...) o analista tem de levar em consideração a natureza do objeto, não como projeção, mas como coisa em si” (Winnicott, 1975, p.123-124). De acordo com Winnicott, como todo processo maturacional, a capacidade de usar o objeto depende do mesmo ser facilitador para as experiências do bebê. A capacidade de usar o objeto não se confunde como sinônimo de exploração por parte do sujeito no ambiente (Klautau, 2014).

É da relação de objeto que posteriormente nasce a capacidade de usá-lo. Este objeto só é capaz de ser usado quando o sujeito também o destrói. Isso não significa que ele deixará de existir após a destruição, posto que, mesmo assim, paradoxalmente, ele sobrevive. Aqui, se encontra a capacidade de fantasiar do indivíduo:

o sujeito diz ao objeto: “Eu te destruí”, e o objeto ali está, recebendo a comunicação. Daí por diante, o sujeito diz: “Eu te destruí. Eu te amo. Tua sobrevivência à destruição que te fiz sofrer, confere valor à tua existência, para mim. Enquanto estou te amando, estou permanentemente te destruindo na fantasia” (inconsciente) (Winnicott, 1975, p.126).

Winnicott (1975) afirma que essa é uma condição *sine qua non* para que o sujeito possa se relacionar com os objetos: utilizá-los, mesmo após a sua destruição:

o sujeito pode agora *usar* o objeto que sobreviveu. É importante notar que não se trata apenas da destruição do objeto pelo sujeito, pelo fato de estar o objeto fora da área do controle onipotente do sujeito. É igualmente importante o enunciado ao inverso, ou seja, que é a destruição do objeto que o coloca fora da área do controle onipotente do sujeito. Dessa forma, o objeto desenvolve sua própria autonomia e vida e (se sobrevive) contribui para o sujeito, de acordo com suas próprias propriedades. Em outras palavras, devido à sobrevivência do objeto, o sujeito pode agora começar a viver uma vida no mundo dos objetos e, assim, vem a lucrar imensuravelmente (p.126).

Para Winnicott, sua teoria sobre o uso do objeto se afasta totalmente de uma psicanálise que aludia à realidade externa e aos mecanismos de projeção

unicamente. Em se tratando dos casos graves, há uma acentuada dificuldade desses sujeitos se relacionarem com os objetos devido ao fracasso do ambiente em sustentar uma experiência de onipotência quando era fundamental. Em sua tese o autor coloca que “a destruição desempenha um papel na criação da realidade, colocando o objeto fora do eu (*self*)” (Winnicott, 1975, p.127). Desse modo, “Winnicott postula a destruição como ponto central do conceito do uso dos objetos, pois é a partir da sobrevivência à destruição que o objeto adquire autonomia e torna-se *diferente de mim*, ou seja, torna-se *o outro* pertencente à realidade compartilhada que pode ser usado” (Klatau, 2014, p.67, grifado no original). Nesse cenário, o objeto externo pode ser usado pela primeira vez, pois “o objeto que está sendo reconhecido e com ele interagido é um objeto-no-mundo, fora do indivíduo” (Ogden, 2017, p.199). De onde se conclui que a base para um desenvolvimento saudável no sujeito passa necessariamente pela sobrevivência do objeto que foi atacado (Winnicott, 2012).

Assim, na relação analítica, a sobrevivência do analista, em relação a clínica dos casos-limite, “pode ser o fator mais importante nos momentos de terapia em que ideias destrutivas dominam a cena” (Pedrozo, 1997, p.83). Ogden (2017) caminha nesse pensamento ao apontar que a sobrevivência do objeto seria uma forma de conter a situação por um tempo de tal forma que “o objeto-mãe (ou terapeuta) fique emocionalmente presente enquanto o bebê (ou paciente) tenta levar adiante o gesto de confiança que permite relaxar o apego ao objeto-mãe-internalizado onipotente” (p.199). Se esse objeto externo falha na sua sobrevivência, ou seja, estando ausente quando o bebê necessita, a única saída encontrada para o bebê será se apegar ao objeto interno que é onipotente e onipresente. Dessa forma, ele fica “aprisionado em seu mundo objetal interno mágico no qual ele rigidamente se apegua” (Ogden, 2017, p.199).

Davis & Wallbridge (1982) pontuam que nas relações pessoais, esta mudança entre relacionar-se e usar o objeto:

significa que a mesma pessoa pode ser amada e odiada, protegida e atacada sem alterar-se, magicamente, na qualidade que tem, porque se sente que a pessoa existe de direito próprio, separada e permanente. Em outras palavras, ela pode ser usada. A capacidade para usar um objeto, uma vez estabelecida, conduz, na saúde, a uma capacidade crescente para relações pessoais fundamentadas na identificação

recíproca, a saber, a relações envolvendo a empatia ou a capacidade de “se colocar no lugar de outrem”. *Em um mundo de objetos subjetivos, tal realização não é possível porque implica necessariamente uma compreensão do “distinto-de-mim”* (p.86, grifos nossos).

Pontuamos, então, que a base para um desenvolvimento saudável no sujeito, perpassa pela sobrevivência do objeto que foi atacado (Winnicott, 2012). Voltando à temática dos casos fronteira, percebemos que uma das principais funções do analista na transferência é sobreviver às maciças identificações projetivas e ao ódio do paciente no *setting*. Isto significa não retaliar ao ataque, dando espaço para a criatividade do uso do objeto no paciente, pensando, assim, a destrutividade por um valor positivo. Ou seja, a partir da noção de uso do objeto, pensamos que “o mesmo objeto pode ser amado ou odiado, protegido ou atacado sem que haja alterações mágicas em suas qualidades, pois estas existem permanentemente e de forma independente do eu” (Kloutau, 2014, p. 66).

Estudamos até aqui a teoria de Winnicott sobre o ambiente facilitador, as experiências do sujeito em relação ao ambiente e as transformações da relação e uso do objeto que simultaneamente ocorrem no desenvolvimento emocional. Além disso, iremos trazer as contribuições teóricas e técnicas de dois importantes psicanalistas franceses sobre os casos-limite: Didier Anzieu e René Roussillon. Permaneceremos também em Winnicott, ao trazer, em sua teoria, diversos momentos em que a noção de paradoxo aparece, principalmente em se tratando do brincar e do espaço potencial. Este paradoxo, como os outros já citados ao longo deste capítulo, deverão ser mantidos e nunca respondidos. Vejamos o porquê.

5

O paradoxo na clínica com casos-limite e o analista suficientemente bom

Não sei quantas almas tenho. Cada momento mudei. Continuamente me estranho. Nunca me vi nem acabei.

Não sei quantas almas tenho – Fernando Pessoa.

Ainda que o paradoxo tenha nascido no campo da lógica, tendo seu percurso se iniciado com os gregos, será no solo da filosofia e da psicanálise que esse conceito terá relevância ímpar; na primeira, na seara da epistemologia e na segunda, na clínica (Tanis, 2010). No campo das ciências humanas, a noção de paradoxo entra como questão a ser debatida a partir do grupo de Palo Alto (Bateson, G, et al., 1956) – pesquisadores interessados em estudar sobre como a comunicação humana poderia ser um fator, a partir da lógica paradoxal, para compreender a psicose, particularmente a esquizofrenia (Roussillon, 2006). Em seu sentido denotativo, “o paradoxo diz respeito às dificuldades lógicas ou semânticas que advêm quando uma proposição contradiz a si mesma após ter-se afirmado” (Rache, 2008, p.74).

Será a partir deste conceito que o psicanalista francês René Roussillon (2006), confrontado em sua clínica com os pacientes-limite, aborda em sua importante obra *Paradoxos e situações limites em psicanálise*, um vasto campo teórico acerca do universo da psicanálise, principalmente relacionando às teorias de Freud e Winnicott, a saber: questões sobre o narcisismo e as clivagens do ego e também sobre os paradoxos dos processos maturacionais. Para o autor, os casos difíceis exigiriam uma metapsicologia da transicionalidade. Como bem salienta Ogden (2017), as contribuições clínicas e teóricas de Winnicott se encontram na forma de paradoxos, pois “a verdade do paradoxo não está em nenhum de seus polos, mas no espaço entre eles” (p.174).

Roussillon afirma que há duas formas de paradoxo: a comunicação paradoxal, que se apresenta como um ataque à ligação e a denominada de processos transicionais, que estaria centrada na capacidade de ligamento. A comunicação “diz respeito também à comunicação entre instâncias, à comunicação intrapsíquica. Assim, a comunicação paradoxal não é mais apenas um modo de relação com o outro, é também um modo de relação consigo mesmo” (Roussillon, 2006, p.79).

Outeiral et.al (2008), ao comentarem sobre essa obra do psicanalista francês, elucidam que:

os paradoxos dos processos maturacionais, ou paradoxos lógicos, pertencem à área da transicionalidade; são formações intermediárias entre a realidade externa e a realidade interna e permitem o acesso a esta última. As defesas paradoxais, por seu lado, se constituem como defesa contra a realidade externa, buscam proteger o verdadeiro self da ameaça de aniquilamento (por falha ambiental, impingement, etc) que ameaça a continuidade do self (Outeiral et. al (2008, p.69).

Percorrendo a obra de Roussillon, o autor afirma que importantes autores como Racamier, Anzieu e Winnicott se debruçaram sobre a questão do paradoxo em sua clínica. Racamier, ao se aprofundar sobre o estudo da psicose, considera importante desmontar a comunicação paradoxal, objetivando assim remontar ao que ele denomina de “paradoxo mãe”, que seria o paradoxo fundamental da existência psicótica. Em Anzieu, conforme o pensamento de Roussillon, o paradoxo está presente no campo transferencial onde, em muitos casos graves, se faz necessário que o analista se sinta também, em alguns momentos, no lugar do paciente – já que esse, conforme seu quadro, mal consegue “sentir”. Ou seja, na relação analítica, em última instância, cabe ao analista fomentar um espaço para o que Roussillon denominou de “jogo”, uma ação que remonta ao movimento, ao trabalho de pôr em representação aquilo que enfim simboliza o ato, tema esse bastante frutífero para se pensar a temática da clínica com pacientes fronteiriços.

Roussillon abordará alguns dos paradoxos que o pediatra e psicanalista britânico fomentou ao longo de sua clínica como o conceito de objetos e fenômenos transicionais, a capacidade de estar só na presença do outro etc. Logo, “pode-se entrever no trabalho de Winnicott, em relação à transicionalidade, um modo de apresentar uma simbolização rudimentar que só ocorre numa intricação estreita, onde não há mais o limite entre realidade interna e externa” (Rache, 2008. p.80).

Tanis (2010) complementa a discussão:

parafraseando Roussillon, paradoxos no sentido winnicottiano permitem a elaboração das experiências de ruptura e descontinuidade, através de uma não delimitação unívoca da experiência de dentro e fora, interno/externo, eu e não-eu, presença/ausência. Eles possuem uma história, criam uma nova realidade para a

qual certas oposições deixam de ter sentido, favorecem a ligação psíquica e possibilitam um processo de criação (2010, p.63).

É aqui que Winnicott se faz um autor criativo e original ao pensar os sofrimentos psíquicos por um aspecto relacional, intersubjetivo. Ou seja: de um lugar espontaneamente convidativo para a troca com o outro, mas que ainda assim resguarde a individualidade, o *self* verdadeiro de cada um. É o lugar do conhecido espaço potencial. Esse se refere à área intermediária de experiências que reside entre a fantasia e a realidade, local onde os símbolos se originam. Nas palavras de Rache, (2008) a elasticidade da técnica de Winnicott “conduz à apreciação de uma outra ‘realidade’, a intermediária, que nada mais é senão a área de intersecção entre a realidade interna e a realidade externa” (Rache, 2008, p.75).

Será pela empatia materna com o bebê ou do analista com o paciente que o bebê/paciente será capaz de internalização, de se sentir, enfim, "em sua passagem da dependência à autonomia" (Abram, 2000, p.264). Apenas nesse laço de confiança que o espaço potencial poderá existir e se firmar, pois, caso não haja, o que resta, segundo Ogden (2017), são as fantasias desprovidas de símbolos (pensamento). O autor salienta que tanto o espaço do brincar, objeto e fenômeno transicional, quanto o espaço analítico, a cultura e a criatividade estão, para Winnicott, nessa experiência. O paradoxo do espaço potencial se concentra justamente por unir e separar o bebê (criança ou o adulto) da mãe (objeto), devendo tal paradoxo ser tolerado e de forma alguma resolvido. A partir desse paradoxo, haveria uma série de relacionamentos dialéticos “entre fantasia e realidade, eu e não eu, símbolo e simbolizado etc, cada polo da dialética criando, informando e negando o outro” (Ogden, 2017, p.234).

Assim, o espaço potencial é um tema caro à teoria de Winnicott, uma vez que se trata, também, da transição da unidade mãe-bebê (mãe como ambiente), como salientada no capítulo anterior, para um estado em que existe mãe-e-bebê (mãe como objeto). Para que essa travessia não seja patogênica para ambos, Ogden (2017) afirma que “deve haver um espaço potencial entre mãe e bebê, que seja sempre potencial (nunca real) porque é preenchido com o estado da mente que incorpora o paradoxo nunca desafiado: o bebê e a mãe são dois” (p.215).

Um outro paradoxo apresentado na teoria de Winnicott (1975) está no conceito de brincar, quando argumenta que a área do brincar não se localiza na

realidade psíquica interna e que, apesar de estar fora do sujeito, não seria o ambiente externo em si, mas sim o espaço potencial, onde o brincar precisa, então, de um espaço de confiança, como aquele do momento de cuidados da mãe ao bebê, onde este necessita da provisão do ambiente, afinal, haveria, para Winnicott, uma “evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais” (Winnicott, 1975, p.76). Podemos pensar, então, que para essa conquista do brincar compartilhado e a aquisição das experiências culturais na vida adulta, há que se relacionar diretamente as experiências de dependência absoluta, relativa e rumo à independência. Será em *O brincar e a realidade* que Winnicott (1975) coloca o paradoxo como questão central para se pensar a transicionalidade (Roussillon, 2006).

Certamente, não podemos nos esquecer do legado freudiano sobre o espaço do jogo, pensado como uma atividade simbólica, que marca também o esboço de uma linguagem. Para Freud, o jogo estaria no mesmo plano da transferência e dos sonhos traumáticos, no que concerne a ter um espaço para a compulsão à repetição. Por exemplo, com o jogo do carretel, Freud (1920/2010) traz à cena a interpretação do jogo onde a criança simboliza a presença e ausência materna. O carretel é, portanto, a representação da mãe, conforme aponta Roussillon (2006), onde Freud “estabelece assim uma ligação entre duas cenas, a do não-jogo na qual a mãe impõe à criança sua ausência ou sua presença, e uma outra cena, a do jogo” (p.106).

Segundo Graña (2016) o brincar em Freud estaria mais voltado a uma prevenção ao ego da criança, frente ao imprevisto do traumático. Contudo, podemos perceber em Freud, uma interessante ponte com o pensamento de Winnicott ao propor que há uma estreita relação entre o humor, a saúde mental, o brinquedo e a própria criação artística. Winnicott (1975), atravessado pela teoria freudiana sobre o jogo, comenta que o significado do brincar adquiriu um sentido mais amplo em sua clínica a partir dos estudos sobre os fenômenos transicionais. A função do brincar se tornou um tema central na sua obra na década de 60, afinal, segundo ele a linguagem seria uma extensão do brincar, da comunicação, fazendo parte, assim, do enriquecimento da experiência de viver (Abram, 2000).

Ele percebeu que os psicanalistas estavam muito preocupados em como a criança utilizava os conteúdos da brincadeira, o que acabava por tornar a interpretação a base para as intervenções na clínica infantil. Diante disso Winnicott

formula um novo ponto de vista sobre o brincar – deixando claro que está interessado pelo verbo “brincar” e não pelo substantivo “brincadeira” – que até então não havia ganhado espaço merecido na clínica psicanalítica. O brincar tem um tempo e um lugar, local este denominado, como vimos, de espaço potencial.

O brincar – alguns exemplos dito “concretos” do significado brincar poderiam ser o jogo do rabisco e o da espátula – aqui é pensado como um “fazer”, que tem um lugar e tempo, e cuja condição fundamental é a do paradoxo, uma vez que não se encontraria nem *dentro* e nem *fora* do sujeito, mas sim num espaço compartilhado. Para o autor, o brincar seria sempre uma experiência criativa, até mesmo uma forma básica de viver, sendo, portanto, um aspecto universal da natureza humana (Winnicott, 1975; Davis & Wallbridge, 1982; Fulgencio, 2016).

O brincar teria tempo e lugar determinados, os quais seriam delimitados pelo espaço potencial alocado entre mãe e bebê, conforme a singularidade desta relação:

é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros (Winnicott, 1975, p 63, grifos do autor).

Será pelo brincar que Winnicott se distancia de uma visão psicanalítica centrada no dentro e fora, introvertido, extrovertido e, no espaço potencial, o indivíduo poderá experienciar a sua vida, nesta área “dos fenômenos transicionais, no excitante entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos” (Winnicott, 1975, p.93). Vemos, portanto, como o brincar ocupa um lugar central na teoria do autor.

No contexto do jogo, como salientado anteriormente por Roussillon, Winnicott dirá que a importância do brincar é “sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais” (Winnicott, 1975, p.71). Aliás, é de suma importância que se o analista observa que o paciente não consegue brincar ele deverá, antes de qualquer interpretação, se atentar a esse sintoma que congela processos criativos e que pode, também,

comprometer a experiência de continuidade espaço-tempo, a forma básica de viver, afinal, interpretar num momento em que o paciente não tem capacidade alguma para brincar seria inútil (Winnicott, 1975). Dessa forma, ele está nos convocando a problematizar o brincar além da perspectiva kleiniana sobre a interpretação do conteúdo da brincadeira. O que interessa é a própria possibilidade de fazer essa ação. Assim, o brincar figura como parte essencial da experiência de viver, onde tanto a criança quanto o adulto tornam-se capazes de descobrir o *self* (Abram, 2000; Fulgencio, 2016).

É no brincar que a criança ou adulto pode utilizar de sua personalidade de forma mais espontânea e criativa e “é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (Winnicott, 1975, p.80). Como aponta Fulgencio (2016), o ser criativo não estaria atrelado à produção do novo, mas se refere à espontaneidade, onde este gesto fomenta a possibilidade do sujeito se expressar, em sua forma mais genuína, com seu campo cultural. Aqui estaria o conceito de saúde para Winnicott: o processo de socialização sem a perda de si, sem que as defesas neuróticas estejam rígidas, assoladas num campo congelado e infértil de criatividade. A saúde pode ser pensada como o sujeito ter a experiência de que a vida vale a pena ser vivida, real, sem perda considerável da espontaneidade, que tenha um cuidado de si e a capacidade de sentir-se culpado mediante algum evento, podendo, assim, se colocar no lugar do outro (Fulgencio, 2016).

A função primordial do analista será a de conhecer a criatividade própria de cada paciente, seu estágio maturacional, enfim, sua capacidade de brincar, afinal, será “justamente nesse lugar, em que compartilhamos o mundo interno e o mundo externo, nesse lugar intermediário entre esses dois mundos, que Winnicott reconhece estar o lugar em que vivemos uma vida que vale a pena ser vivida” (Fulgencio, 2016, p.72).

O tratamento psicanalítico ocorreria na sobreposição da área de brincar do analista e do paciente, o que facilita a comunicação e a intimidade. Ou seja: não será o analista que irá instaurar a brincadeira, mas, assim como o ambiente suficientemente bom, possibilitar que o paciente, confiando nesse lugar, possa brincar (Fulgencio, 2016; Winnicott, 1975). Num paralelo seria “como olhar um bebê nos seus estádios primitivos e passar a olhar a criança que tenta construir algo com as fezes ou qualquer outra substância da mesma textura” (Winnicott, 1975, p.80).

Para complementar essa discussão, Winnicott (1975) aponta que:

aquele que procura nossa ajuda pode esperar sentir-se curado com nossas explicações. Poderia mesmo dizer: “percebo o que quer dizer. Eu sou eu mesmo quando me sinto criativo e quando executo um gesto criativo. A busca está terminada.” Na prática, isso não acontece. Sabemos que esse tipo de trabalho, mesmo a explicação correta é ineficaz. A pessoa a quem estamos tentando ajudar necessita de uma nova experiência, num ambiente especializado. A experiência é a de um estado não-intencional, uma espécie de tiquetaquear, digamos assim, da personalidade não integrada (p.81).

Salientamos que a capacidade do brincar, seja na criança ou no adulto, “não é uma conquista definitiva, mas sempre instável, sempre dependente das condições pessoais e ambientais” (Fulgencio, 2016, p.107). A expansão da área do brincar na vida adulta pode ser pensada a partir da cultura – religião e humor, por exemplo – e, também, equiparada à primeira relação mãe-bebê, isto é: aquilo que é adquirido pelo lactente/criança e o que é fornecido pela realidade externa. Esse espaço potencial possibilita então que os objetos sejam encontrados e criados pelo indivíduo, observando que, para isso acontecer, é fundamental a evolução dos fenômenos transicionais para a capacidade do brincar, deste para o brincar que é compartilhado e deste compartilhar para as inúmeras experiências culturais (Fulgencio, 2016; Winnicott, 1975).

Assim como Winnicott assevera a importância do brincar na clínica, pensamos que atrelado a isso o ato criativo do analista, tão comentado nas obras do autor, possa ser um importante fator para que experiências emocionais caóticas - vividas em um ambiente pouco adaptativo, nos primeiros anos de vida, pelos sujeitos que procuram a análise - possam ser genuinamente sentidas, verbalizadas e representadas. Partimos agora para as contribuições de Anzieu, sobretudo ao conceito de Eu-pele, com o objetivo de aprofundarmos sobre os primórdios da constituição psíquica e os limites psíquicos.

5.1

A noção do Eu-pele nos casos-limite

Como vimos, a técnica psicanalítica teve algumas reformulações para tratar sujeitos que traziam para a análise questões diferentes da neurose clássica (Freud, 1938/2018; Ferenczi, 1928/2011). As contribuições de Winnicott (1945; 1960; 1975; 2012) nos ajudaram a refletir o sofrimento psíquico dos casos-limite por um olhar voltado às primeiras experiências do lactente com o meio. Pensamos ser oportuno trazer também as experiências clínicas do psicanalista francês Didier Anzieu, a partir de sua teoria sobre o Eu-Pele, conceito muito original no movimento psicanalítico, para refletirmos sobre as primeiras experiências físicas e subjetivas que o lactente tem ao seu redor. Além disso, suas contribuições teóricas nos auxiliam a repensar a clínica, sobretudo frente aos casos-limite, que demandavam muito dos psicanalistas na década de 70 e 80 e que, na atualidade, continua a nos convocar para pensar sobre a técnica.

Consideramos que a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott alcança o pensamento de Anzieu sobre o Eu-pele ao maximizar a importância dos cuidados maternos ao lactente, afinal, como aponta Roussillon (2008), “Anzieu sempre ressaltou fortemente que os processos psíquicos encontram nas sensações e experiências corporais a matéria prima de sua formatação e de sua organização” (p.20). Aprofundar na sua teoria nos ajudará a pensar como a constituição dos limites psíquicos podem estar fragilizadas nos casos-limite, quando a função do Eu-pele não conseguiu se consolidar. Para tanto, vamos discorrer sobre o que seria a pele para o psicanalista francês.

Podemos pensar que o Eu-pele deriva da ideia de que o eu se desenvolve apoiado

e sustentado nas funções da pele e exerce sobre o psiquismo as mesmas funções que a pele exerce sobre o corpo, ou seja, envolve, protege, contém e *(de)limita o psiquismo, ao mesmo tempo em que opera o contato entre a realidade interna e externa* (Damous & Souza, 2005, p.184, grifos nossos).

Para Anzieu (1989), a pele seria o primeiro local de troca com o outro, ou seja, com o ambiente em si. Ele comenta que no embrião ou no recém-nascido, a

sensibilidade tátil seria a primeira sensação que surge, onde a própria experiência do nascimento daria ao bebê uma sensação de massagem ao longo de todo o seu corpo, o que desencadearia algumas funções, como por exemplo, a respiratória e digestiva. A pele seria o único órgão que recobre todo o corpo e, justamente por isso, é a referência base para todos os dados sensoriais. Por ser um conjunto de órgãos diferentes, ela estaria no *limite* entre o interno e o externo do corpo humano com o outro. Além disso, possui uma estreita relação com a sensibilidade cinestésica, fazendo com que o organismo se torne, enfim, um órgão sensível que irá trocar sinais com o ambiente, combinando as dimensões espaciais e temporais (Anzieu, 1989). Essas questões estariam, nos casos-limite, prejudicadas. O corpo carece de uma pele que sustente a função de trocas sensoriais ou pelo menos essas trocas parecem sempre estarem desvitalizadas.

Dentre os funcionamentos paradoxais que a pele teria, Anzieu salienta que, ao mesmo tempo em que protegeria o corpo das adversidades exógenas, dos choques com esse ambiente multifacetado e diverso, conservaria, em sua tessitura, a coloração e algumas cicatrizes deste encontro entre o eu e o outro. Com sua constituição paradoxal “é permeável e impermeável. Ela é superficial e profunda. É veraz e enganadora. [...] Ela atrai investimentos libidinais tanto narcísicos como sexuais. [...] Ela nos oferece a mesma quantidade de dor e de prazer” (Anzieu, 1989, p.19). Na clínica dos casos graves a pele será, para alguns pacientes, o palco principal onde se (re)corta, por automutilação, experiências intensas de angústia e desamparo. Quando Anzieu comenta que a pele tem uma profundidade, pensamos que nos casos-limite a superficialidade epidérmica toma a cena para intensas angústias de desamparo uma vez que esses sujeitos a mutilam repetidas vezes para se sentirem vivos.

Dentre as funções da pele, Anzieu comenta que esta seria uma espécie de bolsa que ajuda a conter e reter em seu interior o bom, como por exemplo, o aleitamento, os cuidados e o acolhimento às demandas do recém-nascido. Outra função da pele é marcar o limite entre o dentro e o fora protegendo o corpo das agressões vindas de seres e objetos – questão que, a nosso ver, é fundamental para refletirmos sobre os pacientes fronteiriços. Percebemos que essa pele não consegue constituir um fator de proteção ao Eu do paciente. Os objetos tornam-se invasivos, violentos e o Eu-pele, fragilmente constituído, não conseguiria proteger o aparelho psíquicos frente a essas experiências de aniquilamento. Por fim, também estaria

encarregada de ser uma superfície que, pela relação com o ambiente, deixaria marcas e inscrições desses encontros, fomentando assim uma singularidade. Como consequência dessas funções o Eu seria, com o apoio do Id, Superego e o mundo exterior, capaz de filtrar estas trocas objetais, criando a possibilidade de pensamento e barreiras que seriam os mecanismos de defesa (Anzieu, 1989).

Engana-se quem considera que o conceito proposto por Anzieu seja da ordem fisiológica somente. Ao definir o Eu-pele o autor vai além, sem deixar de lado os aspectos biológicos do corpo humano:

o Eu-pele é uma realidade de tipo fantasmático: figurada ao mesmo tempo nas fantasias, nos sonhos, na linguagem corrente, nas atitudes corporais, nas perturbações de pensamento; e fornecedora do espaço imaginário que é o componente da fantasia, do sonho, da reflexão, de cada organização psicopatológica. [...] O Eu-pele é uma estrutura intermediária do aparelho psíquico: intermediária cronologicamente entre a mãe e o bebê, intermediária estruturalmente entre a inclusão mútua dos psiquismos na organização fusional primitiva e a diferenciação das instâncias psíquicas que corresponde à segunda tópica freudiana. *Sem as experiências adequadas no momento oportuno, a estrutura não é adquirida ou, com maior frequência, encontra-se alterada* (Anzieu, 1989, pp. 4-5, grifos nossos).

Segundo o autor, a constituição do Eu-pele responderia a necessidade do *infans* de um envelope narcísico que assegure ao primitivo aparelho psíquico certa continuidade de um bem-estar de base, ou seja, a partir da experiência da superfície do corpo, o Eu da criança se diferenciaria em Eu psíquico e Eu corporal (Anzieu, 1989). O Eu-pele designa, sob certa perspectiva, “esta estrutura de fronteira; uma estrutura constituída nos jogos entre o bebê e o círculo maternante que animam as dinâmicas das relações de cuidado primário” (Mano, 2016, p.69). Nos estágios primários, “ele é apoio para a fantasia de que o bebê e a mãe compartilham de uma pele em comum, condição esta que, se tudo corre bem para o lado do bebê, deve transformar-se em uma outra, a de ser dono da própria pele” (Mano, 2016, p.69).

Pensamos ser justamente essa temática – do Eu-pele assegurar um envelope narcísico ao bebê – o ponto central que está prejudicado nos casos fronteirícios. O Eu da criança parece não conseguir se diferenciar de forma consistente em Eu psíquico e Eu corporal, prejudicando a constituição dos limites psíquicos. Na

análise, isso se revela quando o paciente costuma falar em terceira pessoa do seu próprio corpo.

Como aponta Mano (2016):

quando se trata dos sofrimentos e adoecimentos que se alojam nas fronteiras do ser, tal é o caso dos nomeados pacientes-limites, a condução terapêutica deve considerar, é o que proponho, ao lado da atenção aos microtraumatismos cumulativos que deformaram a organização do Eu, a restauração do Eu em seus aspectos estruturais; ou pelo menos ser este um recurso disponível do qual possamos lançar mão sempre que em sua personalidade a estrutura continente do Eu se fizer presente em cena (p.71).

Para Anzieu, assim como para Winnicott, importa muito as primeiras relações de objeto que cada *infans* terá, afinal, “a mãe e o filho se falam pela pele” (Anzieu, 1989, p.20). Ou seja, será também pela pele que o bebê transmitirá à mãe sua linguagem, seu modo de ser no mundo, podendo, num momento de fome, arranhar as costas da mãe ou chupar a sua pele. Numa irritação, se contorcer ou até mesmo numa sonolência, se espreguiçar. Enfim, será o corpo materno, sobretudo seios e mãos, que o recém-nascido conhecerá melhor neste momento e, nesta troca, neste contato corporal entre mãe e bebê, florescerá “o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social deste último” (Anzieu, 1989, p.30). Nesse sentido, a superfície do corpo seria “o local de origem da percepção psíquica de um envelopamento corporal que fornece o sentimento de unidade física no espaço, de coesão do indivíduo como um todo” (Damous & Souza, 2005, p.185).

Toda essa troca auxilia o bebê a diferenciar uma superfície que tem sua face interna e externa, ou seja, “uma interface que permite a distinção do de fora e do de dentro, e um volume ambiente no qual ele se sente mergulhado, superfície e volume que lhe trazem a experiência de um continente” (Anzieu, 1989, p.41). Será esse primeiro contato com o corpo materno que possibilitará ao bebê sentir essas repetidas experiências também como uma comunicação do ambiente com ele. Ao receber a estimulação através dos gestos maternos – em Winnicott (1945), podemos pensar a questão em termos de *handling* (como manipulação do corpo, ser acariciado ou ser carregado no colo) – as mensagens se tornariam mensagens, garantindo a integridade de seu envelope corporal (Anzieu, 1989).

Esse envelope acabaria por individualizar o bebê, fomentando o seu temperamento próprio, oferecendo a possibilidade de o lactente sentir-se único. Nos casos-limite o sentimento de desrealização, de que a vida não parece ser sua, pode ser pensada, pela teoria de Anzieu, como esse envelope não conseguindo, a partir das experiências que o *infans* tem que o ambiente, individualizar de fato o bebê, fomentando a capacidade de individuação. Ao citar Winnicott, o autor salienta a importância do pensamento do pediatra inglês no que se refere ao estudo dos cuidados maternos ambientais nos primeiros meses de vida do lactente: “Winnicott preferiu trabalhar sob uma perspectiva etiológica e articular com mais precisão que seus predecessores a gravidade da perturbação mental com a precocidade da carência materna” (Anzieu, 1989, pp. 29-30).

Com o conceito de Eu-pele, Anzieu utiliza sua teoria como ponte para explicitar a problemática subjetiva dos casos-limite, vejamos:

na verdade, estes doentes sofrem de uma falta de limites: incertezas sobre as fronteiras entre o Eu psíquico e o Eu corporal, entre o Eu realidade e o Eu ideal, entre o que depende do Self e o que depende do outro, bruscas flutuações destas fronteiras, acompanhadas de queda na depressão, indiferenciação das zonas erógenas, confusão das experiências agradáveis e dolorosas, não distinção pulsional que faz sentir a emergência de uma pulsão como violência e não como desejo (o que F. Gantheret chama as *Incertezas de Eros*, 1984), vulnerabilidade à ferida narcísica devido à fraqueza ou às falhas do envelope psíquico, sensação difusa de mal-estar, sentimento de não habitar sua vida, de ver de fora funcionar seu corpo e seu pensamento, de ser o espectador de alguma coisa que é e que não é sua própria existência. [...] Pode-se considerar que se trata aí de pacientes, com experiência de separação ruim mais precisamente de pacientes que experimentaram alternâncias contraditórias precoces e repetidas – de agarramentos excessivos e de desprendimentos bruscos e imprevisíveis que foram uma violência ao seu eu corporal e/ou a seu eu psíquico (Anzieu, 1989, pp.8-27, grifado no original).

Anzieu, a partir de sua clínica, reconhece que, no que diz respeito aos pacientes-limite, “a estrutura do Eu-pele se caracteriza por sua configuração torcida, como uma banda de Moebius, e por sua fragilidade. Trata-se de uma deformação que compromete toda a extensão da estrutura continente do Eu” (Mano, 2016, pp.73-74).

O manejo empreendido pelos cuidados maternos proporciona um envelopamento tátil-corporal que abarca a pele como um todo, circundando o corpo do bebê (Anzieu, 1989). Em se tratando dos casos-limite, Anzieu (1989) comenta que esse envelopamento não só estaria frágil, mas a função Eu-pele necessitaria de uma reconstituição de suas funções de manutenção, de para-excitação e de recarga libidinal do próprio Eu-pele, ou seja, a estrutura do conjunto do Eu-pele estaria alterada. Isso tudo porque, nestes casos “o sentimento de continuidade do Self é, nos estados-limite, facilmente perdido” (Anzieu, 1989, p.141).

Devido a essa alteração do Eu-pele, nos casos-limite, parte do sistema da percepção-consciência é deslocada da interface entre realidade interna e mundo externo e passa a estar numa posição de observadora externa, como comenta o autor. Isso reflete nesses pacientes características comuns ao seu sintoma, como observar, do lado de fora, o funcionamento do seu corpo como um expectador, desinteressado com o que acontece em seu mundo interno. No campo dos afetos, os casos-limite teriam muita dificuldade de contê-los, como consequência da alteração de seu Eu-pele que foi sendo constituída de forma claudicante ao longo da vida. Afetos primários, de uma violência psíquica intensa como terror, ódio e desamparo dão um grande espaço para um vazio interior central, queixa muito recorrente nesses pacientes (Anzieu, 1989). Afinal, conforme aponta Damous & Souza (2005) se o Eu-pele é pensado como uma própria elaboração psíquica da pele, que funciona como uma superfície continente e sensível, responsável pela instauração de fronteiras eu-outro, nos casos-limite esta organização está falha, devido ao ambiente ter sido constantemente inadequado no que se refere aos cuidados ao lactente.

Consideramos oportuno trazer alguns comentários de Winnicott sobre a pele e os cuidados ofertados pelo ambiente ao lactente, fazendo a ponte com a teoria de Anzieu. Conforme aponta Winnicott (1988), “universalmente, a pele é de importância óbvia no processo de localização da psique exatamente no e dentro do corpo. O manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo.” (p. 143). Com efeito, o manejo do corpo está relacionado com as experiências sensoriais como “ser envolvido, por todos os lados, num abraço vivo, que tem temperatura e ritmo e que faz o bebê sentir tanto o corpo da mãe como o seu próprio corpo” (Dias, 2003, p.210). Todas as experiências pelas quais o bebê passa fazem com que ele se sinta habitando o próprio corpo,

permitindo pela primeira vez ter a consciência do *real*, seu corpo delimitado e interagindo com o ambiente, ou seja, a sensação da realidade do *self*, proporcionando a conjunção psicossomática.

Winnicott (1960) reitera que nesta fase de *holding* o lactente “vem a ter um interior e um exterior, e um esquema corporal. Deste modo, começam a ter sentido as funções de entrada e saída; além disso, se torna gradualmente significativo pressupor uma realidade psíquica interna ou pessoal para o lactente” (p.45). Se o *holding*, neste momento, for empregado de forma suficientemente boa às demandas do lactente, a função simbólica, base do sonho e das relações consideradas vivas estariam constituídas. Contudo, importante lembrar que “sem um *holding* suficientemente bom esses estágios não podem ser alcançados, ou uma vez alcançados não podem ser mantidos” (Winnicott, 1960, p.45).

Tais questões – sobre o empobrecimento simbólico para o sonho, as relações interpessoais serem mais conturbadas e significativamente intensas –, diante de um ambiente severamente falho, facilitariam a impermanência do lactente a vir a sentir seu mundo interior e exterior, como comentado anteriormente, característica comum dos casos-limite. Enfim, seu esquema corporal estaria afetado e desprotegido/desamparado frente as falhas ambientais. Winnicott (1960) afirma que “as bases da saúde mental do indivíduo, no sentido de ausência de psicose ou predisposição à mesma (esquizofrenia), são lançadas por este cuidado materno, que quando vai bem dificilmente é percebido” (p.49).

Voltando ao pensamento de Anzieu, percebemos também uma outra aproximação com o pensamento *winnicottiano*: a técnica com os casos graves ser empreendida além da técnica interpretativa, mediante os conteúdos abordados via transferência. Importa também e, fundamentalmente, que o *setting* possa ser pensado como esse ambiente primitivo nos primeiros cuidados com o lactente:

o psicanalista deve agora não apenas interpretar na transferência as falhas e os superinvestimentos defensivos do continente e “construir” as usurpações precoces, os traumatismos acumulativos, as idealizações protéticas responsáveis por tais falhas e por tais superinvestimentos, mas *oferecer ao seu paciente uma disposição interior e um modo de comunicar que representam para o paciente a possibilidade de uma função continente e que lhe permitam uma interiorização suficiente* (Anzieu, 1989, p.12, grifos nossos).

Por fim, Anzieu e sua teoria sobre o Eu-pele, principalmente em relação aos casos-limite, nos ajudam a compreender que “o que não é contido pelos envelopes psíquicos transborda também nas fronteiras da clínica contemporânea impondo dificuldades ao tratamento destes pacientes com método analítico clássico” (Damous & Souza, 2005, p.196).

Ao longo deste capítulo percorremos sobre como as contribuições de Winnicott e Anzieu nos ajudaram a pensar sobre o desenvolvimento psicológico. Com Winnicott, a partir dos estudos da unidade mãe-bebê, vimos que essa fusão deveria, conforme o ritmo e tempo do bebê, permanecer até a chegada da dependência relativa, momento em que a criança tem a capacidade de pensar sobre si mesma, descolada da fusão mãe-bebê. O cuidado da mãe deverá ser sutil e discreto a ponto de não ser notado. Deparamo-nos então com a lógica do paradoxo dos cuidados maternos onde “a mãe deve ser um escudo do bebê quanto à consciência de desejo e alteridade e salvaguardar a oportunidade do bebê de experimentar desejo e o conhecimento de estar separado que o acompanha” (Ogden, 2017, p.180, grifado no original).

Com Anzieu, observamos o quão importante é a função do Eu-pele como órgão e como ambiente de troca entre o lactente e os cuidados maternos, fomentando um contorno de si, no auxílio para um bem-estar de base que assegura ao aparelho psíquico um envelope narcísico suficientemente constituído. O autor traz uma relevância para a pele que, até então, havia sido pouco discutida no movimento psicanalítico. Vimos como ela tem um funcionamento paradoxal, ao ser ora permeável, ora impermeável, superficial e profunda, atraindo, também, investimentos sexuais, libidinais e narcísicos, enfim, a pele estaria no *limite* entre o interno e o externo do corpo humano com o outro (Anzieu, 1989).

Atentar para essas questões do enquadre clínico, seria então conceber um ambiente facilitador para os casos-limite. Pensamos que esse acolhimento via *holding* nos ajuda a pensar a teoria winnicottiana sobre a regressão à dependência, em casos onde importa muito o manejo técnico do analista, posto que ele se torna suporte para que o paciente retome a sua espontaneidade e continuidade de ser, frente as graves falhas ambientais ocorridas no período de dependência absoluta.

5.2

A regressão no *setting* e o descongelamento do ambiente traumático

Um conceito fundamental que nos auxilia a ampliar a teoria e técnica psicanalítica frente aos casos-limite seria o uso da regressão no *setting*. Análoga à função materna para o lactente está a posição do analista *winnicottiano* na escuta com o seu paciente. O espaço analítico deve funcionar como um campo intersubjetivo, fruto da relação analista e paciente, “no qual é possível brincar com os significados, considerá-los, entendê-los, etc.” (Ogden, 2017, p. 237).

Contudo, essa relação pode sofrer alguns impasses. Portanto, antes de aprofundarmos sobre o estudo da regressão, se faz necessário comentar sobre o conceito de identificação projetiva. Ela seria um dos embaraços que surge de forma intensa na clínica dos pacientes fronteiriços. Este conceito foi cunhado originalmente por Melanie Klein, em 1946, no texto *Notas sobre alguns mecanismos esquizoides*. Esse artigo significou um importante passo para o movimento psicanalítico se ater aos mecanismos de defesa de conteúdos inconscientes que aparecem na cena analítica e, certamente, às relações de objeto. Klein observou em sua clínica com crianças, ansiedades primitivas num ego considerado arcaico, pré-edípico.

A identificação projetiva, segundo Klein, seria um mecanismo de defesa do sujeito que, por ter conteúdos de difícil assimilação psíquica ou persecutórios ao ego, ficariam expelidos em outra pessoa que pudesse guardar seu mal-estar, mas, também, seria aquele passível para lesar, controlar ou possuir tais conteúdos (Laplanche & Pontalis, 2016). Ogden (1982) afirma que a “Sra. Klein aplica o termo ‘identificação projetiva’ a um processo psicológico decorrente da posição esquizoparanóide de desenvolvimento, em que partes ruins do self são divididas e projetadas em outra pessoa, num esforço para livrar-se dos maus objetos” (p.25).

Com o passar dos anos, Bion (1959/1991) e Ogden (1982, 2017) trouxeram importantes contribuições ao conceito de identificação projetiva, ampliando a visão teórica *kleiniana* sobre o tema. No caso de Ogden, ele enfatiza que a identificação projetiva tem um viés comunicativo do inconsciente do paciente dirigido ao analista. Não se reduz, portanto, a um mecanismo de defesa unicamente, mas talvez, o recurso possível e, muitas vezes o único no momento que o paciente consegue comunicar algo de si ao outro.

É com o livro *Identificação projetiva e técnica psicoterapêutica* que Ogden (1982) nos ajuda a repensar a teoria psicanalítica na contemporaneidade. Ele afirma que a identificação projetiva não é um conceito metapsicológico. Ela é, simultaneamente, “um tipo de defesa, uma comunicação, uma forma primitiva de relação de objeto, e um caminho para mudanças psicológicas” (Ogden, 1982, p.21). Assim, a identificação projetiva seria o “negativo do brincar. É uma inclusão coercitiva de outra pessoa para desempenhar um papel na fantasia inconsciente externalizada do projetor” (Ogden, 2017, p.230). Ela se presentifica no *setting* e pode ser sentida pelo analista, desde que ele perceba essa “pressão” de conteúdos transferidos a sua pessoa. Essa pressão transparece no *setting* quando o sujeito vivenciou um ambiente abarcado por retaliações, privações e/ou transgressões ao longo de seu desenvolvimento psíquico.

É necessário estar sensível aos gestos do analisando, sua postura, inquietação, entonação, pausas e desconfortos mediante o manejo clínico transferencial e contratransferencial, pautado num cuidado, portanto, suficientemente bom. Atentar para essas questões do enquadre clínico, seria então conceber um ambiente facilitador para os casos-limite:

o analista, assim como a mãe, é um facilitador por oferecer a oportunidade para a comunicação e o reconhecimento da ocorrência desta. Assim como o alimento pode ser visto como uma interpretação do choro do bebê pela mãe, da mesma forma as interpretações verbais do analista podem ser vistas como alimento em forma de linguagem para o paciente. Para Winnicott, estes são equivalentes simples e exatos, em diferentes momentos do *continuum* do desenvolvimento [...] A interpretação, como a espátula, não pode ser forçada para dentro da boca do paciente [...] uma boa interpretação, poder-se-ia dizer, é alguma coisa sobre a qual o paciente seja capaz de ponderar. Não é uma senha se acesso (Phillips, 2006, p.198-201).

Assim, para que o sujeito possa ter a sensação de que a sua vida é real e lhe pertence, é fundamental a presença afetiva e constante de alguém, de pessoas devotadas ao cuidado do lactente, que esteja(m) empaticamente, de forma suficientemente boa, atento ao seu movimento e desabrochar na vida, desde o seu nascimento. Tal presença se dá então, como vimos, pelo ambiente, que aqui pode ser uma função materna, o analista. A credibilidade do analista, “sua maneira não

intrusiva de permanecer no *setting* e o uso do pensamento empático para atender as exigências do analisando são, muitas vezes, mais maternos do que o foram os cuidados da mãe verdadeira” (Peixoto Jr. 2011, p.101).

Nos casos fronteirios, cabe ao analista promover um espaço com esses pacientes que tenha uma abertura entre símbolo (um pensamento) e simbolizado (aquilo que está pensando), gerando assim um campo para o significado, para o sujeito intérprete (aquele que consegue gerar seus próprios pensamentos e interpretar os seus símbolos), para a experiência criativa, tal como Ogden (2017) postula. Segundo o autor, para que o analista consiga manter uma dialética psicológica, essa trindade no *setting* deve ser preservada, pois “é o espaço no qual a criatividade se torna possível e no qual nós estamos vivos enquanto seres humanos, em oposição a sermos seres simplesmente reflexamente reativos” (Ogden, 2017, p.216). Esse é, segundo o psicanalista americano, o lugar do espaço potencial. Caso não haja diferenciação entre símbolo e simbolizado o sujeito não existiria, dado que “cada apresentação é o que é e isso é tudo o que há” (Ogden, 2017, p.245). Essa conquista de diferenciação está na base do que se conceitua como subjetividade, onde o sujeito, através de seu ato interpretativo, “medeia entre significados e cria relacionamentos entre símbolos” (Ogden, 2017, p.248).

Dessa forma, o ritmo e o tom da voz do terapeuta têm importância única para esses pacientes, cabendo ao analista considerar essa forma de comunicação - pelo viés da identificação projetiva - como válida e importante enquanto demanda de trabalho analítico. Em outras palavras:

ao lado da especificidade da comunicação que é possível com símbolos verbais, conjuntos de pensamento e sentimentos inconscientes, menos bem definidos e muitas vezes contraditórios, são comunicados através do olhar nos olhos, a tensão na testa, o timbre da voz e assim por diante (Ogden, 1982, p.70).

A função do terapeuta de “tornar significativo o que é sem sentido para o paciente é análogo à função atendida pela mãe quando ela responde às ‘necessidades’ de seu bebê antes que ele tenha alguma noção de quais são as suas necessidades” (Ogden 1982, pp. 67-68). A identificação projetiva, quando acolhida pelo analista, não seria um obstáculo à análise, uma causa perdida para o sujeito

envolto em seu caos interno. Ela é a ferramenta básica para se efetivar, de forma muitas vezes lenta e vagarosa, uma comunicação genuína com o paciente.

Melgaço (1997) brinca com os conceitos de Winnicott ao postular a existência da interpretação transicional. Essa seria aquilo que favoreceria um espaço lúdico a partir do trabalho entre analista e analisando, do brincar criativo de ambos, irrigando novas associações e elaborações a partir da demanda de cuidados do sujeito. Para que isso se efetive, num constante *vir a ser* de efeitos e afetos que permeiam essa dupla, o *holding* do analista, a maneira como ele interpreta e devolve um material ao paciente, é fundamental. Como uma metáfora do seio materno que é oferecido ao lactente, essa postura do analista deverá ser facilitadora na integração das experiências para o sujeito.

Entendemos, assim, a importância da postura empática e sensível do analista em relação ao analisando, fomentando um campo facilitador de experiências que podem, muitas vezes, ser testemunhadas e sentidas pela primeira vez:

nós, analistas, inseridos nesta mesma cultura, lidamos permanentemente com o paradoxo que hoje as dimensões espaços-temporais no *setting* nos colocam. Classicamente mantemos certas coordenadas constantes para permitir a emergência dos processos regressivos e há muito tempo compreendemos a noção paradoxal do tempo na transferência (como a vigência atual do passado no presente transferencial, como na ideia de rememorar para poder esquecer). No entanto, cada vez mais as constantes do *setting* vêm sendo ameaçadas e/ou questionadas, tanto pela realidade psíquica e singularidade dos analisandos, como pela realidade externa. Temas como frequência das sessões, sessões face a face, análises condensadas, sessões de duração variável, sessões via internet ou telefone, alto custo e longa duração das análises face às inúmeras propostas psicoterápicas, sensação de urgência, aceleração dos ritmos, trânsito etc., estão na ordem do dia das discussões psicanalíticas (Tanis, 2010, p.72).

Esse campo – potencial – pode ser compartilhado no brincar, não se tratando, certamente, “de instalar a brincadeira como algo advindo do analista, mas de criar as condições ambientais de adaptação e comunicação que possam, então, levar o paciente a poder brincar” (Fulgencio, 2016, p.107). Fundamental essa arte que se sustenta na escuta sensível do analista com pacientes não-integrados que, como um bebê ou uma criança pequena, necessita que o analista/mãe-ambiente

junte seus fragmentos/pedaços de histórias, facilitando o processo maturacional de integração (Winnicott, 1945/1978). Dessa forma, a saúde pode ser alcançada novamente, no que é possível se distanciar de um sentimento irreal ou despersonalizado do mundo. Pacientes insanos (Winnicott, 1947/1978) representam para o analista um verdadeiro e pesado caso a ser manejado, exigindo do mesmo uma atenção redobrada ao fenômeno do ódio na contratransferência, o ódio que o analista sente, afinal, essa questão pode ser um tema central no tratamento, como afirma o psicanalista inglês, não devendo de forma alguma ser negligenciado pelo analista.

Assim como trabalhamos com Ferenczi a questão do tato e empatia do analista frente aos casos graves, com Winnicott (1947/1978), o paciente só “pode apreciar no analista o que ele mesmo é capaz de sentir” (p. 343). Sejam psicóticos ou casos-limite, pela teoria *winnicottiana*, percebemos que o analista deverá ter um cuidado com o ambiente do *setting* analítico, isto é, acreditar que esse espaço - mantido ao longo das sessões sem grandes ruídos, com um calor próprio e luminosidade amena - pode, na maioria das vezes, ser

mais importante que as interpretações verbais a serem feitas. Para o neurótico, o divã, o calor e o conforto podem ser o *símbolo* do amor materno. Para o psicótico, seria mais certo dizer que estas coisas *são* a expressão física do amor do analista. O divã *é* o colo ou o útero do analista, e o calor *é* o calor vivo do corpo do analista. (Winnicott, 1947/1978, p.347, grifado no original).

Assim como a mãe suficientemente boa, o analista deverá ter paciência, tolerância e confiar no paciente, reconhecendo e legitimando suas necessidades. Em outras palavras:

tem que parecer querer dar o que só é realmente dado porque o paciente o necessita (...) somente desta maneira pode haver qualquer esperança de se evitar a terapia que se adapta às necessidades do terapeuta em vez de se adaptar às necessidades do paciente (Winnicott, 1947/1978, p.353).

Seguindo com o pensamento de Winnicott, apostamos que um conceito fundamental a ser utilizado em nosso trabalho é o da regressão, tema bastante caro

para refletir sobre a clínica dos casos graves. Em seu artigo sobre *Retraimento e regressão*, Winnicott (1954a) diz que durante a década de 40 e início da década de 50 muitos pacientes adultos atendidos por ele tiveram uma regressão durante a análise. Isso se mostrou mais evidente quando ele atendeu uma grande quantidade de casos graves, os quais exigiam uma intensa entrega emocional (Winnicott, 1954c/1978). Cada paciente o convocava a passar por um crescimento pessoal doloroso, exigindo uma plena atenção quanto a técnica empregada. Era importante uma atenção redobrada na questão da contratransferência e quanto a capacidade do analista conseguir odiar o seu paciente. O importante, nesse contexto, é a ampla disponibilidade do analista para compreender as necessidades de cada analisando (Winnicott, 1954a). A regressão à dependência pode se dar no *setting* analítico como

uma forma de reviver o ainda não experimentando trauma sucedido no momento da falha ambiental precoce. O *setting* analítico fornece a potencialidade para que o paciente experiencie um ambiente de *holding*, *provavelmente pela primeira vez*. Este *holding* propicia ao paciente a esperança inconsciente de que, em alguma oportunidade, *o trauma original brotará para ser vivido*, e, portanto, vir à luz (Abram, 2000, p.204, grifos nossos).

A regressão é pensada não em termos de zonas erógenas tal como postuladas em Freud, mas de uma regressão à dependência, onde o *self* se mostra espontâneo, não sendo uma técnica que visa a tranquilização. (Winnicott, 1954a/1978; Winnicott, 1954c/1978). Dessa forma, a regressão, por meio da técnica de *holding* do analista, é uma experiência muito importante com pacientes que não se adequavam à técnica interpretativa clássica. Ela oferece a oportunidade do *setting* analítico funcionar como um ambiente que facilita a correção de um ambiente primitivo que foi muito traumático para o bebê. Com uma compreensão profunda do paciente (Winnicott, 1954a) a regressão à dependência possibilitaria um (re)começo dos processos de maturação do sujeito que até então estavam paralisados, reativos, frente ao ambiente severamente falho nos cuidados.

Winnicott (1954c) distingue, em sua clínica, três grupos de casos: o primeiro, pacientes que são atendidos pela técnica clássica onde o sintoma se configura nos moldes da neurose de transferência; No segundo, ainda que seja

comum a aplicação da técnica clássica, o destaque está na sobrevivência do analista e seu manejo ao longo do processo, posto que são sujeitos onde a totalidade da personalidade estaria por ser iniciada. Por fim, o terceiro grupo, e aqui pensamos estar incluso os casos-limite, são pacientes que exigem um olhar voltado para as relações objetais primárias, experiência que reflete o momento em que a mãe era o *holding* do bebê, isto é, sustentava o lactente com o seu corpo e sua empatia, traduzindo e dando sentido ao seu *vir a ser* com o meio (Winnicott, 1966/2010).

Com esse último grupo, Winnicott (1954c) diz-nos que teve que reexaminar a sua técnica, e, nesse cenário, o conceito de regressão foi fundamental para explorar e ampliar a técnica pois ela seria utilizada com pacientes que desenvolveram um falso *self*, isto é, um mecanismo de defesa do ego frente as graves falhas ambientais no início da vida.

Kupermamn (2008b) afirma que o manejo winnicottiano não equivale, portanto,

à concepção freudiana de manejo na neurose de transferência, por meio do qual o analista busca dosar o *quantum* ótimo de frustração de maneira a dar prosseguimento à associação livre. Refere-se, ao contrário, à possibilidade de o analista adaptar-se suficientemente bem aos modos de subjetivação do analisando, criando um “contexto analítico” adequado (p.97)

Além disso, salienta Winnicott, quando o paciente está numa regressão em análise não há motivo para se preocupar, como se fosse um perigo ou uma espécie de iatrogenia clínica. Pelo contrário, ela só pode ser motivo de precaução quando utilizada por um analista despreparado, que não esteja atento aos períodos de dependência do desenvolvimento emocional primitivo. Com um analista suficientemente bom, que aceite a regressão em determinados casos, “menos provavelmente o paciente necessitará penetrar em uma doença com qualidades regressivas” (Winnicott, 1954a/1978, p.435). Importante destacar que a regressão existe em diferentes graus, podendo, em alguns casos, envolver toda a vida do paciente durante uma determinada fase ou ser momentânea e cobrir parte da sua história. Além disso, a regressão à dependência não deve ser confundida com paciente regredido, uma vez que a primeira está relacionada ao paciente que, via transferência, regride à dependência, enquanto no segundo se trata de um sujeito

que, devido a uma falha ambiental precoce não pode alcançar sua maturidade emocional de forma suficientemente boa (Winnicott, 1954c/1978; Abram, 2000).

A regressão à dependência, portanto, reproduziria num *setting* seguro as mais antigas técnicas de maternagem. Nos casos-limite, haveria um congelamento desse fracasso ambiental considerado grave, fomentando uma casca que protegeria o verdadeiro *self* das intempéries e experiências invasivas traumáticas do meio. Mediante a regressão, o *setting* reproduziria as técnicas de maternagem que deveriam ter sido oferecidas ao sujeito quando ele ainda não dispunha de uma noção de eu consolidada.

Fazendo um paralelo com o seio bom que, quando devorado, espera até ser reconstruído - fomentando boas experiências de sustentação que ajude a criança a suportar períodos curtos quando a mãe fracassa - o analista suficientemente bom quer ser devorado e não introjetado pelo paciente. Como podemos ver:

ser devorada é o desejo e a necessidade de uma mãe em um estado inicial de seu cuidado com o bebê (...) somente se formos comidos, esgotados, roubados, podemos suportar em menor grau ser também magicamente introjetados e ser colocados no departamento de preservação do mundo interno de alguém (Winnicott, 1954b/1978, pp. 456-457).

Consideramos oportuno também diferenciar a técnica da regressão do retraimento. Este último “não possui essa característica curativa e não beneficia o paciente. Isso tão-somente demonstra que o paciente precisa manter o *self* no passado, o que se constitui em um pedido de ajuda na sessão” (Abram, 2000, p.219).

A regressão é facilitada a partir do *holding* do analista, figura essa que tem a capacidade de se adaptar aos movimentos e necessidades do paciente. Winnicott traz inúmeros casos clínicos com o intuito de explorar teoricamente o quanto a regressão é importante para alguns, como um nascimento verdadeiramente criativo do *self* do paciente. Através dela cria-se uma verdadeira e genuína oportunidade “de correção de uma adaptação à necessidade inadequada presente na história passada do paciente, isto é, *no manejo do paciente como bebê*” (Winnicott, 1954a/1978, p.435, grifos nossos).

Em *Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico*, Winnicott (1954c/1978) retoma Freud ao afirmar que foi com o pai

da psicanálise que o lugar da regressão na teoria psicanalítica ganhou espaço em sua época para ser mais bem explorada na clínica. A palavra “regressão” para o autor teria o significado inverso de “progresso”, sendo implícito pensar que haveria nesse contexto a existência de uma organização de ego e de uma ameaça de caos. A partir desse pensamento, podemos discorrer que o autor está considerando a ideia de regressão “dentro de um mecanismo de defesa do ego altamente organizado, que envolve a existência de um falso *self*” (Winnicott, 1954/1978, p.463). Epistemologicamente diferente do pensamento freudiano, Winnicott (1954c/1978) afirma que a regressão deve, então, ser pensada a partir de experiências pulsionais boas ou ruins do indivíduo, mas também a pontos severamente falhos ou não no que concerne a adaptação ambiental às necessidades do ego e do id da história do sujeito.

E por que Winnicott creditava tamanha importância ao fato da regressão ser uma técnica fundamental para os casos graves?

A organização que torna a regressão útil se distingue das outras organizações defensivas pelo fato de carregar consigo a esperança de uma nova oportunidade de descongelamento da situação congelada e de proporcionar ao meio ambiente, isto é, o meio ambiente atual, a chance de fazer uma adaptação adequada, apesar de atrasada (...) Parece-me que apenas recentemente na literatura a *regressão à dependência* passou a ocupar seu lugar legítimo nas descrições clínicas. Isto deve ter acontecido porque apenas recentemente nos sentimos fortes o suficiente na nossa compreensão do psique-soma e do desenvolvimento mental individual, para podermos nos permitir examinar e levar em conta o papel desempenhado pelo meio ambiente (Winnicott, 1954c/1978, pp. 466-467, grifado no original).

Mediante a regressão, o *setting* reproduziria as técnicas de maternagem que deveriam ter sido oferecidas ao sujeito quando ele ainda não dispunha de uma noção de eu consolidada. A análise seria, portanto, um espaço convidativo que ofereceria uma nova possibilidade de confiança para o eu turbulento e frágil do sujeito. Para Winnicott (1954c/1978) quando um analista suficientemente bom fornece um *setting* seguro para o paciente, balizado pelo *holding*, a regressão do paciente à dependência, com os devidos riscos nela envolvidos, poderia ocorrer de forma protegida, se afastando do ambiente primitivo de índole fundamentalmente traumática. Assim se tornaria viável a abertura para um novo *self*, isto é, o paciente

experienciaria uma sensação inédita e espontânea, uma nova progressão para o seu estágio maturacional. Em outras palavras, há um descongelamento do fator traumático que até então tinha paralisado o *vir a ser* espontâneo e criativo do sujeito. Conforme o paciente está regredido, seja por um período curto, ou por um longo tempo

o divã *é* o analista, as almofadas *são* seios, o analista *é* a mãe em uma certa época passada (...) o que é necessário aqui não é a interpretação e, na verdade, a fala ou mesmo o movimento pode arruinar o processo e ser excessivamente doloroso para o paciente (Winnicott, 1954c/1978, pp.472-473, grifado no original).

Com o retorno da dependência absoluta e estabelecidas as condições mínimas para o advento de um novo *self*, o trabalho analítico consistirá em pavimentar o caminho para que o paciente consiga caminhar rumo à independência, travessia que lhe confere certa segurança no relacionamento com os objetos. Se um paciente regredido necessita de silêncio e um ambiente não intrusivo com falas e interpretações, caberá ao analista sensível estar desperto, vivo e atento em relação a isso, pois, caso não haja essa percepção “o resultado não é raiva, mas sim uma reprodução da situação de fracasso ambiental que interrompeu os processos de crescimento do *self*” (Winnicott, 1954c/1978, p.472).

O autor traz um exemplo de sua clínica ao relatar que percebeu que para um paciente era necessário que ele, analista, apenas ficasse imóvel, respirando. Apesar de todas as dificuldades envolvidas com a técnica do silêncio, Winnicott afirma que o paciente, voltando do estado de regressão, teria dito que agora poderia confiar e saber que o psicanalista poderia ser seu analista e ajudá-lo. A regressão, cuidadosamente empregada em um caso específico, é um mecanismo que teria um decorrer *a posteriori* muito mais difícil do que aquele em que não foi necessário seu emprego. Mas, conforme o psicanalista aponta, a área onde o tratamento pela regressão não precisava ser empreendido estaria “com os dias contados” (Winnicott, 1954c/1978, p.476). Após o período de regressão “o paciente, com o *self* agora mais completamente rendido ao ego, necessita da análise comum da forma como é planejada para o manejo da posição depressiva e do complexo de Édipo nas relações interpessoais” (Winnicott, 1954c/1978, p.480).

Por isso, assim como o bebê consegue decompor, em um determinado período de maturação, os primeiros contatos afetivos com o outro materno, percebendo os seus gestos, mímicas e expressões faciais, o paciente no *setting* também estará atento a como o analista se comporta, sua expressão, tom de voz e ritmo, cabendo a ele, analista, estar inteiro na sessão, isto é, sustentado por próprios limites. Ou seja, “na experiência transferencial são muito valorizados, portanto, os momentos silenciosos de comunicação indireta (não-verbal) ou mesmo de não-comunicação nos quais o analisando, podendo livrar-se do retraimento, tem a oportunidade de estar em contato com seu verdadeiro *self* na presença sensível do analista” (Kuperman, 2008b, p.103). Vimos isso com Ferenczi na questão do tato, do “sentir com” e com Winnicott pela técnica da regressão e com a capacidade de brincar na clínica. Se ajustar falsamente num sentimento estéril e raso perante a dor do outro numa escuta psicanalítica, numa imitação mimética pode produzir um grande mal-estar (Roussillon, 2008).

Seguindo na esteira do pensamento psicanalítico que reitera a importância do ambiente das primeiras relações de objeto temos em Roussillon (2008), com o artigo *A dependência primitiva e a homossexualidade primária “em duplo”*, um importante diálogo com o campo da intersubjetividade e dos primeiros afetos suscitados na relação mãe-bebê. Assim como Winnicott (1963a/1978), Roussillon acredita ser impossível evitarmos a dependência. Algumas dependências certamente se encontram num plano social, por exemplo, a sexualidade que supõe o encontro com a alteridade, certa organização social e por aí adiante. Contudo, algumas dependências, puramente subjetivas “participam do estabelecimento da própria identidade do sujeito”, aparecendo “como condições *sine qua non* do sentimento de ser ou de continuidade de ser” (Roussillon, 2008, p.2).

Aqui, o psicanalista francês nos remete à clínica dos sofrimentos narcísico-identitários, aos casos-limite, pacientes que evocam no *setting* as vicissitudes da dependência primitiva. A hipótese central desse artigo se situa na organização da cena primária que, para tomar forma transicional, necessita que a relação com o objeto primário tenha conseguido se orientar no seio da relação primitiva a partir do pressuposto que Roussillon denominará como homossexualidade primária em duplo.

Como essa constituição se dá? O psicanalista francês aponta que

(...) significa que as primeiras formas da organização do vínculo primitivo, que a “base”, portanto, da experiência de satisfação primitiva, supõe a construção e o encontro de um objeto “duplo” de si. Um duplo é um outro, é um outro sujeito. (...) não se trata aqui de uma forma de indiferenciação nem de uma forma de “fusão”. (...) o conceito de relação “homossexual primária em duplo” tenta assim descrever uma particularidade fundamental da experiência de satisfação que ocorre no seio da “coreografia” do encontro que caracteriza o narcisismo primário quando o objeto aceita desempenhar a função de “espelho” primário, que Winnicott foi o primeiro a reconhecer (Roussillon, 2008, p.7).

Vemos como Roussillon se preocupa em trazer uma teoria que não se sustenta por um modelo genético, mas uma organização singular da relação primitiva entre a mãe e o bebê, sendo essa experiência, uma (re)construção de intensas e constantes trocas afetivas, efeitos que irão ressoar na vida adulta e a facilitar ou não a constituição dos limites psíquicos. O que fortifica essa relação e composição psíquica - a saber, o encontro entre mãe e bebê, e por que não, entre analista e paciente - seria o processo “pelo qual um e outro dos dois parceiros se constitui como espelho e, portanto, duplo do outro” (Roussillon, 2008, p.15). Em outras palavras, o autor está se propondo a “articular a dimensão freudiana da pulsão e a metapsicologia winnicottiana, pensando a função do objeto na introdução do pulsional no sujeito” (Santos & Zornig, 2014, p.87). Toda essa troca estética que se figura nas primeiras relações objetais e na relação analista-paciente permite explorar o campo das sensações, dos afetos, mas, também, “aos primeiros processos psíquicos de transformação e de tratamento dos estados internos” (Roussillon, 2008, p.19).

Citamos mais uma vez Winnicott, que, sensivelmente, disserta sobre essa questão:

em nossa atividade *terapêutica*, reiteradamente nos envolvemos com pacientes; atravessamos uma fase em que ficamos vulneráveis (como a mãe) por causa de nosso envolvimento; identificamo-nos com a criança, que por algum tempo permanece dependente de nós a um grau extremo; assistimos à queda do falso *self* ou dos falsos *selves* da criança; assistimos ao novo nascimento de um *self* verdadeiro, dotado de um ego que é forte porque nós, assim como a mãe a seu filho, fomos capazes de dar-lhe apoio. (...) minha tese é que, na terapia, tentamos imitar

o processo natural que caracteriza o comportamento de qualquer mãe em relação à sua criança. Se a tese estiver correta deduz-se que é o par mãe-criança que pode nos ensinar os princípios básicos sobre os quais deve fundar-se nosso trabalho terapêutico, quando estivermos tratando de crianças cuja primeira relação com a mãe não foi “boa o suficiente”, ou foi interrompida (Winnicott, 1960/2011, p. 28).

Assim, a interpretação, quando utilizada de forma oportuna e correta e não de forma selvagem oferece um *holding* para o sujeito “e tomando parte em um relacionamento no qual o paciente está, em algum grau regredido e dependente” (Winnicott, 1954a/1978, p.435).

Com o final deste capítulo pontuamos e apostamos na figura do analista suficientemente bom que deve ser empático, sensível e elástico frente à clínica psicanalítica, sobretudo em relação aos casos graves. Não se trata de um pleonismo, muito menos de um discurso pronto. Se trata de uma (re)construção constante em nosso ofício, uma composição diária na escuta pelo desamparo marcante desses pacientes. Pouco importa muita teoria e formação acadêmica se na relação com o outro, num ambiente analítico, não se presencia, em momento algum, um mínimo de tato com o paciente (Ferenczi, 1928/2011). É necessário um analista vivo, desperto na sessão, que esteja ali, presente de forma afetiva com o sujeito que demanda uma escuta singular e sensível. A empatia aqui não se confunde com infantilização do paciente, muito menos num afeto forçado ou idealizado/romântico sobre o sujeito. Ela deverá ser espontânea, genuína, sentido de forma natural por ambos, analista e analisando. E essa escuta afetiva e viva, na clínica dos casos-limite, facilita, quando manejada de forma suficientemente boa, a contornar suas fronteiras psíquicas tão precárias, facilitando que os limites psíquicos desses sujeitos tenham maior integração e articulação entre si, possibilitando maior *delimitação* dos contornos psíquicos frente a alteridade.

6

Considerações finais

Esta pesquisa surgiu como tentativa de delimitar e circunscrever o objeto de estudo que, nos atendimentos dos casos-limite, carecia de maior aprofundamento teórico. Percorremos um longo caminho que pôde nos ajudar a compreender como o analista se coloca frente a essa demanda, não recuando frente a uma clínica que não cessa de ser escutada nos mais diversos dispositivos. Diante do impasse clínico, a técnica psicanalítica precisou ser também revisitada e ampliada para atender essas novas configurações subjetivas, características próprias do movimento psicanalítico (Freud, 1938/2018).

A clínica psicanalítica, na contemporaneidade, tem sido convocada a se implicar numa escuta de diversas gravidades subjetivas: drogadicções, doenças psicossomáticas graves, depressões severas, tentativas de suicídio, automutilação e transtornos da esfera alimentar como anorexia e bulimia. Falar dos casos-limite nos deixou claro a fundamental contribuição de Freud ao asseverar que a psicanálise estaria num certo impasse ao se deparar com sujeitos que exigiam uma mudança da técnica clássica (Freud, 1920/2010; 1937a/2018; 1938/2018). Haveria um ponto anterior ao processo do recalque secundário, isto é, questões de ordem mais primitivas e relacionais com o objeto ganharia mais destaque frente a escuta do sujeito e seu sintoma. Esses pacientes demandariam, então, uma escuta voltada à constituição dos primeiros limites do psiquismo.

Ao nos voltarmos às obras de Freud, vimos o nascer da psicanálise a partir do estudo da histeria e a interpretação dos sonhos, aquilo que ainda não era imediatamente inteligível para o sujeito, abrigando, assim, um sentido latente, algo que poderia estar oculto da consciência (Dias, 2014; Birman, 2014a). Como a psicanálise trabalha com a singularidade do caso, nos atentamos cuidadosamente em dissertar sobre como a teoria freudiana nasceu a partir dos impasses clínicos que Freud teve ao longo de sua caminhada. Constatamos que “a interpretação é a intervenção proposta por Freud como própria da psicanálise, tendo como modelo a interpretação dos sonhos, a *traumdeutung*” (Gondar, 2017, p.39). A interpretação teria lugar para pacientes cuja personalidade estivesse bem estruturada, possuindo uma realidade psíquica interna de fantasias e conflitos inconscientes, conflitos estes que insistem em ressurgir (Dias, 2014). As neuroses de transferência estariam no

bojo dessa técnica, uma vez que os limites psíquicos estão integrados no aparelho psíquico. As relações sociais e o inevitável sofrimento seria o discurso mais verbalizável ao escutar esses pacientes, diferente dos casos-limite onde há um esvaziamento do eu, que, por ser simbolicamente pobre em representação, pouco se revela no discurso alguma queixa com a alteridade. Ela pouco se materializa, dado que os limites psíquicos nesses pacientes estão fragilmente delimitados e constituídos.

Ao longo dos estudos sobre a técnica freudiana, deparamo-nos também sobre o difícil engendramento pulsional que visava o inanimado, a repetição, o que acabou por fomentar uma nova forma de pensar a técnica psicanalítica (Freud, 1920/2010). A pulsão de morte lançaria dúvidas na teoria psicanalítica sobre a realização dos desejos inconscientes via sonho e no que se refere a repetição, temas caros à clínica dos casos-limite. Se a interpretação teve como modelo a interpretação dos sonhos, “os sonhos traumáticos apontam para um outro tipo de estratégia clínica: aquela que permite ligar, construir nexos para o que está dissociado (Gondar, 2017, p.42). Seguindo essa questão, notamos que os últimos anos de vida do pai da psicanálise deram frutos a grandes textos (Freud, 1937a/2018; 1937b/2018) que viriam a tentar responder às demandas do sujeito frente a compulsão à repetição, e, também, trariam o limite da técnica realizada com os casos de neurose de transferência, deixando um legado para que outros psicanalistas pudessem atender modelos de não neurose. Afinal, seria necessário “verificar até onde e por quais vias podemos ‘curá-los’” (Freud, 1938/2018, p.227). Ou seja, Freud já previa a necessidade de uma reformulação da técnica clássica para os sofrimentos graves.

A partir dessa problemática, colhemos com Ferenczi e seu espírito inquieto as principais contribuições clínicas dos casos graves como a técnica ativa, o relaxamento, a análise mútua e o tato do analista, temas fundamentais que nos ajudaram a pensar a técnica psicanalítica por um outro vértice, que não se vincula necessariamente ao recalçamento mas sobretudo a experiências traumáticas desestruturantes nos primeiros anos de vida. Afinal, é efetivamente por um resgate da traumatogênese que “as contribuições teórico-clínicas de Ferenczi ampliaram o campo de atuação da psicanálise para além da neurose cartografada por Freud” (Kupermanm, 2017, p.39).

O psicanalista húngaro questionou a rigidez técnica da teoria psicanalítica freudiana e, principalmente, a postura do analista frente ao sujeito, seu sofrimento. Seu conceito de técnica ativa (Ferenczi, 1919/1993) mostrou o quão árduo poderia ser o trabalho de análise, exigindo um(a) olhar/escuta do que se repetia via tiques no corpo, isto é, o não representado no aparelho psíquico. Pretendia-se, por meio da intensificação da angústia no *setting*, “remover as resistências transferenciais que estagnavam os tratamentos, promovendo a retomada do trabalho associativo e da recordação” (Kupermanm, 2008e, p.156).

Limites encontrados com essa técnica (Ferenczi, 1926/1993), o psicanalista dos casos difíceis se inclinou numa escuta que remontasse ao trauma (Ferenczi, 1932/1990), as primeiras relações do *infans* com o ambiente, dando importância ao conceito do tato, o “sentir com” do analista frente ao sofrimento de seus pacientes. A partir dessa empatia, o paciente sentiria maior confiança no *setting*, o que favorecia uma maior associatividade e elasticidade (Ferenczi, 1928/2011), temática fundamental para ser pensada na clínica dos casos-limite já que, por identificação projetiva, necessitam constantemente de um olhar que os vitalize e de uma escuta que mostre uma presença sensível e atenta. A partir de seus relatos no íntimo diário, Ferenczi ratifica que não há por que se preocupar se um paciente não fica no divã, associando livremente, com muitos conteúdos oníricos. Não seria também um entrave no tratamento se o paciente quisesse perambular pelo consultório, exigir um olhar sensível do analista, ser, enfim, espontâneo (Winnicott, 1990). Ao se colocar no diapasão do paciente, “o analista seria capaz de perceber como, porque e até onde deveria ir nas suas expressões afetivas” (Gondar, 2017, p.49). A análise deveria se adequar ao ritmo do paciente e, para isso, caberia ao analista estar de corpo e alma nesse *setting*, sem a hipocrisia de um mestre.

Enfim, “somente um encontro de afetos genuíno é capaz de propiciar a criação de sentidos. Isso não quer dizer que as palavras não participem desse processo; sua participação se dá mais pelo ritmo e pela tonalidade afetiva com que são enunciadas, mais pela atmosfera que criam, e menos pela sua dimensão significativa” (Gondar, 2017, p.45). Vimos com Ferenczi e Winnicott que a análise é, sobretudo, “uma experiência pessoal de encontro e de comunicação verdadeira, antes de ser uma busca intelectual pelo sentido que subjaz às lacunas inconscientes” (Dias, 2014, p.51).

Conforme dizíamos antes, a atribuição do analista como intérprete do recalcado, tal como pensada por Freud (1938/2018), não figuraria num lugar de destaque na análise dos casos-limite. Por isso, nos utilizamos da clínica *winnicottiana* que nos facilitou teoricamente a problematização dos limites psíquicos e a elaboração de uma técnica psicanalítica mais elástica frente a casos que remetem a falhas severas nas primeiras experiências subjetivas. Winnicott construiu sua teoria sobre a matriz materna e sua importância para a constituição de um eu integrado no lactente mediante as primeiras relações objetais (Ogden, 2017). Na análise *winnicottiana*, a técnica baseada no acolhimento empático do analista pode ser pensada a partir das primeiras experiências que o lactente tem com a mãe ou quem representa essa função.

A interpretação, no contexto do atendimento aos casos graves, deixa de ter destaque cedendo lugar à questão do manejo pelo *holding*. Além disso, o problema da confiança no analista e sua capacidade de sobrevivência também começam a ganhar mais relevância. Nos casos-limite a noção de um ego corporal, delimitado por fronteiras psíquicas que diferenciam a relação com os objetos externo e interno está comprometida, dificultando a formação dos limites psíquicos Eu e Não-eu, efeito dessas excessivas graves falhas ambientais. Ou seja, podemos afirmar, a partir da leitura de Winnicott, que, no início, “o bebê é ainda raso, sem “profundidade”, não tem passado, nem depósito; ainda não armazenou e muito menos recalcou experiências” (Dias, 2014, p.16). Concentrando-nos nesse pensamento, notamos o quão fundamental é atentarmos às vicissitudes pelas quais o próprio ambiente passará ao longo da existência do indivíduo.

Concluimos com a teoria do amadurecimento emocional que a conquista do sujeito em apreender uma realidade externa só é possível quando ele faz a travessia entre se relacionar com um objeto subjetivo para o uso propriamente dito do objeto, sendo este, assim, reconhecido como não eu e, portanto, usável. Essa árdua conquista dependerá diretamente de um ambiente facilitador e não excessivamente invasivo e traumático ao eu do sujeito (Winnicott, 1947/1978; Dias, 2014). Mediante tudo o que foi discutido ao longo da nossa pesquisa, portanto, fica claro que a interpretação não é o ponto nodal da teoria de Winnicott, pois, em casos graves, se evidencia uma enorme dificuldade de conquistar a capacidade para usar os objetos. Em tais casos a interpretação do analista tende a ser sentida como uma ameaça de aniquilação, no qual se sobressaem traços paranoides, justamente por

não terem sido configuradas de forma razoável as fronteiras entre o eu e o outro, assim como as instâncias psíquicas internas. A interpretação, neste contexto, só ajudaria a reatualizar o trauma ambiental que estes sujeitos sofreram tão precocemente (Damous, 2012).

Assim como a mãe suficientemente boa não interpela o bebê, forçando-o a se comunicar a cada troca de experiências psíquicas e sensoriais, o analista, com seu paciente, também deverá esperar pelo gesto espontâneo, por sua criatividade, sem pressioná-lo a uma resposta intelectualizada sobre determinado tema ou interpretação (Dias, 2014). Nesse panorama, a regressão à dependência torna-se peça chave na situação terapêutica, já que é um momento oportuno para oferecer aquilo que os cuidados da mãe ambiente deixaram de oferecer ao lactente em um momento que era fundamental: o *holding*, “pois é preciso cuidar de não invadir e de não apressar o paciente e, além disso, a confiabilidade deve ser silenciosamente construída, sem nenhum apelo à compreensão intelectual” (Dias, 2014, p. 46). De forma repetida e contínua, os eventos se dariam da seguinte forma: com o *holding* do analista oferecendo segurança e sobrevivência aos ataques do paciente ao *setting*, a regressão ocorreria. O analisando teria a oportunidade de experienciar um novo sentido de *self*, ou seja, o *self* verdadeiro que até então estava oculto pelo falso *self*. Aqui, o descongelamento do fracasso ambiental se faria. Com a regressão à dependência, disponibilizando um novo sentido para a situação traumática, o caminho era direcionado para certa independência com relação ao ambiente.

Com uma postura empática e sensível, o analista acompanharia o ritmo do paciente sem ser invasivo ou se distanciar demais, facilitando seu *vir a ser* e o ressoar num *self* criativo que experiencie o brincar como reinvenção de si ao longo do seu percurso maturacional. A função do analista será então a de conhecer a criatividade própria de cada paciente, seu estágio maturacional, enfim, sua capacidade de brincar. Caberia ao psicanalista “disponibilizar-se também a um devir criança de modo a poder, efetivamente, falar a mesma língua da criança em análise, facilitando a emergência de processos criativos” (Kupermanm, 2008e, p.158). Na clínica dos pacientes fronteiriços brincar possibilitaria, sobretudo, experienciar uma criatividade que até então não se fazia presente no discurso, devido a experiências traumáticas que fragilizaram o ego. O brincar na clínica permite e facilita que o discurso, muitas vezes em tom robótico do paciente, passe a ter vivacidade, criatividade e autoria num tom de voz e ritmo próprio.

Essa pesquisa teve o papel de operar como um quadro que constantemente necessitará de ser pincelado em novos tons, isto é, a cada encontro com os pacientes graves, esse quadro inacabado que se presentifica nas sessões, poderá se emoldurar com outros tons. Nosso estudo não pretendeu ser estanque no tempo. Certamente, com o movimento psicanalítico atual, novas pesquisas nos ajudarão a (re)pensar alguns pontos que aqui objetivamos trazer, com todo o cuidado ético que uma pesquisa necessita.

Defendemos o pressuposto básico postulado por Freud, a saber, que a psicanálise deve se atualizar sempre com as demandas frente à contemporaneidade e do que daí se desdobra em questões culturais, sociais e políticas. A clínica dos casos-limite nos convoca não apenas a problematizar os limites da técnica psicanalítica, mas, sobretudo, a reinventar nosso trabalho frente ao singular que a contemporaneidade nos demanda escutar. O papel foi de fomentar mais indagações sobre a função do analista com esses pacientes do que trazer verdades cristalizadas e universais que empobreceriam a sutileza e a sensibilidade que a psicanálise oferece a todos que dela utilizam, seja paciente ou analista: a escuta singular, espontânea e criativa.

7

Referências

- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**. Editora Revinter, 2000.
- ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- ARMONY, N. **O homem transicional: Subjetividades em transformação**. 2. Ed, revisada e ampliada. Terra de areia (RS): Triângulo, 2018.
- BATESON, G; JACKSON, D.; HALEY, J.; WEAKLAND. **Toward a theory of schizophrenia**. Behavioral Science, 1, 1956.
- BION, R. W. **Ataques ao elo de ligação**. Rio de Janeiro, Imago, 1959/1991.
- BIRMAN, J. **As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014a.
- BIRMAN, J. **Arquivo e memória da experiência psicanalítica: Ferenczi antes de Freud, depois de Lacan**. Rio de Janeiro: Contra capa, 2014b.
- BORGES, S. M. N. **Paradoxo da transicionalidade**. In *Winnicott: 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: NAU, PUC-Rio, 1997, pp. 45-52.
- CARDOSO, M. R., MONTEIRO, R. R. G. **A relação eu/outro nos estados limites: aspectos teóricos e clínicos**. In F. P. FERREIRA; R. HERZOG org. *De Édipo à Narciso – a clínica e seus dispositivos – Cia de Freud*: UFRJ, 2014, pp. 161-177.
- COUTINHO, F. **O ambiente facilitador: a mãe suficientemente boa**. In *Winnicott: 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: NAU, PUC-Rio, 1997, pp. 97-104.

DAMOUS, I. **Depressão e lógica do desespero na contemporaneidade: uma visão psicanalítica**. Curitiba: Juruá, 2012.

DAMOUS, I & SOUZA, O. **A dor nos casos-limite e as funções do eu-pele**. In Dor, *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*. Rio de Janeiro, v. 21, n.24., 2005, pp. 181-197.

DAVIS, M., WALLBRIDG, D. **Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

DIAS, E. **A teoria do amadurecimento pessoal**. In E. DIAS, *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003, pp.93-133.

_____. **Os estágios primitivos: a dependência absoluta**. In E. DIAS, *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, pp.196-217, 2003.

_____. **Interpretação e manejo na clínica winnicottiana**. São Paulo: DWW Editorial, 2014.

DUPONT, J (1990). **Prefácio**, in S. Ferenczi, *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990, pp.11-27.

FERENCZI, S. **Dificuldades técnicas de uma análise de histeria**. In S. FERENCZI, *Psicanálise III – Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1919/1933, pp.1-7.

_____. **Prolongamentos da técnica ativa**. In S. FERENCZI, *Psicanálise III – Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1920/1933, pp.109-125.

_____. **A metapsicologia de Freud**. In S. FERENCZI, *Psicanálise IV. Obras completas* (pp.253-265). São Paulo: Martins Fontes, 1922/2011, pp.253-265.

_____. **As fantasias provocadas.** In S. FERENCZI, *Psicanálise III – Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1924/1993, pp.241-248.

_____. **Psicanálise dos hábitos sexuais.** In S. FERENCZI, *Psicanálise III – Obras completas* (pp.327-360). São Paulo: Martins Fontes. 1925/1993, pp. 327-360.

_____. **Contra-indicações da técnica ativa.** In S. FERENCZI, *Psicanálise III Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1926/1993, pp.365-376.

_____. **Elasticidade da técnica psicanalítica.** In S. FERENCZI, *Psicanálise IV. Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1928/2011, pp. 29-42.

_____. **Princípio de relaxamento e neocatarse.** In S. FERENCZI, *Psicanálise IV. Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1930/2011, pp.61-78.

_____. **Análise de crianças com adultos.** In S. FERENCZI, *Psicanálise IV. Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1931/2011, pp.79-95.

_____. **Diário Clínico.** São Paulo: Martins Fontes, 1932/1990.

_____. **Influência de Freud sobre a medicina.** In S. FERENCZI, *Psicanálise IV. Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 1933/2011, pp. 97-109.

_____. **Apresentação sumária da psicanálise (artigo póstumo).** In S. Ferenczi, *Psicanálise IV. Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes, 2011, pp.137-188.

FERNANDES, M. H. **As relações entre o psíquico e o somático: o corpo na clínica psicanalítica.** In *Limites da clínica, clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011, pp. 47-62.

FERREIRA, F, P. & HERZOG, R. **De Édipo a Narciso: a técnica em questão.** In F. P. FERREIRA; R. HERZOG org. *De Édipo à Narciso – a clínica e seus dispositivos* – Cia de Freud: UFRJ, 2014, pp.23-37.

FIGUEIREDO, L, C. **O caso-limite e as sabotagens do prazer.** In L. C. FIGUEIREDO, *Psicanálise: elementos para uma clínica contemporânea.* São Paulo: Escuta, 2008, pp. 77-107.

FIGUEIREDO, L. C. **A questão dos limites e a situação analisante na clínica contemporânea.** In L. C. FIGUEIREDO, *Limites da clínica, clínica dos limites.* Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011, pp.185-208.

FONTES, I. **Psicanálise do sensível: Fundamento e clínica.** Ideias & Letras. São Paulo, 2010.

FREUD, S. **Estudos sobre a histeria em coautoria com Josef Breuer.** 1º ed, São Paulo: Companhia das Letras, 1895/2016.

_____. **A interpretação dos sonhos.** Rio de Janeiro: Imago, 2001.

_____. **Sobre psicanálise selvagem.** In S. FREUD, *Obras completas, volume IX.* São Paulo: Companhia das Letras, 1910/2013.

_____. **O uso da interpretação dos sonhos na psicanálise.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1911/2010, pp. 122-132.

_____. **A dinâmica da transferência.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1912a/2010, pp.133-146.

_____. **Recomendações ao médico que pratica a psicanálise.** S. FREUD, *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1912b/2010, pp.147-162.

_____. **Tipos de adoecimento neurótico.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1912c/2010, pp.229-239.

_____. **Algumas observações sobre o conceito de inconsciente.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1912d/2010), pp.255-267.

_____. **O início do tratamento.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1913/2010, pp.163-192.

_____. **Recordar, repetir e elaborar.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1914a/2010, pp. 193-209.

_____. **Introdução ao narcisismo.** In S. Freud, *Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1914b/2010, pp.13-50.

_____. **Os instintos e seus destinos.** In S. Freud, *Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1915a/2010, pp.51-81.

_____. **A repressão.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1915b/2010, pp.82-98.

_____. **O inconsciente.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1915c/2010, pp. 99-150.

_____. **Além do princípio do prazer.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 14: História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), além do princípio do prazer e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1920/2010, pp.161-239.

_____. **Dois verbetes de enciclopédia.** In S. FREUD, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas. Vol. XVIII.* Rio de Janeiro: Imago, 1926/1976.

_____. **Construções em análise.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, compêndio de psicanálise e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1937a/2018 pp. 327-344.

_____. **Análise terminável e interminável.** In S. FREUD, *Obras completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, compêndio de psicanálise e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1937b/2018, pp.274-326.

_____. **Compêndio de Psicanálise.** In S. Freud, *Obras completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, compêndio de psicanálise e outros textos.* São Paulo: Companhia das Letras, 1938/2018, pp.187-273.

FULGENCIO, L. **Por que Winnicott?** (pp.1-208) 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2016.

GALVÁN, G. **O conceito de regressão em Freud e Winnicott: algumas diferenças e suas implicações na compreensão do adoecimento psíquico.** Winnicott e-prints vol.7 no. 2, São Paulo, 2012.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o Inconsciente.** 2º ed. 29ª reimpressão. Rio de Janeiro: Zahar, 1985/2018.

GONDAR, J. **Interpretar, agir, “sentir com”.** In, *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (pp.33-52). Rio de Janeiro: 7 letras, 2017.

GOMES, G. **A metapsicologia de Freud.** 1º ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

GRAÑA, R. B. **Origens de Winnicott: ascendentes psicanalíticos e filosóficos de um pensamento original.** 2º ed. Curitiba: Juruá, 2016.

GREENBERG, J. & MITCHELL, S. A. **Relações objetais na teoria psicanalítica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERZOG, R. **Os limites da representação psíquica.** In *Limites da clínica, clínica dos limites.* Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011, pp. 77-91.

JUNQUEIRA, C. **As transformações da tópica na clínica dos pacientes-limite.** In *Atendimento psicanalítico de pacientes-limite.* São Paulo: Zagodoni, 2016, pp.41-58.

KLAUTAU, P. **Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan.** São Paulo: Escuta/Faperj, 2014.

KLEIN, M. **Notas sobre alguns mecanismos esquizoides.** In KLEIN M, *Inveja e gratidão.* Tradução de Liana Pinto Chaves. Rio de Janeiro: Imago, 1946/1991, pp.17-43

KUPERMANM, D. **Dor e cura na constituição da clínica freudiana.** Um ensaio sobre o primeiro Freud. In, D. KUPERMANM, *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008a, pp.67-81.

_____. **A experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott.** In, D. KUPERMANM, *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008b, pp.85-108.

_____. **Por uma outra sensibilidade clínica: fale com ela, doutor!** In D. KUPERMANM, *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008c, pp.111-124.

_____. **A libido e o álibi do psicanalista. Uma incursão pelo Diário clínico de Ferenczi.** In, D. KUPERMANM, *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008d, pp.127-143.

_____. **A progressão traumática: algumas consequências para a clínica na contemporaneidade.** In, D. KUPERMANM, *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008e, pp.147-162.

_____. **A maldição egípcia e as modalidades de intervenção clínica em Freud, Ferenczi e Winnicott.** In, D. KUPERMANM, *Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático*. São Paulo, Zagodoni, 2017, pp.27-46.

LAPLANCHE J. & PONTALIS, B. **Vocabulário de psicanálise.** São Paulo: Martins fontes, 2016.

LINS, M. I. A. **História e vida na obra de Winnicott**. In. *Winnicott: 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: NAU, PUC-Rio, 1997, pp.13-22.

MANO, B. C. **Torções do Eu: contribuições sob a perspectiva da análise da estrutura continente do Eu**. In *Atendimento psicanalítico de pacientes-limite*. São Paulo: Zagodoni, 2016, pp.60-83.

MELGAÇO, A. L. **A transicionalidade da interpretação**. In M. A. C. Guimarães; A. B. Podkameni, *Winnicott: 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: NAU, PUC-Rio, 1997, pp. 53-56.

MEDEIROS, E. C. & PEIXOTO, JR, C. A. **O manejo clínico de “casos difíceis”: herança e atualidade de Sándor Ferenczi nas abordagens de Winnicott e Balint**. Revista Subjetividades, Fortaleza, 16(2), agosto, 2016, pp.46-59.

NICÉAS, C. A. **O amor de si**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

OGDEN, T. **Projective identification and psychotherapeutic technique**. Oxford: Jason Aronson, 1982.

_____. **Os sujeitos da psicanálise**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.

_____. **A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico**. São Paulo: Blucher, 2017.

OUTEIRAL, J. et. al. **Paradoxo, objeto transicional e fetiche**. Revista Brasileira de Psicanálise, Volume 42, n. 1, 2008, pp.60-73.

PEDROZO, T. L. **O corpo e o self: os estados limites**. In *Winnicott: 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: NAU, PUC-Rio, 1997, pp. 77-85.

PEIXOTO Jr., C. A. & SILVA, S.G. **A teoria da comunicação no pensamento clínico de Donald W. Winnicott.** In, Cad. Psicanál. (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 39, n. 36, jan./jun, 2017, pp.55-83.

PEIXOTO Jr., C. A. **Os limites da representação na experiência esquizoide.** In *Limites da clínica, clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011, pp. 93-102.

PHILLIS, A. **Winnicott.** Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006.

PINHEIRO, T. **Ferenczi: do grito à palavra.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, UFRJ, 1995.

RACHE, E. **O início do trabalho do paradoxo na clínica psicanalítica.** Revista Brasileira de Psicanálise - Volume 42, n. 1, 2008, pp.74-81.

RITTER, P. **Neuroses atuais e patologias da atualidade.** São Paulo: Pearson Clinical Brasil, coleção clínica psicanalítica, 2017.

ROUSSILLON, R. **Paradoxos e situações limites em Psicanálise.** Trad. Paulo Neves. Porto Alegre: Unisinos, 2006/1991.

_____. **L'entreje(u) primitif et l'homossexualité primaire "en Double".** In R. Roussillon, *Le jeu et l'entre-je(u)* Paris: P.U.F, 2008.

SANTOS, N. T. G. S; ZORNIG, S. A. **Primeiros tempos da maternidade: indiferenciação ou intersubjetividade na relação primitiva com o bebê?** Estilos da clínica. Vol. 19. n.1, São Paulo, 2014, pp.78-90.

SAVIETTO, B. B. & Souza, O. **O enquadramento analítico como espaço de jogo.** In L. C. Figueiredo; C. Junqueira e Cols, *Atendimento psicanalítico de pacientes-limite*. São Paulo: Zagodoni, 2016, pp.84-111.

SILVEIRA, A, K. **A singularidade da técnica na clínica dos estados limites**. Dissertação (Mestrado) – UFRJ/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2006.

STERN, A. **Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes**. In Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental, V.II, n.2, 1999, pp.159-176.

TANIS, B. **Presença do paradoxo na construção de vínculos: clínica, alteridade e cultura**. Jornal de Psicanálise – São Paulo, v.43 (78), 2010, pp.57-78.

WINNICOTT, D. W. **Desenvolvimento emocional primitivo**, In D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1945/1978, pp. 269-286.

_____. **O ódio na contratransferência**. In D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1947/1978, pp. 341-353.

_____. **Retraimento e regressão**. In D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1954a/1978, pp. 427-435.

_____. **A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal**. In D. W. WINNICOTT *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1954b/1978, pp. 437- 458.

_____. **Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico**. In D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1954c/1978, pp. 459-481.

_____. **Teoria do relacionamento paterno-infantil**. In D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1960/1978, pp. 38-54.

_____. **Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo.** In D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves 1963a/1978, pp.79-87.

_____. **Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos.** In D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1963b/1978, pp.163-174.

_____. **Os doentes mentais na prática clínica.** In D. W. WINNICOTT, *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1963c/1978, pp. 196-206.

_____. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. **O campo psicossomático.** In, D. W. WINNICOTT, *Natureza Humana* (pp.44-47). Rio de Janeiro: Imago, 1988/1990.

_____. **A família e o desenvolvimento individual.** 4º ed – São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. **Os bebês e suas mães.** 4º ed – São Paulo: Martins Fontes, 2012.