

4

A clínica dos estados-limite

*Querias que eu te dissesse
o segredo da primavera.
E eu sou para o segredo
o mesmo que o abeto.
Árvore cujos mil dedinhos
apontam mil caminhosinhos.
Nunca te direi, amor meu,
porque corre lento o rio.
Mas porei em minha voz estancada
o céu acinzentado de teu olhar.
Dá-me voltas, moreninha!
Tem cuidado com minhas folhinhas.
Dá-me mais voltas ao redor,
movendo o poço do amor.
Ai! Não posso dizer-te, mesmo se quisesse,
o segredo da primavera.
(Federico García Lorca)*

4.1

O peso social: função do pai x função dos pares

Deliberadamente, ao escolher o tema desta dissertação, decidiu-se privilegiar as questões dos estados-limite face à sua interação com questões teóricas, metapsicológicas e clínicas da psicanálise. Deixou-se, portanto, de lado, uma série de outras questões que poderiam estar envolvidas no contexto dos estados-limite. Uma delas, sem dúvida, é a questão sociocultural. Poder-se-ia escrever uma tese abordando tão somente esta questão e sua influência na clínica psicanalítica de hoje. Fica cada vez mais difícil abordar a problemática dos estados-limite sem fazer menção ao peso sociocultural. Praticamente todos os autores que falam do assunto reservam um espaço para estas questões. Há cada vez mais consenso entre os autores de que a mudança na natureza do sofrimento é representativa ao longo dos anos, como por exemplo, ressalta Didier Anzieu:

No tempo de Freud e das duas primeiras gerações de seus continuadores, os psicanalistas se ocupavam de neuroses caracterizadas, históricas, obsessivas, fóbicas ou mistas. Hoje, mais da metade da clientela psicanalítica é constituída pelo que se chama estados-limite e/ou personalidades narcísicas (se se admite como Kohut a distinção destas duas categorias) (...)

Não é de se admirar uma civilização que cultiva ambições desmedidas, que louva a exigência de uma responsabilidade global do indivíduo pelo casal, pela família, pelas instituições sociais, que encoraja passivamente a abolição de todo o sentimento dos limites nos êxtases artificiais procurados nas drogas químicas e de outros tipos, que expõe a criança, cada vez mais filho único, à concentração traumatizante sobre ela do inconsciente de seus pais nos limites de um lar cada vez mais restrito em número de participantes e em estabilidade – não é de se admirar, portanto, que uma tal cultura favoreça a imaturidade e suscite uma proliferação de perturbações psíquicas limites. (Anzieu, 2000, p. 22).

Freud construiu um modelo teórico que tem por base a metapsicologia do recalque. Jurandir Freire Costa, em seu artigo “Playdoier pelos irmãos”, faz uma crítica ao modelo do recalque:

Este modelo resume o cerne da teoria freudiana. Uma moção pulsional, sexual ou agressiva, é recalçada e retorna sob a forma de sintoma. O agente recalcante é um representante da função paterna que prescreve ou proíbe as formas de gozo às quais o sujeito pode ou deve ter acesso. Freud, apoiado nesse modelo, inventou o dispositivo técnico da análise - transferência, livre associação, atenção flutuante e interpretação - e a metapsicologia do inconsciente da cultura e dos indivíduos.

Mas o que dizer de formações subjetivas nas quais o “recalcado” - se é que ainda é o “recalcado” - pouco tem em comum com o “recalcado” das histerias, das fobias ou das obsessões? O que é “recalcado” nas síndromes de pânico, nas fobias sociais, nas depressões distímicas, nos distúrbios na imagem corporal (bulimias, anorexias, exercícios físicos compulsivos e iatrogênicos), nas diversas adições (drogas, sexo, consumo) ou nas diversas modalidades de atos “anti-sociais” (bandos de adolescentes e adultos jovens voltados à depredação do ambiente físico urbano ou às agressões contra grupos semelhantes)? (Costa, 2000, p. 9).

Freire ressalta que uma primeira resposta poderia ser aquela que diz que tudo isto são disfarces ou “apelidos da moda para conhecidos sintomas ou estruturas desejantes”.

As contribuições de diversos autores, alguns dos quais utilizados na elaboração deste trabalho, mostram que existem formas diferentes de conceber o sujeito. A maior parte destes trabalhos está voltada para uma fase do desenvolvimento do sujeito que é vista como sendo *anterior* à influência da função paterna, ou do interdito, da proibição, da castração. Trata-se de uma fase pré-edípica, pré-verbal, por isso mesmo difícil de ser compreendida ou apreendida (tanto pelo analisando como pelo analista).

O que Costa procura mostrar em seu artigo é uma outra faceta desta questão: a influência da cultura na formação, ou talvez melhor seria dizer, na *modelagem* do sujeito. Evidentemente, isto não é novidade. Freud já abordara esta questão em algumas partes de sua obra (Freud, 1929). Não obstante ser de aceitação quase geral de que a cultura desempenha um papel fundamental, o que Costa mostra em seu artigo é que a cultura atual deixou de lado as questões da primeira metade do século passado.

Tradição, bons costumes, moral vitoriana, tabu sexual, entre outros, foram sendo gradativamente deixados de lado por outros ideais. A cultura, que fazia as vezes da função paterna, que servia de aliada aos valores da família, coibindo as práticas nocivas aos bons comportamentos e costumes, passou a valorizar outros atributos, como descreve Costa:

A função paterna está em declínio e vem sendo substituída por injunções de gozo superegóicas do outro anônimo, cujo protótipo é a sociedade de consumo. Nossos corpos se tornaram persecutoriamente vigiados e nossos bens narcisicamente exibidos como marcas de sucesso ou ascensão social. Retiremos do mundo tudo isso, e eis de volta o pai!

A essa altura, porém, cabe perguntar: qual o objetivo dessa “restauração”, se é que a desejamos? Por que trazer o pai de volta, se é que ele, realmente, se extraviou ou foi demitido de seu papel cultural? (Ibid., p. 13).

Costa vai buscar socorro em Winnicott, mais precisamente na noção de espaço transicional incapaz de suportar a onipotência criativa do sujeito.

Essa deficiência na constituição do “espaço intermediário” se deve ao fato da “mãe ambiente” não conseguir sobreviver aos ataques agressivos da criança ou não poder oferecer resistência à satisfação das pulsões infantis.

Ao falar, porém, desses casos, Winnicott não identifica o estado mental resultante às imagens freudianas do gozo mortífero que pode invadir o psiquismo na ausência da lei e interdição paternas. O escoamento pulsional sem freios não produz angústia, excesso de volúpia ou destrutividade e sim debilitação dos impulsos pela saturação da satisfação. O caso da depressão, em particular do que chamamos, hoje, de “distímias”, é exemplar. A apatia, o desânimo, a incapacidade para a alegria e para o prazer e, por fim, a queixa de falta de sentido de vida não parecem se explicar pelas vicissitudes do recalque mas pela ausência de barreiras à realização dos objetivos instintivos ou pulsionais.

Em suma, o “engodo da satisfação”, na expressão de Winnicott, mostra que o tédio, a renúncia ao desejo e a impotência da vontade é o que resulta da falta de limites ou da ausência de lei. (...) No vocabulário winnicottiano, por conseguinte, a importância do pai, da interdição, do recalque, da lei, etc., é relativizada, em favor da compreensão de quadros clínicos que fogem à matriz teórica das histerias, obsessões ou fobias. Em vez do pai, aparece a mãe suficientemente boa; em vez do gozo excessivo, traumático ou mortal, a redescritção da vida pulsional. (...)

Na leitura de origem freudiana, a função do poder é a repressão dos excessos pulsionais, donde a importância da interdição; na de origem winnicottiana, o poder se revela na capacidade do ambiente de tolerar, sem revide, o ímpeto das pulsões, dirigindo-o para a expansão da criatividade (Ibid., pp. 17-18).

Winnicott opera, portanto, um deslocamento para explicar as causas do conflito psíquico: por um lado, as pulsões sexuais ou agressivas perdem a conotação um tanto sombria que tinham em Freud. Por outro lado, as interdições que oferecem resistência à agressividade podem permitir que elas continuem a se manifestar de forma criativa. Desta forma, tanto a função da cultura como a função do pai podem ser redimensionadas. O simbólico e o pulsional deixam de ser domínios estanques, descontínuos e inconciliáveis. Passam a ser a face e o verso dos mesmos eventos

mentais. A cultura, para Winnicott, é o lugar no qual o simbólico e o pulsional interagem, fazendo parte integrante da subjetividade. Para ele, a verdadeira ameaça está no desinvestimento da cultura, em seu abandono como espaço privilegiado da expressão subjetiva. Para Costa, “nada podemos fazer, é certo, para prevenir irrupções devastadoras da pulsão agressiva. Mas podemos fazer muita coisa para desativar o fascínio compulsivo pela violência gratuita ou injustificável” (Ibid., p. 25).

O modelo do recalque é, para Costa, fundado na primazia da morte. Neste modelo existe a figura do soberano, do Um transcendente, que dá sentido à existência dos mortais.

O Outro é imaginado como estando sempre lá, enquanto os “outros” ontologicamente supérfluos procuram se submeter à lei (...). No enredo da função paterna, o sujeito é o coadjuvante chamado a participar de uma grandeza e de uma imortalidade que não são suas. O brilho fálico que acredita possuir é tomado de empréstimo ao outro (...). No modelo voltado para a “natalidade”, ao contrário, a figura dos pares, dos muitos outros, faz da cultura o teatro na qual a vida aparece e permanece como testemunho da atividade e engenho humanos. (...) Aqui, mandam os melhores e obedecem os que consentem em obedecer. O poder, idealmente, é de todos e desaparece na violência, se for apropriado por um só. (...)

A cultura, entendida dessa forma, não é o mal menor, *a miséria banal* à qual devemos nos resignar, após abrir mão da *miséria neurótica*, como dizia Freud. Ela é o centro da vitalidade expansiva, a condição da cooperação entre os pares - e não os iguais! (Ibid., pp. 25-26).

Pode-se pensar também a questão da função dos pares, ou “função parelha” como sendo a dos modelos identificatórios, nos quais uma cultura que despreza a tradição, a lei, o interdito, vai buscar seus modelos nas imagens narcísicas de sucesso. O que é ter sucesso? O modelo atual de sucesso é justamente o da possibilidade de consumo desenfreado, da fruição sem fim dos prazeres da vida.

É possível pensar, como muitos autores contemporâneos, que os estados-limite representam hoje a maior parte da clínica psicanalítica. Ou então, pode-se ficar no modelo tradicional, segundo o qual “quanto mais as coisas mudam mais elas indicam que permanecem as mesmas”. Tal opção apontaria uma corrente psicanalítica ortodoxa, fiel ao princípio de que a gênese dos sintomas neuróticos, perversos e psicóticos, permanece imutável ao longo do tempo. O fato é que, cada vez mais, parece aumentar o número de casos para os quais a clínica convencional, a clínica do recalque e da interpretação, não têm obtido bons resultados. Mesmo que não concordemos com afirmações do tipo “tornaram-se minoria os psiconeuróticos nos consultórios, nas instituições, na rua, dentro de si mesmos” (Corrêa Netto, 1996, p. 17), é necessário atentar para o fato de que, no mínimo, a clínica da neurose está contaminada de

situações nas quais se manifestam estados-limite. Sejam eles episódicos, suaves, ou adquiriram uma conotação mais patológica, os estados-limite estão presentes na clínica da neurose atual, em número cada vez mais preocupante e mais desafiador das práticas clínicas tradicionais. Certamente a questão social tem uma responsabilidade cada vez maior neste fenômeno. Não se propõe aqui, como já mencionado, um aprofundamento maior nesta questão. Não obstante, é de importância fundamental não se perder de vista esta questão e, principalmente, estar atento aos episódios limítrofes que podem ocorrer nos casos mais clássicos da clínica da neurose.

4.2 Transferência e contratransferência.

A primeira vez que o assunto da contratransferência foi abordado (ainda sem o uso do termo) foi numa carta de Ferenczi a Freud, datada de 1908, na qual ele mencionou o fato de que se sentia envolvido pelos problemas de seus pacientes. Parece que Freud foi o primeiro a cunhar o termo contratransferência, utilizando-o entre aspas, numa carta que escreveu a Jung no ano seguinte. Mas foi num artigo de 1910 que pela primeira vez Freud se ocupou do tema formalmente. Falando sobre os avanços na técnica psicanalítica, ele escreveu:

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos conscientes da “contratransferência”, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. Agora que um considerável número de pessoas está praticando a psicanálise e, reciprocamente, trocando observações, notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas (...) (Freud, 1910, p. 130).

O corolário desta última frase de Freud é o da necessidade e importância do analista se submeter a uma análise pessoal¹. Apenas em 1913 Freud voltaria a abordar o tema numa carta a Ludwig Biswanger, mencionando que o problema da contratransferência é um dos mais difíceis da técnica psicanalítica.

O analista – e isso devia ser uma regra, segundo Freud – nunca deve dar ao analisando nada que tenha saído de seu próprio inconsciente. Vez após outra, ele deve “reconhecer e ultrapassar sua contratransferência, para que possa estar livre”. Alguns anos depois, Freud notou que, no tratamento, o surgimento de um fenômeno a que ele deu o nome de

¹ Naquela ocasião, Freud ainda falava de auto-análise, que ele foi, aos poucos, substituindo pela análise didática.

amor transferencial devia dar ensejo ao analista de “desconfiar, talvez, de uma possível contratransferência” (Roudinesco e Plon, 1988, p. 133).

Ainda segundo Roudinesco e Plon, Freud não deu maior seguimento à questão da contratransferência e jamais considerou que esta “pudesse ser utilizada de forma dinâmica durante o tratamento” (Ibid.). Na medida em que a psicanálise foi evoluindo e o tratamento clínico foi sendo compreendido como relação, a contratransferência (assim como a própria transferência) foi atraindo cada vez mais a atenção dos psicanalistas. Contribuiu também para essa visibilidade a extensão das fronteiras da análise, que na época de Freud era restrita a adultos neuróticos e depois passou a abranger também as crianças e os psicóticos. Não obstante, a contratransferência é, até os dias de hoje, um dos conceitos psicanalíticos mais polêmicos. A partir de 1948, portanto 38 anos após o artigo de Freud, começaram a surgir novas formas de se ver este fenômeno, agora já como uma ferramenta do trabalho analítico e não mais apenas como um empecilho. Heinrich Racker e Paula Heinmann escreveram alguns trabalhos sobre o tema e tomaram caminhos diferentes: para Racker, a contratransferência ficava limitada aos processos inconscientes que a transferência do paciente provoca no analista, enquanto Heinmann a via como tudo o que, da personalidade do analista, pode intervir no tratamento. Foi Paschero que, com o conceito de “transferência total” tentou dar conta de tudo que o analista pudesse sentir em relação ao seu analisando, alinhando, portanto, com o conceito de Heinmann.

Ary Band, em sua tese de doutorado, *Supervisão analítica: um estilo*, defende a posição que a transferência deve ser incluída na trama contratransferencial e que isto traz uma importante e ampliadora modificação no conceito freudiano (Band, 1994, p. 19). Para Band, isto encerraria o tabu de que a contratransferência revelaria a patologia do analista; os sentimentos do analista pelo analisando passam a ser parte legítima do processo analítico.

Nos primórdios da psicanálise, o contexto científico, em todas as áreas e não menos na medicina, requeria que o método utilizado para as investigações fosse o hipotético-dedutivo das ciências exatas, a partir do qual os cientistas (ou médicos) olhavam seu objeto de investigação como se estivessem do lado de fora do campo de observação. A descoberta da transferência fez com que Freud desencadeasse uma descontinuidade de modelo, passando daquele que lida com a razão e os preceitos da ciência natural, para um outro em que a racionalidade e o observador são desalojados de seu pedestal. Na posição de observador, a postura do analista é a de alguém que tenta se

colocar de forma neutra. Com a transferência, e mais ainda, com a contratransferência, os imperativos da neutralidade ficam bastante abalados, já que o analista deixa de se colocar como um observador “externo”, para passar a fazer parte do processo terapêutico (Id., 1993, p. 2).

Band cita a evolução dos construtos teóricos acerca da contratransferência como sendo responsável por um “alargamento do conceito de tal ordem que não seria difícil supô-la como anunciadora de seu desaparecimento, para que em seu lugar pudesse surgir um campo estruturado” (Id., 1994, p. 19).

Manter a teoria da contratransferência significaria considerar que haveria algo no analista que se diferenciaria qualitativamente daquilo que é emocionalmente vivido pelo analisando; esta diferenciação é indicada pela própria escolha de diferentes nomes para as experiências vividas por um e por outro, o que significaria facultar ao analista poder considerar-se à margem do processo, vendo-se como observador e juiz do analisando. Não sendo esta a visão aqui considerada, a noção de contratransferência é então substituída pela concepção mais abrangente de *campo transferencial*, para tentar dar conta da inserção do analista no contexto de seu trabalho (Ibid., p. 20).

Para Band, como a psicanálise adota o método da associação livre, na qual, diferentemente da medicina, por exemplo, é o analisando quem instaura o início do processo psicanalítico através de sua fala, da mesma forma é ele, o analisando, quem instaura a estrutura do campo que ele e o analista vão compartilhar. A neutralidade – qualquer que seja a forma pela qual ela se apresenta ou se disfarça – embora aparentemente permita ao analista se desfazer dos riscos que o pertencimento ao campo de trabalho traria, faz com que ele se veja submetido aos rigores de uma fiscalização exigente, impeditiva daquilo que Freud chamou de *atenção flutuante*, no que se refere ao que ele próprio vivencia quando trabalha como analista. (Ibid., p. 21).

A idéia de campo transferencial proposta por Band parece interessante, principalmente se levada em consideração na clínica dos estados-limite, onde as relações transferenciais são mais instáveis do que as da clínica da neurose. Veremos agora como outros autores, como Winnicott e Giovacchini podem contribuir para a questão transferencial dos estados-limite.

Em um artigo datado de 1947, Winnicott nos fala do ódio na contratransferência. O artigo foi motivado pela análise com pacientes psicóticos e anti-sociais. Winnicott diz que o manejo com estes tipos de pacientes é inevitavelmente irritante, representando uma pesada carga emocional para os que deles cuidam. Em função disso, ele realça a importância da análise pessoal do analista, fazendo menção ao fato de que suas reflexões sobre as dificuldades de se cuidar desses pacientes são particularmente

importantes para o psiquiatra, mesmo para aqueles que não estabeleçam um relacionamento do tipo analítico com os seus pacientes.

Sugiro que se um analista propõe-se a analisar pacientes psicóticos ou anti-sociais ele deve estar tão profundamente consciente de sua contratransferência, que lhe seria possível identificar e examinar as suas reações *objetivas* ao paciente. Estas incluirão o ódio. Fenômenos contratransferenciais representarão, em certos momentos, o elemento central da análise.

Gostaria de sugerir que o paciente reconhece no analista apenas o que ele mesmo é capaz de sentir. (...) (Winnicott, 1947, p. 278).

Esta última frase de Winnicott dá bem conta de como se processa a transferência na clínica. Da mesma forma que um neurótico tenderá a ver uma ambivalência do analista em relação a ele, um psicótico, que se encontra em estado de “amor e ódio coincidentes” pensará que o analista só consegue relacionar-se com ele da mesma forma. Winnicott realça que isto pode exigir do analista mais do que ele pode dar e menciona que “uma das tarefas mais importantes na análise de qualquer paciente é a de manter a objetividade em relação a tudo aquilo que o paciente traz, e um caso especial desse tema é a necessidade de o analista ser capaz de odiar o paciente objetivamente” (Ibid., p. 279). Dentro da proposta de Band, de se olhar a questão pelo ângulo do campo transferencial, pode-se dizer que o paciente instaura um campo no qual amor e ódio se misturam e se combinam de tal forma que o analista se vê inexoravelmente “engolfado” pelo campo. O importante, nesses casos, é o analista se dar conta de seu ódio, como explica Winnicott:

O ódio do analista fica em geral latente, e pode continuar assim com muita facilidade. Na análise de psicóticos o analista encontra-se sob uma pressão muito maior para manter o seu ódio latente, e só poderá fazê-lo se estiver plenamente consciente do mesmo. Gostaria de acrescentar que em certos estágios de certas análises o ódio do analista é na verdade buscado pelo paciente, e nesses momentos é necessário expressar um ódio que seja objetivo. Quando um paciente está à procura de um ódio legítimo, objetivo, ele deve ter a oportunidade de encontrá-lo, caso contrário não se sentirá capaz de alcançar o amor objetivo (Ibid., p. 283).

Boyer e Giovacchini também falam do que chamam de “transferência hostil” e suas implicações. Ao mencionarem pacientes *borderline* e de distúrbios de caráter, dizem que “analistas são antes de tudo humanos e os pacientes são, geralmente, por motivos defensivos, muito talentosos em descobrir seus pontos sensíveis” (Boyer e Giovacchini, 1980, p. 253). Sua tese é de que não existe consenso quanto à necessidade de se responder primeiramente com afeto e só depois usar uma intervenção hostil como estímulo para colocar o paciente numa perspectiva clínica. Por outro lado, discordam de Winnicott, ao dizerem que a análise da projeção da transferência pode alcançar bons

resultados, sem que haja a necessidade de odiar o paciente. Não obstante, se houver ódio por parte do analista, “este deve ser analisado e seus componentes contratransferenciais têm de ser reconhecidos e resolvidos” (Ibid., p. 255). Desta forma, para os autores, o ódio (seja por alguém ou por si próprio) é sempre um elemento impeditivo para a análise, já que sempre invoca a resistência. No caso do analista, se este ódio não puder ser sobrepujado, sua habilidade de realizar seu trabalho estará obstruída. O importante é que ele nunca se desligue de sua objetividade e procure sempre ver o material de seu paciente no contexto das projeções transferenciais.

Outra autora importante, Margaret Little, em seu artigo “Transference in borderline states”, analisa o motivo da relação transferencial tumultuada dos pacientes *borderline*, começando por discutir a extensão dessa categoria.

A gama de pacientes é bastante ampla. E não somente a gama de pacientes, mas também a variação dentro de cada paciente, o qual pode, no decorrer de semanas ou meses, ou mesmo no espaço de apenas uma hora analítica se colocar num estado neurótico, psicótico e “normal”, algumas vezes deslizando quase imperceptivelmente de um estado para o outro, outras alterando de estado abruptamente. Isso pode advir, por vezes, de uma interpretação, de um acontecimento provocado de fora ou ainda ocorrido internamente ao paciente, que pode ter o efeito de liberar uma ansiedade, ou provocar uma ruptura numa defesa, deixando descoberta uma camada de material novo, junto com a sua ansiedade (Little, 1966, p. 477).

Para Little, a essência do estado *borderline* é uma fixação parcial na fase de indiferenciação. Não há diferenciação suficiente entre a psique e o soma, assim como há uma falha de fusão entre o ego e o id. Isso torna impossível o desenvolvimento adequado para a fase depressiva, assim como uma boa fase edípica precoce. Essa falha na fase edípica precoce provoca uma interferência no desenvolvimento da fase edípica clássica, mais adiante. Dessa maneira, a psicose comum não se consegue desenvolver. Não obstante, ao mesmo tempo, os graus de diferenciação e de fusão são minimamente suficientes para preencher a condição de não se tratar de uma psicose (Ibid.).

O trabalho analítico com pacientes *borderline* é caracterizado por deslocamentos e mudanças constantes, o que exige do analista um alto grau de sensibilidade, estabilidade e flexibilidade. Sua tarefa em seguir os meandros dessas mudanças e deslocamentos não é nada simples. Todo o espectro de suas próprias angústias está o tempo todo em risco e torna-se vital que ele esteja ciente de tudo o que ocorre com ele, o que só pode ser conseguido através de sua própria análise pessoal. Para Little, existem basicamente três diferentes tipos de técnica para lidar com a transferência dos casos

borderline: a primeira seria a “clássica”, ou seja, a análise da interpretação da transferência como única ferramenta de trabalho. Para ela, muitos analistas “clássicos” tendem a concentrar a análise quase que exclusivamente nas fantasias inconscientes do paciente, esquecendo a realidade externa, como se as experiências reais ocorridas, sejam elas na infância, ou no próprio setting analítico, fossem sem importância. Para Little, a fantasia é inútil se retirada de suas raízes na realidade factual, e vice-versa. É comum que esses analistas passem um atestado de “inanalísável” a alguns de seus pacientes, sem que se dêem ao trabalho de questionar a técnica utilizada ou as suas próprias limitações.

Uma segunda técnica seria a “experiência emocional corretiva” ou a “análise direta”, o que significa tentar fazer o paciente passar por uma nova experiência no sentido de suplantá-la, de alguma forma, suas experiências anteriores ou desfazer seus efeitos patológicos. Estas técnicas não vêem a necessidade de ligar com palavras o novo e o velho, fantasia e realidade, mundo interno e mundo externo. Para Little, isso parece mais uma questão de tratamento de sintomas do que propriamente da doença da qual fazem parte. Ao não levar em conta a necessidade de se fazer o elo da experiência emocional com o entendimento intelectual e entrar nas profundezas desse trabalho, esta terapia (por mais valiosa que possa vir a ser em determinadas circunstâncias) continua sendo uma psicoterapia e não uma psicanálise.

Finalmente, uma terceira alternativa técnica, utilizada por uma classe de analistas com visões menos homogêneas, entre os quais Little se considera inserida, acredita que os pacientes *borderline*, devido a defeitos no ego resultantes de uma maternagem não suficientemente boa, são incapazes de utilizar interpretações verbais nas áreas onde predominam angústias psicóticas e idéias delirantes. Acredita ainda que um novo conjunto de experiências de maternagem suficientemente boa necessita ser suprido antes de o ego poder-se tornar acessível à interpretação verbal. Esses analistas estão dispostos a permitir ao paciente uma maior liberdade de direcionar a análise no sentido de atender à suas necessidades específicas. Comparando com a técnica “clássica”, esta técnica de “maternagem” provoca uma tensão adicional no analista. Não obstante, tem a vantagem de não confundir o paciente e permitir a continuação da análise que, com uma técnica menos flexível, poderia falhar. Little realça o fato de que, uma vez alcançado o efeito terapêutico (como por exemplo, colocar as mãos sobre as do paciente, em momentos de grande tensão), é importante que possa haver um elo entre o

gesto não-verbal e uma interpretação verbal, para atingir uma interpretação completa, “juntando as camadas primitivas com as camadas mais avançadas” (Ibid., p. 480).

Uma outra contribuição à questão transferencial vem de Figueiredo, que sustenta que

(...) há uma condição de possibilidade do psicanalisar – qualquer que seja a modalidade do trabalho clínico em curso – que se configura como uma *contratransferência primordial*, um *deixar-se colocar diante do sofrimento antes mesmo de se saber do que e de quem se trata* (Figueiredo, 2003, p. 128).

Para ele, esta capacidade diz respeito à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências, representando um *deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado* e mesmo de *incomensurável*, não só *desconhecido* como *incompreensível* (Ibid.). Para Figueiredo, Winnicott, ao dizer que seu propósito ao praticar a psicanálise era a de se manter vivo, bem e desperto (Winnicott, 1962b, p. 152), referia-se, com outras palavras, à *contratransferência primordial*. Figueiredo sugere que a disposição humana de “servir como suporte para as transferências alheias” é algo universal e básico e está na raiz de todos os processos de singularização.

Vale dizer, é algo que já está presente em um recém-nascido e é um dos aspectos da nossa condição humana de desamparo, o que tanto acarreta uma vulnerabilidade extrema a toda sorte de abusos e traumatismos como, em contrapartida, é a base da constituição do psiquismo (Figueiredo, 2003, p. 128).

Ele ainda acrescenta que “a *contratransferência primordial* é não só a condição do psicanalisar, mas do vir-a-ser sujeito, do existir como subjetividade” (Ibid., p. 129).

Citando Searles, Figueiredo menciona que alguns pais abusam dessa capacidade *contratransferencial primária* dos filhos: alguns, como o caso da “mãe-morta” – ou deprimida – ao se mostrarem não-educáveis e incuráveis pela *contratransferência* de seus bebês, podem acabar alimentando a inveja, o ódio e a rivalidade nos filhos. Nesses casos, a abertura à alteridade da *contratransferência primordial* é atacada, destruída, forçando um *contra-investimento*, como o recalque ou outros mecanismos mais primitivos.

Assim sendo, reunindo as propostas de Searles à de Winnicott, poderíamos supor que, para esses indivíduos, estaria dificultado ou interditado o acesso ao *concern* que é próprio da passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva, ou, em termos winnicottianos, da passagem do amor voraz e cruel (*ruthless love*) para a preocupação (*concern*) e para a verdadeira capacidade de reparação (Ibid., p. 131).

Seguindo adiante em suas considerações, Figueiredo menciona a tendência a “viver” e atuar, em vez de recordar (*acting out* ou *acting in*), que geralmente é

considerada um fenômeno da resistência. Não obstante, é importante lembrar que existem limites para o que pode ser lembrado e, além destes, está o passado, que só poderá aparecer na análise sob a forma de uma *revivência* e de uma *atuação*. Essas reedições dos velhos padrões impulsivos e defensivos, fomentados pela postura do analista (reserva, discricção, “neutralidade”), são até mais importantes para a análise do que as recordações e narrativas acerca do passado, pois se apresentam como objeto vivo e atual de análise e de elaboração.

Figueiredo alerta, entretanto, para o fato de que “além mesmo dessas repetições que assumem as formas de reedições, emergem as repetições ainda mais radicais, as que se produzem além do princípio de prazer e sob o império da chamada ‘pulsão de morte’ (...) (Ibid., p. 133). O importante nessas manifestações é entendê-las como correspondentes à mais pulsional das pulsões, à pulsionalidade em seu estado bruto de desligamento e em sua urgência à descarga. Para Figueiredo, essas repetições, que se originam na história passada do indivíduo, “(...) nas fraturas irremediáveis, nos impasses e nos fracassos dessa história, (...) os malogros na procura e no encontro de objetos primordiais” (Ibid., p. 134) atacam e colocam à prova a contratransferência primordial do analista.

Estas repetições podem-nos remeter a momentos da história passada que têm a ver com traumas ocorridos fora do âmbito do sentido e das fantasias de desejo, e que não fazem parte do processo de recalque. É nesses casos, lembra Figueiredo, que Ferenczi elabora propostas de elasticidade da técnica, de “relaxamento” ou “indulgência” e também instaura a tradição clínica do conceito de “regressão terapêutica”, que irá encontrar em Balint e Winnicott seus grandes expoentes.

Vale dizer, quanto mais o analista deve se haver com pacientes portadores do que mais tarde o discípulo Balint denominará de “falha básica”, mais o trabalho de recuperação das lembranças recalçadas pela via das associações livres, relatos de sonhos e interpretações cede espaço à atualização das experiências precoces na relação analítica, uma atualização que deve mais à compulsão à repetição do que à procura substitutiva do prazer interdito pelo recalque. Pacientes que repetem, principalmente dessa forma, ao contrário dos neuróticos, não sofrem de uma doença introjetiva, incrementando de modo ilimitado a propensão normal à introjeção e à procura de soluções de compromisso sintomáticas. Ao contrário, embora possam estabelecer relações aparentemente muito intensas e passionais e exigentes com o analista, têm uma dificuldade enorme de introjetar novos objetos de amor e de ódio. Ou bem neles se desenvolve um adoecimento projetivo – em que predominam fortes traços paranóides – ou bem o processo de introjeção é interrompido e convertido no que alguns autores (Abraham e Torok, 1987) vieram a chamar de “fantasia de incorporação”. De qualquer forma, o analista é destituído do poder que o paciente neurótico normalmente lhe confere na transferência em sentido estrito (Ibid., p 136).

Figueiredo cita ainda alguns autores com contribuições significativas à questão contratransferencial, como Strachey e seu conceito de “interpretações mutativas”. Para este, a projeção do superego arcaico do paciente (protetor, sedutor e persecutório) sobre o analista, estabelece as bases para o exercício do poder deste último, seja na forma de sugestão ou na de análise. Essas interpretações mutativas não ocorrem de forma contínua e freqüente. O seu foco e sua oportunidade são dados pelo ponto de emergência da angústia do paciente na relação transferencial. Esse ponto deve ser acessado com muita precisão pelo analista, que deve mostrar toda uma sensibilidade contratransferencial. Por esta razão, é comum que isso também possa acarretar grandes dificuldades para a elaboração de interpretações mutativas. É muito comum que o analista, no processo contratransferencial, introjete o superego arcaico do paciente, ativando seu próprio superego arcaico. O resultado é a constituição de fusões superegógicas, conluios e resistências contratransferenciais, que impedirão que interpretações produtivas possam ser feitas.

Caper, citado também por Figueiredo, usa o conceito de “grupo de suposto básico”, elaborado por Bion (1959), além dos processos analisados por Freud no exame da psicologia das massas (Freud, 1921), para falar de como se processam as transferências e contratransferências quando o analista se deixa capturar pelo jogo que se converte numa realidade alucinada a ser defendida por ambos o analista e o paciente, com mecanismos neuróticos e psicóticos. Num grupo de suposto básico, diferentemente de um grupo de trabalho, os membros se reúnem com o único propósito de manter o grupo e defendê-lo das forças de dissolução. Logo, para que este propósito seja atingido, não podem ocorrer interpretações mutativas. A relação terapêutica, portanto, pode ser a própria fonte de risco de fracasso do processo analítico. “Isso ocorre quando analista e paciente se unem para a defesa e manutenção de um conluio que tem, por sinal, um caráter mais psicótico do que neurótico, mesmo que analista e analisando sejam predominantemente neuróticos” (Ibid., p. 139).

Figueiredo cita também a questão da identificação projetiva e suas conseqüências para a questão contratransferencial. Enquanto que o recalçamento gera condições mais propícias à formação de laços transferenciais, a identificação projetiva é característica de mecanismos de defesa mais primitivos, como a cisão e a idealização, que precedem ou colocam o recalçamento num plano secundário. Forma-se uma confusão entre o sujeito e seus objetos de identificação projetiva, com os quais o indivíduo estabelece relações narcisistas muito primitivas e resistentes à análise.

Rosenfeld e Bion desenvolveram teorias reconhecendo, não obstante, uma função comunicativa na identificação projetiva, além da função defensiva. Bion, citado por Figueiredo, estabelece uma diferença entre as *transformações em movimentos rígidos* e as *transformações projetivas*:

No primeiro caso, os padrões do passado recalcado modelam as transformações operadas pelo paciente sobre o material oferecido pelas suas relações atuais com o analista, configurando assim, de forma padronizada e regular, seu campo de experiências e relações de objeto. No segundo, as transformações envolvem a projeção de afetos que o psiquismo do paciente não pode conter, controlar e muito menos simbolizar e pensar sobre a relação com o analista e sobre ele, sobre o *setting* e mesmo sobre os seus arredores. Trata-se de um psiquismo cuja capacidade de pensar e simbolizar está, na verdade, profundamente atrofiada. Em consequência, sua capacidade de configurar objetos e diferenciá-los está pouco desenvolvida, e por isso há como que um esparrame de afetos sobre o analista, sobre tudo que o cerca e sobre tudo com o que ele pode ser associado, de forma indistinta (Ibid., pp. 141-142).

As transformações em movimentos rígidos são características de funcionamento predominantemente neurótico, enquanto as transformações projetivas são características de funcionamento psicótico e *borderline*.

Finalizando este item, vamos incluir outro autor, Thomas Ogden, que em seu livro *The primitive edge of experience*, introduz um conceito novo, acrescentando uma posição (ou fase) às posições esquizo-paranóide e depressiva de Melanie Klein. Para Ogden, uma dialética da experiência constituída exclusivamente das duas posições desenvolvidas por Klein é insuficiente e incompleta, uma vez que não reconhece uma fase ainda mais primitiva, pré-simbólica e dominada por impulsos sensoriais. A essa fase (ou posição, como prefere Ogden), ele denominou de autista-contígua. Operando desde o nascimento, essa posição gera as formas mais elementares da experiência humana. Ogden menciona que o senso de *self* mais rudimentar é construído sob o ritmo da sensação, particularmente as sensações na superfície da pele (Bick, 1968). Essa posição autista-contígua, por ser pré-simbólica e pré-verbal, é de grande dificuldade de ser capturada por meio de palavras (Ogden, 1992, pp. 30-32). Para Ogden, “a experiência em geral e a experiência transferencial-contratransferencial em particular, é o resultado da inter-relação de três modos de criar significado psicológico: o autista-contíguo, o esquizo-paranóide e o depressivo” (Id, 1996, p. 134). O importante, para Ogden, é que nenhum desses três modos de experiência existe isolado dos outros: cada um cria, preserva e nega os outros dialeticamente. Não obstante, cada modo gera um estado vivencial no qual predominam formas distintas de angústia, tipos de defesa, graus de subjetividade, tipos de relações objetais, processos de internalização, etc. No modo

autista-contíguo, a angústia que predomina é a do colapso da sensação de demarcação sensorial, sobre a qual estão baseados os rudimentos da experiência de um *self* coeso. Essa perda de delimitação cria um terror de cair num espaço sem fim e a forma de se defender é através da “formação de uma segunda pele” (Bick, 1968). Por sua vez, o modo esquizo-paranóide gera a imediatez e vitalidade de experiências concretamente simbolizadas e o modo depressivo possibilita a criação de um *self* histórico e interpretante.

A matriz transferencial seria o correlato intersubjetivo (criado no *setting* analítico) do espaço psíquico vivido pelo paciente. Essa matriz reflete, portanto, a interação entre os três modos fundamentais de estruturar a experiência num contexto vivencial do paciente. O analista participa inconscientemente da criação da construção subjetiva dentro do *setting* analítico. É em parte pela análise da contratransferência “que o analista tem acesso à natureza dos estados de ser que formam a matriz do mundo interno do paciente” (Ogden, 1996, p. 161).

Os autores que foram mencionados neste item se debruçaram sobre questões transferenciais e contratransferenciais da clínica dos estados-limite e são unânimes em admitir as particularidades dessa clínica e da complexidade dessas questões. Independentemente de seus pontos de vista e das técnicas que alguns deles sugerem, parece claro que os estados-limite representam um desafio clínico que dificilmente pode ser encarado com as ferramentas da chamada clínica “clássica” da neurose. Pode-se discordar de uma ou de outra técnica proposta, mas parece claro que alguma *ação* será requerida por parte do analista, para que a análise não tome o caminho do fracasso.

4.3 Os estados-limite na clínica da neurose

A dialética da experiência proposta por Ogden e descrita no item anterior sugere que, além dos casos nos quais se observam claras predominâncias de uma ou outra posição (entre as três referidas), pode haver, de uma maneira geral nas pessoas, uma tendência a alternar posições, dependendo de uma série de fatores.

As três posições [autista-contígua, esquizo-paranóide e depressiva] estão relacionadas entre si, tanto diacrônica como sincronicamente. Ou seja, há uma relação cronológica,

seqüencial, entre as três posições (uma progressão, um desenvolvimento do primitivo para o maduro, do pré-simbólico para o simbólico, do pré-subjetivo para o subjetivo, do a-histórico para o histórico, etc.). Ao mesmo tempo, as três posições têm uma relação de simultaneidade interativa na medida em que os três modos de experiência representam dimensões de toda experiência humana (Ibid., p. 139).

Este relacionamento sincrônico e de interatividade pode ser observado, na clínica, eventualmente em certos momentos regressivos do paciente, momentos esses que podem ser acionados por vários motivos, incluindo aí algo dito pelo analista (uma fala, uma interpretação, um simples olhar ou movimento gestual), ou algo que tenha sido percebido (de forma inconsciente, na maioria das vezes) pelo paciente. Quando isso ocorre, muitas vezes essa passagem pode ser imperceptível para o analista. Quando muito, o único sinal da passagem do modo depressivo para um modo mais primitivo é dado pelo tipo de defesa que é desenvolvido pelo paciente. Ogden afirma que essas defesas são geradas em função do tipo de angústia sentida, que é diferente em cada modo de organização psíquica.

Desta maneira, a natureza da angústia está relacionada à experiência de “desconexão” (ou desintegração) dentro daquele modo de experiência, seja ela uma ruptura de relações (inteiras) de objeto na posição depressiva, a fragmentação de partes do *self* e objeto na posição esquizo-paranóide, ou a ruptura da coesão sensorial e do “envelope psíquico” na posição autista-contíguo.

A angústia no modo depressivo envolve o medo de que alguém tenha, de fato ou em fantasia, causado dano ou expulsado da vida do indivíduo alguma pessoa a quem ele ama profundamente. No modo esquizo-paranóide a angústia tem, na sua raiz, uma sensação de aniquilamento iminente que é experimentado na forma de ataques fragmentários ao *self* e aos seus objetos. Por sua vez, a angústia no modo autista-contíguo envolve a experiência de desintegração iminente da superfície sensória ou do “ritmo de segurança”, resultando num sentimento de “vazamento”, dissolução, desaparecimento, ou de “cair num espaço ilimitado e disforme” (Id., 1992, pp 67-68).

As defesas provocadas no modo autista-contíguo são direcionadas ao restabelecimento da continuidade da superfície sensória e do ritmo ordenado no qual está repousada a integridade primitiva do *self*. Ogden menciona que durante as sessões psicanalíticas, os pacientes procuram reconstituir um “chão” sensorio de experiência através de atividades como enrolar os cabelos, tocar ritmicamente o chão com os pés, mexer com os lábios ou o lóbulo da orelha, focar em figuras geométricas simétricas no teto ou na parede, usar o dedo para traçar figuras na parede ou no próprio divã. Todas

essas atividades podem ser pensadas como usos de formas autistas para promover uma certa autoconfiança e alívio.

Fora do *setting* analítico, é comum ver este tipo de pacientes tentando manter ou restabelecer um senso de coesão corporal através de atividades musculares rítmicas tais como a prática de andar de bicicleta, correr longas distâncias, ou nadar várias vezes em raias de uma piscina; também podem ter rituais para comer, para esvaziamento dos esfíncteres, ou usarem de movimentos rítmicos constantes como balançar numa cadeira de balanço, tamborilar com os dedos das mãos, viajar de ônibus ou metrô, ou dirigir um automóvel por horas. A regularidade absoluta dessas atividades é tão essencial ao processo de alívio da angústia que o indivíduo não permite que qualquer outra atividade tenha precedência sobre elas.

A “formação da segunda pele” (Bick, 1968) descreve a forma através da qual o indivíduo procura criar um substitutivo para um senso de deterioração da coesão da superfície da pele. Outro termo que também diz respeito à questão é o de “identificação adesiva” (Meltzer, 1975), referindo-se a uma aderência defensiva ao objeto, com o objetivo de reduzir a angústia de desintegração.

A posição esquizo-paranóide é a da equação simbólica² (Segal, 1957), na qual o símbolo e o simbolizado são igualados, ficando emocionalmente indistinguíveis, uma vez que não existe um *self* preparado para mediá-los. A defesa utilizada é a da cisão, que, como o próprio nome indica, não admite estados intermediários. Um plano tem duas faces e somente duas faces; um observador não consegue ver as duas faces simultaneamente. Não existe uma dialética (Ogden, 1992b, pp. 61-62).

Quando o paciente *borderline* se sente irritado e desapontado com o analista, ele tem a impressão naquele momento de que descobriu a verdade. O analista não é confiável e o paciente deveria sabê-lo desde o início. O que previamente tinha sido visto pelo paciente como evidência da confiabilidade do analista, agora é visto como um engano, uma máscara, um disfarce para o que se tornou aparente. A verdade agora se mostrou e o paciente não mais se decepcionará ou será apanhado de surpresa novamente. *A história é reescrita instantaneamente*. O analista não é a pessoa que o paciente pensou que era; descobre agora que ele é uma nova pessoa. Todas as vezes que cheguei a esta encruzilhada na clínica, fiquei estarecido com a frieza da renúncia do paciente à experiência compartilhada até então. Há um assalto à história emocional da relação objetal. O presente é projetado para trás e para frente, criando, dessa forma, um presente estático, eterno, não-reflexivo (Ibid., p. 62).

A este estado não-dialético contrapõe-se a dialética sincrônica inter-posições. Em outras palavras, embora a posição esquizo-paranóide provoque defesas como a descrita por Ogden no exemplo acima, na qual não há espaço para o compartilhamento e

² Vide págs. 48-49.

para a dialética, o indivíduo neurótico pode entrar nessa situação momentaneamente e dela sair, mais adiante. Mecanismos de defesa, como por exemplo a identificação projetiva, não devem ser tomados como privilégio das pessoas *borderline*, no sentido estrito de uma patologia definida, mas como uma defesa que eventualmente também se lança mão nos estados-limite da clínica da neurose. Em outro trabalho, Ogden afirma que a identificação projetiva provê uma teoria em nível clínico que pode ser de grande valor aos analistas em seus esforços de organizar e dar sentido às relações entre sua própria experiência (sentimentos, pensamentos, percepções) e a transferência. Através da análise da identificação projetiva, muitas das paralisações ou becos-sem-saída da análise podem ser mais bem estudados e correlacionados a questões transferenciais (Id., 1992c, p. 3), sem que necessariamente este tipo de defesa seja visto como um atributo exclusivo de patologias *borderline* ou esquizofrênicas.

Da mesma forma que a cisão não é o único mecanismo de defesa dos psicóticos e *borderlines*, o recalque também não é o único mecanismo de defesa dos neuróticos. As formas e as intensidades na utilização de cada tipo de mecanismo de defesa é que dirão se aquela pessoa pode ser classificada numa ou noutra categoria, com todos os perigos que qualquer classificação possa trazer. O fato é que provavelmente existem muito mais “zonas cinzentas” do que áreas claramente demarcadas. Há igualmente, uma tendência em se avaliar a gravidade de cada estado. É quase um consenso imaginar que o neurótico se aproxima daquilo que poderia ser tomado como “normal”, havendo uma gradação do neurótico normal para o neurótico grave, seguindo-se depois o *borderline* (ou o perverso) e, finalmente, o quadro mais grave sendo o do psicótico. Alguns autores propõem, dentro de cada quadro (neurótico, *borderline* e psicótico), uma gradação que pode ir da normalidade à patologia. Bergeret cita o exemplo das linhagens estruturais fixas.

(...) A noção de normalidade estaria, assim, reservada a um estado de adequação funcional feliz, unicamente no seio de uma estrutura fixa, seja esta neurótica ou psicótica, sendo que a patologia corresponderia a uma ruptura do equilíbrio dentro de uma mesma linhagem estrutural (Bergeret, 1988, p. 29).

Canguilhem, num outro contexto, chega a fazer uma analogia com a doença orgânica: “A hemofilia, na verdade, não é nada, enquanto não ocorrer nenhum traumatismo. Mas quem é que está a salvo de um traumatismo, a menos que volte à existência intra-uterina? E nem mesmo assim...” (Canguilhem, 1995, p. 161). A questão, para este autor, é decidir se a tendência fundamental do ser vivo é a conservação ou a expansão. Ele cita Goldstein: “(...) a preocupação mórbida em evitar

as situações eventualmente constrangedoras de reações catastróficas exprime o instinto de conservação. Esse instinto, segundo ele, não é a lei geral da vida, e sim a lei de uma vida limitada” (Ibid.). Para Canguilhem, a lei da vida exige que o organismo enfrente riscos e se exponha a situações inusitadas, e a saúde é medida pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem.

O homem só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida. Não foi, evidentemente, com a intenção expressa de dar aos homens essa impressão que a natureza fez seus organismos com tal prodigalidade (...) se limitássemos a vida humana à vida vegetativa. (...) Transpondo uma frase de Valéry, dissemos que a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde (Ibid., pp. 161-162).

O exemplo de Winnicott do falso *self* parece se adequar à questão da adaptação ou conservação, em prejuízo da expansão. Assim como o hemofílico pode levar uma vida normal enquanto não se expuser a traumatismos, o falso *self* também, desde que não se exponha a situações que provoquem sensações catastróficas.

Winnicott refere ainda um outro exemplo:

Os psicanalistas experientes concordariam em que há uma gradação da normalidade não somente no sentido da neurose mas também da psicose, e que a relação íntima entre depressão e normalidade já foi ressaltada. Pode ser verdade que há um elo mais íntimo entre normalidade e psicose do que entre normalidade e neurose; isto é, em certos aspectos. Por exemplo, o artista tem a habilidade e a coragem de estar em contato com os processos primitivos aos quais o neurótico não tolera chegar, e que as pessoas sadias podem deixar passar para o seu próprio empobrecimento (Winnicott, 1959, p.121).

Um outro autor, Nahman Armony, menciona que esta normalidade referida à psicose é considerada, para muitos psicanalistas (entre os quais ele se inclui), como sendo *borderline*. Para ele, o *borderline* carrega em si uma carência de identificações. “Quando as identificações falham ou são insuficientes, o ser humano cresce com as valências identificatórias abertas. O fator *borderline* da personalidade poderia ser pensado em conexão às identificações insuficientemente realizadas” (Armony, 1998, p. 57). Para além do sofrimento, Armony vê no *borderline* “um modo de estar no mundo” (Ibid.). Para que possa transformar sua angústia de vazio em atividade produtiva e inovadora, ele se coloca de forma singular no mundo. O *borderline* está referido à teoria pré-edípica quando situado na clínica, e à outra concepção valorativa, quando se tratar de um *borderline* criativo em sociedade.

Armony faz um outro tipo de divisão: o *borderline* que, numa concepção winnicottiana, tem o verdadeiro e o falso *self* integrados e aquele que os tem dissociados. “Portanto a possibilidade de considerar o mundo destacado de si mesmo

existe tanto no neurótico quanto em uma certa orientação *borderline*” (Ibid., p. 85). De uma forma geral, Grinker, Fenichel (citados e endossados pelo próprio Armony) concordam que “o *borderline* parece normal enquanto prevalece a segurança”. Isto faz com que a relação clínica do *borderline* possa ser bastante sensível. Muitos analistas, ao adotarem a “postura neutra”, se colocam fora do campo intersubjetivo, fora do comportamento covivencial, com conseqüências nem sempre lisonjeiras, como mostra o exemplo abaixo:

Uma terapeuta, tendo chegado a um beco-sem-saída com uma paciente de 17 anos, acabou por encaminhá-la a outro analista. A paciente estava muito deprimida, atacava-se e criticava-se impiedosamente, pensava freqüentemente em suicídio e tinha fortes dores nas pernas, de origem provavelmente psicogênica. A primeira terapeuta classificou seu estado como intratável, fruto de “uma manifestação de uma reação terapêutica negativa enraizada em uma severa resistência, masoquismo e superego superlativamente sádico”. Um novo terapeuta estabeleceu uma relação intersubjetiva com a paciente e percebeu que o desejo de crescimento e diferenciação que a paciente tinha tido na infância havia sido sentido pela mãe como uma profunda injúria. Era exatamente esta dinâmica que a paciente trazia para a relação transferencial-contratransferencial. Havia, pois, uma tentativa de fazer com que o analista se comportasse exatamente como sua mãe se havia comportado. A primeira terapeuta não conseguiu deixar de ser “engolfada” pelo campo transferencial instaurado pela paciente. Na medida em que o novo analista, ciente do dinamismo envolvido, não se deixou levar por essa identificação projetiva, pôde criar condições para que a paciente pudesse retomar seu crescimento e individualização (Ibid., p. 87).

Armony ressalta que, de uma forma geral, não é fácil trabalhar com as projeções dos pacientes *borderline* “pois elas são uma sustentação narcísica para um verdadeiro *self* que não pôde se desenvolver, o que significa que estamos diante de uma predominância do falso *self* e de um ego rígido” (Ibid., p. 88).

Vale a pena reproduzir aqui um longo trecho de Armony, no qual ele aborda algumas características dos pacientes *borderline*:

O *borderline* teria valências não preenchidas, ocos não preenchidos, que fazem com que sua principal tarefa de sobrevivência psicológica (e física) seja a de recheiar seu vazio, saturar suas valências. Por não se ter identificado satisfatoriamente, seja com a figura materna, seja com a paterna, seja com ambas, o *borderline* mantém atuantes formas antigas de relação, comunicação e conhecimento: extrema disponibilidade/capacidade de identificação e exacerbada sensibilidade empática. São estes modos de relação/comunicação/conhecimento que emergirão na relação terapêutica quando do

encontro do *borderline* com o psicanalista. São estes mesmos modos que se manifestam no contacto do *borderline* com o mundo em geral. O *borderline* mantém uma porosidade psicossomática que lhe permite entrar em contato direto, não mediado, com o outro e com o mundo. A intensidade da inquietude e o medo dos aspectos primitivos do relacionamento humano poderão impedi-lo de utilizar produtiva e plenamente suas capacidades dentro de seu modo de estar no mundo. A tarefa do analista diante de tal analisando é – aproveitando sua porosidade, suas feridas abertas, sua necessidade de se identificar e empatizar com o outro – estabelecer uma relação simbiótica suficientemente confiável para que ele possa reduzir seu medo e realizar suas necessitadas identificações, diminuindo a inquietude de busca. Por isto mesmo, o analista deverá estar atento à tendência da relação que tanto poderá tomar o rumo proceloso da intimidade-identificação quanto a rota calma da exterioridade-imitação/obediência (Ibid., p. 59).

Armony toca em pontos importantes neste trecho. Em primeiro lugar, aponta algumas características do *borderline*: necessidade de identificações, sensibilidade empática, porosidade psicossomática, intensidade da inquietude, medo dos aspectos primitivos do relacionamento humano. Em seguida, cita os perigos da relação terapêutica: o tormento ou a procrastinação. Quantos analistas, em seu trabalho clínico com pacientes que poderiam ser por eles classificados como neuróticos, não tiveram a oportunidade de se deparar com situações que se enquadrem nessas características?