

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**A TRANSFERÊNCIA E A CONTRATRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DOS
ESTADOS-LIMITE: O AFETO COMO UM RECURSO DE ELABORAÇÃO DO
TRAUMA**

POR

PAULA FRANÇA DOS SANTOS

BRASÍLIA-DF – BRASIL, 2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**A TRANSFERÊNCIA E A CONTRATRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DOS
ESTADOS-LIMITE: O AFETO COMO UM RECURSO DE ELABORAÇÃO DO
TRAUMA**

POR

PAULA FRANÇA DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília- Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura- como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Rigotto Lazzarini

BRASÍLIA-DF – BRASIL, 2016

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília- Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura- como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Eliana Rigotto Lazzarini
Universidade de Brasília- UnB
Presidente

Profa. Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Universidade de Brasília- UnB
Membro Titular

Profa. Dra. Renata Leite Soares
Universidade Federal de Goiás- UFG
Membro Titular Externo

Prof. Dr. Juliano Moreira Lagôas
Centro Universitário de Brasília- UniCeub
Membro Suplente

BRASÍLIA-DF – BRASIL, 2016

DEDICATÓRIA

Para Anita (*in memoriam*), por toda nossa jornada de amor e principalmente por me ensinar a enxergar rosas em meio aos espinhos. Esse trabalho também é sobre nós.

Para Francisco e Regina, meus amados pais e mestres da arte da cura pelo amor.

AGRADECIMENTOS

À professora Eliana, sou e serei muito grata por toda orientação, esforço e dedicação ao meu trabalho. Agradeço por acreditar e confiar em meu percurso e em minha capacidade. Sou grata também pela bonita amizade que construímos ao longo desses anos de trabalho. Vivemos momentos excelentes de convívio que guardarei com muito carinho.

Aos demais professores da Universidade de Brasília, pela dedicação e compromisso com essa missão de compartilhar conhecimentos. Gratidão por tudo que aprendi com vocês.

À Universidade de Brasília, em especial ao Instituto de Psicologia, meu segundo lar, que me proporcionou as ferramentas para a minha formação profissional e pessoal.

Ao Marcelo, meu irmão, pelas companhias nas noites de trabalho e por ser o primeiro a me nomear psicóloga, antes mesmo de qualquer título oficial.

Ao Frederico, meu companheiro e melhor amigo, por toda sua dedicação e paciência diante de minhas presenças e ausências. Gratidão por ter sido um leitor participativo de meu trabalho e por me lembrar, a cada dia, da importância do amor.

Aos meus amados amigos e irmãos André e Luciana, por transformarem cada momento difícil em abraços e gargalhadas. Sou e serei eternamente grata pela amizade que construímos e firmamos ao longo desse processo, baseada no respeito, na ajuda mútua e na colaboração. Obrigada por terem segurado a minha mão quando estava caindo e quando estava comemorando os bons momentos.

Ao meu analista, por ter sido, ao longo desse processo, semblante e também pessoa, quando necessário. Gratidão por ter compartilhado comigo seu percurso como analista, afinal “a psicanálise [clássica] não responderá todas as nossas questões”. Você tem um nome.

Aos meus colegas de mestrado Antônio, Bárbara, Renata, Carol, Cláudia Carneiro e Cláudia Beato, pelas trocas acadêmicas, pelas ajudas, pelos cafés, bolos e chás. É sempre maravilhoso quando nos encontramos.

Aos meus alunos, por terem me dado a chance de realizar o sonho de ser professora.
Gratidão por terem confiado em mim e em meu trabalho.

Aos meus pacientes, que me inspiram, me ensinam e me permitem participar de suas vidas.

RESUMO

Desde sua criação, a psicanálise é marcada pelas constantes discussões, construções e reelaborações de seu saber. Após a morte de Freud, a psicanálise se encontrou diante da necessidade de manter a essência da teoria freudiana e também avançá-la para os demais contextos pouco ou não abordados por Freud. É nesse contexto que surge o interesse, dentro da literatura psicanalítica, pelos denominados pacientes limítrofes, pacientes *borderlines*, ou estados-limite.

Segundo a literatura pós-freudiana, esses pacientes são sujeitos que apresentam uma dificuldade significativa em se adaptar às regras clássicas da clínica psicanalítica, convidando seus analistas a se reinventarem diante de suas demandas. O presente trabalho elegeu esses sujeitos como objeto de estudo, retornando à busca das contribuições da teoria freudiana, em diálogo com os autores contemporâneos. Aproximamos o paciente limítrofe da teoria do trauma, tanto do trabalho de Freud, quanto do trabalho de Ferenczi, seu discípulo direto, partindo do princípio que o elemento traumático é fundamental para a compreensão dos conflitos internos de tais sujeitos.

Discutimos as manifestações inconscientes de tais sujeitos, que aparecem também na clínica. Assim chegamos ao fenômeno da transferência e como ela se manifesta na lógica dos estados-limite. Partindo da manifestação transferencial em geral, discutimos a manifestação da transferência na clínica dos pacientes limítrofes e quais são as exigências que tal contexto apresenta ao analista ali presente.

Por fim, discutimos um outro fenômeno que também é manifestado e salientado pela clínica psicanalítica em geral: a contratransferência. Fizemos um retrospecto da ideia da contratransferência desde a teoria freudiana, até a teoria dos demais autores contemporâneos. Partimos da ideia inicial de Freud de que a contratransferência é algo ruim em essência e deve ser evitado a qualquer custo, passamos pelas ainda contribuições de Freud acerca do papel do inconsciente do analista na relação analista-analisando, para chegarmos na ideia de que a contratransferência, quando bem manejada, pode ser um recurso técnico importante para a clínica psicanalítica do paciente limítrofe.

Os estados-limite apresentam uma falha básica na capacidade de harmonizar seus afetos com as representações coerentes, portanto suas manifestações afetivas se apresentam de forma desproporcional e deslocadas de possibilidades satisfatórias de elaboração. Essas moções intensas de afeto são dirigidas também a figura do analista, que precisa ser capaz de conter tais reações intensas e manejar seus próprios afetos. Acreditamos que o afeto do analista, manifestado pela sua contratransferência, pode conter possibilidades importantes de compreensão dos afetos sem representação de seu paciente limítrofe. Discutimos nesse trabalho se o afeto do analista pode ser um recurso técnico de leitura e interpretação dos afetos dos estados-limite. Ao final do trabalho, apresentamos o fragmento de um caso clínico para auxiliar na visualização do papel da contratransferência na clínica dos estados-limite.

Palavras-chave: estados-limite, *borderlines*, trauma, transferência, contratransferência.

ABSTRACT

Since its creation, the psychoanalysis theory is marked by constant discussions, constructions and reworkings of its knowledge. After Sigmund Freud's death, the psychoanalysis found the necessity of keeping the essence of Freud's theory and, at the same time, moving forward to contexts that weren't developed before. In this paradigm, we found the interest in the study of those called by psychoanalysis as *borderline patients*.

According to the studies after Freud's death, borderline patients are those people who have significant difficulties in adapting themselves to the classic rules of psychoanalytic clinic, inviting their analysts to adapt to their demands. This present work has chosen those patients as study object, searching for Freud's theory contributions and also contemporary work's help. We approached borderline patients to trauma's theory inside Sigmund Freud's and Sándor Ferenczi's work because we believe that trauma is important to understand the borderline patient and their psychic conflicts.

We discussed the unconscious manifestations of borderline patients, which also appeared in clinic context. In this context, we found the transfer phenomenon and how it manifests in borderline patient. We discussed first the transfer phenomenon in general terms, then we discussed transfer manifestation in borderline patient's clinic and finally which transfer's needs those patients direct to their analysts.

At least, we discussed another clinic phenomenon, which is also manifested and evidenced in psychoanalytic clinic in general: the counter-transfer. We made a retrospect on the idea of counter-transfer since Freud's theory until contemporary theories. We began with Freud's first idea that counter-transfer is something bad and it should be avoided in every case. In a second moment, we discussed Freud's idea about the importance of analyst's unconscious in the relationship between patient and analyst, and then we reached the idea that counter-transfer could be, when it is well worked, an important technic resource to psychoanalytic clinic and to the borderline patients.

We believed that analyst's affects, when manifested by his counter-transfer, could contain certain important possibilities of comprehension of borderline patients' affects, which normally appeared without any representation. We discussed in this work if analyst's affects may be a technic resource to help analyst read and interpret borderline patient's affects. At the end of this work, we presented a fragment of a clinical case to help visualize the role of counter-transfer in borderline patient's clinic.

Keywords: borderline patients, trauma, transfer, counter-transfer

SUMÁRIO.

Introdução	11
I.1 Sobre o tema do presente estudo.....	12
I.2 Sobre os capítulos apresentados e a metodologia.....	17
Capítulo I - O conceito de estado-limite	19
1.1 A noção de limites em psicanálise.....	24
1.2 O conceito de duplo-limite de André Green.....	26
1.3 A questão da pulsão nos sujeitos em estado-limite.....	29
1.4 A neurose de guerra, o trauma e sua relação com o narcisismo.....	33
1.5 Neurose de guerra e a imagem traumática.....	39
1.6 O trauma de castração na teoria freudiana	42
1.7 Sujeito em estado-limite: sujeito do trauma?.....	43
Capítulo II- A transferência nos estados-limite	47
2.1 O caráter contraditório da transferência: o papel das resistências.....	50
2.2 A neurose de transferência e sua relação com a fantasia.....	52
2.3 A fantasia nos sujeitos em estado-limite: neurose traumática e neurose de transferência.....	55
2.4 A transferência nos estados-limite.....	64
2.5 A dupla angústia contraditória e sua relação com a transferência.....	66
Capítulo III- A contratransferência na clínica dos estados-limite	79
3.1 O conceito de contratransferência em Freud.....	79
3.2 A contribuição da obra de Sándor Ferenczi	87
3.3 A técnica de Sándor Ferenczi na clínica do trauma	88
3.4 A contratransferência no trabalho de Ferenczi	92
3.5 A contratransferência no trabalho de Paula Heimann	95
3.6 A contratransferência na clínica dos estados-limite	98
3.7 Os limites do enquadre clínico e sua correlação com a contratransferência.....	100
3.8 Fragmentos do caso Maria: uma discussão sobre o ato do analista e a manifestação de seu afeto.....	105

Conclusão..... 113

Referências Bibliográficas..... 118

Introdução.

*O caso fronteiro é menos de uma fronteira que de uma terra de ninguém, todo um campo cujos limites são vagos. **Sua população tem de ser selecionada.***

André Green

A respeito da busca pela manutenção da teoria psicanalítica, a preocupação com a evolução teórica e técnica da psicanálise se faz presente nos ambientes em que se discute esse campo do saber. Como proposto por Sigmund Freud (1914), a única regra estabelecida àqueles que optam pelo percurso do fazer psicanalítico é a associação livre. Nos *Artigos sobre a técnica*, o título *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise* é sugestivo pela escolha da palavra “recomendações”. Esse compilado de discussões sobre a técnica freudiana são recomendações, apontadas pelo próprio Freud, para aqueles que pretendem seguir a formação e atuação da psicanálise. Tais recomendações foram escritas baseadas na experiência pessoal e clínica de seu criador (Freud, 1925). Freud deixou aberto

o campo da atuação profissional para as adaptações dos estilos de cada analista, bem como para as discussões dessa prática da psicanálise.

Na evolução epistemológica da teoria Freudiana, podemos observar que o pensamento freudiano nasce de sua experiência como médico fisiologista, na busca de uma adaptação da psicanálise ao pensamento positivista das ciências médicas. Caminha, ao longo dos estudos por outras áreas do saber como a Antropologia, a História, o Direito e a Arte, terminando em um saber subjetivo, característico do método psicanalítico que conhecemos até os dias atuais (Freud, 1925 [1924], Mezan, 2014, Roudinesco, 2000).

Essas características da teoria psicanalítica, que fora construída a partir do caminho percorrido entre saberes de várias áreas, além da própria reconstrução teórica acerca do pensamento de seu próprio criador, evidenciam e justificam o constante movimento de reformulação teórica e técnica por parte dos demais psicanalistas.

Nesse contexto de reformulações teóricas e técnicas, os autores que sucedem a Freud se posicionam no paradigma de construção a partir da teoria freudiana, e seus necessários retornos à essa mesma teoria. Esse movimento também ocorre quando a psicanálise se encontra diante de novas investigações, novos fenômenos clínicos e culturais, posicionando-se na busca pelo novo, mantendo a releitura do trabalho freudiano.

I.1 Sobre o tema do presente estudo.

Nosso tema de investigação são os denominados na literatura psicanalítica atual de *casos-limite*, *estados-limite*, *sujeitos borderlines* ou *pacientes limítrofes*, dentre outras terminologias. Para fins didáticos, utilizaremos predominantemente as terminologias

paciente limítrofe e *estados-limite*, porém as demais terminologias serão utilizadas como sinônimas.

André Green é um autor importante para o estudo dos estados-limite, pois dedicou grande parte de sua obra a tal temática (Green, 1976, 1986, 1993, 2002). Para Green (2002), o estudo dos pacientes limítrofes se apresenta como esse terreno de discussões e reformulações teóricas e técnicas, aliadas ao retorno à teoria freudiana.

Segundo Green (1976) são os pacientes limítrofes os responsáveis pela crença de que a sexualidade não se encontra necessariamente no primeiro plano das demandas manifestas do sujeito. Ele afirma que a escuta do material desses sujeitos não apresenta, à primeira vista, questões relacionadas à sexualidade. A problemática principal do discurso do paciente limítrofe se apresenta relacionada a questões de estruturação de seu Eu (Green, 1976).

A teoria freudiana surge a partir da questão da sexualidade e seus destinos. Nos estudos sobre a histeria, Freud (1890, 1905) escreve sobre a sexualidade como fundamental para a construção do aparelho psíquico de cada sujeito. As falhas no desenvolvimento psicosexual, portanto, seriam as principais produtoras de sintomas.

Green (1976) ao afirmar que o cerne da questão dos estados-limite contraria a ideia clássica de que a sexualidade se encontra dominante no discurso manifesto desses pacientes, se refere ao que se apresenta, à primeira vista, na clínica desses pacientes. Suas demandas parecem deixar em segundo plano, ou até mesmo anular, ainda que somente no discurso manifesto, a existência dos conflitos objetivos da ordem da sexualidade. Green (1976) não afirma, entretanto, que a questão da sexualidade é ausente, mas ela se torna menos relevante na fala dos estados-limite, em comparação às queixas relacionadas a uma estrutura do Eu prejudicada.

Buscaremos nossos referenciais teóricos para a construção do entendimento do que seriam esses tais pacientes para, após esse momento, entrarmos nas discussões sobre a técnica e a clínica de tais sujeitos. Como dito por Freud (1925), a teoria psicanalítica é um saber que surge da observação e vivência clínica. Ainda que falemos de uma investigação teórica, sabemos que essa discussão só é possível se olharmos, direta ou indiretamente, para o fazer clínico. Da mesma maneira, o contexto clínico nos auxilia a compreender melhor o que é discutido na teoria. Assim, teoria e clínica trabalham em concomitância para o desenvolvimento desses novos e também clássicos saberes psicanalíticos.

O presente trabalho surge no contexto das inquietações e dúvidas que emergem tanto na leitura sobre o assunto, quanto nas nossas vivências clínicas, diante de pacientes que se encontram no paradigma dos estados-limite. O interesse pelo tema inicia a partir do momento em que desafios clínicos se apresentam e a busca do aparato teórico nos mostra uma necessidade de organizar e discutir as questões relacionadas a esses casos. É no movimento pós-freudiano, que surge, segundo Green (2002), após a morte de Freud, sobre a construção e retorno à teoria de Freud que esse trabalho se inspira: o diálogo entre autores contemporâneos e clássicos, para a compreensão dos estados-limite.

Nosso levantamento bibliográfico nos apresenta trabalhos (Green, 1976, 1986, 1990, 2002; Fairbairn, 1978; Figueiredo, 2011; Candi, 2010) acerca do fenômeno dos estados-limite e frisa a sua atualidade clínica, porém uma inquietação surgiu: há, na história da psicanálise, certa resistência em se discutir a técnica, como Ferenczi (1919) apresentou, por exemplo, na criação de sua técnica ativa e no relato da resistência da comunidade psicanalítica diante de tal técnica. Há abertura para as discussões teóricas, entretanto a discussão da prática clínica levanta um certo receio sobre os limites do que é o fazer psicanalítico e o que deixaria de ser psicanálise (Green, 2002).

A busca por outras técnicas e discussão sobre o aparato teórico esbarra no receio de retirar-se do campo da psicanálise, pois a peculiaridade da técnica uma das heranças freudianas que nos permite distinguir a psicanálise de outros saberes. Há, portanto, um receio de abrir demasiadamente as possibilidades teóricas e técnicas da psicanálise e assim perdermos sua marca (Green, 2002). Vemos um exemplo disso no próprio livro de Green (2002), quando esse discorre sobre a psicanálise desenvolvida nos Estados Unidos e as consequentes possíveis distorções da teoria psicanalítica após a morte de Freud, utilizando o exemplo de tais distorções feitas em cima da teoria da segunda tópica freudiana:

“Infelizmente aquilo que, de meu ponto de vista, aparece como um enriquecimento considerável do corpo teórico de Freud nem sempre foi endossado. Dois fatos devem ser considerados. O primeiro, que essa nova distribuição das instâncias na segunda tópica deu lugar a deformações esquematizantes do pensamento de Freud. O que assim designamos não, evidentemente, as reinterpretações feitas sob o ângulo da *Psicologia do Ego* (...) Eles simplificaram, esquematizaram, reinterpretaram livremente, para não dizer que deformaram o pensamento de Freud.” (Green, 2002, p. 41)

O trecho acima nos aponta dois pontos importantes: a dificuldade inerente de definir o que seria o campo da psicanálise e até que ponto podemos avançar, desconstruir, propor novos paradigmas e técnicas sem nos retirarmos do campo da teoria freudiana, como a teoria de Ferenczi, por exemplo, fora acusada até mesmo por Freud (1937); o segundo passo é que, evidentemente, quaisquer tentativas de busca pela evolução teórica e técnica da psicanálise suscita um receio em analistas clínicos e teóricos de cair no

equivoco, ainda que não intencional, de deformar a psicanálise, como Green (2002) afirma que ocorreu na psicanálise desenvolvida nos Estados Unidos, após a morte de Freud.

O objetivo do presente estudo é discutir a clínica dos estados-limite e as contribuições teóricas para o entendimento desses fenômenos. Assim, fundamentaremos a discussão sobre a clínica desses sujeitos. Sabemos que a técnica e a clínica psicanalítica são conceitos amplos, portanto buscamos focar em dois pontos importantes da técnica: a transferência e o lugar do analista na transferência nos pacientes limítrofes; e a contratransferência como possível recurso técnico na clínica desses sujeitos.

A transferência será discutida pois a teoria freudiana, desde o princípio, a aponta como um fenômeno necessário para a possibilidade do fazer analítico (Freud, 1912). Para Freud é através do estabelecimento da transferência em contexto clínico que o analista é capaz de compreender e interpretar os conteúdos inconscientes de seu paciente. A partir do estabelecimento da transferência é possível conduzir o processo terapêutico. É através de sua compreensão que os analistas são capazes de visualizar os conflitos psíquicos de seus pacientes. A técnica psicanalítica é aplicada no manejo da transferência clínica. Portanto, é preciso compreender o fenômeno da transferência na clínica dos sujeitos-limite para pensarmos no manejo de seus conflitos psíquicos (Freud, 1912, 1915).

A contratransferência também foi um fenômeno observado por Freud (1910), oriundo do contexto clínico. Quando Freud (1912) escreve suas recomendações àqueles que pretendem exercer a psicanálise, a contratransferência apresenta-se como um fenômeno a ser evitado. Freud (1912) afirma que a necessidade da análise pessoal, da supervisão clínica e do estudo teórico existe para, dentre outras coisas, trabalhar os afetos do analista que surgem na clínica.

Na clínica dos estados-limite, bem como nas demais clínicas, a contratransferência pode surgir. Nesse trabalho, discutiremos a contratransferência do

ponto de vista de seus apoiadores, sem deixarmos de discutir suas dificuldades e periculosidades. Embasando-nos teoricamente, trataremos a possibilidade da utilização da contratransferência como um recurso técnico para a clínica dos estados-limite.

I.2 Sobre os capítulos apresentados e a metodologia.

O objetivo do primeiro capítulo é apresentar e discutir o conceito de estados-limite, iniciando com a definição trazida por André Green (1976), utilizando a teoria freudiana como embasamento. A partir da definição de Green, trataremos alguns conceitos que circunscrevem a temática, como a pulsão narcísica, a neurose de guerra e o trauma.

O segundo capítulo trabalhará a questão da transferência, desde sua definição, passando pela sua existência na clínica psicanalítica. Em seguida, será discutida o fenômeno da transferência na clínica dos estados-limite, passando pelos paradigmas da neurose de transferência e suas manifestações na clínica do paciente limítrofe.

O terceiro e último capítulo trabalhará a questão da contratransferência, desde a discussão de seu surgimento na clínica, bem como as contradições de sua existência. Trabalharemos com a possibilidade de a contratransferência ser um importante recurso técnico para a clínica psicanalítica dos estados-limite.

Para o presente trabalho escolhemos a abordagem qualitativa e a pesquisa bibliográfica como metodologia. Buscamos o diálogo de autores clássicos e contemporâneos para embasar nossa possibilidade de discussão sobre a teoria psicanalítica. A abordagem qualitativa nos auxilia nas descrições das complexidades clínicas dos estados-limite e em levantar as hipóteses ou problemas relacionados à temática. A pesquisa bibliográfica e a discussão teórica nos fornecem o aparato necessário para aliar tanto a

reconstrução teórica e técnica da psicanálise, quanto o retorno à teoria freudiana, sempre buscando aproxima-la de nossa temática.

Nosso interesse é que esse trabalho possa contribuir na discussão sobre o saber psicanalítico. Partimos das inquietações e observações clínicas, passamos pela discussão a partir do levantamento bibliográfico e retornamos nossas contribuições à clínica. Esperamos que nosso trabalho possa contribuir e enriquecer o debate e o diálogo dentro do saber psicanalítico.

Capítulo I – O conceito de estado-limite.

André Green (1976) afirma que o interesse pela clínica dos pacientes limítrofes surge na década de 1930, embora trabalhos anteriores já tenham descritos sujeitos com características similares ao que hoje se entende por estado-limite (Mackinnon, Michels & Buckley, 2008). Green (1976) relata que esse interesse surge pela observação clínica de sujeitos com patologias distintas, sendo suas primeiras aparições meramente descritivas, elencando suas séries de sintomas e características.

Green (1976) se atenta para o fato que já na teoria freudiana encontramos elementos tanto descritivos quanto sobre a metapsicologia que auxilia no entendimento dos pacientes limítrofes. É o caso do *Homem dos lobos*, terceiro grande caso clínico de Freud, escrito após o caso Dora (1905) e o *Homem dos ratos*. Da mesma forma que os dois anteriores, o *Homem dos lobos* também fora um caso descrito a partir da análise conduzida pelo próprio Freud em seu paciente.

O trabalho sobre o homem dos lobos é intitulado *História de uma neurose infantil*. Tal título já elucida a importância de discutir a vivência ou o retorno dos sintomas neuróticos infantis já na vida adulta (Green, 1976). Freud (1918 [1914]), contudo, não denominou seu paciente como um paciente limítrofe, tampouco trabalhou com essa terminologia em seu trabalho. Essa aproximação de tal caso freudiano à psicopatologia dos estados-limite foi sustentada por André Green (1976), após esse salientar a importância da teoria freudiana como um auxílio para o entendimento dessa clínica.

O homem dos lobos (Freud, 1918 [1914]) foi atendido por Freud quando estava em sua segunda década de vida. Procurou pelo atendimento clínico de Freud após passar por vários outros médicos que, segundo o próprio paciente, não foram eficazes em auxiliá-lo.

Procura por Freud devido a graves sintomas de constipação intestinal, porém seu relato levou Freud às investigações sobre suas vivências na infância.

O homem dos lobos (Freud, 1918 [1914]) apresentara, aos dez anos de idade, sintomas relacionados a uma grave neurose infantil. Tinha vários membros da família que passaram por hospitais psiquiátricos e que tinham diagnósticos de psicopatologias graves, como paranoia e esquizofrenia. Em sua adolescência, sua irmã se suicidou e, dois anos após tal fato, seu pai também tirou a própria vida. Aos dezoito anos contraiu gonorreia e, desde então, o homem dos lobos apresentou vários episódios depressivos, levando-o a sucessivas internações psiquiátricas.

Para Green (1976) a descrição clínica do homem dos lobos feita por Freud (1918 [1914]) é fundamental para compreendermos que tipo de paciente se apresenta a nós quando falamos de clínica dos estados-limite:

“O paciente de que me ocupo permaneceu muito tempo entrincheirado, inatacável, detrás de uma postura de dócil indiferença. Ele escutava, entendia, e não permitia que nada se aproximasse, sua impecável inteligência estava como que desconectada das forças instintivas que dominavam seu comportamento, nas poucas relações que lhe restavam na vida. Foi preciso uma longa educação para movê-lo a participar autonomamente do trabalho [analítico], e quando em decorrência desse esforço vieram as primeiras liberações, ele imediatamente cessou o trabalho (...)” (Freud, 1918 [1914]), p. 18-19)

Há nesse trecho elementos fundamentais para compreendermos o funcionamento de tal paciente. O primeiro elemento se refere ao fato de que o paciente passou muito tempo em análise numa posição inatacável, como apontou Freud (1918 [1914]). Escondia-se atrás

de uma postura dócil, mas que não se implicava autonomamente em seu próprio processo. Apesar de seu intelecto bem desenvolvido, algo parecia afastá-lo de suas forças pulsionais em relação a si mesmo e às demais pessoas com as quais convivia.

O segundo elemento é que, apesar de suas vivências passadas traumáticas, como suicídios, doenças e sucessivas internações, o homem dos lobos (1918 [1914]) se apresentava clinicamente como um sujeito bem organizado, distante de uma psicose aparente, tendo seu discurso coeso e coerente, apesar de seus sintomas neuróticos. É nesse contexto que Freud (1918 [1914]) afirma a necessidade do retorno ao tratamento de sua neurose infantil, como sendo algo que, apesar dos sintomas infantis terem ocasionalmente desaparecido, o tratamento não havia sido eficaz. Para Freud os sintomas da vida adulta de seu paciente seriam tentativas de resolução de tal época passada.

O terceiro elemento é o fato de Freud (1918 [1914]) observar que o sujeito tinha uma dificuldade de se implicar em seus sintomas. Afastava suas moções pulsionais de suas próprias vivências. Não correlacionava, por exemplo, um afeto intenso a alguma representação de acontecimentos de sua vida. Houve um extenso trabalho de tentativa de fazer com que o homem dos lobos recobrasse sua autonomia no processo. Quando Freud (1918 [1914]) nota uma evolução nesse posicionamento, imediatamente o paciente abandona o processo.

Para Green (1976) essas são características comuns de serem encontradas na clínica dos pacientes limítrofes. Ele afirma que essa descrição sintomática é, inclusive, quase uma unanimidade entre os teóricos que abordam tal temática. O que muda, no caso, é o entendimento dos processos intrapsíquicos, ou seja, o entendimento do porquê tais características se apresentam.

Green (1976) vai além nas descrições clínicas afirmando que os estados-limite são os pacientes da agressividade. Eles são pacientes raivosos e que muitas vezes deslocam

essa raiva e frustração para o analista e para seus próprios processos analíticos. Essa raiva, contudo, não é uma constante em seu discurso. Ao contrário. O paciente limítrofe é um sujeito que se apresenta de uma forma bem organizada, como Freud (1918 [1914]) nos apresentou.

Green (1976) afirma que a fala dos estados-limite é coerente e seu discurso lembra o discurso das neuroses clássicas descritas na teoria freudiana, como a neurose obsessiva¹ e a histeria. Contudo, há marcações de episódios de agressividade intensas que, muitas vezes, permanecem no psíquico de tais sujeitos. Ou seja, não necessariamente essa raiva é dirigida ao ato na realidade material. Ela muitas vezes permanece como uma agitação interna, em que o paciente tem dificuldade de associar com algum acontecimento de sua vida, ficando como um afeto deslocado e sem muito sentido. Quando essa agressividade vem ao ato, ela também muitas vezes se apresenta como um ato deslocado, sem sentido, em que os “porquês” de tal agressividade parecem perdidos (Green, 1976, 1986).

Essa descrição das características clínicas de tais sujeitos, é para Green (1976) uma constante nas afirmações dos teóricos da psicanálise. A divergência se apresenta tanto no entendimento das características intrapsíquicas de tais sujeitos, bem como no manejo clínico necessário.

Para o autor, os estados-limite foram compreendidos, num primeiro momento, pelos primeiros teóricos a discorrer sobre o assunto, como uma psicopatologia que se encontrava no limite entre uma neurose e uma psicose (Green, 1976, 2002). As características neuróticas eram aquelas observadas no discurso coerente dos sujeitos e no relato de suas demandas relativas a sintomas psicossomáticos, típicos das neuroses. Já as características psicóticas eram observadas em seus momentos de descontrole afetivo,

¹ Freud (1918 [1914]), inclusive, diagnostica o homem dos lobos como um sujeito que sofre de uma grave neurose obsessiva. Embora afirme que essa neurose é menos importante diante da complexidade de sua neurose infantil.

principalmente relacionados aos seus acessos de fúria ou em episódios depressivos graves (Green, 1976, 2002). Assim, para os primeiros teóricos, segundo Green (2002), a psicanálise estaria diante de uma quarta estrutura psíquica, diferente da psicose, da neurose e perversão. Seria, portanto, a chamada estrutura *borderline*, que não se encaixa em sintomaticamente em nenhuma das outras três estruturas.

Green (1976) afirma, entretanto, que a questão dos estados-limite não pode ser reduzida nem a algo da neurose, nem da psicose, pois apresenta características sintomáticas de ambas, ao mesmo tempo que parece não se encaixar em nenhuma dessas. O que Green (1976) propõe é que a questão dos estados-limite diz respeito aos processos intrapsíquicos, principalmente sobre a problemática dos limites entre as instâncias psíquicas do paciente limítrofe, bem como sua relação com o mundo externo. São essas dificuldades que desembocam nos sintomas da ordem da agressividade, uma vez que essa agressividade é dirigida ao mesmo tempo tanto ao objeto externo, quanto a si mesmo (Green, 1976).

Para entendermos o que Green (1976) nos quer dizer sobre as dificuldades nos limites das instâncias psíquicas, e nos limites que separam o Eu do paciente limítrofe de seus objetos, é preciso compreender primeiramente o que são esses tais limites. Para tanto, retornamos à noção de limites na teoria freudiana.

1.1 A noção de limites em psicanálise.

A problemática dos limites aparece na teoria de Freud, no trabalho sobre *A interpretação dos Sonhos*, ainda durante o desenvolvimento da Primeira Tópica, ou seja, durante o desenvolvimento teórico de seu primeiro entendimento sobre o desenvolvimento do aparelho psíquico. Nos trabalhos sobre a Primeira Tópica, Freud (1905 [1900]) postula sobre a primeira importante divisão do aparelho psíquico entre inconsciente, pré-consciente e consciente, bem como seus limites entre tais instâncias.

Para Freud (1905 [1900]), o inconsciente é ontológico, existindo em si mesmo como uma instância autônoma que não necessita de mediação das demais instâncias para comportar seu próprio conteúdo. Há nessa definição uma ideia de território, o território do inconsciente. Esse território autônomo era, para Freud, terra do desconhecido e casa das pulsões.

A segunda instância seria o consciente (Freud, 1905 [1900]), continente menor que trazia à consciência do sujeito, fragmentos do inconsciente quase sempre inteligíveis para o sujeito, devido à grande perda de conteúdo. Essa perda ocorria justamente pela mobilidade do conteúdo que tentava emergir do inconsciente para o consciente e retornava, através do recalque, para a instância do inconsciente.

Há, portanto, um terceiro território entre um e outro: o pré-consciente. O pré-consciente se encontrava, para Freud (1905 [1900]), nos limites entre as duas instâncias anteriores. Há uma fronteira entre cada uma dessas instâncias e o próprio pré-consciente traz uma ideia de espaço transitório entre as demais dimensões, como um território fronteiro. A função do pré-consciente era justamente a mediação, ou tentativa de mediação, entre o inconsciente e seu conteúdo, e o consciente e suas defesas. A Primeira Tópica freudiana é abandonada a medida em que Freud começa a visualizar a existência de

outros conflitos existentes nos limites entre as instâncias do aparelho psíquico, sendo sua mobilidade mais complexa do que a simples tentativa de emergir os conteúdos do inconsciente para o consciente (Freud, 1923).

Na Segunda Tópica de Freud, é possível observar no texto *O Eu e o Id*, uma maior e mais importante, para a teoria psicanalítica, marcação da ideia de múltiplos e complexos limites internos, através dos conceitos de Id, Eu e Supereu. A contribuição de Freud nesse trabalho foi salientar que essas divisões não se tratam de fronteiras nítidas, inflexíveis e bem delimitadas, mas de instâncias que se fundem, atravessam umas as outras e que possuem grandes variações em diferentes indivíduos. Além disso, o trabalho de Freud nos conduz para a ideia de um espaço móvel entre essas instâncias intrapsíquicas.

A ideia de limites entre instâncias psíquicas e espaços fronteirizos de trânsito, portanto, já é presente na teoria psicanalítica desde Freud. Freud (1905 [1900], 1923) nos apresentou a noção de mobilidade e trânsito entre instâncias e essa noção nos auxilia no entendimento de fronteira, proposto por Green (1976, 1986). Para este autor, o estado-limite está mais relacionado a ideia de um fenômeno transitório do que a ideia de uma instância psíquica distinta, rígida em suas próprias características. Ou seja, tem-se questões relacionadas a falhas nas mediações das fronteiras psíquicas. Não se é um sujeito em estado-limite, como se essa fosse uma estrutura psíquica, como uma estrutura *borderline*, por exemplo. (Green, 1976).

Quando Freud (1923) trazia as questões clínicas dos pacientes para teoria da psicanálise compreendia os conflitos oriundos de dificuldades de transição entre as instâncias psíquicas e também os sofrimentos que surgiam a partir da relação entre o sujeito e o objeto. Esses conflitos se referem às dificuldades que surgem como consequência da existência dos sintomas de cada paciente (Freud, 1917). Quando trazemos a problemática das fronteiras para a discussão dos estados-limite buscamos compreender

os sintomas que surgem a partir das dificuldades encontradas nesse terreno das fronteiras psíquicas e na relação entre o paciente limítrofe e seus objetos (Green, 1986).

A teoria de Green (1976, 1986, 1990, 2002) sobre os sujeitos em estado-limite aponta a importância da observação das fronteiras psíquicas do Eu. Se Freud (1905 [1900]; 1923) discorreu sobre a importância dessa capacidade de transição entre as instâncias psíquicas, bem como a importância das moções pulsionais e o deslocamento da libido do Eu para o objeto, a dificuldade de moção, ou o que Freud chama de fixação, é produtora de sintomas e adoecimento psíquico.

Green (1976) afirma que as dificuldades no trânsito entre os limites, tanto o limite entre as instâncias psíquicas, quanto o limite entre a percepção da divisão entre o sujeito e seus objetos externos são os produtores de sintomas típicos dos estados-limite. Há nessa afirmativa dois pontos fundamentais: o porquê de tais falhas na mobilidade dos conteúdos e moções pulsionais entre os limites; e o conceito de limite para André Green, ou melhor, seu conceito de duplo-limite.

1. 2 O conceito de duplo-limite de André Green.

Falamos sobre a noção de fronteira na teoria psicanalítica, desde Freud (1905 [1900], 1923), para elucidar aquilo que Green (1976, 1986, 1990) propõe, em sua teoria: o limite como um conceito dentro da psicanálise.

A teoria freudiana entendeu os limites como uma problemática fundamental no desenvolvimento da Segunda Tópica (Freud, 1923). Quando se fala, por exemplo, de instâncias psíquicas que funcionam de forma conjunta, onde as pulsões se movimentam, se

fala também desses limites que existem entre cada uma das instâncias, o que garante tal fluxo.

Ao contrário da ideia do limite, como uma linha que divide duas coisas distintas, lidamos, na teoria de André Green (1976), com a ideia do limite como um espaço fronteiro. Green (1976) apresenta a metáfora de continentes geográficos para elucidar o tal espaço. Para ele, diante de uma fronteira que divide países diferentes, existe um espaço neutro, que não pertence propriamente a nenhum dos demais países, mas se apresenta como um terreno intermediário, denominado por Green de “terra de ninguém” (Green, 1976, p. 67). Green afirma que tal terreno neutro não se configura como uma terra pacificada, visto que é alvo de disputas de ambos os continentes, além de necessitar exercer a função de mediação entre ambas.

Assim como na metáfora dos continentes geográficos, o aparelho psíquico para André Green (1976) também apresenta tais conflitos. Entre duas instâncias distintas, há um terceiro espaço limítrofe, uma “terra de ninguém”, casa de conflitos pela sua própria existência e pela disputa territorial entre as instâncias das bordas (Candi, 2007). Green (1976) formula, portanto, a ideia da existência de dois limites: o limite entre as instâncias do aparelho psíquico e o limite entre o interno e o externo, entre o Eu e o não-Eu.

O primeiro limite se refere ao espaço existentes entre as instâncias psíquicas, tal qual a teoria freudiana nos apresenta. A construção da Segunda Tópica (Freud, 1923) é baseada na existência das três instâncias: Id, Eu e Supereu. O Eu representa, desde Freud, esse caráter de mediação entre as demais instâncias e vivencia os conflitos oriundos das disputas entre as pulsões e essas barreiras. Nota-se que o Eu também não é uma mera linha de divisão, tendo seu caráter próprio e sua função definida, função essa de mediação.

O segundo limite se refere àquele que divide os conteúdos internos e externos. Mais precisamente falamos do limite que divide o Eu de suas relações objetais com o

outro, seja esse outro externo e da realidade material, seja ele interno e da realidade psíquica. A divisão entre o sujeito e o objeto não representa apenas a diferenciação entre duas coisas distintas, mas também, sobretudo, entre o Eu e o não-Eu. Ou seja, é a divisão entre aquilo que pertence ao sujeito e aquilo que diz respeito aos objetos, ao que não é do sujeito propriamente dito. Novamente a ideia de um limite como terreno fronteiro emerge. Tal divisão não é tão clara e pacífica, uma vez que está à mercê de disputas, invasões e abandonos entre o Eu e o não-Eu (Green, 1976).

O conceito de André Green (1976, 1986, 1990) não só postula sobre a existência de ambos limites como pressupõe um cruzamento entre eles. Numa lógica temporal, podemos afirmar que ao mesmo tempo em que o conflito entre as instâncias psíquicas acontece, há também os conflitos de diferenciação entre o Eu e o objeto. Tais conflitos entre o sujeito e seu objeto são inerentes à constituição psíquica, como postulado por Freud na teoria construção do aparelho psíquico (1923).

No caso dos estados-limite, Green (1976) fala de uma residência, pela metáfora de alocação, nesse espaço fronteiro. De certa forma, segundo Green, torna-se difícil transitar com fluidez entre as instâncias, entre as pulsões e o objeto, uma vez que a capacidade de simbolização e elaboração diante dessa diferenciação foi insuficiente. E essa diferenciação que permite um trânsito mais fluido, sem ser compreendido como uma ameaça a sua existência. O paciente limítrofe, portanto, passa mais tempo residindo numa zona de conflitos, numa terra de ninguém, do que num espaço de melhor compreensão do que seria o Eu e o não-Eu (Candi, 2007).

Para Green (2002), o Eu é a peça fundamental para os conflitos dos estados-limite, devido à sua dificuldade de compreensão dessa diferenciação entre o Eu e o não-Eu. Residindo no espaço fronteiro, perde-se a noção de um espaço de existência do Eu, visto que os limites não são claros devido aos conflitos constantes.

O conceito do duplo-limite de Green (1976, 1986, 1990) é importante para observarmos a existência desses dois limites, que se cruzam e se fundem, ao mesmo tempo que se apresentam como o território dos conflitos principais dos pacientes limítrofes. Green (1976) afirma que esses conflitos se dão a partir das falhas nas moções pulsionais e sua relação com o objeto, ou seja, conflitos entre o Eu dos sujeitos e o não-Eu, que não pertence ao Eu. É preciso, portanto, compreender quais são essas dificuldades no par pulsão-objeto referentes aos estados-limite, para que assim seja possível compreender o surgimento dos sintomas específicos que encontramos na clínica de tais sujeitos.

1.3 A questão da pulsão nos sujeitos em estado-limite.

A teoria das pulsões surge no trabalho de Freud juntamente com o desenvolvimento da teoria da sexualidade (Freud, 1905). Nos estudos sobre a histeria, Freud (1890, 1905, 1905) escreve sobre o papel da sexualidade como fundamental para a construção do aparelho psíquico dos sujeitos e, conseqüentemente, para a o adoecimento de cada um.

A pulsão, ou melhor, as moções pulsionais são o que garantem o desenvolvimento do aparelho psíquico. Sobre o conceito de pulsão, Freud (1905) a define como a representação psíquica de estimulações internas e intermitentes, que fluem continuamente, diferentemente de estímulos externos e esporádicos. A pulsão é composta de uma série de estimulações internas que existem, independente do que ocorre no externo, mas que sofrem os efeitos do externo. Para Freud (1905), a pulsão é a demarcação entre o psíquico e o somático, uma vez que diz respeito a algo particular de cada sujeito, mas também está relacionada a sensações e estímulos vividos com o mundo externo.

Quando se define a pulsão como um conceito dentro da teoria freudiana (1905), é possível observar que, no momento inicial da teoria das pulsões, a construção do aparelho psíquico perpassa por estágios distintos da pulsão e uma mudança nos destinos da libido. Ao nascermos, a pulsão se encontra ligada aos instintos e a necessidade de autoconservação. Ainda na infância, a partir da percepção da existência do objeto, a pulsão se torna parcial, uma vez que se desloca para o objeto, porém com uma necessidade ainda voltada para o sujeito (Freud, 1905). Por fim, a pulsão, após a passagem do complexo de Édipo e da castração, se direciona para a pulsão sexual.

O início da teoria freudiana afirma (Freud, 1905), que o destino final das pulsões, em uma definição de normalidade, é a pulsão sexual, que se liga a um objeto externo. Mesmo no adoecimento neurótico clássico (nas histerias e na neurose obsessiva), o destino também é a ligação ao objeto externo, pela via erótica. O adoecimento seria uma falha nesse deslocamento libidinal para o objeto. Nesse momento do desenvolvimento da teoria freudiana, o percurso do desenvolvimento psicosexual teria seu destino final, segundo Freud (1905), na predominância da pulsão sexual, em detrimento da pulsão parcial e da pulsão de autoconservação.

A passagem das chamadas pulsões infantis para as pulsões da vida adulta ocorre, para Freud (1905), a partir da percepção da existência do objeto primário como algo separado do próprio sujeito. O destino final e esperado das pulsões é esse deslocamento para o objeto que, após a perda do objeto primário devido à castração, busca objetos secundários a fim de satisfazer essa necessidade pulsional. O sofrimento seria fruto dessa perda do objeto primário, que obriga os sujeitos a deslocar sua pulsão para outros objetos.

Contudo, em *Introdução ao narcisismo*, Freud nos apresenta um outro ponto importante sobre as pulsões. Para Freud (1914), o narcisismo é a condição psíquica básica dos primeiros anos de vida. Divide-se o narcisismo em primário, que é o narcisismo

característico de um momento pré-castração, e secundário, que é o narcisismo posterior, da fase pós-castração. O narcisismo primário é, para Freud (1914) o investimento libidinal no próprio Eu, característico do momento autoerótico. O caráter narcísico da energia libidinal está a serviço das pulsões que visam obtenção de prazer próprio e de autoconservação. Para Freud, o narcisismo é característico do desenvolvimento da criança, fruto de sua relação ainda parcialmente simbiótica com seus objetos primários, num momento anterior a castração. A castração funciona, nesse contexto, tanto como uma interdição do objeto primário, quanto como uma falha no caráter narcísico das pulsões infantis, que atuam com o objetivo de autossatisfação e autoconservação (Freud, 1905, 1914).

Nesse momento do desenvolvimento de sua teoria, Freud (1914) não mais entende que o destino final das pulsões é necessariamente o deslocamento para os objetos externos. A pulsão narcísica é presente no aparelho psíquico de todos os sujeitos, sendo um resquício das pulsões infantis, pois um dos destinos finais da libido pode ser o retorno da mesma para o próprio Eu. Para Freud (1905), a interdição do objeto primário é o que permitia, nas neuroses clássicas, a busca por outros objetos externos, a fim de tentar preencher essa lacuna deixada pela ausência do objeto primário. A teoria sobre o narcisismo de Freud (1914), por outro lado, afirma que essa lacuna deixada por tal ausência também pode resultar na prevalência, ainda que momentânea, da pulsão narcísica. Uma das formas de deslocamento libidinal, diante da ausência do objeto, é esse reinvestimento da pulsão no próprio Eu do sujeito, característica do narcisismo na teoria freudiana.

Há em todos os sujeitos, a necessidade de retorno desse investimento libidinal para o próprio Eu, nos momentos pós-castração. Esse retorno do investimento libidinal é, para Freud (1914) o narcisismo secundário. Diante dessa existência, a pulsão já teria um outro destino externo, mas volta-se novamente para o sujeito, que retorna o investimento libidinal para o próprio Eu.

Há certos sujeitos que apresentam uma predominância das pulsões narcísicas, em detrimento das pulsões que buscam um deslocamento para objetos externos (Green, 1976). Dentro desse grupo de sujeitos encontramos os estados-limite. Nesse contexto, Green (2000) afirma:

“(...) a escuta do material dos casos limite não revela, de uma maneira tão clara como nas neuroses, as relações entre o discurso manifesto e a sexualidade. Os problemas ligados à estrutura do Ego aparecem em primeiro plano(...) (que se) ‘recusa a sofrer passivamente os possíveis retornos de traumas antigos’ (Green, 2000, p. 152-153)

É importante observar que essa afirmativa de Green (2000) se refere ao discurso manifesto de tais sujeitos, em que aparentemente não há questões relacionadas aos conflitos oriundos das moções pulsionais que se deslocam para os objetos externos, mantendo-se a pulsão investida em seu próprio Eu. Porém, como vimos em Freud (1914), a pulsão narcísica também é da ordem da sexualidade, uma vez que busca também uma resolução para o sofrimento diante da percepção da ausência do objeto primário. No caso dos pacientes limítrofes vemos uma predominância desses conflitos relacionados ao estabelecimento de seu Eu e esse conflito é marcado pela predominância da pulsão narcísica.

A pulsão narcísica é, para Freud (1914), próxima às pulsões infantis dos sujeitos, relacionadas à pulsão parcial e à pulsão de autoconservação. Para Green (1976), a pulsão narcísica se apresenta como predominante no paradigma dos pacientes limítrofes. Ao longo de sua obra, Freud (1909, 1914, 1916, 1923, 1926) discorreu sobre o narcisismo e suas manifestações nos sujeitos. Podemos citar como exemplo de trabalho sobre a questão

narcísica no funcionamento psíquico quando Freud (1916) discorre sobre os sobreviventes da Primeira Guerra mundial e aquilo que Freud (1916) denominou como neurose traumática, ou neurose de guerra.

1.4 A neurose de guerra, o trauma e sua relação com o narcisismo.

Nos estudos iniciais sobre as neuroses em psicanálise, Freud (1905) aponta a questão da escolha do objeto como desdobramento do modo de funcionamento neurótico, pela lógica da pulsão sexual. O desenvolvimento do conceito de trauma em psicanálise se inicia ainda em seus primeiros estudos (Freud, 1896). Sendo a histeria o primeiro objeto de estudo da psicanálise, o conceito de trauma, abordado por Freud (1896), fora compreendido inicialmente a partir da dinâmica do recalque, amplamente apontado nos casos dos sujeitos histéricos.

O trauma psíquico da histeria é compreendido, nos momentos iniciais da teoria freudiana, como fruto das moções pulsionais que se constituem como fator etiológico para o desenvolvimento da histeria. Ou seja, refere-se ao resquício perceptivo da vivência de acontecimentos penosos de medo, vergonha ou culpa, cujo aparelho psíquico do sujeito não possui recursos suficientes para resolver a questão traumática (Freud, 1896).

Neste momento, Freud (1896) pensou a histeria como um fenômeno conflituoso, em que as moções psíquicas tentavam retornar ao momento do trauma, ao mesmo tempo que as defesas e a resistência faziam o conteúdo retornar ao Inconsciente, ou seja, ser recalado. No contexto da histeria, o trauma é formado a partir de um acontecimento vivido, muitas vezes de forma passiva e na infância. O sujeito sente o impacto da vivência, mas não possui recursos de elaboração para compreender o acontecimento.

Num momento posterior, geralmente na fase de maturação sexual, as moções traumáticas tentam retornar ao consciente, mas ainda pela ação do recalque, não encontram vias elaborativas e se deslocam para o sintoma histérico (Freud, 1896). Aqui, neste momento, a ideia do conflito psíquico diante do trauma aparece como mais importante do que o acontecimento traumático em si, pois sem a tentativa de medição intrapsíquica do conflito e sem o recalque, não haveria trauma.

Esse momento inicial de teorização sobre o trauma na teoria freudiana (Freud, 1896), se origina pela ideia do sofrimento oriundo da cena de sedução, que por ser vivida por uma criança, pouco encontra recurso para elaborar o conflito intrapsíquico. A partir de 1900, entretanto, ao avançar nos estudos sobre a histeria, Freud (1905; 1910) repensa a importância da experiência traumática na constituição histórica. A cena de sedução, sofrida pelo sujeito histérico em sua infância, começa a ser analisada pela perspectiva da fantasia do sujeito em análise também.

Diante da constatação de que o sujeito da histeria não só recalca o conteúdo traumático, mas também o caráter contraditório da realização de desejo do próprio sujeito, a imagem real do trauma perde a importância majoritária para a ascensão da importância da fantasia no sujeito neurótico (Freud, 1896).

A teoria das neuroses é, até então, do que se ocupa a psicanálise. Contudo, a partir do período entre e pós Primeira Guerra Mundial, um fenômeno chama atenção de Freud, intitulado por ele mesmo como neurose de guerra.

O conceito de trauma em psicanálise sofre uma reformulação, ou melhor, sofre um resgate teórico para compreender as neuroses de guerra. Em *Introdução a psicanálise das neuroses de Guerra*, Freud discorre sobre o interesse crescente da comunidade médica sobre os adoecimentos psíquicos vistos nos sujeitos que foram vítimas dos acontecimentos da guerra. Esse assunto foi caro aos estudiosos da época e suscitou esse interesse da

psicanálise, pois para Freud, de certo modo, as neuroses de guerra apresentavam características distintas das chamadas neuroses psicosexuais, ou neuroses dos tempos de paz:

“ Na medida em que se diferenciam das neuroses comuns do tempo de paz por certas peculiaridades, as neuroses de guerra devem ser compreendidas como neuroses traumáticas que foram possibilitadas ou favorecidas por um conflito do Eu.” (Freud, 1919. p. 385)

Se ao teorizar sobre as neuroses clássicas Freud (1896, 1905) ascendeu a importância do papel da fantasia, nas neuroses de guerra há algo que se sobrepõe ao conflito intrapsíquico de mediação entre a situação penosa, que gera vergonha, culpa, nojo, etc., e a realização de desejo. Esse conflito psíquico das neuroses clássicas seria o caráter paradoxal do deslocamento libidinal para o objeto, ou seja, a neurose clássica nos traz uma predominância aparente da lógica da pulsão sexual. (Freud, 1905)

Nas neuroses de guerra, entretanto, a questão reside no momento em que o deslocamento pulsional para o objeto precisa dar espaço à necessidade de proteção do Eu. É nesse aspecto que Freud (1919) discorre sobre o conflito do Eu:

“ Ele se dá entre o velho Eu pacífico e o novo Eu guerreiro dos soldados, e torna-se agudo assim que o Eu-de-paz enxerga o enorme perigo de vida que lhe trazem as audácias de seu parasítico sócia recém-formado. Tanto podemos dizer que o velho Eu se protege do risco de vida mediante a fuga na neurose traumática, como se defende do novo Eu, percebido como ameaçador para a sua vida.” (Freud, 1919. p. 387)

O presente trecho nos evidencia esse conflito interno das neuroses traumáticas: um novo Eu surge em consequência do momento traumático, de exigência de proteção de sua própria vida. E esse Eu de batalha é contraditório a medida em que, para o Eu antigo, é uma criação de sobrevivência, ao mesmo tempo que se apresenta como uma ameaça para si. Ainda que no campo das neuroses exista a “frustração amorosa” como cerne de sua questão, nas neuroses de guerra vemos também uma questão narcísica de “perigo de vida”, que de certa forma ascende como principal ponto do trauma. (Freud, 1919)

Freud (1916, 1919) observou em seus pacientes da neurose de guerra uma predominância da pulsão narcísica, em detrimento da pulsão objetal. Essa predominância ocorria diante da necessidade de sobrevivência do próprio Eu do sujeito. Esses sujeitos da neurose traumática sofreram ameaças contra suas vidas, por parte da realidade material. Os conflitos relacionados ao objeto se apresentavam como secundários, visto que os horrores das tragédias vividas eram frequentemente revisitados através do discurso manifesto desses pacientes.

No momento do desenvolvimento da teoria das pulsões, até o marco da escrita do texto *Além do princípio do prazer*, Freud afirma que os destinos das pulsões é a busca pela obtenção de prazer, de forma menos dispendiosa possível. Essa lógica se aplica tanto para as pulsões objetais, quanto para as pulsões narcísicas. Entretanto, ao escrever sobre o trauma, principalmente diante de seus pacientes neuróticos de guerra, Freud (1919) observa que sua apresentação clínica contraria a lógica da obtenção do prazer.

A pulsão fora, até então, dividida em dois grandes grupos, como citado por Freud (1915): as *pulsões de autoconservação*, também denominadas pulsões do Eu, correspondentes a pulsão autoerótica e pulsão parcial; e as pulsões objetais. Entretanto, é

no texto *Além do princípio do prazer* que Freud observará que nem todas as pulsões buscam o destino do prazer.

Freud (1920) afirma que o aparelho psíquico segue a lógica predominante do princípio do prazer. Ou seja, trata-se da lógica econômica do aparelho psíquico: é preciso buscar a obtenção do prazer, evitando também o menor desprazer, com o mínimo de dispêndio de energia libidinal possível.

“O princípio do prazer deriva do princípio da constância; na realidade o princípio da constância foi deduzido dos fatos que nos impuseram a hipótese do princípio do prazer. E (...) veremos que esse empenho do aparelho psíquico, que nós supomos, subordina-se, como no caso especial, ao princípio (...) *da tendência à estabilidade*” (Freud, 1920. P. 164)

No presente trecho, o autor evidencia a lógica esperada pela economia libidinal. A estabilidade psíquica ofereceria menos desprazer para o sujeito. No entanto, o próprio Freud (1920) afirma que, apesar de essa ser a lógica esperada, não é o que se observa nos processos psíquicos. Para ele, há uma forte tendência ao princípio do prazer, porém há moções psíquicas que se opõem, de modo que o resultado final nem sempre corresponde à tendência ao prazer. Nesse contexto, Freud (1920) postula:

“Sabemos que o princípio do prazer é próprio de um modo de funcionamento primário do aparelho psíquico, e que, para a autoafirmação do organismo em meio às dificuldades do mundo externo, já de início é inutilizável e mesmo perigoso em alto grau. Por influência das pulsões de autoconservação do Eu é substituído pelo *princípio da realidade*, que, sem abandonar a intenção de obter afinal

o prazer, exige e consegue o adiamento da satisfação, a renúncia a várias possibilidades desta e a temporária aceitação do desprazer, num longo rodeio para chegar ao prazer” (Freud, 1920. P.165)

É a necessidade do reinvestimento libidinal no próprio Eu que promove o desenvolvimento do princípio de realidade, afinal o princípio do prazer parece não seguir as lógicas ambientais e culturais que os sujeitos são implicados. Os elementos antagônicos da realidade remetem o sujeito a vários conflitos, também antagônicos: o Eu e os outros, o individual e o coletivo, o prazer e as necessidades, etc.

Ainda em *Além do princípio do prazer* Freud novamente discorre sobre os sobreviventes da Primeira Guerra Mundial. Os sujeitos neuróticos de guerra parecem contrariar a lógica dominante da obtenção do prazer. Observa-se o mesmo adiamento, sugerido por Freud, pela obtenção dessa satisfação, diante da fixação no princípio da realidade. Esse princípio de realidade está relacionado à essa busca pela repetição do relato dos fatos que foram traumáticos para o sujeito. Essa repetição é caracterizada por um intenso desprazer e, mesmo diante desse desprazer, tal repetição parece necessária para o sujeito (Freud, 1920). Isso é o que Freud (1920) denomina como uma fixação a imagem do trauma.

1.5 Neurose de guerra e a imagem traumática.

Ainda sobre as neuroses de guerra, em *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise*, Freud discorre sobre uma outra característica importante sobre esses sujeitos neuróticos: uma espécie de fixação na cena do trauma. Seus discursos tendem a se remeter com frequência ao momento do trauma, como uma repetição incansável do conteúdo do evento traumático, o que os afastava de falas que remetiam ao presente ou ao futuro.

Freud (1916-17) observou esse fenômeno nos soldados e sobreviventes da Primeira Guerra Mundial e percebeu que esse modo de funcionamento rígido possuía uma função econômica para as instâncias psíquicas desses sujeitos:

“(…) Com efeito, a expressão ‘traumática’ não tem outro sentido que não esse, econômico. Chamamos assim uma vivência que, em curto espaço de tempo, traz para a vida psíquica um tal incremento de estímulos que sua resolução ou elaboração não é possível da forma costumeira, disso resultando inevitavelmente perturbações duradouras no funcionamento da energia” (Freud, 1916-17. p. 367)

Nota-se neste trecho que, embora ainda no campo das neuroses, alguns sujeitos fixados na imagem traumática, tinham uma dificuldade de entrar no processo analítico pelas vias da elaboração dos conteúdos emergentes (Freud, 1916-17). É o que Freud aponta como uma vivência carregada de um afeto muito intenso, da qual o sujeito não consegue dar conta o suficiente para um processo de elaboração.

Essa fixação aparece também nas elaborações oníricas da neurose de guerra. Para Freud (1920), os sonhos dos sobreviventes de guerra contradizem inicialmente a lógica da construção dos conteúdos do sonho: se o sonho é uma tentativa de realização de desejo (Freud, 1900), os sonhos das neuroses de guerra não se apropriariam dessa lógica, pois se

remetem a imagem do trauma, suscitando sensações de desprazer. Freud (1920) aponta que a análise leiga tende a entender esse conteúdo da imagem traumática, revivida nos sonhos como natural, afinal é de se esperar que o trauma retorne. Porém, pela lógica do princípio do prazer, o retorno ao trauma é prejudicial ao Eu do sujeito, pois é produtor de um intenso desprazer.

Diferentemente da ideia inicial de trauma dos estudos da histeria, nas neuroses de guerra ou neuroses narcísicas, a fantasia sobre a imagem do trauma parece secundária, até mesmo inexistente, uma vez que em termos de economia psíquica, a fixação da imagem do trauma não se caracteriza pela realização de desejo (Freud, 1920). A imagem do trauma é da ordem da realidade. Há, portanto, uma supremacia do princípio da realidade, cujo prazer encontra-se adiado, diante da necessidade de autoconservação desse Eu. A neurose de guerra é narcísica, a partir da ideia de que é preciso reinvestir essa pulsão no Eu, para sobreviver.

Sándor Ferenczi, discípulo de Freud, a partir da década de 1930, se interessou pelos denominados pacientes “difíceis”, justamente sobre a ideia do trauma. Retornando aos trabalhos iniciais de Freud, a respeito do conceito de trauma na histeria, Ferenczi (1930) notou que nos chamados pacientes “difíceis”, os traços mnêmicos descobertos apresentavam resquícios do fator traumático original na etiologia dessas neuroses.

Ferenczi (1928) retorna a questão da cena infantil de sedução de um adulto, descrita por Freud no estudo sobre a histeria (1896) para pensar no trauma como um fator etiológico da neurose, a partir também da sedução real e agressiva, vivida por esse indivíduo na infância. O autor, portanto, evidencia a ideia do trauma infantil, original, vivido nessa experiência entre a criança e o adulto. O trauma é resultante de uma discrepância da linguagem infantil e da linguagem do adulto.

Nas construções iniciais sobre a teoria do trauma, Ferenczi (1928) afirma que o trauma se origina de um abuso, geralmente sexual, vivido por uma criança e que fora cometido por um adulto. Para Ferenczi (1928), a partir da sua posição hierárquica e de objeto de desejo da criança, o adulto consegue, através da linguagem da paixão seduzir uma criança que entende tal mensagem pela lógica da ternura. Tal suposta violência desempenhada pelo adulto é imprevisível e incompreensível para a criança, que reage com um medo intenso diante da autoridade do adulto.

A criança nesse contexto, não pode mais confiar em seu cuidador, pois esse não mais respeita suas necessidades de ternura (Ferenczi, 1928). O autor afirma que a confusão da criança reside nessa sensação de estar perdido nessa relação com seus primeiros objetos, que fora distorcida pelo suposto abuso. Estar perdido, nesse contexto, é ter sido enganado e traído pelo objeto de sua relação afetiva.

Essa ideia de Ferenczi (1928) apresenta-se com algumas semelhanças com a teoria da cena de sedução de Freud (1905). Contudo, ao contrário da teoria freudiana, que entende essa cena de sedução pela via da fantasia. No contexto da teoria de Ferenczi (1928), o trauma é oriundo de um suposto abuso real, em que a criança se sente traída e oprimida pelo abusador.

A teoria de Ferenczi (1928) apresenta a importância da relação da criança com os adultos cuidadores, ou seja, a importância da relação dos sujeitos com seus primeiros objetos. No caso do trauma (da realidade material, relacionado ao abuso, geralmente sexual), a confusão psíquica é oriunda da necessidade de confiança perdida que a criança tem para com o adulto. Nas necessidades psíquicas da criança, que se liga aos adultos pela via da ternura e da confiabilidade, existe algo que se perde. A relação com o objeto torna-se traumática, do ponto de vista que esse objeto ao mesmo tempo que invade seus limites também desampara esse sujeito (Ferenczi, 1928).

1.6 O trauma de castração na teoria freudiana.

Quando Freud escreveu sobre as neuroses de guerra (1916, 1920) afirmou que os sujeitos característicos de tais neuroses são aqueles que viveram tragédias na realidade material, tal como os horrores da guerra, ou acidentes graves. Para Freud, nesse momento de sua teoria, as neuroses de guerra contrariariam a lógica da obtenção de prazer das moções pulsionais, uma vez que o retorno à vivência do trauma seria algo desprazeroso e, portanto, sua repetição seria contraditória para o inconsciente (Freud, 1916, 1920)

Contudo, em 1926 Freud escreve novamente sobre a questão do trauma em seu texto *Inibição, Sintoma e Angústia*. Freud (1926) afirma que o nascimento de todos os sujeitos serve à psicanálise como um modelo do protótipo do que seria o trauma em psicanálise. O nascimento é para o sujeito uma situação traumática em si, uma vez que se configura como uma separação desse sujeito de algo que lhe parecia fazer parte de si. Seria, para Freud, o primeiro indício do processo de castração dos sujeitos.

Nesse momento, Freud (1926) não mais vê a castração como algo vivido em algum momento da infância dos sujeitos, após a percepção a existência do objeto. Antes mesmo de ser capaz de perceber a existência de seus objetos primários, o sujeito já é separado de tais objetos. Para Freud, a castração é traumática por excelência e é vivida desde os primórdios da existência de cada sujeito. Tal trauma é produtor de angústia, que é revivida a cada novo momento de experimentação dessa separação, o que Freud denominou como angústia de castração.

A castração da infância, trazida por Freud (1905) no início de sua teoria, sob essa nova ótica apresentada em *Inibição, sintoma e angústia*, consiste na revivência desse primeiro trauma, relacionado à angústia diante da constatação da separação do sujeito desse objeto. A vivência intrapsíquica da castração, portanto, é algo que inicia desde o

momento do nascimento e é confirmada, reafirmada e revivida a cada experiência do sujeito diante da ausência do objeto (Freud, 1926). A castração da infância não é, portanto, para Freud (1926), a primeira castração vivida pelas pessoas. Ou melhor, o processo de castração inicia-se com uma ruptura traumática. Os anos posteriores do desenvolvimento dos sujeitos são marcados por tentativas de elaboração diante dessa castração, ou seja, diante desse trauma original.

Os objetos secundários da criança, se fazem presentes na relação não somente para garantir que tal criança seja castrada, e para apontar a ausência do objeto primário, mas também para apresentar recursos de elaboração diante do trauma primário (Freud, 1926). Essa elaboração do trauma primário auxiliará a criança nos deslocamentos libidinais para outros objetos, como caracterizou Freud (1905). Esses deslocamentos, ou os conflitos do deslocamento libidinal serão produtores de sintomas na clínica dos pacientes neuróticos clássicos.

Existe, contudo, falhas nessa elaboração do trauma original em alguns sujeitos. Segundo Chiantaretto (2011), os sujeitos em estado-limite são um exemplo de sujeitos em que a falha na elaboração de tal trauma se faz presente na sua atualidade.

1.7 Sujeito em estado-limite: sujeito do trauma?

André Green (1976) apresenta a questão dos estados-limite aproximando-os da lógica do trauma para a psicanálise. Ele afirma que a problemática dos pacientes limítrofes está relacionada ao trauma a medida em que tais sujeitos se comportam como se tivessem fixados num trauma real, tal como Freud (1919) descreveu na clínica das neuroses de guerra e Ferenczi (1928, 1930, 1934) corroborou ao escrever sobre o medo diante dos abusos do adulto.

Essa característica que aproxima os pacientes limítrofes das neuroses traumáticas é evidenciada por Green (1986) quando este descreve sobre uma característica importante sobre esses sujeitos: a presença do que Green (1986) chama de angústias básicas diante da presença do objeto.

Green (1986) afirma que nos estados-limite há uma dificuldade manifesta no manejo dessa relação entre o Eu e o objeto, ou seja, entre o Eu e o que não pertence ao Eu. Como postulado por Ferenczi (1928) há, por parte do sujeito, uma percepção, ainda que inconsciente, que seus primeiros objetos falharam em sua função de cuidadores, ao desrespeitar suas necessidades de ternura.

Segundo Green (1986) essa falha é percebida tanto como um abandono, quanto como um excesso da presença de tal objeto. Esse abandono é diferente da ausência característica da castração, cujo afastamento é gradual e, apesar de produtor de sofrimento, permite ao sujeito a construção de recursos outros para lidar com essa falta. No caso dos sujeitos em estado-limite, essa ausência é fruto de uma ruptura brusca, que trai sua confiança em seus objetos primários, e como consequência, também abala sua autoconfiança e sua autonomia (Green, 1976).

Relembrando o caso do *Homem dos lobos*, Freud afirma que essa característica de perda de autonomia sobre suas próprias moções pulsionais era presente na clínica de seu paciente. O homem dos lobos havia perdido, desde seus primeiros anos de vida, suas referências de objeto, sendo “abandonado” por vários desses, devido aos suicídios e demais perdas físicas e simbólicas de seus familiares e referenciais.

Green (1976) afirma que esses sujeitos em estado-limite nem sempre relatam um trauma vivido na realidade material, mas que seu discurso retorna a uma vivência de algum trauma, em que a sensação de perda de referenciais o consome, fazendo emergir sua pulsão narcísica diante da necessidade de se proteger dessas possíveis ameaças. O que Green

(1976) afirma é que não é o trauma em si que garante a fixação na cena traumática, mas sim quais recursos cada sujeito possui para lidar com tais traumas. O próprio processo de castração é traumático (Freud, 1926) e todo sujeito neurótico o vive. A questão reside, portanto, não na ausência do objeto, mas sim em uma separação insuficiente e traumática.

Tal paradigma é, para Green (1986) produtor de sintomas específicos, encontrados com frequência na clínica dos pacientes limítrofes. A agressividade comum encontrada em tal clínica, é resultado dessa ameaça constante percebida diante da presença do objeto (Green, 1986). Essa ameaça é caracterizada por um medo intenso e por isso é visto, assim como no *Homem dos lobos*, uma certa rigidez apresentada no contexto analítico (Green, 1976, 1986). Não seria possível baixar suas defesas, pois isso os deixa vulneráveis aos possíveis ataques do objeto, como postulado por Ferenczi (1928). Os sintomas da clínica dos estados-limite são frutos do que Green (1986) descreve como angústias básicas. Essas angústias, diferentemente das angústias da clínica das neuroses clássicas, se referem a essas defesas primitivas, características das crianças. Apesar de sua fala organizada e coerente, o paciente limítrofe apresenta defesas básicas, como a formação reativa, a agressividade e a passagem ao ato.

Para Green (1986) tais defesas emergem em vários âmbitos da vida do sujeito, dentre eles o contexto clínico, pois esse contexto é um recorte de sua realidade externa. Na clínica há a repetição das relações do sujeito com o seu objeto, em maior ou menor grau. No caso do *homem dos lobos*, por exemplo, Freud afirmou ter sido uma clínica difícil, que exigiu um extenso trabalho de convencimento de que seu paciente se implicasse no processo. Quando tal abertura começou a ser conquistada, o paciente se convenceu que estava curado e abandonou o processo.

No processo analítico a relação analisando e analista também se constitui como uma relação sujeito e objeto. Essa é a lógica da transferência para a teoria freudiana

(Freud, 1914). No contexto da clínica dos pacientes limítrofes a relação entre o paciente e seu analista é traumática, como as demais relações objetais desse sujeito. Essas características da relação transferencial, que se apresenta como um recorte da relação desse sujeito com seus objetos, serão discutidas no segundo capítulo.

Capítulo II- A transferência nos estados-limite.

Em seu texto publicado sob o título *Estudo autobiográfico*, Freud discorre sobre o percurso da construção teórica da psicanálise. Nesse texto, um dos aspectos abordados é a construção do conceito de transferência. Freud relata quais foram alguns dos acontecimentos que marcaram sua constatação sobre a existência da transferência de modo geral, mas principalmente como ela se apresenta na clínica.

Freud (1925) afirma que um dos acontecimentos importantes para a construção do conceito de transferência foi sua observação sobre o caso Anna O., paciente de seu colega de trabalho Joseph Breuer. Sobre o caso, Freud (1925) escreve:

“(...) ele se esquivou de reconhecer a etiologia das neuroses. Ele poderia ter me esmagado ou pelo menos me desconcertado, apontando sua própria primeira paciente, em cujo caso os fatores sexuais ostensivamente não haviam de forma alguma desempenhado qualquer papel. Mas nunca o fez (...) Depois que o trabalho de catarse parecia estar concluído, a moça subitamente desenvolvera uma condição de ‘amor de transferência’; ele não havia feito a ligação disso com sua doença e então se afastara desalentado” (Freud, 1925. p. 39)

Neste trecho de seu *Estudo Autobiográfico*, Freud relata sobre o fracasso analítico de Breuer diante da paixão de sua primeira paciente pela figura de seu analista. Desconcertado com o surgimento de um amor em contexto clínico, Breuer abandona seu caso, famoso caso Anna O., deixando-o sob os cuidados de Freud. É nesse contexto, ainda anterior ao desenvolvimento do método psicanalítico que Freud observa o que será denominado como transferência.

O conceito de transferência para a teoria freudiana foi construído a partir de algumas considerações levantadas por Freud ao longo de seu trabalho. Os *Estudos sobre a histeria* e *A interpretação dos sonhos* são dois exemplos de obras em que Freud discorreu sobre a transferência, sob o prisma de um deslocamento de investimento libidinal no nível de representações psíquicas, que se sustenta a partir das figuras de mundo interno de cada sujeito. Nota-se, contudo, que Freud ainda não falou da transferência como um componente presente na relação terapêutica.

A função essencial do fenômeno transferencial se vê esboçada no caso Anna O. (Bertha Pappenheim), ex-paciente de Josef Breuer, pois Freud pôde examinar o caso de perto, a partir das discussões com o seu até então colega (Freud, 1925). Mas é na análise de Dora, em 1905 (Freud, 1905), que Freud obteve sua primeira experiência *in loco* com a existência da transferência na clínica. Experiência essa negativa, pois ao recusar as investidas amorosas de sua paciente, Dora desenvolve uma resistência significativa a seu tratamento e uma certa hostilidade sobre a figura de seu analista.

Os sentimentos dos analisandos que surgem na relação com seus analistas se apresentavam como um recorte das relações recalçadas dos sujeitos com suas imagos parentais. Em *Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade*, observa-se que as primeiras relações objetais de cada um surgem a partir dos investimentos libidinais em nossos primeiros objetos, daí a importância dos chamados imagos parentais.

A busca pela satisfação libidinal da infância se remete à fantasia criada a partir das figuras parentais (Freud, 1905). Se há a necessidade do desenvolvimento do simbólico como recurso para lidar com a perda do objeto primário, nota-se que as figuras parentais já são fruto de uma idealização diante das pessoas reais que ali se apresentaram, uma vez que essas figuras reais também não foram aqueles objetos primeiros perdidos. É esse caráter da

fantasia com as imagos parentais que comporta um elemento importante para a clínica psicanalítica: a transferência.

A definição do termo transferência, dado por Freud (1912) se apresenta como uma premissa do percurso analítico, sendo o recurso mais fundamental para o trabalho de análise do sujeito. Segundo Freud, é na transferência que os desejos inconscientes do sujeito analisando passam a se repetir na pessoa do analista, quando o próprio analisando coloca seu analista no lugar de objeto.

Em *A dinâmica da transferência*, Freud afirma que cada sujeito, a partir de suas características inatas e de suas experiências vividas na infância, constrói formas de vivenciar suas experiências amorosas, bem como seleciona seus objetos e as condições de vivências desse amor. Torna-se, portanto, um clichê na vida do sujeito, se repetindo a cada experiência, à medida que as condições ambientais permitam que tal fenômeno aconteça.

O autor afirma que parte dessas pulsões que determinam a vida amorosa do sujeito perfaz o desenvolvimento psíquico do mesmo. Ou seja, apenas parte dessas pulsões é percebida no consciente do sujeito e está dirigida à realidade. A outra parte, que consiste na maior porção de pulsões libidinais, fora detida no desenvolvimento da pessoa. Fica separada, portanto, tanto da personalidade consciente quanto da realidade. Manifesta-se apenas na fantasia ou permanece no inconsciente, protegida por seus mecanismos de defesas, de forma que se trata de uma parte desconhecida para o consciente. Freud (1912), à essa época, já está ciente da existência da transferência no contexto clínico, discorre sobre dois tipos de transferência observadas na clínica: a transferência positiva e a transferência negativa.

Segundo o texto em questão (Freud, 1912), a transferência positiva seria a transferência de identificação, em que o paciente projeta na figura do analista, ainda que inconscientemente, a existência de traços que remetem às características de suas imagos

internas. A transferência positiva é manifestada através da confiança no processo terapêutico, do compromisso e do investimento que o sujeito se propõe a fazer, da admiração por seu analista, pelo emparelhamento de características positivas sobre seu analista, etc.

Em contrapartida, Freud (1912) nos aponta que a transferência negativa se apresentava de duas maneiras: através da transferência hostil ou através da transferência erótica. No primeiro caso, Freud se refere às transferências ligadas a sentimentos ruins, como ódio, desprezo e agressividade dirigida à figura do analista. No segundo caso, o autor se refere à transferência de cunho erótico, em que o paciente apresenta desejos manifestos de ter uma relação amorosa com seu analista.

Ainda no texto *A dinâmica da transferência*, Freud afirma que a transferência negativa seria um prejuízo para o andamento da análise, tornando-a inviável de prosseguir, pois a relação entre analista e analisando estaria diante de um empecilho de conduta. O acesso às representações das figuras de mundo interno do sujeito estaria diante de barreiras da resistência mais difíceis de ser contornadas. Essa pontuação de Freud abre a discussão para dois pontos importantes sobre o fenômeno da transferência: as resistências surgidas na transferência e a importância da fantasia na relação transferencial.

2.1 O caráter contraditório da transferência: o papel das resistências.

Quando Freud (1912) observa a transferência em sua clínica constata que esse fenômeno apresenta elementos importantes para entender as relações inconscientes entre o sujeito em análise e seus objetos, pois há uma representação dessas relações na transferência. Freud (1912) afirma que a observação do fenômeno da transferência na clínica é fundamental para o andamento da análise. Essa percepção ocorre a partir da

observação dos sintomas manifestos na clínica. A formação dos sintomas é, para Freud (1917) resultado das falhas nas moções pulsionais, que buscam ligar-se a um objeto. No caso da relação transferencial, os sintomas emergem na clínica como mais uma tentativa de resolução dos percalços nas relações entre sujeito e objeto. Assim é possível compreender quais são as relações construídas, em nível inconsciente, entre as figuras de mundo interno do analisando e a figura do analista. Ou seja, a investigação sobre o lugar da fantasia em que o sujeito posiciona seu analista denuncia suas outras fantasias objetais.

Parte das moções pulsionais direcionadas às figuras de mundo interno do sujeito permanecem no inconsciente, apresentadas parcialmente pela repetição das buscas objetais; e quando a repetição ainda se apresenta no ato, sem a ferramenta de elaboração essencial dessa fantasia, apresenta-se no contexto clínico também em forma de ato.

Isso fora para Freud (1912) entendido como um grande empecilho no fazer psicanalítico, nesse momento do desenvolvimento de sua teoria. Pontalis (1991) afirma que não só a resistência presente na transferência se mostrou, para Freud, como um empecilho, mas também a transferência como um todo foi entendida como um entrave no fazer psicanalítico, ao menos no início de seu trabalho.

“Assim, para Freud, a transferência foi constantemente uma ocasião de surpresa e até, no começo, de uma má surpresa. Para nós, ela é esperada. Para ele, no início e durante muito tempo, foi um obstáculo indesejável: ‘A transferência, nossa cruz’, escreve ele ao pastor Pfister.” (Pontalis, 1991. p.70)

Freud (1912), discorrendo sobre a transferência, apontou que essa o surpreendia, pois era um obstáculo indesejável, mas também algo inevitável na clínica psicanalítica. Também apontou uma outra contradição: a transferência seria a manifestação mais forte de

resistência do sujeito, pelo fato de ser exatamente essa repetição de suas pulsões infantis, sem elaboração e também por boa parte desses desejos serem da ordem do inconsciente (Freud, 1912, 1914). Ao mesmo tempo, o manejo da transferência é a ferramenta fundamental no processo analítico. Assim, a transferência se apresenta tanto como o instrumento fundamental do fazer analítico, pois nos fornece o campo de interpretação dessas repetições no ato (Freud, 1912). O analista traz o ato à consciência. Porém, essa tentativa de tornar consciente tais relações com as imagens torna-se o empecilho talvez mais difícil que se ergue na relação terapêutica.

Assoun (2011) afirma que a transferência se impõe como “a última criação da doença” (p.13). Nada na criação transferencial é arbitrário. A transferência nada mais é que uma nova criação a partir de uma variedade de produtos psíquicos reprimidos. Se trata, mais uma vez, de uma tentativa de retorno do recalcado. Como falamos aqui do contexto clínico, é esse retorno na relação terapêutica que define o que Freud (1912) chamou de neurose de transferência.

2.2 A neurose de transferência e sua relação com a fantasia.

Tanto a transferência positiva como a transferência negativa, segundo Freud, seguem a lógica da repetição inconsciente das relações com as figuras de mundo interno projetadas no contexto analítico. E nesse contexto, Freud discorre sobre o que ele chamou de neurose de transferência.

Como dito anteriormente, os sujeitos analisados enxergam, na figura do analista, traços que lhes remetem a características de suas imagens internas. Para o paciente, o analista começa a assumir, do ponto de vista do analisando, características de personalidade e traços de conduta similares com as expectativas inconscientes de cada paciente. A questão é que essa percepção- ainda que inconsciente- por parte do analisando,

de algo familiar não representa a realidade da relação. Nada mais é do que a projeção de uma fantasia interna. Freud (1914) afirma que esse caráter da fantasia construída na relação transferencial, por parte do paciente, é o que caracteriza as neuroses de transferência. Busquemos uma definição do dicionário de Laplanche e Pontalis (2001) sobre a neurose de transferência:

“Na teoria do tratamento psicanalítico, neurose artificial em que tendem a organizar-se as manifestações de transferência. Constitui-se em torno da relação com o analista; é uma nova edição da neurose clínica” (Laplanche e Pontalis, 2001. P. 309)

No texto freudiano *Recordar, repetir, elaborar*, vemos a importância desse surgimento da neurose de transferência, em substituição dos sintomas relacionados a neurose infantil. O texto afirma que essa construção artificial no contexto clínico permite que o sujeito repita seus sintomas e desdobramentos na relação com seu analista. Essa nova edição da neurose clínica representa uma repetição dos sintomas da neurose do sujeito, que se encontram em sua vida externa, mas que agora se apresentam na relação com seu analista (Freud, 1912, 1914). A neurose de transferência seria uma neurose artificial, ou seja, um conjunto de sintomas que surgem na clínica em substituição aos sintomas vividos pelo sujeito nos demais ambientes de sua vida (Freud, 1912).

Retomando o que Assoun (2011) propõe, é possível pensar sobre o conteúdo dessas repetições sintomáticas, que surgem na neurose de transferência. Se fala-se de repetições dos sintomas na relação analisando-analista entende-se, portanto, que o conteúdo da transferência se refere ao conteúdo dos conflitos psíquicos do sujeito analisando. O que retorna na relação transferencial é um recorte da gênese do conflito de cada sujeito, pois o

sintoma é a manifestação dessa dificuldade de mediação interna, e o sintoma encontra a possibilidade de se repetir na clínica. Quando Freud (1912) afirma que a transferência é construída a partir das nossas imagos, a transferência traz, à luz da repetição, a manifestação artificial dos conflitos psíquicos na clínica. Mas por que a neurose de transferência se faz necessária para o processo analítico? Mais uma vez Assoun nos auxilia:

“A transferência é esse mal que contraímos em análise. Dizer que ela é *artificial* nos permite ecoar a ideia das transferências como *artefatos* que podem ser superados (...) A transferência nos apresenta como uma arena (*Tummel-platz*) onde se é permitido florescer [literalmente: brincar] com uma liberdade quase plena, com todas as pulsões patogênicas que estavam escondidas na vida psíquica do analisando” (Assoun, 2011. pp.37-38- tradução livre nossa)

Os sintomas, portanto, se deslocam através das moções pulsionais da vida psíquica dos sujeitos para essa nova relação. A relação terapêutica também se apresenta como uma relação objetal, do sujeito analisando com esse novo objeto que se apresenta no enquadre, através da figura de seu analista. O deslocamento pulsional para a figura do analista permite a elaboração dos significados desses desejos, permite ‘brincar’ com esse conflito, dada a abertura da possibilidade de criação de recursos de elaboração de tais conflitos (Assoun, 2011).

Quando a relação analista-analisando apresenta a possibilidade, através do estabelecimento e da identificação, por parte do analista, da existência da transferência, abre-se um espaço de elaboração dos conflitos relacionados ao objeto do sujeito como um todo, uma vez que a relação que se constrói no enquadre é um recorte das demais relações

do sujeito (Freud, 1912). Esse recorte clínico possui, em essência, a possibilidade de se trabalhar em cima do conflito, em vez de simplesmente repetir o padrão que o sujeito está inserido (Freud, 1912, 1914). O trabalho sobre a construção e elaboração dos conflitos do sujeito com seus objetos, feitos em contexto clínico, é o que Freud (1912) definiu como manejo da transferência.

O manejo da transferência na clínica é o trabalho do analista, que ao perceber as repetições sintomáticas na relação transferencial, pode escolher não assumir esse lugar da fantasia do sujeito (Freud, 1914). Se o sujeito compreende seu analista como uma repetição de suas figuras de mundo interno o analista pode, por sua vez, auxiliar seu analisando na compreensão de tais repetições. Assim é possível apresentar as ferramentas de ressignificação diante do lugar simbólico que o sujeito posiciona seus objetos (Freud, 1937). Se essa repetição se apresenta agora no enquadre analítico, existe a possibilidade de trabalho e reelaboração desses sintomas (Freud, 1914, 1937).

2.3 A fantasia nos sujeitos em estado-limite: neurose traumática e neurose de transferência.

A clínica dos pacientes em estado-limite encontra um percalço em seu caminho: a questão da fixação na imagem do trauma (Seligmann, 2005; Chiantaretto, 2011). Relembrando o percurso de Freud sobre a questão do trauma, o início de sua teoria residia na ideia de que o trauma está relacionado a uma vivência da ordem da fantasia sobre uma cena da sexualidade adulta vivida na infância, como visto no estudo sobre a histeria. (Freud, 1896) Quando Freud estudou sobre a histeria, ainda no início do desenvolvimento da teoria psicanalítica, chegou-se na questão da cena de sedução da infância que, através do processo de recalçamento, tornava-se esquecida ou distorcida no discurso.

A questão da fantasia se apresentava de duas formas distintas: tanto sobre as distorções mnêmicas, quanto também sobre a distorção da própria realidade da cena de sedução. Freud (1905), em seus estudos posteriores, questionou a veracidade da cena traumática na vivência da histeria, pois notou, através do discurso de suas pacientes, que o trauma não fora vivido na realidade material, ou pelo menos a cena real fora distorcida pela fantasia do sujeito em questão, pela influência do medo diante da perda do objeto.

O segundo momento sobre a teoria do trauma em Freud (1916) nasce a partir da teoria das neuroses de guerra, ou neuroses traumáticas. Relembrando que a teoria das neuroses de guerra nasce justamente nos períodos entre Primeira e Segunda Guerra Mundial. Freud (1916, 1919), nesse contexto discorre sobre a neurose de guerra como uma condição sofrida por aqueles que viveram alguma tragédia real, diferentemente do trauma da cena de sedução da histeria, como por exemplo o horror sofrido pelos soldados e sobreviventes de guerra.

Quando Freud (1916, 1919) escreve sobre os sujeitos que viveram algum tipo de tragédia observa que as questões relacionadas a conflitos do sujeito com seus objetos apareciam, em seu discurso, de forma secundária. O cerne do discurso desses sujeitos era a repetição incessante da imagem real do trauma. Freud notou que os sobreviventes da guerra apresentavam um discurso que esboçava reações primitivas à atualidade da imagem traumática. Não mais se falava do recalçamento como mecanismo de defesa para ocultar a imagem do trauma. Ao contrário, o trauma era relatado de forma mais clara e mais condizente com os aspectos materiais do ocorrido, em que se observava que o recalque pouco trabalhava no esquecimento das imagens de horror vividas.

No primeiro capítulo vimos que, sobre a temática do trauma, Ferenczi foi um que trouxe contribuições importantes sobre o assunto. Ferenczi (1928) inicialmente retornou aos estudos iniciais de Freud (1896) quando esse defendia que o trauma era decorrente de

uma cena de sedução real, vivida na infância. Porém Ferenczi (1928) apresenta dois fatores importantes sobre esse retorno à ideia de um trauma real: isso não só resgata a importância de se pensar o trauma como um fator etiológico dos sintomas, mas também retorna o olhar para a importância de se pensar o trauma como algo que influencia diretamente o desenvolvimento psicosexual dos sujeitos:

“Na adaptação da família à criança, o que se revela ser traumático produz-se, portanto, quando da passagem da primeira infância primitiva à civilização; o asseio não é a única coisa a estar em causa, somando-se-lhe a *sexualidade*. Ouve-se muitas vezes dizer que Freud atribuiu tudo à sexualidade, o que não é inteiramente exato. Ele fala de um *conflito* entre as tendências egoístas e as tendências sexuais, considerando até as primeiras como as mais fortes” (Ferenczi, 1928. p. 7)

Ferenczi (1928), quando se refere à teoria freudiana, afirma que o desenvolvimento psicosexual dos sujeitos não está relacionado somente à um deslocamento pulsional da libido das crianças para objetos externos, diante dessa passagem à civilização. Esse deslocamento não é natural e desemboca de forma automática nos objetos secundários. A passagem da primeira infância primitiva à civilização é traumática por si só, pois é uma zona de conflitos entre as tendências pulsionais sexuais, ou seja, que se ligam a objetos externos, e as pulsões relacionadas ao Eu.

Essa ideia de Ferenczi (1928) corrobora com a trazida por Freud em 1926, em *Inibição, sintoma e angústia*. Freud, nesse momento, pensa a castração como um processo traumático por excelência. Esse trauma é gerador de angústia, diante desse conflito entre as pulsões narcísicas e as pulsões que se deslocam para objetos externos. O trauma, tanto para Ferenczi (1928), quanto para Freud (1926), independente de sua existência na realidade

material, é existente na realidade psíquica dos sujeitos, pois se remete ao trauma de separação do objeto. Seganfredo (2008) nos auxilia nesse entendimento sobre o trauma:

“Em 1926, Freud retoma a questão do trauma, tomando o nascimento como modelo prototípico de todas as situações posteriores de perigo. Refere-se à castração como a situação traumática por excelência, acrescentando que basta uma degradação econômica, para o trauma da castração ser vivido em termos da perda do objeto, da perda do amor do objeto e da perda do amor do superego” (Seganfredo, 2008, p. 7)

Segundo Freud (1926), se a castração é a vivência dessa perda do objeto, e essa vivência é traumática por si só, cabe a pergunta sobre o que seria a vivência traumática dos momentos posteriores, como visto nas neuroses de guerra. Para Freud, diante de alguma situação de degradação econômica do aparelho psíquico dos sujeitos, há um terreno fértil de retorno ao trauma original, esse trauma de castração, pela ótica da ameaça da perda objetual novamente. A clínica do trauma se difere das demais porque os sujeitos da neurose traumática, ou pelo termo freudiano neurose de guerra, apresentam, em seu contexto clínico, um retorno recorrente ao que foi vivido nos momentos tidos como traumáticos, o que é denominado como uma fixação na imagem traumática (Seligmann, 2005, Chiantaretto, 2011). Mas essa revivência da imagem traumática, apesar de repetir a cena do trauma real, como ocorre nas neuroses de guerra, remetem o sujeito ao seu trauma original, de perda do objeto.

Na clínica das neuroses traumáticas e dos estados-limite, a fixação nessa imagem traumática possui uma função econômica de proteção psíquica do Eu (Chiantaretto, 2011).

Como Freud (1926) diz, diante de uma degradação econômica do aparelho psíquico, ou seja, diante de um enfraquecimento e empobrecimento das defesas do sujeito, existe uma tendência à revivência do trauma original. A fixação na imagem traumática é um recurso de defesa diante da própria vivência do trauma (Chiantaretto, 2011).

O relato do trauma, como visto no homem dos lobos (Freud, 1918 [1914]), apesar de ser descrita com a presença de certos afetos, mostrava que esses afetos não eram proporcionais ou coerentes com seu relato, aparecendo muitas vezes de forma branda e pouco intensa. Os afetos realmente relacionados ao trauma eram, segundo Freud (1918 [1914]), mostrados em outros momentos, dissociados da imagem traumática, como ocorria em seus episódios depressivos graves. O paciente limítrofe apresenta essas dificuldades de relacionar seus intensos afetos à essas cenas traumáticas. É nesse sentido que a fixação na imagem do trauma tem um efeito econômico (Seligmaan, 2005, Chiantaretto, 2011), pois apesar de levar o sujeito à repetição de uma cena de intenso desprazer, distancia-o dos afetos relacionados à essa cena.

Para Chiantaretto (2011), esse distanciamento entre a cena traumática e os afetos relacionados à vivência do trauma possui um sentido econômico de proteção psíquica do Eu, pois ali houve uma cisão entre o lugar de existência do sujeito e a presença do objeto. Essa cisão também está relacionada a cisão entre a imagem do trauma e seus afetos, ou seja, entre os afetos e a representação. Chiantaretto, em *Escrituras de soi e Escrituras des limites*, afirma que essa ruptura se remete ao lugar interno em que esse sujeito pode existir. Tal lugar interno se refere àquilo que Green (1976) afirma sobre o limite entre as instâncias psíquicas e a dificuldade que o paciente limítrofe possui de transitar entre as instâncias, permanecendo mais tempo em uma terra de ninguém. Esse local de existência pressupõe a capacidade e autorização de transitar entre as instâncias (Green, 1976) O sujeito precisa ser capaz de identificar e simbolizar o que é o Eu e o que é o não-Eu. Nos estados-limite

ocorre uma divisão do Eu desses sujeitos, como por exemplo aponta Seligmann (2005) ao falar sobre os relatos de sobreviventes da guerra, que se referiam a si mesmos em terceira pessoa.

Para Seligmann (2005), o trauma seria uma fixação na situação de ruptura, de cisão desse Eu diante da situação traumática, que ameaça a função do espaço fronteiroço transitório que Green (1976) apresentou. O trauma, portanto, dificulta o trânsito pulsional entre as instâncias psíquicas do sujeito, fazendo o sujeito permanecer muito mais tempo nesse território de conflitos, em vez de transitar por ele momentaneamente (Candi, 2010).

Essa permanência no espaço fronteiroço, conflituoso por natureza é resultado da presença do trauma, que remete o sujeito às necessidades de proteção básicas, diante da ameaça intermitente da presença- ou ausência- do objeto (Green 1976, 1986). Diante da necessidade de se proteger de tais ameaças, o sujeito se afasta das representações de suas próprias moções pulsionais. Os fatos vividos não são reconhecidos como parte do Eu, mas sim como um ataque do outro diante desse Eu. Portanto, pela perspectiva do paciente, diz mais sobre o outro, sobre a ideia interna que esse sujeito tem sobre o outro, do que sobre o próprio sujeito (Seligmann, 2005).

A vivência do trauma, apesar de muitas vezes no discurso dos sujeitos se remeter a um fato traumático da realidade material, é também sempre um retorno a angústia primária, que diz respeito a diferenciação do Eu diante do outro. A experiência diante do trauma é o que Chiantaretto (2011) nos aponta: uma revivência na atualidade dos traumas precoces, anteriores ao estabelecimento do Eu, ou seja, anteriores ao momento edipiano.

A questão da fixação na cena traumática nos apresenta dois pontos fundamentais para questionarmos a questão da transferência na clínica dos estados-limite. A primeira questão reside no paralelo entre o sujeito em estado-limite e o sujeito do trauma. Como nos disse Ferenczi (1928), sustentado pela teoria freudiana, o trauma é inerente a cada sujeito.

A existência em si é traumática e, ao longo do desenvolvimento do aparelho psíquico, há várias vivências reais e da fantasia de situações traumáticas. O que diferencia, portanto, um sujeito tido como limítrofe dos sujeitos neurótico clássico é a via de elaboração que esse sujeito possui, diante das adversidades de seu percurso. Melo Neto (2012) discorre sobre as vias de possibilidade de elaboração das adversidades, através da ideia de perda de algo importante:

“Em torno da ideia de perda abrem-se duas vias teóricas, a do luto e a do trauma. Nos dois casos fala-se de elaboração, mas são elaborações diferentes. De forma muito geral, a elaboração do luto se refere à retirada do investimento pulsional do objeto e sua distribuição no Eu e em outros objetos (...) Já a elaboração do trauma é diferente, se refere à ligação de seus traços, mantidos estáticos e dissociados, a outros elementos do psiquismo, sejam eles afetos ou representações. É um trabalho de integração e de ligação também no sentido de prontidão, prontidão para o excessivo, para o inesperado” (Melo Neto, 2012. p. 414)

Quando se pensa na realidade do enquadre clínico volta-se para a questão da neurose de transferência. Se a figura do analista assume, na relação, uma repetição de suas relações objetais, a neurose de transferência também implicará em uma perda (Melo Neto, 2012). Ou melhor, o manejo da neurose de transferência se encaminha para tal perda. Tal perda nada mais é do que o desinvestimento pulsional que se encontra nesse objeto, representado pela figura do analista, para essa redistribuição da pulsão no Eu do sujeito.

Porém, quando se fala da clínica dos sujeitos em estado-limite, se chega a dois pontos que se apresentam como difíceis na relação analisando-analista. O primeiro ponto é

o fato de que, em tais pacientes, o investimento libidinal já se encontra majoritariamente investido no Eu. Lida-se assim com as questões narcísicas, fruto da necessidade de um hiperinvestimento no Eu de tais sujeitos (Green 1976). O segundo ponto é que a fixação na cena traumática também enrijece a cena do enquadre, impossibilitando que o paciente consiga, por si só, retirar-se da compulsão a repetição de tal imagem do trauma, abrindo as possibilidades da fantasia das relações pulsionais. O analista ali apresenta-se como um mero ouvinte de uma história em que aparentemente nada há para se alterar, pois ela já aconteceu (Freud, 1918 [1914]).

A fixação na imagem do trauma distancia o sujeito dos afetos relacionados à essa vivência (Chiantaretto, 2011). Esse distanciamento destitui as possibilidades de elaboração do sujeito diante do trauma. O Eu do sujeito encontra-se clivado diante do trauma, que o remete a seu trauma original, diante da ameaça da perda do objeto. O paciente limítrofe encontra uma dificuldade de simbolização diante desse trauma, uma vez que ele é repetido incansavelmente pelo discurso da realidade material, sem que haja espaço para a via da fantasia auxiliar na elaboração de tal trauma (Chiantaretto, 2011).

Para o estado-limite, essa fixação na imagem traumática ocorre porque o trauma é percebido como algo que faz parte de seu Eu (Chiantaretto, 2011). Não é visto como um mero acontecimento, ou algo que faz parte de seu passado psíquico. Se trata de uma vivência forte o suficiente para fazer o sujeito se sentir perdido de quaisquer outras possibilidades de existência que não o remeta para seu trauma. O trauma abala as estruturas de seu Eu de tal forma que retirar-se dessa fixação na imagem traumática é também, para o paciente limítrofe, perder o último resquício percebido de existência de seu Eu (Chiantaretto, 2011).

Quando se observa a questão da fixação na imagem do trauma é mais fácil visualizar tal imagem como sendo de uma tragédia real, como por exemplo Freud (1916)

nos apresentou quando discorreu sobre as vivências dos ex-soldados e sobreviventes da Primeira Guerra Mundial. Mas não é possível afirmar que todo sujeito considerado limítrofe tem alguma tragédia material a relatar. A obra de Freud (1926) auxilia na definição de que o estado-limite pode ser entendido por sujeito do trauma porque toda vivência do trauma se remete ao trauma original, independente de trazer um conteúdo vivido na realidade material.

Mesmo nos casos de relatos de tragédias, há a possibilidade de elaboração pela via do luto. Isso evidencia que a repetição da cena traumática é uma necessidade do analisando, não do analista. O que há de traumático, do ponto de vista etiológico é o que Green (1976, 1986) definiu na questão do duplo-limite, especialmente na dupla angústia contraditória: a relação com o objeto. Esse objeto é de fato visto como uma ameaça tal qual a tragédia em si, pois ele é percebido como possível destruidor desse Eu fragilizado (1976, 1986).

Retomando a questão da transferência, sabe-se que a figura do analista está nesse lugar plástico em que as figuras de mundo interno do sujeito são projetadas em sua figura. Nesse sentido, o sujeito revive suas relações objetais com seu analista (Freud, 1912). No caso do sujeito em estado-limite, o analista se apresenta como, ninguém mais ninguém menos do que o objeto, destruidor, abandonador e traumático, capaz de destituir seu paciente do seu lugar de existência.

2.4 A transferência nos estados-limite

Não nos surpreendemos suficientemente com o fenômeno da transferência.

Sigmund Freud

Buscando uma essência que se mantém como uma definição comum sobre a transferência, utilizaremos a definição de Laplanche & Pontalis (2001):

“O processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica (...) A transferência é classicamente reconhecida como *o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico* (grifo nosso), pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este. (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 514)

Não é possível, portanto, falar de tratamento psicanalítico sem abordar a questão transferência. Não é possível falar de clínica psicanalítica sem levarmos em conta a transferência, tanto no sentido fenomenológico quanto na questão de seu manejo. A transferência, como postulada por Freud (1912), é a manifestação clínica das relações entre a pulsão dos sujeitos e seus objetos. Assim, o objetivo da percepção e do manejo da

transferência é busca pelo entendimento e ressignificação de tais relações. Ao abordar a questão da neurose de transferência, falamos sobre a importância da fantasia na relação analisando-analista, uma vez que é essa repetição, ou melhor, o manejo dessa repetição, que emerge a partir da projeção da relação entre as figuras de mundo interno do sujeito na figura de seu analista, que permite o trabalho psicanalítico (Freud, 1912).

Quando aproximamos a questão da neurose de transferência da neurose traumática, entretanto, nos deparamos com algumas dificuldades. As relações objetais dos sujeitos em estado-limite, por exemplo, são marcadas pela rigidez dos limites, tanto entre as instâncias psíquicas quanto entre Eu e o objeto (Green, 1986, 1990, 2002). A fixação na imagem traumática, seja ela de uma realidade material ou de um trauma psíquico inerente, regride o sujeito a condições psíquicas primitivas, como mecanismos de defesa primários. Essa regressão ocorre devido ao dispêndio libidinal oneroso, do ponto de vista da economia psíquica, que faz com que seja menos penoso fixar-se na imagem do trauma do que ter de elaborar sobre ele, ainda que essa fixação seja produtora de um profundo desprazer (Freud, 1916, 1919, 1916; Green, 1976, 1986).

As dificuldades dos estados-limite são observadas em suas manifestações psíquicas, referentes a mecanismos de defesa primitivos, pois tais defesas se relacionam ao contexto traumático da castração (Chiantaretto, 2011).

Esse contexto regride o sujeito às suas defesas primárias, pois carece da via de elaboração, que é um recurso psíquico mais rebuscado (Green, 1986; Figueiredo, 2011). Nesse contexto, os mecanismos de defesa dos pacientes limítrofes seguem a lógica da pulsão narcísica, diante da necessidade desse hiperinvestimento no Eu, que se encontra ameaçado novamente pela perda do objeto primário (Press, 2010). A agressividade resultante da ameaça diante do objeto tende a se repetir no contexto analítico, bem como os

demais mecanismos de defesa como a esquiva, a dificuldade de se implicar no processo e sua indiferença diante do processo terapêutico (Green, 1976).

A relação transferencial do sujeito em estado-limite ascende ao funcionamento das pulsões narcísicas, uma vez que o sujeito mais uma vez encontra a necessidade de se defender de um objeto abusador. E qualquer tentativa de intervenção pode ser compreendida como um ataque direto ao seu Eu. Essa vivência de sentir-se ameaçado diante dessa possibilidade de perda de seu espaço de existência também surge na relação analisando-analista. Para compreender melhor, recorremos a André Green (1986) e seu conceito de dupla-angústia contraditória.

2.5 A dupla angústia contraditória e sua relação com a transferência.

O conceito de angústia é extenso e complexo na teoria psicanalítica. Definiremos brevemente a angústia na teoria freudiana para trazer a questão da dupla angústia contraditória na teoria de André Green.

A questão da angústia é um objeto de investigação para Freud desde seus estudos sobre a histeria. Freud se perguntou o que sabia sobre a angústia e concluiu, em princípio, que ela estava intimamente relacionada a questão da sexualidade (Freud, 1894, 1896). Freud relacionou, por exemplo, a angústia à abstinência sexual, devido ao acúmulo de tensão sexual, sendo a primeira uma resolução psíquica desse acúmulo tensional.

A partir da ideia inicial sobre angústia, retornamos à teoria das pulsões, uma vez que estamos diante desses deslocamentos e resoluções psíquicas sintomáticas diante de um conflito interno. Em seu texto sobre o inconsciente, quando Freud (1915) discorre sobre o par consciente e inconsciente, afirma que a pulsão não se aplica à lógica antitética de

conteúdo do inconsciente ou consciente. Só se poderia conhecer sobre as pulsões dos sujeitos a partir da via da representação ou do afeto. A pulsão não existe em si mesma, uma vez que mesmo a nível inconsciente ela se encontra ligada a uma representação ou a um afeto (Freud, 1905). Na lógica das ligações, a pulsão sempre se apresenta com um objetivo: de descarga. Tal descarga seria, nada mais nada menos que a busca da satisfação, sendo que essa satisfação é entendida por Freud como uma redução de tensão (Freud, 1905).

Em 1925, em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud retoma seus casos infantis, tanto *O pequeno Hans*, quanto *o homem dos lobos* afirmando que em ambos os casos a origem do recalque era o medo eminente da castração. Esse medo diante da castração está relacionado ao medo da ausência do objeto, ou melhor, ao medo diante do abandono desse objeto, de perdê-lo completamente. Nesses dois casos clínicos que Freud (1926) retoma, ele afirma que as fobias vividas por tais pacientes surgem como um recurso do Eu, através de uma reação afetiva intensa, de proteção diante de um possível perigo.

Para Freud (1926) existe uma relação entre a angústia e a ameaça à castração, uma vez que a angústia seria um dos possíveis sinais afetivos diante desse medo da castração. Tal ameaça de castração, como vimos anteriormente, é traumática e, portanto, apresenta-se também como um perigo ao Eu do sujeito (Freud, 1926). Esse perigo que é percebido pelo Eu se refere não só ao fato de que a castração impera na possibilidade de perda do objeto primário, mas que essa perda em si também remete o sujeito a uma sensação de perda de unidade, já que nos momentos iniciais o objeto é entendido como parte integrante do sujeito (Freud, 1926; Chiantaretto, 2011). Essa ameaça da perda do objeto e de perda de sua ideia de unidade retorna a questão da angústia para a lógica da pulsão narcísica, de proteção e de reinvestimento libidinal no Eu.

A questão do narcisismo na teoria freudiana refere-se à pulsão que retorna ao Eu, em detrimento do deslocamento para o objeto (Freud, 1914). Trazendo essa lógica

narcísica diante do objeto é que chegamos na questão da relação objetal dos estados-limite. Green (1986), ao propor a existência do duplo limite expõe não só sobre tal existência, mas também a relação existente entre os dois limites: o limite entre as instâncias psíquicas e o limite entre o Eu e o objeto. Relembrando que a questão dos limites é presente nas estruturas psíquicas em geral, mas no caso dos sujeitos em estado-limite falamos de limites que se enrijecem diante da presença do objeto. Sobre o assunto, lemos em Mello & Herzog (2012):

“(...)a incapacidade dos objetos em cumprir suas funções parece potencializar o aspecto disruptivo e ameaçador da pulsionalidade. Considerando o momento de indiferenciação primária, no qual os objetos são absolutamente imprescindíveis para a constituição subjetiva, fica evidente o efeito traumático das falhas objetais em jogo. Convém reconhecer as falhas não em termos da inevitável falibilidade do objeto, mas de acordo com a qualidade de presença destemperada em relação às necessidades psíquicas do sujeito. (...) Nesse nível, interessa-nos chamar a atenção para o desvio da função primordial, tanto em relação ao objeto que falha porque se mostra alheio e inacessível, como pelo seu caráter absoluto e onipresente. Seja como for, o indivíduo fica submetido à presença excessiva do objeto primário, resultando daí o engendramento da coalescência entre o objeto e a pulsão.

Ora, de fato, não se deixando esquecer, o objeto torna-se indispensável e insubstituível, dificultando a instalação da diferença e da separação. As perdas ficam intoleráveis, intervindo sobremaneira nas vicissitudes objetais” (Mello & Herzog, 2012. p. 74-75)

A dupla angústia contraditória emerge dessa relação contraditória com o objeto (Green, 1986). No momento anterior à diferenciação do objeto, evidencia-se a importância dessa não-falha do objeto. Não se trata de falhas reais do objeto, mas sim nas falhas do possível espaço de diferenciação entre o Eu e o objeto. Esse objeto falha nessa “presença destemperada”, ora tendendo à nulidade da presença ora à presença absoluta e invasiva. Ao mesmo tempo que o objeto é entendido como parte desse sujeito, uma vez que se faz onipresente, subitamente ele se torna completamente ausente e inacessível.

Na clínica dos pacientes limítrofes, não é o objeto que falha com o sujeito na realidade material. Na verdade, o problema se encontra na forma como o sujeito percebe seus objetos diante de sua relação pulsional com eles (Green, 1986). Ainda que essa percepção se apresenta com uma certa passividade em seus discursos, como por exemplo a afirmativa de que o objeto é o responsável pelas suas vivências traumáticas, a incapacidade de elaboração diante do trauma é do sujeito (Chiantaretto, 2011). A falha básica do paciente limítrofe está na angústia diante dessa incapacidade de elaborar sobre a presença (ou ausência) traumática do objeto. Para Green (1986) essa angústia se apresenta, nos estados-limite, como uma dupla angústia contraditória.

A dupla angústia contraditória consiste na angústia de intrusão e na angústia de separação. A angústia de separação, também chamada de angústia de expulsão (Green, 1986), carrega os problemas oriundos do luto de separação desse objeto, luto esse que não consegue ser vivenciado, ou seja, há uma resistência a essa separação.

Apesar do conflito e da sensação de ameaça diante do objeto, o sujeito não consegue se diferenciar desse objeto porque não quer se separar dele, assim como ocorre nos momentos referentes à angústia de castração. Em contrapartida, existe a angústia de intrusão, também chamada de angústia de fagocitação (Green, 1986), que consiste nesse sofrimento de sentir-se engolido, fagocitado por esse objeto, o que pressupõe uma

sensação de destituição de seu próprio Eu. O sujeito percebe esse objeto como não sendo seu Eu, como não sendo parte de sua existência, mas que por algum motivo insiste em estar excessivamente presente, não proporcionando ao sujeito a possibilidade de se diferenciar do objeto, antes mesmo de elaborar sua perda. Portanto é preciso expulsá-lo para se compreender como sujeito (Green, 1986).

É possível observar essa dupla angústia contraditória no funcionamento do estado-limite ao analisar seu discurso. Na clínica dos estados-limite, percebemos essa contradição ao constatarmos que alguns momentos são carregados de sentimentos negativos, marcados também por uma transferência negativa, como raiva excessiva, frustração e sentimento de injustiça, direcionados a esse objeto (Figueiredo, 2011). Ao trazer figuras que desempenham o papel desse objeto para o sujeito, esses o descrevem normalmente como figuras intrusivas, excessivamente controladoras e muitas vezes autoritárias. Ao mesmo tempo, o sujeito analisando apresenta uma dependência excessiva e primária desse objeto (Figueiredo, 2011). Não se trata de uma culpa por enfrentar o objeto e, assim, diferenciar-se como sujeito pleno, manifestando seus próprios desejos. O que normalmente observa-se é uma dificuldade ou incapacidade de enxergar essa possibilidade de diferenciação, principalmente relacionado ao objeto interno (Figueiredo, 2011).

“De um lado, as moções pulsionais transformadas em afetos arcaicos pressionarão da direção das evacuações maciças, diante das quais a única defesa é a retenção absoluta: ou são totalmente expelidas (os limites são rompidos) ou ficam imobilizadas (os limites ficam cristalizados). De outro lado, as identificações não poderão ser de fato integradas pela via introjetiva e permanecerão como corpos estranhos incorporados, isto é, como identificações superegóicas que tiranizam e

atuam à revelia do sujeito, sem qualquer possibilidade de apropriação subjetiva”
(Figueiredo, 2011. p.203)

O trecho acima se refere às características do modo de funcionamento observado nos estados-limite. Retomando o que foi dito sobre o conceito de transferência, sabe-se que a clínica trará um recorte da maneira como o paciente se relaciona com o mundo externo. É preciso buscar, portanto, de que forma essas angústias diante da presença do objeto se apresentam sintomaticamente na clínica dos pacientes limítrofes. Mackinnon, Michels & Buckley (2008) afirmam que:

“Em casos mais graves, a explosão comum de emoções descontroladas e enfurecidas caracteriza o paciente *borderline*. Em meio a um desses episódios, o paciente pode parecer, aos outros, assustador, demoníaco ou repugnante. Ele poderá ser visto como “possuído”. Pacientes *borderlines* apresentam momentos passageiros de baixa emocional junto com “excesso” de afetividade que canalizam para os episódios, abastecendo-os. (Mackinnon. Michels & Buckley, 2008, p. 281)

Como Figueiredo (2011) afirma, essas explosões de emoções descontroladas também se apresentam na clínica. Os momentos de emoções mais controladas e menos afetadas são poucos, tendo sua descarga libidinal possível nos episódios reativos. Essa posição reativa nem sempre é evidente, como num acesso de fúria, às vezes apresenta-se de forma sutil, carregando ainda assim as características de manifestações defensivas.

Juntamente com essas características, Mackinnon et. al (2008) afirmam que há um excesso de afeto em sua fala e em suas ações. Nesse excesso de afeto, entretanto, é

observado que há uma ineficiência na capacidade de representação de tais afetos. Sente-se muito, mas a capacidade de elaborar sobre tais afetos é falha. O resultado dessa falha é essa emoção descabida, exagerada e aparentemente fora de contexto. Isso ocorre porque não há espaço de elaboração.

Essa dificuldade de simbolização do afeto nos remete ao que Green (1976) apresenta sobre a falha na constituição psíquica desses sujeitos, ainda nos primórdios de sua existência. Se a separação entre o sujeito e o objeto é vivida, porém tida como traumática; e tal trauma não encontrou as vias de elaboração satisfatórias, cada emoção vivida sem representação é um retorno à tal dificuldade primitiva de diferenciação do Eu e do não-Eu.

A dificuldade na diferenciação entre sujeito e objeto é produtora de angústia para tal sujeito. A angústia reside naquilo que Chiantaretto (2011) afirmou sobre a crença inconsciente de que essa diferenciação resultará numa perda do próprio Eu. Como dito por Melo Neto (2012), diante da perda do objeto, encontramos duas vias de elaboração: a elaboração pela via do luto e a elaboração pela via do trauma.

O desenvolvimento do aparato simbólico para elaborar a perda do objeto primário que, em Freud (1905), é caracterizado pelo entendimento gradual de tal perda consiste no luto desse objeto primário. A vivência do luto é gradual e proporciona a possibilidade de construção em cima de tal perda.

A elaboração do trauma é aquela que se fixa na imagem traumática da relação conturbada com o objeto, como uma forma de proteger seu próprio Eu diante da constante ameaça de que esse objeto possa aniquilar sua existência (Melo Neto, 2012; Chiantaretto, 2011; Green, 1986). Diante dessa ameaça eminente da presença excessiva ou ausência completa do objeto, é necessário frisar que a figura do analista representa, em si mesmo, um objeto para seus pacientes. Não somente é um objeto por se tratar de uma pessoa

estranha presente no enquadre clínico, mas também porque, pela lógica da transferência, representará naquele contexto a personificação possível das figuras de mundo interno de seu paciente.

Quando Green (1986) traz o conceito de dupla angústia contraditória para o contexto do paciente limítrofe afirma que essa ameaça percebida pela presença excessiva ou ausência total do objeto será sentida ora pela angústia de intrusão ora pela angústia de separação. Esse afeto, essa angústia, se transfere para o enquadre clínico. Existem momentos em que a figura do analista será percebida como intrusiva, como aquele que tentará invadir suas fronteiras que são, ao mesmo tempo, tão rígidas e tão frágeis.

O analista é percebido como alguém que pode retirar do sujeito o seu caráter de unidade, de existência autônoma. Portanto, é preciso expulsá-lo de qualquer forma (Figueiredo, 2011). Esse paradigma é observado nos ataques furiosos ao enquadre, na transferência negativa, nas reclamações agressivas sobre o contexto clínico ou a interpretação errônea de que qualquer postura do analista significa alguma tentativa de agredir o próprio paciente.

Por outro lado, alguns momentos serão caracterizados pela presença da angústia de separação. Nesse contexto, quaisquer ameaças percebidas pelo paciente como um afastamento resultará numa sensação de abandono por parte de seu analista. Tal abandono seria capaz de destituir o sujeito de seu local de existência, uma vez que a percepção dessa existência depende da presença do objeto, que não foi satisfatoriamente separado. Essa angústia resultará naquilo que Figueiredo (2011) chama de silêncios barulhentos. Silêncios que denunciam uma grande agitação interna, fruto da intensa e descontrolada onda de afetos que não encontram representações possíveis. Além disso, também encontramos os ataques ao enquadre pela via do desespero diante do abandono, marcado muitas vezes pelo amor intenso pela figura do analista (Figueiredo, 2011).

Assim, nem a presença nem a ausência do analista é satisfatoriamente suportável. Essas angústias não serão seguidas de tentativas de elaboração sobre o afeto, mas sim sobre uma tentativa de resolução do conflito pela lógica da pulsão narcísica.

O analista precisa estar preparado para lidar com esses constantes ataques ao enquadre clínico. A dupla angústia contraditória será direcionada à figura do analista que flutuará, junto de seu paciente, nessas ondas intensas de emoções também contraditórias. Os trabalhos psicanalíticos sobre o conflito dos estados-limite trazem justamente esse constante ataque ao enquadre.

Ser colocado no lugar de objeto pelo seu paciente não é nenhuma novidade para a psicanálise, pois é possível observar essa afirmativa desde o estudo sobre a histeria em Freud (1905). A questão do paciente limítrofe é que esse lugar em que ele colocará o seu analista rompe com as fronteiras do enquadre analítico, uma vez que a figura do analista é percebida como uma potencial ameaça, e dificilmente como um aliado. Colocar o analista no lugar de objeto e repetir no enquadre os sintomas relacionados a sua dificuldade de relação com esse objeto, através da neurose de transferência, segue a mesma lógica transferencial que as demais clínicas do paciente neurótico (Freud, 1912, 1914).

Porém a forma como tal neurose de transferência se apresenta na clínica dos pacientes limítrofes é desconfortável, tanto para o paciente, que vê em seu analista ao mesmo tempo um ameaçador e abandonador, quanto para o próprio analista, que lidará com essas oscilações de afetos intensos e constantes ataques ao enquadre e a sua figura (Green, 1986; Figueiredo, 2011).

Diante do que Freud (1905) apresenta, a diferenciação entre sujeito e objeto nas neuroses clássicas supostamente atravessou a separação gradativa, que propicia a existência dos recursos simbólicos necessários para elaborar o luto da perda do objeto primário.

Na clínica dos estados-limites o conflito também se encontra na diferenciação entre sujeito e objeto. Contudo, no percurso dessa diferenciação, o objeto torna-se secundário diante da dificuldade de distinção entre o Eu e o não-Eu (Green, 1976). Ainda que o analista seja colocado no lugar de objeto pela transferência, esse lugar não é claro e não é regido satisfatoriamente pela fantasia. O analista está ao mesmo tempo muito próximo de seu paciente, como parte de seu Eu, e também muito distante, como algo que precisa ser repellido a qualquer custo.

Isso não significa, contudo, que o lugar ocupado pelo analista não seja o lugar de analista de fato. Deve ser. Afinal de contas, exercer o papel do objeto na relação com o analisando é repetir e responder a demanda desse sujeito (Freud, 1912), que ama e odeia intensamente seu objeto e que justamente não consegue se desconectar dele.

A questão é que nas bruscas oscilações de amor e ódio que o analisando projeta, encontramos uma grande porção de afeto que, assim como Figueiredo (2011) nos aponta é difícil e agressivo de trazer para o campo da linguagem. Estamos diante de um sujeito que apresenta uma fala límpida e muito afeto, porém parece que existe um grande vácuo entre um e outro. É nesse vácuo que o analista pode se posicionar.

Esse vácuo entre o afeto e a linguagem, ou seja, entre o afeto e a capacidade de representação também corresponde ao território fronteiro que Green (1976) apresenta como uma terra de ninguém. O território de disputa entre ambos extremos e que, ao mesmo tempo, não pertence a ninguém, já que esse território é um terceiro espaço, que deveria funcionar como mediador, mas falha em tal missão (Green, 1976, 1986).

A tentativa de unir afeto e representação através da interpretação não conecta de fato esse paciente ao fenômeno, uma vez que ele tem dificuldades de perceber que aquelas porções excessivas de afeto são de fato dele (Seligmann, 2005). Ou mesmo que o discurso seja construído a partir de suas percepções de mundo. Estamos diante de uma clínica de

pouca interpretação e elaboração e de mais atuação, por parte do analisando, pois seus afetos aparecem desconectados de suas representações. Apesar de tanto analista quanto analisando sentirem as intensas moções pulsionais de afeto, é difícil compreender a que esses afetos se ligam de fato (Figueiredo, 2011)

Manejar a transferência nos estados-limites pressupõe estar junto desse paciente, inclusive se permitindo transitar entre as fronteiras existentes. A via da representação parece pobre num enquadre, que muitas vezes clama por um contato mais próximo, mais regredido, mais primário. Sobre esse assunto, Jacques André (2004) postula sobre uma de suas pacientes:

“O desafio lançado à análise, ao analista, poderia ser formulado, imaginado, assim: ‘se você não me empurrar até à beira do precipício, teremos muito pouca chance de nos encontrarmos’. (...) Diversas vezes ela quis “desaparecer”, seria mais adequado dizer. Desaparecer, como se não fosse nada. A cada vez que eu a retive” (André, 2004, p.72)

O que o autor parece nos dizer é que estamos diante de uma necessidade de ora empurrar de fato esse sujeito ao precipício, ora segurar sua mão para que ele não caia. Ambos os movimentos só fariam sentido se o analista se coloca no lugar percebido pelo analisando como de alguém disposto a cair junto com ele ou alguém disposto a desaparecer junto dele e lidar com esse nada, diferentemente do local inicial, percebido pelo paciente, de alguém que representa uma ameaça ao seu Eu (Green, 1986). Mesmo nesse lugar, é sabido, segundo Figueiredo (2011), que o analista estará constantemente à mercê dos ataques ao enquadre. E aí pergunta-se: o enquadre é um objetivo em si mesmo, rígido e cheio de certezas? Novamente Jacques André (p.73) nos auxilia:

“A confrontação da psicanálise com a problemática *borderline* tem um duplo mérito. Em primeiro lugar o de lembrar que a análise impõe condições, que são condições de possibilidade, de exercício e, no final das contas, de interpretação. (...) Como todas as palavras se congelam, essa terminou por ficar mais carregada de inconvenientes do que de vantagens” (André, 2004, p.73)

O enquadre não será enquadre se enrijecer demais suas fronteiras ou desativá-las por completo. Seria, novamente, uma representação da falta de fluidez entre os limites, que se repetiria na clínica. Mas o paciente limítrofe parece colocar o analista numa posição um tanto desconfortável, pois coloca em xeque suas certezas que residem no processo de fazer psicanálise. Aquilo postulado sobre o que é ser analista não fica mais tão nítido como na clínica das neuroses clássicas. Parece que o analista se encontra diante de impasse que diz respeito ao método e ao *status* da psicanálise:

“Numa definição provisória, talvez pudéssemos dizer que o *borderline* começa lá onde isso não começa. É de fato um elemento essencial da história dessa questão: o *borderline* não é essa ave rara psicopatológica que um belo dia teria sido descoberta à sombra do neurótico, do perverso e do psicótico. *Borderline* é um ser psicanalítico em si mesmo, nascido dos impasses e dos obstáculos da prática, do método posto em xeque” (André, 2004, p. 73)

O sujeito em estado-limite é o sujeito que está também, inclusive, nas bordas do fazer psicanalítico. O paciente limítrofe, com suas intensas moções de afeto, com seus ataques ao enquadre, especialmente à figura do analista, está mais propício a suscitar

também os afetos de seu analista. Assim, faz-se necessário discutir essa intensa presença de afetos e a possibilidade de emersão dos afetos de analista, diante de um ambiente carregado de emoções. Discutiremos o afeto do analista e sua presença na contratransferência no capítulo seguinte.

Capítulo III- A contratransferência na clínica dos estados-limite.

3.1 O conceito de contratransferência em Freud.

“Tenho demasiada tendência a considerar os assuntos dos doentes como meus”

Trecho de carta de Sándor Ferenczi à Sigmund Freud, de 1908

Foi em 1910 que Freud, pela primeira vez, escreve, em contexto teórico sobre a pessoa do analista na relação terapêutica, com a utilização do nome contratransferência. Quando escrevia sobre as perspectivas de futuro da psicanálise (Freud, 1910), evocou a palavra contratransferência como algo existente na clínica psicanalítica em alguns casos. Freud afirmou que a contratransferência se instala no analista a partir da influência do paciente na percepção do inconsciente de seu analista. Isto, no presente momento de teoria freudiana, apresentava-se como algo negativo, um empecilho que surgia no contexto analítico e que deveria ser evitado a qualquer custo.

Esse empecilho é, para Freud (1912), marcado pelo fato de que o afeto do analista poderia corresponder às demandas transferenciais do sujeito analisando, além de correr o risco de, através de seu discurso interpretativo, inserir conteúdo do próprio analista, que nada tinham a ver com o que era relatado pelo paciente. Assim, a contratransferência é, para Freud (1910, 1912) algo a ser evitado, pois era visto como um erro na atuação do analista.

Foram raras as vezes que Freud falou sobre a contratransferência ao longo de sua obra (Laplanche & Pontalis, 2001). Freud (1910) definiu a contratransferência como algo resultante da influência do paciente sobre os afetos inconscientes do analista. Isto era para ele, em essência, uma influência prejudicial no processo de análise dos pacientes, uma vez que o cerne da questão clínica deveria ser, evidentemente as questões relacionadas aos conflitos do analisando. Porém Freud afirmava que, tal qual o fenômeno da transferência, a contratransferência era um produto do inconsciente do analista, portanto não era passível de um total controle do analista sobre a sua ocorrência ou ausência.

Em suas recomendações aos médicos, Freud (1915) escreve sobre a necessidade do processo de análise do próprio analista, uma vez que, para o exercício da psicanálise, era preciso estar a parte das moções pulsionais do paciente, que se manifestavam na clínica através da transferência com a figura do analista. Essas moções são carregadas de afetos, conscientes e inconscientes, e poderiam, segundo Freud (1915), influenciar os sentimentos inconscientes do analista. Essa influência é o que Freud (1910) nomeia como contratransferência, afirmando que a origem de tal fenômeno é similar ao fenômeno da transferência.

Quando Freud (1905, 1912, 1914) fala sobre a transferência, ele também se refere, ainda que indiretamente, à contratransferência. Um exemplo sobre essa relação entre a

transferência do paciente e a contratransferência do analista aparece quando Freud (1925) relata sobre o caso Anna O.

Freud (1925) relata que Anna O., ex-paciente de seu colega Breuer, havia se enamorado por seu analista. O caso de Anna O. é, para Freud fundamental para o desenvolvimento da teoria sobre a transferência, em que os afetos do paciente se confundem e se direcionam para a figura do analista, a partir de uma projeção de suas figuras de mundo interno. Mas há outro ponto fundamental no caso de Anna O.: Breuer se afetou pelo afeto de sua paciente (Freud, 1925) a ponto de se sentir desconfortável o suficiente para interromper o processo analítico. O caso tivera repercussões negativas na vida pessoal de Breuer, como por exemplo um abalo em seu casamento (Freud, 1925, Roudinesco & Plon 1998).

O caso Anna O. (Freud, 1925) foi importante para o entendimento do fenômeno transferencial, mas também para a discussão da postura do analista diante de seu paciente. Freud (1912) afirma que a percepção e cuidado com tal postura é fundamental para o estabelecimento do processo analítico, pois toda relação clínica poderia estar suscetível à presença e à influência da contratransferência.

Outro exemplo na teoria freudiana sobre a influência do afeto do analista pode ser observado no Caso Dora (Freud, 1905). Dora fora paciente de Freud e, assim como Anna O., Dora também fizera uma ligação conturbada com seu analista. Esse aspecto da relação transferencial de Dora e Freud não fora abordado diretamente no relato do autor. Ao discorrer sobre o caso Dora, Freud (1905) menciona suas perspectivas teóricas acerca da histeria, reservando uma breve discussão sobre a questão transferencial no posfácio de sua obra, numa nota de rodapé em 1923, na qual Freud afirma que o tratamento fora difícil de conduzir, pois não havia levado em consideração a questão transferencial.

Dora (Freud, 1905) revive com a figura de seu analista, aspectos característicos de sua relação com outras figuras de sua infância. Apesar de não levar diretamente em consideração os afetos surgidos a partir da relação transferencial, Freud constata que sua relação com Dora é uma relação difícil: ela abandona seu tratamento após um curto período porque, segundo Freud, ele não havia correspondido aos afetos de sua paciente. Nesse aspecto, Freud, em seu posfácio, se questiona se não deveria ter adotado uma postura mais afetuosa diante de sua paciente, se perguntando se essa não seria uma necessidade de Dora para superar suas dificuldades nas relações objetais (Freud, 1905 [1923]).

Freud (1912) afirma a necessidade da neutralidade do analista, ou seja, sua capacidade de manter-se num lugar distante dessas moções pulsionais de seu paciente, que os levam a colocar inconscientemente seu analista no lugar de suas figuras objetais. Para Freud (1912) é essa neutralidade que garante a possibilidade de manejar a transferência de seus analisandos. A neutralidade do analista, para Freud (1912) consiste na capacidade do mesmo de conter seus afetos diante dos afetos de seu paciente. A função do analista é fazer ecoar o discurso do analisando, através da interpretação de sua fala. Em *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*, por exemplo, lemos:

“ (...) ele deve voltar seu inconsciente como um órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente, colocar-se ante o analisando como o receptor do telefone em relação ao microfone. Assim (...) o inconsciente do médico está capacitado a, partindo dos derivados do inconsciente que lhe foram comunicados, reconstruir o inconsciente que determinou os pensamentos espontâneos do paciente.

(...) se o médico for capaz de usar de tal forma seu inconsciente como instrumento na análise, ele próprio tem que satisfazer em grande medida uma condição psicológica. Ele não pode tolerar, em si mesmo, resistências que afastam de sua consciência o que foi percebido por seu inconsciente; senão introduziria na análise um novo tipo de seleção e distorção, bem mais prejudicial do que a produzida pelo recurso à atenção consciente” (Freud, 1912, p. 156)

Nesse trecho citado há dois pontos fundamentais: O primeiro ponto é o fato de Freud (1912) abordar, ainda que não tenha utilizado o termo, a questão da contratransferência quando fala sobre a necessidade da percepção, por parte do analista, de suas próprias resistências. Para Freud, as resistências do analista podem afastá-lo de sua consciência sobre o caso de seu paciente, prejudicando sua interpretação. O segundo ponto é o fato de Freud discorrer sobre o inconsciente do analista e sua função na relação terapêutica. Ainda que, para Freud, seja a consciência do analista aquela capaz de fazer a devolutiva do conteúdo para seu paciente, o inconsciente do analista tem uma função fundamental na clínica freudiana. Retornemos ao conceito de inconsciente para discutirmos esse ponto.

A interpretação dos sonhos é um marco do desenvolvimento da teoria psicanalítica, pois se constitui como o primeiro trabalho de Freud (1905 [1900]) em que esse escreve sobre a existência do inconsciente. Embora em seus trabalhos anteriores Freud tenha esboçado a ideia da existência do inconsciente, é em *A interpretação dos sonhos* que o autor apresenta seu tratado sobre o inconsciente à comunidade científica.

Para Freud (1905 [1900]), o inconsciente é ontológico, algo que existe em si mesmo, sendo uma entidade própria. No desenvolvimento da Primeira Tópica freudiana (Freud (1905 [1900])), o inconsciente representa uma das instâncias psíquicas, juntamente

com o pré-consciente e o consciente. Freud definia o inconsciente como a residência das pulsões e de todo o conteúdo mnêmico que buscava ascender à consciência. Nesse sentido, o inconsciente era autônomo e seu conteúdo, dotado de traços perceptivos e de afetos, era mediado pelo pré-consciente, que tentava selecionar os conteúdos que podiam emergir para o consciente.

Na Segunda Tópica, Freud (1923) reformula a ideia de inconsciente, pré-consciente e consciente como instâncias do aparelho psíquico. Freud afirma que as instâncias psíquicas são definidas por Id, Eu e Supereu. Há, contudo, um fator importante no desenvolvimento da Segunda Tópica: A ideia de que o Inconsciente é autônomo, e que existe em si mesmo, independente da do trabalho das instâncias psíquicas, permanece em sua teoria.

A Segunda Tópica freudiana (Freud, 1923) foi desenvolvida, dentre outros aspectos, pela percepção de que os conteúdos do inconsciente não seguem somente a necessidade de emergir à consciência, sendo empurrados novamente para o inconsciente devido ao seu aspecto desagradável. Freud afirma que as três instâncias do aparelho psíquico trabalham sob a influência das moções pulsionais do inconsciente, sendo sua mediação mais complexa devido às oscilações entre prazer e desprazer (Freud, 1920, 1923), como foi apresentado anteriormente no primeiro capítulo.

A existência do inconsciente, como uma parte autônoma dos sujeitos, é uma premissa da teoria freudiana até o fim de sua obra. Freud (1900, 1905, 1912, 1914, 1923) apontou diversas evidências da existência do inconsciente em todos os sujeitos, como os sonhos, os mecanismos de defesa, etc. O fenômeno da transferência também configura-se como uma evidência da existência do inconsciente, uma vez que a transferência não é um acontecimento exclusivo da clínica, como apontado por Freud (1912), e se configura

através dos deslocamentos dos afetos inconscientes para objetos externos, a partir das referências de imagos de cada sujeito.

A existência do inconsciente, portanto, não é uma constatação exclusivamente clínica. A neurose de transferência, é um sintoma que surge na clínica psicanalítica como fruto dessa possibilidade do enquadre trazer um recorte das relações objetais dos pacientes (Freud, 1912). Nesse contexto, Freud não ignorou a existência do inconsciente do analista. Quando Freud (1912) faz suas recomendações aos médicos, afirma a importância de cada analista passar também por seu próprio processo analítico, a fim de minimizar a influência de suas próprias resistências diante do conteúdo de seus pacientes.

O inconsciente do analista, entretanto, também exerce uma função importante de recepção dos conteúdos do inconsciente dos pacientes. O analista recebe os conteúdos inconscientes de seus analisandos através de seu inconsciente. Para Freud (1912), trazer o conteúdo de seus pacientes através da interpretação só é possível a partir do trabalho do inconsciente do analista. É o inconsciente do analista que capta, percebe, interpreta e faz as conexões existentes entre a fala de seu paciente e seus conteúdos inconsciente. A consciência do analista atua apenas na capacidade de evocar, através da fala do analista, essas conclusões trabalhadas por seu inconsciente.

Observa-se, portanto, que desde Freud (1912) se fala sobre a presença, na relação analítica, das influências do inconsciente do analisando e do inconsciente do analista. O manejo da transferência só é possível, ainda que Freud não evidencie de tal forma, se o inconsciente do analista se propõe a trabalhar nesse aspecto, auxiliando na mediação entre o discurso manifesto de seu paciente e seus conteúdos inconscientes (Freud, 1912).

Contudo, como Freud (1905 [1900]) afirmou, o inconsciente é uma entidade autônoma, que segue suas próprias lógicas e regras. Se o inconsciente é a casa das pulsões, dos afetos e das representações, cada inconsciente trará sua marca na relação analítica. A

contratransferência é, para Freud (1910) a presença desses afetos do analista na relação terapêutica. Embora Freud aponte a contratransferência como algo exclusivamente prejudicial ao processo analítico, ele também aponta a importância do inconsciente do analista para o trabalho da psicanálise (Freud, 1912). Se a via do afeto é prejudicial, resta ao analista, segundo Freud (1912), utilizar a via da racionalização, pela interpretação do discurso de seu paciente, através de seus conteúdos inconscientes no auxílio da análise de seus analisandos.

Freud (1905, 1925) confirmou que essa tentativa de conter os conteúdos do inconsciente do analista para que eles surjam apenas pela via da racionalização e apenas com o intuito de manejar o conteúdo de seu paciente se mostrou falha, nem sempre garantindo ao analista a neutralidade pretendida. Essa falha é evidente nos relatos de casos clínicos, como visto nos casos Anna O. (Freud, 1925) e Dora (1905), em que os afetos do paciente não só se apresentaram como empecilhos, mas que, em algum nível, esbarraram com as dificuldades oriundas dos afetos do analista, manifestos em suas falhas no manejo da transferência.

Restou a Freud (1912) apontar a necessidade do preparo teórico dos analistas, aliados aos seus próprios processos de análise e fazer algumas *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise*, sem apresentar uma solução definitiva sobre tal entrave e caráter contraditório sobre a presença do inconsciente do analista no enquadre. A teoria freudiana ressalta a importância do trabalho do inconsciente do analista como uma espécie de receptáculo e intérprete dos conteúdos de seus pacientes, mas também afirma a existência dos afetos do analista, uma vez que seu inconsciente está presente na clínica também. Freud (1915) entendeu a contratransferência como algo ruim em essência porque, dentre outros pontos, era impossível garantir que os conteúdos dos pacientes não influenciassem os afetos do analista, uma vez que esses afetos eram parte de seu inconsciente. Coube,

portanto, aos alunos e sucessores de Freud a discutir melhor sobre o fenômeno da contratransferência.

Laplanche e Pontalis (2001) apresentam uma definição do conceito de contratransferência como um: “conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 102). Para os autores, a contratransferência foi um assunto bastante discutido após a obra de Freud, principalmente porque o trabalho psicanalítico era compreendido e descrito cada vez mais como uma relação entre aqueles que se posicionavam no enquadre. Um outro motivo para o crescente interesse pelo assunto foi a extensão da clínica psicanalítica para além da clínica dos pacientes neuróticos clássicos, como por exemplo a psicanálise de crianças e de psicóticos, que seriam exemplos de clínicas em que as reações do inconsciente do analista podem ser mais solicitadas (Laplanche e Pontalis, 2001).

Laplanche e Pontalis (2001) apontam as reações afetivas do inconsciente do analista, diante dos afetos do paciente como algo que seria mais solicitado na clínica de pacientes que não se enquadravam nos estudos das neuroses clássicas de Freud. Os autores utilizam os exemplos da clínica psicanalítica infantil e dos pacientes psicóticos. Há também, nessa categoria, a clínica dos denominados por Ferenczi (1919) como pacientes difíceis, que se aproximam dos pacientes traumáticos.

3.2 A contribuição da obra de Sándor Ferenczi.

Sándor Ferenczi foi discípulo e contemporâneo a Freud, pois fora um de seus alunos diretos. Sua obra, contudo, fora invisibilizada e muitas vezes mal interpretada pela comunidade psicanalítica (Kezem, 2010). Essa má visibilidade de sua obra está relacionada

a sua busca pela discussão sobre a técnica da psicanálise, tendo proposto questões importantes acerca do assunto (Kezem, 2010, Ferenczi 1921, 1923, 1928).

As discussões sobre a técnica de Ferenczi (1921, 1923, 1928) não se contrapunham à técnica freudiana. Ferenczi não foi um discípulo que se afastou de Freud. Ele acreditava trazer para a psicanálise contribuições sobre o manejo clínico, dentro do aparato teórico da psicanálise, citando em seus trabalhos os textos de Freud inúmeras vezes. Porém, suas contribuições foram entendidas como polêmicas e vistas muitas vezes como uma distorção da teoria freudiana, ou mesmo uma invenção de um outro saber (Kezem, 2010).

Apesar dessa dificuldade de aceitação, a teoria de Ferenczi foi importante para os estudos teóricos posteriores à morte de Freud, como o estudo sobre a contratransferência (Heimann, 1950, 1960) e o estudo da clínica dos estados-limite na teoria de André Green (1986).

Podemos elencar três pontos fundamentais sobre a teoria de Sándor Ferenczi e sua contribuição acerca da técnica da psicanálise: quais foram os pacientes acompanhados por Ferenczi que o auxiliaram no desenvolvimento de sua técnica; qual era essa sua técnica e quais eram suas características; e, por fim, qual é sua relação com a contratransferência.

3.3 A técnica de Sándor Ferenczi na clínica do trauma.

A clínica de Ferenczi (1930, 1934) abordou pacientes, denominados por ele mesmo, como pacientes “difíceis”. Para o autor tais pacientes são sujeitos situados na lógica das psicoses, ainda que parcialmente, principalmente no que se refere aos sintomas que os mesmos apresentavam: reações agressivas, formações reativas, esquivas, clivagens do Eu, etc. Seriam esses os sujeitos que a clínica de Freud não havia trabalhado, uma vez

que a teoria freudiana contemplava majoritariamente o estudo das neuroses clássicas (Freud, 1905, 1925).

No contexto dos pacientes “difíceis”, Ferenczi (1916, 1919, 1934) apresenta algumas contribuições sobre o trauma e suas manifestações clínicas, caracterizando os pacientes que trazem em seu discurso o relato de um trauma vivido na realidade material, geralmente caracterizado por um abuso na infância, de ordem sexual, como potenciais pacientes “difíceis” devido às suas relações conturbadas. Essas relações conturbadas seriam resultado desse trauma vivido na infância, ou em algum momento de suas vidas com a intensidade afetiva suficiente para marcarem suas demandas clínicas, como visto nos pacientes das neuroses de guerra.

Ferenczi (1932) buscou discorrer sobre as origens do trauma, definindo tal origem como fruto de um acontecimento, um choque inesperado, imprevisível e opressor que se faz repetitivo no discurso dos pacientes. O trauma se repete, não somente em seus discursos, mas também como conteúdo inconsciente, de forma incansável. Para ele, é essa repetição que permite a descarga pulsional do trauma, pois esse sujeito traumático não encontra outros recursos de elaboração para tal situação. Para Ferenczi (1916, 1919) essa repetição implicaria num abandono completo de toda e qualquer relação com o presente, em uma imersão completa no passado traumático. A única ponte do passado traumático para o presente seria, para o paciente, a pessoa do analista, que se posiciona como ouvinte dos relatos de tal trauma.

Ferenczi (1916, 1919, 1934) afirma com as consequências dessa fixação no passado do trauma: existe uma ausência entre o discurso do trauma com o presente do sujeito, ou com qualquer possibilidade de reconstrução futura. Essa fixação na imagem do trauma caracteriza tais pacientes como difíceis, uma vez que apresentam dificuldades de elaboração sobre tais acontecimentos, mantendo-se no discurso repetitivo e vazio de

simbolismos. Contudo, Ferenczi (1934) afirma que a única relação que existe entre esse discurso do trauma, fixado nesse passado traumático, e o presente vivido em análise é a figura do analista, ou melhor, a relação estabelecida entre esse paciente e seu analista.

Paralelamente ao estudo sobre o trauma, Ferenczi (1919) propôs uma nova técnica, denominada por ele como técnica ativa. O desenvolvimento de tal técnica seria, para ele, fundamental para a clínica dos pacientes difíceis, uma vez que esses pacientes necessitavam de algo específico da relação com seus analistas: a presença de uma figura que desempenhasse um papel materno.

A técnica ativa consistia, para Ferenczi (1919) na adoção de intervenções diretas no tratamento de seus pacientes, presentes por exemplo através de gestos de ternura e afeto dirigidos aos pacientes, ou através de recomendações e ordens diretas a eles. Ferenczi (1919) afirmava que o enquadre clínico era traumático por natureza, uma vez que expunha o sujeito às revivências de seus afetos e seus conflitos. Nesse contexto, o analista poderia escolher se manteria o enquadre um ambiente não-acolhedor e traumático, ou buscar transformá-lo num ambiente acolhedor e facilitador dos processos complexos de seus pacientes.

Ferenczi (1928, 1932) compreendeu o trauma como algo vivido na realidade material, geralmente por uma criança vítima de um abuso por parte de um adulto. Apesar de considerar a realidade material do trauma, o entendimento das consequências de tal trauma refletia, para Ferenczi, no funcionamento psíquico de tais sujeitos. Para ele, o trauma relacionava-se ao sentimento de desamparo, diante da traição da confiança da criança pelo adulto. O adulto seria sua referência de afeto e proteção e, através do abuso, pervertera tal relação, inserindo a linguagem da sedução sexual, confundindo a criança que lê as atitudes do adulto através da linguagem da ternura (Ferenczi, 1928, 1932).

Por conta de tal perversão das mensagens dirigidas à criança, essa perde a referência de amparo primário, por conta da ausência dessa representação de seus primeiros objetos, que deveriam protegê-la e orientá-la em seu percurso de vida (Ferenczi, 1928,1933).

Para Ferenczi (1932, 1934), a clínica dos pacientes traumáticos trará consigo essa ausência do amparo de seus objetos primários, e seria essa ausência, ainda percebida na atualidade, a justificativa para a repetição do discurso concernente ao trauma. Assim, para Ferenczi (1932), tais sujeitos traziam consigo a necessidade de uma figura amparadora, semelhante a uma figura maternal, pois percebiam que aqueles que deveriam ter exercido as funções parentais de sua vida, falharam em tal missão de cuidado e especialmente de proteção. O analista, nesse contexto, é requisitado para assumir tal lugar, tal como Ferenczi (1919) apontou no início do desenvolvimento de sua técnica ativa. Para ele, alguns pacientes realmente necessitavam desse posicionamento mais ativo do analista, para auxiliá-los diante dessa ausência- ou presença falha- de suas figuras primárias.

Ferenczi ao escrever *Elasticidade da técnica psicanalítica* aponta a importância de o analista reconhecer que não é o paciente quem deva se adaptar aos enquadres da clínica psicanalítica, mas sim a clínica é que deve se adaptar às demandas de cada sujeito, tornando seu ambiente acolhedor e facilitador do processo dos analisandos. É claro que tal afirmação e tal técnica receberam algumas críticas dentro dos estudos sobre a psicanálise, inclusive por parte de Freud (1937) que denunciou tal iniciativa de Ferenczi como uma necessidade exacerbada de alcançar a cura de seus pacientes, uma loucura pela cura.

3.4 A contratransferência no trabalho de Ferenczi.

Quando Ferenczi escreve sobre a *Elasticidade da técnica psicanalítica* evidencia dois pontos importantes: as necessidades de certos pacientes de um ambiente acolhedor, e o papel ativo do analista nessa facilitação.

Para Ferenczi (1919), os pacientes se apresentam na clínica como crianças e esperam ser tratadas como tal. Essa característica se apresenta em maior ou menor intensidade, de acordo com cada caso clínico, mas é vista quase como uma unanimidade nos casos clínicos. Essa necessidade de se apresentar características infantis está relacionada, para Ferenczi (1919), com o fato de que os conflitos dos adultos se referem aos acontecimentos vividos na infância. Essa afirmativa corrobora com a teoria freudiana sobre o desenvolvimento psicosssexual dos sujeitos (Freud, 1905), entretanto Freud não afirmou que seus pacientes buscavam ser tratados como criança, tal qual Ferenczi afirmou.

Ferenczi (1931) defendia que quanto mais o paciente avançava em seu percurso analítico, mais se sentia confiante. Essa confiança poderia auxiliar o paciente a manifestar sua liberdade através de seu discurso. A liberdade do discurso fazia com que as falas e os atos dos analisandos se tornassem cada vez mais infantis, pois quanto mais o paciente sentia-se livre e confortável em seu processo, mas ele buscava resgatar seus conflitos infantis (Ferenczi, 1919, 1931).

Essa liberdade, todavia, não era possível caso o analista se mantivesse numa postura distante, contendo seus afetos, como havia proposto Freud (1912) em seus artigos sobre a técnica. Essa abertura para a regressão aos aspectos infantis só seria possível se o analista se mostrasse benevolente e acolhesse tais demandas de afeto de seus pacientes, muitas vezes atuando na clínica através de manifestações de seu próprio afeto (Ferenczi, 1931, 1933).

O contexto em que Ferenczi (1919, 1931) apresentou a necessidade da benevolência do analista diante de seu paciente foi o contexto que o levou também a escrever sobre a contratransferência em sua teoria. Segundo Ferenczi (1919, 1928, 1931, 1932) alguns sujeitos necessitavam mais de tal benevolência que outros. Era o caso de seus pacientes traumáticos. Ele afirmava que, por trazerem seu conflito com suas figuras parentais, que falharam em lhe proteger diante do abuso, de forma tão vívida, esses pacientes necessitavam que seus analistas assumissem uma postura maternal, como um substituto possível dessas figuras de seu passado.

Laplanche e Pontalis (2001) afirmam que o conceito de contratransferência pode ser entendido de duas formas dentro da teoria psicanalítica em geral: a primeira entende a contratransferência como tudo que, da personalidade do analista, pode interferir no tratamento dos pacientes; a segunda entende a contratransferência como os processos inconscientes que a transferência do analisando provoca no analista. Na teoria de Ferenczi, principalmente em seus trabalhos sobre os pacientes traumáticos (Ferenczi, 1919, 1928, 1931, 1932), observa-se um entendimento da contratransferência dentro da lógica da influência da relação transferencial com o paciente.

Quando Ferenczi (1931, 1932) discorre sobre a importância do afeto do analista, que se dirige ao paciente traumático, não se refere a quaisquer afetos surgidos na clínica. Para ele, a contratransferência pode até englobar todos os afetos que surgem no inconsciente do analista, mas nem todos são passíveis de serem evocados no tratamento dos analisandos. A contratransferência na teoria de Ferenczi (1931, 1932), que o auxilia na clínica dos pacientes difíceis, é referente aos processos inconscientes que a transferência do analisando provoca em seu médico. É por esse motivo que ao escrever sobre sua técnica ativa, Ferenczi (1919) afirma que o afeto do analista deve estar presente com o intuito de ajudar seu paciente.

Diante de um sujeito traumático, por exemplo, Ferenczi (1928, 1932) afirma que o afeto do analista pode levar seu paciente a experimentar uma benevolência materna que tal paciente nunca tivera. Para o autor, a postura fria e distante, defendida pela técnica freudiana (Freud, 1912), seria nesses casos uma repetição da cena de desamparo vivido na infância.

Essa benevolência trazida pelo afeto do analista, ou seja, construída na relação contratransferencial, permitiria o sujeito traumático a regredir a uma condição infantil, em que seu discurso e suas atitudes se caracterizam como os de uma criança (Ferenczi, 1928, 1930, 1932). A regressão traria, para Ferenczi (1930, 1932) a possibilidade de cura de tais pacientes difíceis, uma vez que seria possível ressignificar suas relações objetais, através da vivência real de um novo tipo de relação com suas figuras maternas de benevolência.

Ferenczi (1919, 1928, 1930, 1932) compreendia afeto do analista como um recurso importante em sua técnica ativa, uma vez que ele era manifestado na contratransferência oriunda dos efeitos que a transferência do analisando traziam para o inconsciente do analista. Essa contratransferência, se bem manejada, denunciava ao analista, quais eram as necessidades transferenciais do paciente traumático (Ferenczi, 1931, 1932). Tal recurso possuía o caráter de facilitador da cura dos conflitos infantis, diante da experimentação de outras possibilidades de relações objetais. Esse, contudo, deveria ser um movimento originado da necessidade do analisando, sendo ao analista reservado o papel de identificar tais necessidades, sem que elas se confundissem com as necessidades psíquicas do analista. Nesse ponto, portanto, Ferenczi corroborava com Freud (1912) sobre os perigos da contratransferência. Ainda que Ferenczi não a entendesse como algo ruim pela sua existência, concordava com Freud ao afirmar que a contratransferência poderia ser um terreno fértil para manifestações e atos equivocados, por parte do analista, a partir de seus conteúdos inconscientes.

A ideia de Ferenczi, tanto sobre sua técnica ativa, quanto sobre a contratransferência na clínica foram criticadas e também aclamadas no meio psicanalítico (Freud, 1937, Heimann, 1950). Foram importantes para o desenvolvimento de ideias posteriores sobre a contratransferência na clínica. Abordaremos as contribuições de Paula Heimann (1950, 1960) para o conceito de contratransferência a seguir, pois sua obra é vista como de grande importância sobre a discussão da contratransferência na clínica psicanalítica.

3.5 A contratransferência no trabalho de Paula Heimann.

Os trabalhos publicados de Paula Heimann sobre a contratransferência são denominados *On conter-transference* e *Countertransference*. Seu trabalho destaca-se pela importância que foi recebido pela comunidade psicanalítica, representando um marco na teoria sobre a contratransferência, pois trazia novamente o conceito de contratransferência não pela ótica exclusivista do espelho, mas sim como um fenômeno fundamental para a clínica psicanalítica. Porém, diferentemente das afirmações de Ferenczi sobre o fenômeno, por exemplo, seu trabalho teve boa aceitação na comunidade psicanalítica, como por exemplo na British Psychoanalytical Society (Roudinesco & Plon, 2000).

Nascida na Polônia e filha de pais russos, Heimann estudou em várias universidades alemãs, até instalar-se em Berlim, onde escolheu a psicanálise como objeto de seus estudos. Devido à sua origem judia, após tornar-se membro da Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft em 1932, foi obrigada a mudar-se para Londres. Em Londres conheceu Melanie Klein, tornando-se sua aluna, discípula e analisanda (Roudinesco & Plon, 2000). É importante destacar que Heimann fora discípula de Klein

que, por sua vez, fora discípula e analisanda de Ferenczi. A teoria de Heimann, portanto, traz a influência da teoria de ambos antecessores, principalmente no que diz respeito à discussão sobre a técnica (Oliveira, 1994).

A escrita de seu artigo *On conter-transference* surge, segundo Heimann, diante de uma questão observada por ela em seus seminários e situações analíticas de controle, com os candidatos a analista durante suas formações no Instituto de Psicanálise de Londres. Heimann (1950) relata sobre sua surpresa diante da crença ainda presente da contratransferência como algo prejudicial ao processo analítico, sendo uma fonte exclusiva de problemas.

Heimann (1950) relata que os alunos candidatos a analistas apresentavam uma junção de negação, racionalização e culpa diante de suas próprias percepções do surgimento de quaisquer afetos próprios na relação analítica. Essa junção de julgamentos sobre a presença da contratransferência fazia com que os analistas recorressem a uma imediata tentativa de evitação diante de respostas emocionais ou afetivas, buscando sustentar a aparência de afastamento e desapego diante de seus pacientes.

Essa postura de evitação era, segundo Heimann (1950) oriunda de uma crença de que um bom analista era aquele que se mantinha distante e que nada sentia por seu analisando, além de uma benevolência genérica, caracterizada por uma empatia superficial diante dos conflitos de seus pacientes. Para a autora, isso era fruto de uma interpretação equivocada dos postulados de Freud (1912, 1914) sobre a postura do analista, que deveria cuidar para que seus afetos não aparecessem na relação analítica, a fim de proteger a sua pessoa de tal exposição e não prejudicar o tratamento de seu paciente.

Nesse artigo, Heimann (1950) escolhe termo “contra-transferência” com um propósito específico: discutir as implicações do prefixo “contra” no entendimento do fenômeno contratransferencial. Essa escolha se deu pela necessidade de discutir a ideia da

contratransferência como uma oposição à transferência, além de trazer um caráter negativo de impedimento para o processo analítico. Para Heimann (1950) existia a crença da contratransferência como uma reação afetiva do analista de caráter de resistência a algo que é suscitado em sua atuação clínica. Resistência essa oriunda dos conteúdos conflituosos do analista, que se chocam com algum conteúdo de seus analisandos. Em contrapartida, Heimann defende que a contratransferência se refere a todos os afetos que o analista vive e pode experimentar na relação com seus analisandos, desde sentimentos transferenciais de sua própria vivência infantil, até moções pulsionais, carregadas de afeto, que surgem no contexto do contato com os conteúdos oriundos das instâncias psíquicas dos sujeitos.

Essa mudança sobre o conceito de contratransferência na teoria de Heimann (1950) soa sutil e pouco mobilizadora, porém traz uma questão fundamental para compreendermos a contratransferência como um possível recurso técnico: a contratransferência abandona seu caráter único de resistência do analista diante do conteúdo de seu paciente e pode assumir outro aspecto, que consiste no entendimento de que essa existência da contratransferência é fruto de uma comunicação não explícita entre o inconsciente do analista e o inconsciente do analisando.

Se para Heimann (1950) o analista é capaz de perceber, pela via de seu próprio afeto, elementos referentes ao trânsito pulsional do aparelho psíquico de seus pacientes, ou seja, as moções entre as instâncias psíquicas dele, observa-se que esse conceito de contratransferência corrobora com um aspecto importante para a teoria de Freud (1912). Esse aspecto se refere ao que Freud defendeu ao afirmar que o inconsciente do analista deve trabalhar juntamente ao inconsciente do seu paciente. O inconsciente do analista é quem vai receber o conteúdo de seu analisando e trazê-lo para o consciente dele, através da interpretação.

Para Freud (1912) a via de comunicação possível entre esses dois inconscientes seria pela via da racionalização e interpretação dos conteúdos. Nas contribuições de Heimann (1950) vemos que esse acesso ao conteúdo do paciente e, posteriormente o trabalho devolutivo, pode ser feito pela via da racionalização, mas também pela via do afeto do analista. A autora defende que essa não é somente uma via possível do trabalho analítico, como também a utilização dos conteúdos contratransferenciais se caracteriza como um recurso importante para a atuação na clínica psicanalítica.

A obra de Ferenczi (1919, 1928, 1931, 1932) apresentou a importância do afeto do analista, percebido e manifestado através da contratransferência, como um recurso em sua técnica ativa. Heimann (1950) também apresenta a contratransferência como um recurso importante para a clínica psicanalítica em geral. Tentaremos aproximar, portanto, a importância da contratransferência para a clínica dos estados-limite.

3.6 A contratransferência na clínica dos estados-limite.

A partir da contribuição apontada pelas obras citadas (Freud, 1912; Ferenczi, 1919; Heimann, 1950) constata-se que a questão da contratransferência aparece, na teoria dos três, intimamente relacionados à técnica psicanalítica.

Aos psicanalistas interessam mais as manifestações transferenciais do enquadre, pois esse é o terreno possível de manejo de tal fenômeno. A contratransferência também interessa mais à discussão teórica pela sua manifestação na clínica, uma vez que ela está relacionada à discussão do enquadre, tanto pela interpretação de que ela é algo que atrapalha o manejo clínico, tanto pela ideia de que ela pode ser um recurso importante para tal manejo.

O paciente limítrofe é caracterizado primeiramente por suas manifestações sintomáticas, majoritariamente relacionadas aos seus sintomas agressivos e sua aparente coerência no discurso, mas que apresentam também uma importante desorganização de seu Eu (Green, 1976, 1986). Essa desorganização é observada nas intensas oscilações afetivas, como sua agressividade intensa, ou sua grande necessidade de afeto, dirigido pelas outras pessoas a si mesmo, ou pelo seu significativo abandono das relações. Esse movimento também é presente na clínica, e todas essas oscilações afetivas muitas vezes se dirigem à figura do analista (Figueiredo, 2011).

Nesses sujeitos, o trauma da castração não é vivido de tal forma a criar recursos de elaboração (Chiantaretto, 2011). Esse trauma ocorre não através da gradual percepção da ausência do objeto primário, mas sim de uma ruptura brusca que inviabiliza o sujeito de criar recursos de elaboração (Freud, 1926). Essa seria a lógica observada nos estados-limite. O paciente limítrofe é aquele que percebe a ausência do objeto como algo completamente desamparador (Chiantaretto, 2011). Mesmo em pacientes que viveram um trauma real, sua repetição da imagem traumática os remetem a esse trauma original, de perda brusca de seus objetos primários. É diante da vivência de tal trauma que Chiantaretto (2011) afirma que o sujeito em estado-limite cinde. Seu sofrimento é tão intenso que o afeto se desprende de suas representações.

Essa cisão é percebida na clínica quando se vê aquilo que Freud apontou em *História de uma neurose infantil*. Quando Freud descreve o homem dos lobos como um sujeito que aparentemente se apresenta bastante coerente e organizado, mas seus sintomas são relatados como episódios graves de depressão e uma não implicação do sujeito em seu processo analítico, pode-se observar esse sintoma da cisão. A cisão está no fato de que seus afetos são vividos de forma intensa, por exemplo nos episódios depressivos, mas apresentam-se desconectados de seu discurso e sua atitude aparente.

O trabalho analítico dos pacientes limítrofes consiste na tentativa de reconectar esses dois elos que estão cindidos (Chiantaretto, 2011). Tal trabalho passa primeiramente pela discussão do enquadre da clínica de tais sujeitos (Green, 1986).

3.7 Os limites do enquadre clínico e sua correlação com a contratransferência.

Green (1976) afirma que a problemática de tais sujeitos está nas suas relações com os limites. O duplo limite é caracterizado por fronteiras que se constituem ora de forma muito rígida, ora de forma excessivamente frouxa. Assim, o trânsito entre as fronteiras se torna prejudicado, fazendo com que o paciente limítrofe se posicione por muito mais tempo num espaço fronteiro, caracterizado por intensos conflitos, do que transite de forma fluida pelas instâncias (Candi, 2010).

Para Green (1986) uma das necessidades do paciente limítrofe é o estabelecimento de limites, inclusive no enquadre clínico. Esses limites são referentes às premissas do fazer psicanalítico: estabelecimento de horários, estabelecimento de honorários, configuração física do enquadre, etc. Esses limites são colocados, segundo Green (1986), não só pela necessidade de estabelecer limites para tais pacientes, mas principalmente para que esses limites sejam transgredidos.

O enquadre não se sustenta por muito tempo. A primeira pessoa a romper com os limites do enquadre é o paciente, através de seus atrasos, do não pagamento, de sua resistência ao divã, etc. (Green, 1986). Porém Green afirma que o analista também não suporta sustentar o enquadre por tanto tempo, pois ele também possui suas necessidades de ruptura de limites.

Ferenczi em a *Elasticidade da técnica* afirmou que a clínica precisa se adaptar às necessidades de cada paciente, para que seja um ambiente acolhedor e facilitador do

processo. André (2004) corroborou com tal ideia quando questionou o que seriam tais rupturas do enquadre. Para ele essas formas diferentes de apresentar o enquadre não seriam rupturas, mas sim adaptações às necessidades de cada sujeito.

Quando Green (1986) traz a necessidade do estabelecimento dos limites do enquadre na clínica dos pacientes limítrofes discorre exatamente sobre essa necessidade da flexibilização de tais limites. Essa flexibilização, para Green, só é possível a partir desse enfrentamento e da transgressão de tais limites. Ou seja, é preciso estabelecer regras para que o sujeito tenha condições de criar recursos para lidar com tais transgressões sem que seja necessário cindir diante do conflito (Green, 1976, 1986).

Os conflitos relacionados aos limites, no paciente limítrofe, são produtores de seus sintomas característicos (Green, 1976). Quando as regras do enquadre são estabelecidas, portanto, o analista deve esperar intensas moções pulsionais também direcionadas às regras do enquadre (Green, 1986). Essas moções são percebidas por ataques sucessivos ao enquadre (Figueiredo, 2011), que nada mais são do que um substituto para o conflito do paciente com seus limites internos. Para Green (1986) esses ataques oscilam a partir das também oscilações transferenciais do sujeito.

Nesse contexto, Green (1986) afirma que a clínica dos estados-limite não pode contentar-se, como na clínica das neuroses clássicas, a aguardar as elaborações de seus sujeitos sobre suas relações transferenciais, uma vez que o enquadre é sucessivamente atacado e os sintomas da transferência são intensos e muitas vezes graves, como por exemplo, sintomas do núcleo psicótico, episódios depressivos graves, toxicomanias, transtornos alimentares e tentativas de suicídio (Green, 1986; Birman 1998). Green postula:

“(…) isso implica igualmente em modificação da contratransferência no analista (…) Nos “casos-limites”, o analista não pode mais ficar passivo (…) ele é obrigado a reestabelecer os vínculos que são atacados pelos processos de pensamento do paciente. Cabe, portanto, ao analista fazer o trabalho de pensar que está em questão. Mas como ele pode fazer isso? O analista só pode fazer isso abolindo os próprios limites de sua atividade racional, só pode fazê-lo se calcar seu funcionamento mental sobre o funcionamento mental do paciente. Deve-se, portanto, também ele, poder saber perder-se, poder esquecer a categorização de pensamento que lhe é própria em tempo normal” (Green, 1986, p. 21).

Nesse trecho citado, Green (1986) afirma que a postura do analista diante dos ataques ao enquadre, por parte do paciente limítrofe, é de se permitir também transgredir tais limites. Essa transgressão, contudo, não pode ser elaborada pela via da racionalização. Ferenczi (1919) afirma que, em alguns sujeitos, o analista precisa se fazer mais presente, através de demonstrações de seu afeto, ou seja, através do manejo de sua contratransferência.

Thompson (2002) também trabalha a questão da contratransferência na clínica dos estados-limite. Para a autora, a contratransferência faz parte do enquadre dessa clínica. Thompson afirma que a transferência do paciente limítrofe sofre uma espécie de prejuízo, uma vez há uma dificuldade de elaboração dos sintomas transferenciais, pois a fantasia é um recurso bem menos importante diante da percepção da realidade material.

Se na clínica dos pacientes neuróticos clássicos a neurose de transferência surge como uma substituição dos sintomas vividos na vida do sujeito, na clínica dos estados-limite a neurose de transferência encontra um obstáculo no caminho de seu estabelecimento (Thompson, 2002). O paciente neurótico clássico revive na atualidade

clínica indícios de suas relações objetais, pela via da fantasia. A figura de seu analista apresenta alguns elementos que o remetem a elementos encontrados em suas figuras de mundo interno. No caso dos pacientes limítrofes, essa percepção tem dificuldade de encontrar a via da fantasia, assim a transferência é vivida de uma forma mais direta, como se a pessoa do analista fosse uma de suas figuras de referência (Thompson, 2002).

A transferência é vivida de forma mais direta. O paciente limítrofe tende a compreender sua relação com seu analista como algo de sua realidade material (Thompson, 2002) e é por isso que suas intensas moções de afeto são de fato direcionadas à pessoa do analista. Para Thompson (2002) a contratransferência faz parte do enquadre da clínica dos estados-limites inevitavelmente porque os afetos são direcionados ao analista também de forma direta. Diante dessa característica, a transferência do analisando tende a provocar com mais intensidade as reações no inconsciente do analista. Os afetos do analista, presentes na contratransferência, são resultado da influência da relação transferencial do paciente limítrofe.

O paciente limítrofe é o sujeito caracterizado por intensas moções de afeto, mas que ao mesmo tempo não consegue simbolizar sobre esses (Green, 1976). Para Green (1986) a contratransferência é um fator importante na clínica de tais sujeitos, pois a via da interpretação racional muitas vezes falha na devolutiva para esses sujeitos, uma vez que afeto e simbolização estão cindidos. Se para Green (1986), o analista também deve transgredir seus próprios limites, isso só é possível pela via do afeto, pela via do manejo sobre sua contratransferência.

Como afirmou André (2004), o analista deve estar disposto a cair, junto de seu paciente limítrofe, no abismo de seus intensos afetos. É somente através dessa entrega que o analista pode ser capaz de entrar em contato com as funções de tais afetos. É através da percepção de seus próprios afetos que o analista pode compreender quais são os afetos

presentes nos limites psíquicos de seu paciente (Green, 1986). Se a via da racionalização, da interpretação consciente muitas vezes falha na clínica de tais sujeitos, é a via do afeto que apresentará recursos possíveis de interpretação da clínica dos estados-limite (Ferenczi, 1919).

A clínica dos estados-limite é uma clínica dos afetos, mais sobre o que se sente do que sobre o que se pensa. O papel do analista diante da contratransferência na clínica dos pacientes limítrofes consiste em, nada mais do que isso, emprestar a elaboração de seus próprios afetos, que surgem na clínica, para auxiliar seu paciente a elaborar sobre os afetos dele. O afeto do analista se empresta, pela via da simbolização, para a tentativa de reaproximar os afetos do sujeito em estado-limite de suas possibilidades de representação. Quando se aproxima tais elos, é possível observar os conteúdos como um todo e não mais de forma cindida. Dessa maneira é possível encontrar e criar vias de elaboração diante dos conteúdos.

Essa aproximação de afeto e representação só é possível se o analista aceita que seu paciente o atacará e o invadirá, diante do medo de mais uma vez ser abandonado por completo, de se ver mais uma vez desamparado (Green, 1986). A clínica do paciente limítrofe é uma clínica da presença. A presença do analista, através de seus afetos, é necessária para que o sujeito em estado-limite possa lidar com suas ausências não mais de uma forma traumática, mas sim fazer o luto de seus objetos primários. A clínica do paciente limítrofe é uma clínica da presença, para que seja possível lidar com a ausência. Elaborando sobre a ausência, o sujeito torna-se capaz de construir novas relações com seu mundo interno e com o mundo externo.

Ao contrário da clínica das neuroses clássicas, em que o analista marca sua ausência, remetendo seu paciente aos seus conflitos diante da perda do objeto, o analista da clínica dos estados-limite precisa marcar sua presença primeiramente. Depois de sua

presença percebida, é possível construir uma nova forma de lidar com essa ausência, de uma maneira não traumática. Essa construção é possível pela via do afeto. Afeto do paciente, afeto do analista.

A contratransferência na clínica dos estados-limite se apresenta nesse campo inseguro, em que os afetos do analista são solicitados de forma intensa para emprestar certa representatividade aos afetos de seu paciente. Mas esse trabalho só é possível através da contratransferência que é fruto da influência da transferência do analisando no inconsciente do analista. Assim, ainda nos deparamos com o cuidado de identificar se os afetos contratransferenciais presentes na clínica são resultantes da transferência do analisando ou resultantes dos conteúdos exclusivos da pessoa do analista.

Essa pergunta é difícil de responder, uma vez que cada caso clínico se apresenta como um universo distinto dos demais, bem como cada analista carrega em si seu próprio universo. Nos resta contribuir da forma como os demais analistas apresentaram suas contribuições: dividindo nossos relatos clínicos como uma tentativa de apresentar exemplos que corroborem com o apanhado de discussões teóricas que trouxemos nesse trabalho. A seguir, apresentaremos fragmentos de um caso clínico por nós acompanhado, com o intuito de contribuir para as discussões acerca da contratransferência e do afeto do analista como um recurso técnico na clínica dos estados-limite.

3.8 Fragmentos do caso Maria: uma discussão sobre o ato do analista e a manifestação de seu afeto.

Esse relato refere-se a fragmentos de um caso clínico de anorexia e bulimia, no qual a paciente apresenta elementos que podem ser tomados para a compreensão sobre o

ato do analista, pela perspectiva da técnica ativa de Sándor Ferenczi e uma manifestação do afeto do analista, interpretado por sua contratransferência, atuando na tentativa de auxiliar a interpretação do afeto de sua paciente. Para fins de resguardo da identidade da paciente, a chamaremos de Maria, nome fictício.

Maria é uma jovem que buscou pela psicoterapia quando tinha aproximadamente 19 anos de idade. Foi atendida por aproximadamente 24 meses, numa clínica-escola de uma universidade pública brasileira.

Maria trouxe uma queixa inicial relacionada aos seus sintomas anoréxicos e bulímicos, relatando também episódios isolados de “*tentativas de suicídio*”², através de cortes em seus pulsos. Quando iniciou sua psicoterapia, Maria já estava, segundo ela afirmava, com um peso abaixo do normal para a sua estatura.

Maria relatou que era a filha do meio, tendo mais duas irmãs. Contou que seu pai havia sido assassinado quando ela tinha 1 ano de idade. Segundo Maria, desde a morte de seu pai, sua vida foi marcada por uma relação conturbada com a mãe. Ela afirmava que sua mãe havia se tornado mãe “*muito cedo*”, aos 16 anos. Maria dizia que, durante a infância e até o atual momento em que procurou pela terapia, sua mãe repetia que as filhas haviam “*roubado a juventude*” da mãe e que por isso elas precisavam ser compreensivas diante de suas necessidades. Essas necessidades, segundo Maria, eram exemplificadas pelas ausências reais de sua mãe, com o intuito de se divertir, deixando as filhas sozinhas, sob os cuidados da irmã mais velha. Também pelo consumo de álcool e a constante presença de figuras masculinas estranhas, como parceiros de sua mãe.

Maria repetia várias vezes que, até o presente momento, havia tido “*oito padrastos*” e isso a deixava com muito medo de presenças masculinas desconhecidas, além do fato de ter formado um vínculo com alguns de seus padrastos, mas que eram

² Os trechos em itálico e entre aspas se referem as falas da própria paciente ou da analista. No caso específico, por exemplo, foi a paciente que afirmou ter apresentado tentativas de suicídio.

subitamente interrompidos quando eles se separavam de sua mãe, que não permitia que o vínculo com Maria permanecesse.

Maria relatava sentir-se abandonada pela mãe constantemente e que esta a deixava desamparada diante das dificuldades de sua vida. Para Maria, a situação seria diferente se seu pai estivesse vivo, pois ela “*tinha certeza que ele jamais me abandonaria*”.

O primeiro ponto importante sobre tal caso é a presença de distúrbios alimentares e de escarificação. Para Birman (2010), a clínica dos estados-limite é muitas vezes marcada por sintomas ligados a transtornos alimentares, toxicomanias e sintomas de autoflagelação. Para o autor, esses sintomas são fruto de uma agressividade direcionada ao próprio sujeito. Trata-se de uma agressividade, como apontada por Green (1976), resultante das dificuldades de elaboração do excesso de afetos que tais sujeitos carregam consigo. São agressividades que, por algumas vezes não se direcionarem a um objeto externo, retornam para si como sintomas narcísicos.

O segundo ponto importante é a aparente vivência do trauma, repetida várias vezes pelo discurso sobre o assassinato de seu pai. Diante de tal morte real, parece que a capacidade de elaboração pela via do luto não foi possível de ser estabelecida. A elaboração encontrada parece ter sido pela via da fixação na imagem do trauma, assim como Seligmann (2005) e Chiantaretto (2011) apresentaram. O curioso desse aspecto é que, quando o crime do assassinato do pai de Maria ocorreu, esta tinha apenas 1 ano de idade e não estava presente na hora do crime. Supostamente não existia, portanto, lembranças reais referentes a possível imagem traumática de seu pai morto.

Nesse contexto, a repetição da fala sobre o assassinato de seu pai e da certeza de que sua vida seria diferente, caso ele estivesse vivo aparentemente se relacionava a outro trauma: ao trauma original, de desamparo diante da ausência de seus objetos primários (Freud, 1926). Não só seu pai se ausentara bruscamente de seu convívio, como sua mãe

também possivelmente apresentava-se como ausente, de acordo como relato de Maria, pela via do desamparo. A repetição sobre a morte de seu pai não só aparentemente evidenciava a presença da vivência do trauma como tinha o caráter de proteção de seu Eu. Para Maria, parecia ser inconscientemente menos penoso crer que existia uma possibilidade de não se sentir desamparada, ainda que esse retorno a imagem do trauma da ausência de seu pai fosse bastante desagradável.

Maria, desde o princípio de sua análise, não mostrou dificuldades aparentes em estabelecer uma transferência com a terapeuta. Maria parecia ser uma garota de fácil convívio e pouco exigente, com relação às necessidades do enquadre terapêutico. Se apresentava de uma forma carinhosa e respeitosa. Para a terapeuta, Maria se apresentava aparentemente como uma menina afetuosa e despertava uma vontade em sua terapeuta de cuidados maternos.

Quando Maria trazia algum relato sobre um recente desentendimento com sua mãe, repetia frases como *“eu queria sumir”*, *“eu queria nunca ter existido”*, *“eu queria desaparecer completamente”*. Quando Maria proferia tais palavras, ou expressões parecidas, sua terapeuta em muitas das vezes sentia um medo desconfortável de que isso realmente acontecesse. Maria despertava em sua terapeuta um medo intenso de que, caso a terapeuta não cuidasse de Maria, ela de fato desapareceria, abandonando seu processo analítico e, conseqüentemente, também abandonando sua relação com a terapeuta. A ideia de que Maria pudesse realmente desaparecer causava em sua terapeuta uma sensação de culpa. A analista aparentemente sentia que se Maria sumisse ela também teria falhado com Maria, assim como seus demais objetos. Assim, apesar da relação transferencial de Maria com sua terapeuta ser aparentemente tranquila, a contratransferência de sua terapeuta com Maria era marcada por um aparente medo e culpa de falhar como cuidadora.

As frases relacionadas ao desejo de desaparecer permaneciam em várias sessões, apesar do desconforto que causavam tanto em Maria quanto em sua terapeuta. Em uma dessas sessões, Maria repete a frase “*eu queria desaparecer*”. Nessa sessão específica, Maria e sua terapeuta encontravam-se em uma sala que não possuía janelas, sendo a única luz proveniente de uma lâmpada elétrica acesa.

A terapeuta lhe direcionou um convite “*então vamos experimentar desaparecer?*”, seguida de uma explicação breve sobre a importância de perceberem o que estava implicado no ato de desaparecer. Diante da autorização de Maria, a analista desligou as luzes da sala, que foi tomada momentaneamente por um escuro intenso, em que dificilmente era possível enxergar algo além de contornos pouco nítidos.

Esse fora um ato da analista, como escreveu Ferenczi (1919) diante da constante solicitação de sua paciente de seu desejo de desaparecer. Foi preciso oferecer à paciente aquilo que ela solicitava pela via da repetição, ainda que não existisse a certeza de que essa era mesmo a necessidade real de Maria e ainda que tal ato provocasse um intenso desconforto em ambas.

O escuro foi tomado por um silêncio relacionado às vozes de analista e analisando mas também tomado pelo barulho do corpo de Maria mexendo-se muito em sua poltrona. Figueiredo (2011) falou sobre o silêncio da clínica dos sujeitos-limite, caracterizado pela percepção do analista de um intenso barulho intrapsíquico, que muitas vezes se manifesta no corpo agitado, tal qual Maria aparentemente apresentava no momento.

“*Isso é horrível!*” disse Maria. A analista perguntou se poderia religar as luzes. “*Não!!*”, respondeu Maria num tom alto e enfático. “*Não sei o que pensar sobre isso, não sei o que estou sentindo*”, disse Maria. A analista lhe disse que estava sentindo medo pelo que havia feito na sessão, com receio de que não tivesse agido corretamente com Maria. Nesse momento a terapeuta escolheu compartilhar com sua paciente sobre seu medo e

culpa que sentia em relação a Maria, proveniente de uma percepção de sua contratransferência. Maria respondeu: *“Estou com medo também... tenho muito medo do escuro. Quero aparecer!”*

Vemos nesse trecho que a analista informou sua paciente sobre seus próprios afetos, especificamente sobre o medo que sentia diante da situação que havia colocado sua analisanda. Assim como Heimann (1950) afirmou, nem todos os afetos do analista estão relacionados à resistência na relação com seu paciente, podendo esse afeto ser um recurso importante para a compreensão do afeto de seu paciente. No caso específico, foi necessária uma reflexão sobre sua própria contratransferência para que fosse possível identificar se essa era proveniente de um conteúdo da analista ou um resultado do movimento transferencial de Maria com sua terapeuta. Como Ferenczi (1931, 1932) afirmou, certos afetos do analista surgem, através da contratransferência, a partir da influência da relação transferencial do paciente. Embora o ato tenha sido intencional, o afeto da analista surgiu a partir de tal ato, de forma espontânea. De alguma maneira, quando a analista falou sobre seu medo, a paciente também falou sobre o medo dela.

Aparentemente, nesse caso específico, a contratransferência da analista estava relacionada ao movimento transferencial de Maria, que através de seu próprio medo do abandono também parecia provocar em seus objetos um medo significativo de abandoná-la, mesmo que não intencionalmente. O desejo de desaparecer de Maria parecia estar relacionado a um intenso medo de que isso de fato acontecesse, medo esse sentido tanto pela própria Maria, quanto por sua terapeuta, através da contratransferência.

O ato do analista, diante daquilo que ele acredita sobre sua contratransferência, denunciando uma necessidade de seu paciente, nem sempre ocorre. Não é simples avaliar, antes da escolha de alguma atuação, seja através de um ato ou da tentativa de nomear um afeto, se tal conteúdo é resultante das moções afetivas do analisando ou dizem respeito aos

conteúdos da pessoa do analista. Nos parece que tal avaliação ocorre somente a posteriori, a partir da devolutiva do próprio paciente sobre o ato e o afeto do analista. E sabemos que tal devolutiva pode ser desagradável, uma vez que a clínica do paciente limítrofe é uma clínica marcada por intensos afetos, inclusive agressivos. A contratransferência como um recurso técnico é sempre um risco a ser tomado, o que mais uma vez evidencia a necessidade do processo analítico do próprio analista.

Contudo, talvez sem tal ato do analista, na clínica dos estados-limite, o paciente tenderia a permanecer na repetição incessante de seu trauma e na vivência real da transferência com seu analista. Talvez permaneceria estagnado em seu território fronteiriço. O melhor parâmetro de avaliação sobre a pertinência da contratransferência como um recurso possível são as reações dos pacientes diante da presença do afeto manifestado do analista.

No caso de Maria, por exemplo, desde o princípio, ela se apresentou como alguém aberta a uma presença mais evidente de sua terapeuta, e exigia isso, através de seus afetos dirigidos à analista. Sua agressividade parecia ser intensa e destruidora, mas normalmente dirigia-se a si mesma, em vez de ser projetada nos outros, o que tornava a relação com sua terapeuta pouco agressiva.

Maria aparentemente necessitava de um acolhimento maternal, tal como Ferenczi (1931) afirmou sobre o paciente traumático. Ela, ao longo de sua terapia, apresentou vários momentos possíveis de elaboração acerca de seus desejos de desaparecer. Maria, com o tempo, pareceu compreender que já se sentia desaparecida em seu contexto familiar, portanto desaparecer não parecia ser um desejo, mas sim uma realidade. Perceber isso não fora agradável e recompensador, tampouco garantiu Maria a cura imediata de seus sintomas. Mas essa percepção a auxiliava na ressignificação diante de suas constantes solicitações de desaparecer, uma vez que aparentemente esse não era seu real desejo.

Parece que seu real desejo era de se fazer presente e esse contato com tal desejo só foi possível quando houve a oportunidade de surgir as representações necessárias para os afetos presentes em tal desejo. Aparentemente isso foi possível, como no exemplo acima, dentre outros recursos, a partir da presença dos afetos da analista, seguidos de uma tentativa de representação, por parte também da analista, sobre os afetos ali presentes.

Conclusão.

A psicanálise é, em essência, uma cura pelo amor.

Sigmund Freud.

Ao chegarmos ao fim desse trabalho, é possível retornar ao nosso objetivo inicial da busca pela discussão teórica da psicanálise para a contribuição na atuação clínica. Retomemos as *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise* e lembremos que Freud não apresentou regra alguma sobre o fazer psicanalítico, além de sua regra da associação livre.

Apesar de não se ater com veemência à elaboração de regras que hipoteticamente poderiam ser estabelecidas àqueles que pretendem seguir o caminho da psicanálise, Freud (1915) destacou a importância do tripé: investigação teórica, análise pessoal e supervisão clínica.

A investigação teórica do presente trabalho nos mostrou que a teoria freudiana não se cessa e muito menos se torna obsoleta. É claro que a teoria freudiana sofre as modificações necessárias relacionadas à cultura, à época e aos valores da sociedade. Talvez Seligmann (2005) esteja correto em afirmar que o paciente da época de Freud é o paciente da neurose clássica, enquanto o paciente de nosso tempo é o paciente do trauma, uma vez que a sociedade, através de seus meios de comunicação, tende a valorizar o discurso do trauma e a fazer o trabalho de repetir a imagem traumática por nós mesmos. É

o que vemos nos noticiários, por exemplo, que conseguem relatar e mostrar as imagens, com precisão, de guerras e tragédias vividas em outros continentes.

Parece que nos dias atuais, o trauma está mais próximo de todos nós, fazendo com que as fronteiras continentais dos acontecimentos traumáticos sejam superadas. Se na época de Freud uma guerra era percebida através de um relato de algum sobrevivente, hoje em dia nos é mostrada com imagens, fotos e vídeos nítidos, como se nós estivéssemos lá (Seligmann, 2005).

Apesar dessa proximidade do trauma que, pela via do estudo cultural apresenta-se como um outro objeto de estudo interessante, que infelizmente não foi contemplado nesse trabalho, vemos que os teóricos clássicos, como Freud e Ferenczi apresentam contribuições fundamentais para o entendimento de um fenômeno que talvez esteja mais presente: essa fixação na imagem traumática.

Essas contribuições dos trabalhos clássicos estão relacionadas a um contexto importante que buscamos trabalhar ao longo desse texto: As teorias clássicas não se apresentam como relatos factuais daquilo vivido na clínica de tais teorias. Ainda que Freud traga sua clínica como exemplo ao longo de toda teoria (Freud, 1905, 1918 [1914]), o trabalho elaborativo de seus conceitos tornam sua obra atemporal, independente das mudanças dos tempos e da cultura.

Sempre veremos, no contexto da psicanálise, a predominância dos recortes teóricos de acordo com a demanda específica de quem o escreve, mas quando somos capazes de apresentar um trabalho mais elaborativo e menos ligado aos fatos da realidade material, mais esse trabalho apresenta contribuições extensas para o surgimento de novas questões.

O primeiro objetivo desse trabalho foi de aproximar a teoria freudiana das contribuições de autores contemporâneos sobre a clínica dos pacientes limítrofes para reforçar a importância do retorno à leitura de Freud. Não se deve, entretanto, atribuir a

Freud falas que não foram ditas, mas há em sua teoria conceitos fundamentais para pensarmos questões atuais, tanto pela via daquilo que já fora dito, quanto pela via da novidade.

Freud nos deixou essa possibilidade e esse legado quando escreveu sobre a teoria e a técnica psicanálise e quando não escreveu sobre regras e normas (Freud, 1915). É por isso que, apesar de discordar veementemente da técnica ativa de Ferenczi (1919), Freud não o abandonou como discípulo e aluno. A (re) construção da teoria psicanalítica segue a lógica da psicodinâmica do Inconsciente daqueles que se debruçam sobre ela.

Retomando ao tripé de recomendações de Freud (1915), voltamos à questão da análise pessoal e da supervisão clínica. Nosso trabalho apontou duas características importantes sobre a clínica dos pacientes limítrofes: as intensas moções de afeto de tais pacientes, que são direcionadas na clínica para a figura do analista; e a dificuldade de lidar com tais moções de afeto, uma vez que suscitam, esbarram e necessitam da atuação dos afetos do analista.

Mais uma vez Freud (1905 [1900]) nos auxiliou ao escrever sobre a existência do Inconsciente em todos nós e, ao contrário do que as escolas racionais gostariam de crer, o Inconsciente é autônomo e possui mais espaço de existência do que qualquer esboço de razão. Além disso, Freud (1915) afirmou que o trabalho analítico consiste no trabalho conjunto entre Inconsciente do analisando e Inconsciente do analista.

O analista empresta seu Inconsciente ao trabalho elaborativo de seu paciente, independente se pela via da racionalização ou pela via do afeto (Freud, 1915). Isso torna o trabalho analítico, ao mesmo tempo, difícil e fascinante. Difícil porque é sempre um desafio trabalhar o Inconsciente do analisando sem que ele insira conteúdos completamente deles no contexto clínico. Fascinante porque, apesar dessa dificuldade, é impossível trabalhar sem a presença de ambos Inconscientes.

No caso de nosso objeto de estudo vimos que essa relação é ainda mais complicada. Se na clínica do paciente limítrofe há um comprometimento maior de sua capacidade de elaboração de seus afetos, essa dificuldade será conduzida por uma maior atuação do analista. O analista caminha em um terreno polêmico para o histórico da psicanálise, até mesmo para Freud (1910), que via a contratransferência como algo prejudicial por natureza.

Sobre o aspecto da contratransferência, Green (1986) aponta algo importante: ela é um convite, feito pelo inconsciente do paciente, e tal convite não é feito com o intuito de fazer com que o analista caia na armadilha de seu próprio afeto. Esse convite diz muito mais das necessidades primárias do paciente limítrofe do que das armadilhas do Eu do analista. Isso não significa que tal manejo, transferencial e contratransferencial não seja difícil. Significa que esse manejo, ainda que difícil, é uma forma de acolher o paciente no âmago da benevolência de uma figura objetal que pode, quem sabe, auxiliá-lo na reconstrução de suas vivências diante do trauma.

Talvez esse trabalho da contratransferência se apresente como arriscado, polêmico e desagradável. Mas buscamos com esse texto auxiliar na compreensão de que é um trabalho possível e, nos pacientes limítrofes, necessário. Esperamos que esse trabalho tenha contribuído para não só discutir as questões dos estadosos-limite, mas também para discutir as questões referentes à atuação do analista, principalmente no que diz respeito aos seus afetos.

Apesar de falarmos de papéis distintos na relação analítica, lembremos que um enquadre é constituído por pessoas. E cada pessoa é dotada de uma história, composta de traumas, sintomas, elaborações, afetos e representações. O analista é sempre o analista. Esse é o seu lugar. Mas esse lugar é talvez mais plástico do que o analista gostaria. Há necessidades que surgem diante de alguns sujeitos que, mesmo que houvesse regras de

conduta e de atuação, colocaria o analista em situações diferentes daquelas que ele vê em relatos clínicos de outros analistas. O que fazer diante dessas necessidades? Enrijecer-se, junto com o seu enquadre? Ou estudar as possibilidades de flexibilização para fornecer ao paciente aquilo que ele necessita, sem nos confundirmos com aquilo que ele quer. Afinal, Freud nos disse que “a psicanálise é, em essência, uma cura pelo amor”³.

³ Frase encontrada em carta de Freud, escrita à Jung. (Mezan, 1997)

Referências.

ANDRÉ, J. (2004) A transferência *borderline*. In: CARDOSO, M.R. (Org.) *Limites*. São Paulo: Escuta, p. 71-80, 2004.

ANDRÉ, J. (2002) *Transfert et états limites*. Paris: Presses Universitaires de France.

ANDRÉ, J. (1999) *Les états limites*. Paris: Presses Universitaires de France.

ASSOUN, P.L. (2011) *Leçons psychanalytiques sur le transfert*. Paris: Ed. Economica.

BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade: As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Paris, 1998. p. 36-49

BOHLEBER, W. (2007) Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise. Em: *Revista Brasileira de Psicanálise*. Vol. 41, no. 01, p.-154-175.

CANDI, T. (2010) *O duplo-limite- o aparelho psíquico de André Green*. São Paulo: Editora Escuta.

CANDI, T. (2012) Processo analítico e alteridade na obra de André Green. Em: *Impulso*. 22 (55), Piracicaba, p.- 35-44.

CARDOSO, M.R.C., A servidão ao “outro” nos estados limites. In: CARDOSO, M. R. &

CARVALHO, M.T.P. (2011) *Atualidade dos estados-limite: trauma e trabalho do negativo*. Tese de doutorado defendida no departamento de Psicologia Clínica, no programa de pós-graduação em clínica e cultura, na Universidade de Brasília.

CARVALHO, M.T.P. (2011) *Circunscrevendo a questão dos casos fronteiriços*. Em: VIANA, T.C. (org). (2011). *Subjetivações contemporâneas e clínica psicanalítica*. Lisboa: Placebo Editora LTDA.

CHIANTARETTO, J.F. (2011) *Ecritures de soi, écritures des limites*. *Revista Polis e Psique*, Vol 1. N.2, p. 130.

COUVREUR, C. (2002/3) *Expériences traumatiques, expériences analytiques*, Em: *Revue française de psychanalyse*. Vol. 66, Paris, p.- 691-709

FERENCZI, S. (1908) *A respeito das psiconeuroses*. Em: *Obras Completas, vol. 1*. São Paulo: Martins Fontes.

FERENCZI, S. (1908) *Transferência e introjeção*. Em: *Obras Completas, vol. 1*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1914) *Algumas observações clínicas de pacientes paranóicos e parafrênicos*. Em: *Obras Completas vol. 2* São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1916) Dois tipos de neurose de Guerra. Em: *Obras Completas vol. 2* São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1919) Psicanálise das neuroses de Guerra. Em: *Obras Completas vol. 3* São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1921) Prolongamentos da “técnica ativa em psicanálise.” Em: *Obras Completas vol. 3* São Paulo: Martins Fontes.

_____, (1923) Contra-indicações a técnica ativa. Em: *Obras Completas vol. 3* São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1928) A adaptação da família à criança. Em: *Obras Completas vol. 4* São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1928) Elasticidade da técnica psicanalítica. Em: *Obras Completas vol. 4* São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1930) Princípio de relaxamento e neocatarse. Em: *Obras Completas vol. 4* São Paulo: Martins Fontes.

_____. (1934) Reflexões sobre o trauma. Em: *Obras Completas vol. 4* São Paulo: Martins Fontes.

FIGUEIREDO, L.C. (2011) A Questão dos limites e a situação analisante na clínica contemporânea. In: CARDOSO & GARCIA (Org.) *Limites da Clínica. Clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, p. 185-207, 2011

_____. O caso-limite e as sabotagens do prazer. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 2000. vol. III, n. 2, 2000, pp. 61-87.

FREUD, S. A Interpretação dos Sonhos (1900). In: Edição comemorativa 100 anos. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

FREUD, S. Fragmentos de análise de um caso de histeria (1905). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. 7.

_____. Observações sobre um caso de neurose obsessiva (1909). In: *Obras Completas*. São Paulo: Cia das Letras, 2013, vol.09.

_____. As perspectivas futuras da terapia psicanalítica (1910). In: *Obras Completas*. São Paulo: Cia das Letras, 2013, vol. 09.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. (1914). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XIV.

_____. Recomendações ao médico que pratica a psicanálise (1912). In: *Obras Completas*. São Paulo: Cia das Letras, 2010, vol. 10

_____. A Dinâmica da transferência (1912). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 2009, Vol. 10.

_____. Recordar, repetir, elaborar. (1914) In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 2009, Vol. 10

_____. Conferências introdutórias à psicanálise (1916-17). In: *Obras Completas*. São Paulo: Cia das Letras, 2014, vol.13.

_____. Os caminhos da formação dos sintomas (1916). In: *Obras Completas*. São Paulo: Cia das Letras, 2014, vol.13.

_____. História de uma neurose infantil (1918 [1914]). In: *Obras Completas*. São Paulo: Cia das Letras, 2010, vol.14.

_____. Além do princípio do prazer (1920). In: *Obras Completas*. São Paulo: Cia das Letras, 2010, vol.14.

_____. O ego e o id. (1923) In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XIX.

_____. Inibição, sintoma e angústia (1926) In: *Obras Completas*. São Paulo: Cia das Letras, 2014, Vol. 17.

_____. Fetichismo (1927). In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Volume XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. Construções em análise (1937). In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, vol. 23.

GARCIA, C. A. (Org.) ENTRE O EU E O OUTRO- Espaços Fronteiriços. Curitiba: Juruá, p. 17-27, 2010.

GOYENA, A. (2006) Heinrich Racker ou le contre-transfert comme un nouveau départ de la technique psychanalytique. Em: *Revue française de psychanalyse*. Vol. 70, Paris, p.-351-370.

GREEN, A.. 25/08/1986- 1ª conferência: Conceituações e limites. In: *Conferências Brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

GREEN, A. (1976). O conceito do fronteiriço. In: *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

GREEN, A. (1993). *O trabalho do negativo*. São Paulo: Artmed, 2010

_____. (2002). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

HEIMANN, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.

HEIMANN, P. (1960). Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 9-15.

JORGE, M.A.C. (2010) Despertar para o real. Em: *Fundamentos da psicanálise de Freud à Lacan: a clínica da fantasia (vol.2)*. Rio de Janeiro: Zahar.

JUNIOR, N.E.C. (2012). Thomas Ogden e a alteridade em psicanálise. Em: *Impulso*, 22(55), Piracicaba, p. 59-76.

KEZEM, J. (2010). Ferenczi e a psicanálise contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(2), 23-28.

KUCHENHOFF, J. (2006). Traumatisme conflit, representation. Traumatisme et conflite-une opposition? Em: *Revue française de psychanalyse*, ano 2006/2, vol. 70, p.553-570.

LAPLANCHE, J. e J.B. PONTALIS (1970). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

LAZZARINI, E. R. (2006). *Emergências do narcisismo na cultura e na clínica contemporânea: novos rumos, reiteradas questões*. Tese de doutorado defendida no departamento de Psicologia Clínica, no programa de pós-graduação em clínica e cultura, na Universidade de Brasília.

LAZZARINI, E. R. (2011). Vergonha e Culpa na cultura do narcisismo. Em: VIANA, T.C. (org) (2011). *Subjetivações contemporâneas e clínica psicanalítica*. Lisboa: Placebo Editora LTDA.

LEITÃO, L.G. (2003). Contratransferência: Uma revisão na literature do conceito. Em: *Análise Psicológica*, ano 2, no. 21, Lisboa- p.175-183.

LEJARRAGA, A.L. (2008). Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. Em: *Natureza Humana*, vol. 10, no. 02, p. 115-147.

MACKINNON, R. A., MICHELS, R., BUCKLEY, P. (2008) *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

MELO NETO, G.A.R. (2012) Neurose traumática, neurose de transferência: um relato autobiográfico do holocausto. Em: *Psicologia em estudo*. Vol. 17, no. 03, Maringá, p.- 413-423.

MEZAN, R. (1997) *Freud, pensador da cultura*. Editora Brasiliense.

MEZAN, R. (2014) *O tronco e os ramos*. São Paulo: Companhia das Letras.

OLIVEIRA, B. S. M. (1994). Paula Heimann. Em: S. A. Figueira (Org.) *Contratransferência: de Freud aos contemporâneos* (pp. 85-106). São Paulo: Casa do Psicólogo.

PINHEIRO, N.N.B. & MAIA, M.V.M. (2011) Fenômeno histérico ou psicossomático? Re- lendo o homem dos lobos com Winnicott. Em: *Fractal: Revista de Psicologia*, vol. 23, no. 03, p.595-606.

PISETTA, M.A.A.M. (2011) O sujeito suposto saber e a transferência. Em: *Revista Digital AdVerbum*, vol. 06, no. 0, p. 64-73.

PONTALIS, J.B. (1990). A Estranheza da Transferência. In: *A força de atração*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 1991.

PRESS, J. (2010). Trauma et pulsion. Em: *Libres Cahiers pour la psychanalyse*, no. 21, p. 35-51.

RABELO, A.P. (2015). *Bulimia e Psicanálise: considerações a partir da perspectiva winnicotiana*. Dissertação de mestrado defendida departamento de Psicologia Clínica, no programa de pós-graduação em clínica e cultura, na Universidade de Brasília.

RASSIAL, J.J. O sujeito em estado limite. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

RISK, E.N. & SANTOS, M.A. (2015) O delicado manejo da transferência em paciente de difícil acesso. Em: *Psicologia: Ciência e profissão*. Vol. 35, no. 04, p.- 1074-1088.

ROCHA, Z. (2003) Transferência e criatividade no tempo da análise. Em: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano 6, no. 4, p. 80-101

- ROUDINESCO, E. (2000) *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- SEGANFREDO, P. (2008). Algumas considerações sobre o conceito de trauma psíquico.
Em: *Contemporânea- Psicanálise e Transdisciplinariedade*. no. 06, p. 6-8
- SELIGMANN-SILVA, M. (2005) O local da diferença. São Paulo: Editora 34.
- THOMPSON, C. (2002) Le contre-transfert est-il un cadre? In: ANDRÉ, J. &
- THOMPSON, C. (Org.) *Transfert et états limites*. Paris: Presses Universitaires de France,
p. 23-40, 2002.
- VIEIRA, M. A. (2012) Homem dos Lobos: A atualidade dos casos clínicos freudianos.
Em: *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol. 32, no. 03, p.- 706-715.
- VILLA, F. C. & CARDOSO, M. R. A questão das fronteiras nos estados limites. In:
CARDOSO, M. R. (Org.) *Limites*. São Paulo: Escuta, p. 59-70, 2004.
- ZYGOURIS, R. (1995) Sortilégios da cena traumática. Em: *Ah! As belas lições* (1995).
São Paulo: Editora Escuta.