

FREDERICO MARTIN WILMERSDORFER

**Os estados-limite e alguns de seus
desafios clínicos**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Rio de Janeiro
Janeiro de 2004

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Frederico Martin Wilmersdorfer

Os estados-limite e alguns de seus desafios clínicos

Dissertação de Mestrado

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

Orientador: Prof. Octavio Almeida Souza

Rio de Janeiro
Janeiro de 2004



Frederico Martin Wilmersdorfer

Os estados-limite e alguns de seus desafios clínicos

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

Prof. Octavio Almeida Souza

Orientador

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Luis Cláudio M. Figueiredo

Pós-Graduação Psicologia – PUC-SP

Prof. Carlos Eduardo Estellita-Lins

IFF/FIOCRUZ/RJ

Prof. Jürgen Heye

Coordenador Setorial de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Teologia e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 30 de janeiro de 2004

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

Frederico Martin Wilmersdorfer

Graduou-se em Engenharia Industrial Mecânica na Universidade Federal Fluminense (UFF) em 1968, tendo feito o curso de pós-graduação *stricto-sensu* em Engenharia de Produção na PUC-Rio em 1970. Trabalhou na iniciativa privada até 1997. Iniciou, em 1998, o curso de graduação em Psicologia na PUC-Rio, graduando-se em 2001. É membro cursista da SPID (Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle) do Rio de Janeiro.

Ficha Catalográfica

<p>Wilmersdorfer, Frederico Martin Os estados-limite e alguns de seus desafios clínicos / Frederico Martin Wilmersdorfer; orientador: Octavio Almeida Souza. – Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2004.</p> <p>v., 132f.:il.; 29,7 cm</p> <p>1. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.</p> <p>Inclui referências bibliográficas.</p> <p>1. Psicologia – Teses. 2. Estados-limite. 3. Borderline. 4. Narcisismo. 5. Constituição do sujeito. 6. Agressividade. 7. Pulsão de morte. 8. Identificação projetiva. I. Souza, Octavio Almeida (Octavio Souza). II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.</p>

CDD:004

Às minhas mulheres:
Léa, Claudia, Paulinha.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Octavio Souza, por me abrir horizontes.

À PUC-Rio, e, em especial, ao Departamento de Psicologia, pela ajuda e auxílio.

À minha esposa Claudia e à minha filha Paula, pelo apoio e paciência.

Resumo

Wilmersdorfer, Frederico Martin. **Os estados-limite e alguns de seus desafios clínicos**. Rio de Janeiro, 2004. 132p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Os estados-limite têm feito parte da literatura psicanalítica desde os primórdios da psicanálise. A partir da última metade do século passado, entretanto, o interesse pelo assunto aumentou consideravelmente e a produção de artigos e matérias vem tomando um vulto cada vez maior. Não obstante, a polêmica em torno do tema parece também crescer na mesma proporção. Este trabalho apresenta um pequeno histórico do termo estados-limite e algumas controvérsias nos diferentes meios psicanalíticos, principalmente no que diz respeito às relações entre a clínica dos estados-limite e a das personalidades narcísicas. São tratadas também questões ligadas à constituição da subjetividade e à sua incidência na clínica dos estados-limite. Finalmente, são revistas algumas patologias limítrofes e alguns aspectos clínicos importantes, como as implicações transferenciais e contratransferenciais dos estados-limite. A preferência pelo termo estados-limite tem por objetivo ampliar o escopo que outros termos, tais como “casos-limite”, ou “distúrbios limítrofes”, possam sugerir. Enquanto que estes últimos possuem conotações marcadamente patológicas, pertencendo, portanto a uma clínica psicanalítica específica, o termo estados-limite permite também designar situações com características semelhantes, porém episódicas e suscetíveis de ocorrer em qualquer tipo de clínica psicanalítica, inclusive a da neurose.

Palavras-chave

Psicanálise; estados-limite; borderline; narcisismo; constituição do sujeito; agressividade; pulsão de morte; identificação projetiva; formação de símbolos; transferência; contratransferência.

Abstract

Wilmersdorfer, Frederico Martin. **Borderline conditions and some of their clinical challenges**. Rio de Janeiro, 2004. 132p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Borderline conditions have been part of psychoanalytical literature since the early stages of psychoanalysis. However, since the second half of the last century, interest in this subject has grown considerably and there has been a steady increase in the number of articles and essays published. Nevertheless, polemic around this theme seems also to grow in the same proportion. This work covers a brief history of the term *borderline* and some of the controversies in the different psychoanalytical environments, principally as to the relationship between the borderline treatment and that of narcissistic personalities. Issues regarding the constitution of subjectivity and its incidence in the borderline therapy are also dealt with. Finally, some forms of borderline pathology and important clinical aspects, such as transference and counter transference implications, are reviewed. The preference for the term borderline conditions aims to broaden the scope that other terms, such as “borderline cases” or “borderline disturbances” may suggest. While these latter possess strong pathological connotations, belonging, therefore, to a specific psychoanalytical treatment, the term borderline conditions allows for the designation of situations with similar characteristics, although episodic and liable to occur in any type of psychoanalytical treatment, including the neurotic.

Keywords

Psychoanalysis; borderline; narcissism; subject constitution; aggressiveness; death instinct; projective identification; symbol formation; transference; counter transference.

Sumário

1. Introdução	10
2. Embates terminológicos e conceituais	14
2.1. Diferenças culturais	14
2.1.1. <i>Borderline</i> x estados-limite	14
2.1.2. <i>Novo Mundo</i> x tradição	16
2.2. Um breve histórico da idéia de estados-limite	19
2.2.1. O início psiquiátrico	19
2.2.2. O movimento psicanalítico	20
2.2.3. A evolução recente	23
2.3. O relacionamento com personalidades narcísicas	27
2.3.1. A organização da personalidade narcísica	28
2.3.2. Aspectos distintos dos estados-limite	36
2.3.3. Diferenciações estruturais	39
3. A constituição do sujeito e a ordem patológica	44
3.1. A constituição do sujeito que se coloca em estados-limite	44
3.1.1. A formação de símbolos	46
3.1.2. Os ataques ao elo de ligação	51
3.1.3. Da identificação projetiva ao uso de um objeto	54
3.1.4. A falha básica impedindo o nascimento psicológico	59
3.2. A ordem patológica	66
3.2.1. Falhas na continuidade de ser	67
3.2.2. Agressividade e narcisismo	80
4. A clínica dos estados-limite	101
4.1. O peso social: função do pai x função dos pares	101
4.2. Transferência e contratransferência	105
4.3. Os estados-limite na clínica da neurose	115
5. Conclusão	122
6. Referências bibliográficas	127

Nesta terça-feira, em Berna, um rapaz e uma moça, os dois beirando os trinta anos de idade, estão parados sob uma lâmpada de iluminação pública na Gerberngasse. Eles se conheceram há um mês. Ele a ama desesperadamente, mas já sofreu muito por uma mulher que o abandonou sem qualquer aviso, e tem medo do amor. Com esta mulher, ele precisa de todas as garantias. Examina o rosto dela, silenciosamente implora-lhe que revele seus verdadeiros sentimentos, procura identificar o menor sinal, o mais acanhado movimento de suas sobrancelhas, o mais vago corar de suas bochechas, a umidade de seus olhos.

*Na verdade, ela também o ama, mas não consegue traduzir seu amor em palavras. Em vez disso, sorri para ele, sem saber do medo que ele sente. Enquanto estão ali, sob aquela lâmpada na rua, o tempo pára e recomeça. Logo depois do intervalo, a inclinação de suas cabeças é exatamente a mesma, o ciclo das batidas dos seus corações não apresenta qualquer alteração. Mas, em qualquer lugar das profundezas da mente da mulher, surgiu um pensamento frágil que não estava lá antes. A jovem mulher tenta capturar este novo pensamento em seu inconsciente e, quando o faz, um vazio inescrutável risca-lhe o sorriso. Esta breve hesitação só seria perceptível à mais rigorosa observação, mas ainda assim o ansioso rapaz a notou e a interpretou como o sinal que procurava. Ele diz à jovem mulher que não pode tornar a vê-la, volta para seu pequeno apartamento na Zeughausgasse e decide mudar-se para Zurique e trabalhar num banco do tio. A jovem mulher se afasta do poste de iluminação pública na Gerberngasse, caminha lentamente de volta para casa se perguntando por que o rapaz não a amava (Alan Lightman, em *Sonhos de Einstein*).*

1 Introdução¹

*Sabemos que o primeiro passo no sentido de chegar ao domínio intelectual de nosso meio ambiente é descobrir generalizações, regras e leis que tragam ordem ao caos. Fazendo isso, simplificamos o mundo dos fenômenos, mas não podemos evitar falsificá-lo, especialmente se estivermos lidando com processos de desenvolvimento e mudança. Estamos interessados em discernir uma alteração qualitativa e, via de regra, assim procedendo, negligenciamos, inicialmente pelo menos, um fator quantitativo. No mundo real, as transições e estágios intermediários são muito mais comuns do que estados opostos nitidamente diferenciados (Sigmund Freud, em *Análise Terminável e Interminável*).*

O interesse pelo tema desta dissertação foi sendo desenvolvido aos poucos. Os termos *borderline* ou estados-limite estão cada vez mais em uso no meio psicanalítico. Inúmeros artigos, palestras e livros têm-se dedicado ao assunto. Não obstante, este ainda é um tema que gera grande controvérsia. É comum ouvir de pessoas com notoriedade e reconhecida capacidade afirmações díspares. Uma diz que os estados-limite representam a grande patologia psíquica dos tempos atuais; outras afirmam que este termo serve apenas para nomear sintomas do século XXI para estruturas descobertas por Freud no final do século XIX. E ainda há as que dizem tratar-se de patologias narcísicas adaptadas ao nosso tempo. Para aumentar ainda mais a discórdia, uma verdadeira miríade de sintomas pode fazer parte dos estados-limite, dependendo de como estes são definidos pelos diversos autores que tratam da questão. Tanta polêmica e tantas idéias diametralmente opostas foram os elementos que instigaram minha curiosidade, aguçada também pelo fato de que os estudos dos estados-limite centram suas pesquisas sobre o psiquismo humano em suas fases mais precoces, anteriores ao período edípico clássico freudiano.

Imaginar que não houve avanços na psicanálise depois de Freud é, no mínimo, uma atitude ingênua ou demasiadamente ortodoxa. Poder-se-iam citar inúmeras áreas em que novas descobertas e teorias trouxeram luz a pontos ainda obscuros ou até não explorados pela teoria freudiana. Foram criados outros modelos da mente e das relações

¹ Todas as publicações estrangeiras incluídas neste trabalho foram traduzidas pelo autor.

de objeto, além de teorias sobre fantasias inconscientes e desenvolvimento psíquico. Algumas teses tiveram início com autores ainda contemporâneos de Freud, como Sándor Ferenczi, e prosseguiram com Melanie Klein, uma das mais importantes desbravadoras de novas fronteiras na psicanálise. Vários outros autores transformaram a psicanálise moderna, tirando-a de uma perspectiva mais psicopatológica para uma outra que se volta mais para a estrutura e o desenvolvimento da personalidade. As teorias das relações objetais, a possibilidade de analisar crianças e psicóticos, os estudos do psiquismo do bebê, os problemas caracterológicos, as estruturas narcisistas, os resultados observacionais e experimentais da clínica psicanalítica, a psicologia do ego e a psicologia do *self* são apenas alguns exemplos de formulações pós-freudianas e que interessam ao objeto desta dissertação.

Evidentemente, ao lado de tantas novas teorias e hipóteses que permitem focar, com uma ótica inovadora, uma grande quantidade de problemas psíquicos, existe também um novo complicador. A teoria psicanalítica cresceu, a partir de Freud, reunindo uma série de novas “escolas”, correntes de pensamento, grupos, etc., cada qual com seu enfoque particular sobre quase todos os problemas que se possa imaginar. É inclusive difícil, hoje em dia, falar de psicanálise no singular. Bion chegou a se referir ao problema da grande quantidade de teorias que existem em psicanálise com a metáfora da Torre de Babel. Esse estado de coisas pode tender (como efetivamente tem acontecido) a um certo *fundamentalismo* dentro do meio psicanalítico, impedindo que as diferentes linhas de pensamento possam interagir umas com as outras, tirando partido destas diferenças. A questão dos estados-limite parece padecer deste mal, pois a polaridade nas opiniões tem sido a tônica em muitos escritos sobre o assunto. O próprio termo estados-limite é objeto de polêmica, pois vários outros termos são utilizados, sem que se saiba sempre o que cada um tenta abranger. Neste trabalho, a preferência pelo termo estados-limite tem por objetivo alargar o escopo que outros termos, tais como “casos-limite”, ou “distúrbios limítrofes”, sugerem. Enquanto que estes últimos possuem conotações marcadamente patológicas, pertencendo, portanto a uma clínica psicanalítica específica, o termo estados-limite permite também designar situações com características semelhantes, porém episódicas e suscetíveis de ocorrer em qualquer tipo de clínica psicanalítica (incluindo, portanto, a clínica da neurose). Da mesma forma, distinguimos os termos em inglês *borderline states* (ou *borderline conditions*) de suas variantes patológicas *borderline cases*, *borderline disorders*, etc.

Um dos pontos centrais de referência de todas as teorias ou correntes de pensamento psicanalítico é a problemática da subjetividade. Não se pode falar de sofrimento, de sintomas psíquicos, sem aludir ao sujeito, já que o sofrimento se inscreve sempre no campo da subjetividade. Todas as teorias que abordam a questão dos estados-limite colocam grande ênfase num psiquismo bastante precoce, focando um período pré-édipico ou pré-verbal. Na pesquisa e teorização dos estados-limite há uma tendência de regredir cada vez mais no tempo, indo aos primórdios da vida psíquica do bebê (alguns autores chegam a pesquisar a vida intra-uterina), em que as relações triádicas perdem em importância para as diádicas mãe-bebê. Muitos destes autores não descartam a importância do complexo de Édipo na constituição do sujeito, mas o colocam como um organizador psíquico que sucede a outros, eventualmente mais importantes.

Uma das questões fundamentais deste tipo de abordagem é a do recalque. A psicanálise freudiana é essencialmente a da castração e do recalque, oriundos do complexo de Édipo. Ao se falar de relações pré-verbais não faz mais sentido se falar de recalque. Alguns autores falam de cisão, privilegiando temas como fantasias internas, sadismo, objetos parciais, agressividade, pulsão de morte e narcisismo, enquanto outros falam de falhas na continuidade de ser, privilegiando temas como a indiferenciação mãe-bebê, os envelopes psíquicos, as falhas ambientais e a dialética contato-diferenciação.

No capítulo 2 vemos um pouco das origens desta terminologia e algumas diferenças culturais no modo de lidar com o assunto. Para tal foram privilegiados artigos de Luís Cláudio Figueiredo e Judith Gurewich, que apontam para os contrastes das escolas norte-americana (prolífica em novos estudos sobre patologias limítrofes) e francesa (mais conservadora, pouco produtiva neste campo). Um pouco da história e da evolução nos estudos sobre estados-limite são também abordadas, com base em artigo de Nicholas Kouretas. Em seguida são mostrados alguns aspectos relacionais entre personalidades narcísicas e estados-limite, assim como os componentes narcísicos incluídos nesses últimos. Para tal, as referências principais estão em Sigmund Freud, Heinz Kohut, Otto Kernberg e W. W. Meissner.

No capítulo 3 mostramos algumas formas de ver a constituição do sujeito e sua importância na etiologia dos estados-limite. Tendo sempre Freud como ponto de partida, alguns trabalhos de autores como Melanie Klein, Hanna Segal, Wilfred Bion, Donald Winnicott, Michael Balint e Margaret Mahler são utilizados. Questões como a capacidade para simbolizar, a identificação projetiva ou o uso de um objeto, estão entre

os temas estudados. Vemos também, neste capítulo, a questão dos estados-limite por sua vertente patológica, seguindo uma divisão entre as teorias psicanalíticas que são classificadas como identificatórias e aquelas que são intersubjetivas em sua raiz. No primeiro grupo incluímos Winnicott, Balint e Fairbairn, enquanto que no segundo grupo privilegiamos Kernberg e André Green.

Finalmente, o capítulo 4 é dedicado à questão dos estados-limite na clínica psicanalítica. Em primeiro lugar é feita uma breve e superficial abordagem dos estados-limite por uma ótica sociocultural, inspirada em um artigo de Jurandir Freire Costa. O objetivo deste tópico, que afinal não ocupa parte privilegiada neste trabalho, é tão somente de mostrar que esta questão não pode ser negligenciada na clínica. Em seguida é abordada a questão da transferência e contratransferência e sua importância neste tipo de clínica. Novamente partindo de Freud, são revistas algumas teorias de Winnicott e Figueiredo, além de Margaret Little e Thomas Ogden. Para encerrar este capítulo, retomam-se alguns aspectos dos estados-limite na clínica da neurose, onde estes casos só aparecem de forma isolada, momentânea ou induzida. Foram utilizados aqui, principalmente, um trabalho de Nahman Armony e novamente alguns artigos de Ogden.

Evidentemente não há neste trabalho a pretensão de abranger este assunto de forma minimamente completa. Procurei centrar-me em algumas questões que se mostraram importantes, mas tive que deixar inúmeras outras de fora. Não obstante, quero crer que este estudo pode ter a pretensão de funcionar como uma introdução a alguns conceitos e questões referentes à clínica contemporânea dos estados-limite, tão recheada de situações de que muitas teorias psicanalíticas teimam em não dar conta.

2

Embates terminológicos e conceituais

Desde as primeiras descrições clínicas dos pacientes casos-limite (Stern, 1938), uma enorme quantidade de trabalho – dados clínicos, variações técnicas, construtos teóricos – tem sido acumulada na literatura psicanalítica. Podemos dizer agora que estamos prontos para uma confrontação final de nossas idéias vigentes, com o objetivo de chegarmos a uma nova introspecção. Se nos limitarmos aos dados clínicos, podemos seguramente assumir que encontraremos grandes áreas de experiência em comum. Se discutirmos técnicas, entretanto, é mais provável que iremos ter discordâncias. Se falarmos de teoria, é quase certo que tomaremos caminhos diferentes. Em resumo, podemos compartilhar nossas percepções, mas não nossas concepções – talvez porque alimentemos preconceitos diferentes (André Green, em On Private Madness).

2.1

Diferenças culturais

2.1.1

Borderline x Estados-limite

É muito comum, hoje em dia, tanto no meio psicanalítico como no psiquiátrico, utilizar a terminologia *borderline* para definir um tipo de estrutura de personalidade que inclusive mereceu uma classificação específica no DSM-IV assim como na CID-10. A terminologia *borderline personality*, utilizada nos países de língua inglesa, apesar de traduzida na versão em português da CID-10 como *transtorno de personalidade borderline (limitrofe)*, mereceu do meio psicanalítico a tradução em português ora como “caso-limite”, ora como “personalidade limite”, ou “estados-limite” ou ainda “situações-limite”¹. Para L. C. Figueiredo (2003), esta preferência de nomenclatura dos

¹ Embora o termo *limitrofe* seja também muito utilizado, é pouco comum ver-se o termo *fronteiriço*, que seria uma tradução mais literal de *borderline*.

autores brasileiros foi influenciada pela escola francesa que prefere os termos *situation-limite* ou *états-limites* para tratar das questões *borderline*. Não obstante, embora essas terminologias acima sejam empregadas nos textos escritos, é comum utilizar-se o vocábulo *borderline* nas conversas (principalmente informais) no meio psicanalítico.

O conceito *borderline* foi cunhado em 1938 por A. Stern para dar conta de “certos pacientes que não se conformavam à classificação mais tradicional das estruturas, isto é, pareciam se situar em uma *região fronteira* entre psicose, neurose e perversão, com traços das três, mas com elementos refratários a todas as inclusões fáceis e consensuais. A esse ‘entre’ referia-se então o conceito de ‘margem’, ‘borda’, ou ‘limite’ constante do termo *borderline*” (Figueiredo, 2003, pp. 78-79).

Pela própria definição acima é possível perceber a dificuldade nosográfica de enquadramento desta questão:

Há autores atuais que tratam o termo *borderline* como designando simplesmente uma síndrome – como James Masterson e Peter Giovacchini –, e entre esses há trabalhos como o de Grinker e seus colaboradores, que muito ajudaram na descrição dos fenômenos e processos mais característicos dessa patologia. Outros autores, principalmente os franceses, preferem falar em “estados-limite” para se referirem, com este termo, a um aspecto e uma dimensão da personalidade ou vida mental que poderiam ser encontrados em patologias diversas, embora sejam mais marcantes em certos pacientes. Na verdade, os termos “estado” ou “situação”, tais como adotados pelos franceses, também podem ser úteis para nos referirmos a momentos ou períodos em que a problemática *borderline* se manifesta mais nitidamente ao longo de uma história de vida ou de um tratamento, independentemente de um diagnóstico específico. Alguns autores, contudo, como Otto Kernberg, usam o termo *borderline* para designar uma estrutura singular de personalidade, teoricamente inconfundível. Finalmente, há quem, como J. Bergeret, use o termo “estados-limite” – seguindo a tradição francesa –, mas os conceba como pertencentes a uma estrutura personalógica à parte cuja singularidade seria... a falta de estruturação (Ibid., p. 79).

Para efeitos do presente estudo preferiu-se priorizar a terminologia estados-limite como a mais adequada por dois motivos. Em primeiro lugar, permite englobar aqueles pacientes portadores de patologias que não podem ser reduzidas à tríade clássica - neurose, perversão, psicose - tais como a patologia *borderline* descrita por Kernberg, e outras não menos conhecidas como a personalidade “falso-*self*” de Winnicott, ou portadores da “falha básica” de Balint, além de muitas outras. Em segundo lugar, e ainda mais importante aos objetivos deste trabalho, estados-limite pode designar desvios da personalidade, marcados por defesas típicas, que se fazem presente em fases ou ocasiões distintas da vida de pacientes que, fora destes momentos, poderiam ser enquadrados dentro de uma estrutura neurótica clássica, por exemplo. Este segundo exemplo (o dos estados-limite episódicos) pode ser mais significativo e complexo do

que o primeiro (o dos estados-limite patológicos), uma vez que suas manifestações podem ocorrer de forma esporádica ou em determinadas circunstâncias muito específicas (geralmente em momentos regressivos, induzidos pela análise) ao longo de um tratamento clínico clássico da neurose. Justamente por serem episódicos é que são perigosos: ante a possibilidade de não serem reconhecidos como estados-limite e como tal não merecerem a atenção clínica devida, podem retardar ou até provocar o bloqueio do tratamento psicanalítico.

A preferência pelo termo estados-limite não significa, em absoluto, a não-aceitação do termo *borderline*. Como se verá, este trabalho se utiliza dos dois termos, por motivos que vão desde a fidelidade ao uso de textos de autores nacionais ou estrangeiros, até a intenção deliberada de fazer menção ao termo *borderline*, tal como definido por Kernberg e outros autores.

2.1.2 Novo Mundo x Tradição

O conceito de estados-limite sofre algumas sérias restrições no meio psicanalítico. Embora cada vez mais difundido, não é pequeno o número de profissionais que vai contra qualquer classificação que fuja da tríade clássica freudiana. Para estes psicanalistas, muito embora os sintomas possam se modificar de acordo com a época e os costumes, as estruturas psíquicas adjacentes permanecem as mesmas de sempre. Dois exemplos de escolas que desenvolveram posições relativamente antagônicas neste sentido são a americana e a francesa. Para Figueiredo, estas duas escolas explicam inclusive a posição brasileira com relação a esta questão:

(...) a literatura francesa é, em quantidade e qualidade, muito pobre em comparação ao que se produziu e produz principalmente nos EUA. Recentemente foi publicado um pequeno livro organizado por Jacques André com as conferências sobre estados-limite proferidas por meia dúzia de psicanalistas franceses (...). São trabalhos que revelam uma certa pobreza de tradição no trato e na concepção desta patologia, salvo, diga-se a bem da verdade, a produção significativa de André Green, que há décadas vem se dedicando ao assunto (...).

Já a literatura americana é imensa e de valor variável. No Brasil há uma certa antipatia para com a psicanálise americana, como se tudo que lá fosse pensado devesse sucumbir às ferozes críticas lacanianas à psicologia do ego. Parece que para muita gente é bom viver em um mundo simplificado por tabus dessa natureza, para poder justificar a preguiça e disfarçar a ignorância com juízos de valor *prêt-à-porter*(...) (Ibid., p. 81).

As diferentes posições adotadas por psicanalistas da língua inglesa e francesa são também abordadas por Judith Gurewich, em seu artigo “The new disorders of the unconscious”:

Será que os analistas franceses continuarão a insistir que quanto mais as coisas se modificam, maior é a indicação de que permanecem as mesmas e que as recentes “descobertas” dos americanos nada mais são do que uma nova fase de seu contínuo mal-entendimento do trabalho de Freud? (...) Será que os analistas franceses explicarão, em seu estilo próprio, que embora mudanças sociais possam certamente influenciar sintomas (hoje em dia, por exemplo, existem menos conversões histéricas e mais estados depressivos), as estruturas psíquicas inconscientes descobertas por Freud – histeria, neurose obsessiva, fobia, fetichismo, voyerismo, paranóia e assim por diante – não obstante continuam sendo marcos invariáveis no diagnóstico psicanalítico? (Gurewich, 1998, p. 40).

Segundo a autora, não existem mais, para os americanos, as “histéricas freudianas”, produto de uma moral vitoriana e de características peculiares do final do século XIX. As psicopatologias, embora com raízes similares, mudam influenciadas que são pelos costumes, pela moral e até pela tecnologia de épocas diferentes.

A mesma autora cita o exemplo da personalidade *borderline*:

De acordo com terapeutas nos Estados Unidos, esta nova doença psíquica, no campo intermediário entre a psicose e a neurose, não se localiza dentro do escopo das descobertas freudianas. Na busca de suas origens não existe mais nenhuma razão em se trazer à tona repressões sexuais ou as transformações de um complexo de Édipo não-resolvido. A era pós-moderna, neste sentido, tem um novo conceito do que causa este sofrimento humano. Culpa, inibições sexuais e problemas emocionais estão perdendo terreno. (...) O que o paciente *borderline* persegue é a libido, a energia vital, que seu frustrante meio ambiente familiar deixou adormecida.

É desta maneira que o homem trágico de hoje substituiu o homem culposo de ontem: assim declara Heinz Kohut, o fundador de um dos movimentos predominantes na psicanálise americana contemporânea. Esta nova figura trágica está longe de ser ineficiente tanto profissionalmente como socialmente; de fato, ele faz um bom uso dos estereótipos sociais tão abundantes na vida americana. Mas por baixo deste exterior normal (e algumas vezes bem sofisticado), o paciente *borderline* sofre de iras incontroláveis, vazio interior e falta de auto-estima, além de usualmente não ser capaz de formar relações afetivas duradouras. Cada nova tentativa de estabelecer uma relação de intimidade com outra pessoa devolve a ele uma imagem de si próprio que ele vê como insuportável (Ibid., pp. 37-38).

Gurewich também formula a seguinte pergunta: “será que, seguindo as pegadas de seus colegas americanos, os pacientes de psicanalistas franceses trocaram suas neuroses do passado por uma nova doença psíquica conhecida como estado *borderline*?” (ibid., p. 37). Gurewich procura justamente tentar aproximar tanto os franceses dos conceitos de *états-limites*, como os americanos dos conceitos lacanianos. Ainda no mesmo artigo, a autora faz algumas colocações importantes:

Portanto, para se fazerem entender por seus colegas americanos, os psicanalistas franceses devem se colocar no nível do discurso clínico, para poderem demonstrar como a análise lacaniana pode iluminar de maneira diferente a etiologia das doenças *borderline*. (...) Os analistas americanos hoje em dia não se curvam automaticamente ante os conceitos que influenciaram a perspectiva dos psicólogos do ego desde os seus primórdios – precisamente aqueles conceitos que Lacan criticava. Eles preferem ser guiados pela experiência clínica e pela observação para melhor elaborarem novos modelos teóricos que possam dar conta de suas descobertas. Mas, na direção oposta, em função da maneira como se disseminaram estas novas patologias nos Estados Unidos, a questão que deve ser colocada aos analistas franceses é: será que esta nova disfunção psíquica trazida por seus colegas do Novo Mundo pode estar por acontecer em seus próprios divãs? Guiados pelo que parece ser uma iniciativa americana, irão eles também descobrir que sua escuta e sua contratransferência irão mudar na medida em que alguns de seus pacientes se parecerão com aqueles descritos por seus colegas americanos? Sem abandonar sua fidelidade aos modelos freudianos, será que os analistas franceses terão de recorrer a novas formulações teóricas para explicar quais irregularidades da dialética edípica possam estar associadas à sintomatologia distinta dos estados *borderline*? (Ibid., pp. 40-41).

Kernberg buscou inspiração em Margareth Mahler ao propor uma compreensão estrutural e etiológica dos estados-limite. Para ele, esta estrutura tem por característica uma instabilidade repleta de fortes transições que estão por trás de duas grandes angústias presentes na fase de separação-indivuação proposta por Mahler. Esta fase é posterior à fase simbiótica e Mahler a dividiu em três sub-fases, sendo a última a de reaproximação. É justamente nesta sub-fase que a criança experimenta essas angústias:

(...) a pequena criança sofre simultaneamente do medo de ir “longe demais” na sua autonomia com o risco de perder-se do objeto (ser rejeitada ou esquecida por ele) e, em contrapartida, do medo de retornar excessivamente ao raio de controle desse objeto e ser por ele novamente engolfada e invadida. (...) Não há dúvida que essas duas angústias [abandono e intrusão] formuladas nos termos de Kernberg e Mahler correspondem muito bem às duas angústias observadas por André Green em um contexto teórico distinto. O vaivém da fase de reaproximação, quando cronificado, impede que o indivíduo experimente o seu “nascimento psicológico” (...) (Figueiredo, 2003, p. 85).

Figueiredo também cita Jean Bergeret que sugere considerar a patologia dos estados-limite como casos de “an-estruturação”, o que nos põe diante de um paradoxo: esta estrutura não se confunde com neurose, psicose ou perversão, mas, ao mesmo tempo sua dinâmica não possui uma estruturação estável e estabilizadora do funcionamento mental e do comportamento. Em resumo, “seria uma estrutura marcada pela instabilidade e pela ausência de estratégias sintomáticas bem organizadas” (Ibid., p. 83). Justamente por conta dessa instabilidade, os estados-limite são comumente confundidos com diversos quadros neuróticos, perversos ou psicóticos. André Green também entende a questão da instabilidade como sendo uma das características mais marcantes destes casos.

Uma outra questão interessante diz respeito ao diagnóstico de “gravidade” que pode ou deve ser imposto ao quadro dos estados-limite. Para Figueiredo, em geral pensa-se esta patologia “como mais grave que a neurose, menos grave que a psicose e, talvez, tão grave como a perversão, mesmo que estruturalmente distinta” (Ibid.). No entanto, pode haver possibilidade de “soluções felizes”, na qual a instabilidade dos estados-limite encontra, por períodos mais ou menos longos, uma faixa de variação limitada, o que viabiliza a vida e até a produtividade da pessoa. Existem pacientes que podem ser desajustados e outros adaptados à realidade. Harold Searles, em seu livro *My work with borderline patients*, menciona inclusive o fato que ele encontrou esta patologia entre pessoas relativamente adaptadas e muito próximas a ele (entre psicanalistas) e, de forma irônica, incluindo-se também, de certa maneira, nessa condição:

(...) pude constatar que a patologia *borderline* não faltava entre estas pessoas, por outro lado muito eficazes e qualificadas. Dito de outra forma, estou longe de ser o único entre os profissionais da saúde mental que deve assumir uma propensão a utilizar as defesas *borderline* (Searles, 1986, p.12).²

Da mesma forma, Figueiredo afirma que “(...) algo desta patologia pode fazer parte de um psiquismo apto às atividades terapêuticas, isto é, do nosso” (Figueiredo, 1999, pp. 83-84).

2.2 Um breve histórico da idéia de estados-limite

2.2.1 O início psiquiátrico

Os problemas de aceitação conceitual, abordados no tópico anterior, dão uma idéia de como o conceito de estados-limite pode ser confuso e controverso. Para Nicholas Kouretas, em seu artigo “The development of the concept of the “borderline” in psychoanalytic diagnosis and treatment”, isto é compreensível quando se pensa que

² O que reforça a posição de se privilegiar o termo *estados-limite*, permitindo abranger não só as patologias na qual existe uma não-adaptação, como também casos adaptados e produtivos e que, apenas em certas situações ou momentos da vida, se utilizam das defesas características dessa patologia.

(...) o conceito de *borderline* se originou numa estranha mistura de critérios de inclusão e exclusão (...). Conseqüentemente, traçar o desenvolvimento de um termo que veio a funcionar como um guarda-chuva para um número de entidades psicopatológicas diferentes é uma tarefa difícil e vai, inevitavelmente, envolver condensação, simplificação e sacrifício de sutilezas e nuances (Kouretas, 1998, p. 43).

Para Kouretas, o termo *borderline* está indubitavelmente associado à psicanálise, embora as condições clínicas que ele representa tivessem sido descritas desde as épocas mais primitivas da psiquiatria. Em seu estudo ele apresenta mesmo alguns exemplos de transtornos que podem estar associados, de alguma forma, ao que hoje chamamos de *borderline*: a *manie sans délire* de Philippe Pinel (1801) é o mais antigo da lista, que inclui a *insanidade moral* de John Pritchard (1835) e a *folie hystérique* de Jean-Pierre Falret (1890). Já no século passado, Kouretas cita Emil Kraepelin (1905) e Eugene Bleuler (1911), que percorreram este território intermediário entre a psicose plena e a normalidade “não convencional”. Também Kurt Schneider (1923) e Ernst Kretschmer (1925) deram algumas importantes contribuições aos estudos dos transtornos de personalidade, mas, para o autor, “foram quase que ignorados pela bibliografia moderna” (Ibid., p. 44).

Finalmente, temos a *Psicopatologia Geral* de Carl Jaspers (1913, 1923, 1946), a *grand oeuvre* da psiquiatria fenomenológica, por muito tempo negligenciada no mundo anglo-saxão (foi traduzida para o inglês cinquenta anos após sua primeira edição). Aqui nós achamos, com surpresa, a descrição de dois tipos de personalidade, o *self-insecure*, que corresponderia à personalidade narcísica do nosso tempo, e a *personalidade incurável*, que se aproximaria do que hoje chamamos de *borderline* severo (Ibid., pp. 44-45).

2.2.2 O movimento psicanalítico

Ao fazer a trajetória psicanalítica da questão *borderline*, Kouretas se refere à primeira utilização do termo:

Na psicanálise, o termo *borderline* foi utilizado, pela primeira vez, por Wilhelm Reich em sua monografia de 1925 sobre o “caráter dominado por impulsos” (*impulse-ridden character*). No que seria uma premonição de idéias por vir, Reich notou a ambivalência marcante, a primazia da agressão pré-genital, os defeitos definitivos de ego e superego, e o narcisismo primitivo que caracterizam estes pacientes (Ibid., p. 45).

Para Kouretas, “embora o conceito do *borderline* esteja presente no trabalho de todos os teóricos ingleses das relações de objeto, de Melanie Klein a Fairbairn, Winnicott, Bion e Balint, como um termo e uma categoria de diagnóstico clínico ele é,

de berço e desenvolvimento, puramente americano” (Ibid., pp. 45-46). É neste contexto americano que Kouretas tenta esquematizar o que ele denomina de “três períodos da evolução do conceito de *borderline* nos Estados Unidos”.

O primeiro período vai de 1938 a 1953, a partir do momento em que o termo aparece na literatura psicanalítica através do artigo de Adolphe Stern “Investigação e terapia psicanalítica no grupo *borderline* de neuroses”. Kouretas o denominou de “período de realizações inesperadas”. Durante estes anos, alguns psicanalistas perceberam, com surpresa, que muitos de seus pacientes não se beneficiavam da técnica clássica; em alguns desses casos havia, inclusive, uma piora, com pacientes desenvolvendo estados psicóticos transitórios. Alguns especialistas, embora não utilizando o termo *borderline*, descreveram patologias que influenciaram autores mais contemporâneos na teorização desses casos. Exemplos importantes incluem o trabalho de Stern, para quem, no caso dessa patologia, o narcisismo era o substrato do qual as defesas se originavam, enquanto que no neurótico a ansiedade surgia em conexão com impulsos psicosexuais. Três anos mais tarde (1941), Phyllis Greenacre propôs a idéia de predisposição constitucional à ansiedade. Um ano depois foi Helene Deutsch que, ao descrever a personalidade “como-se” (*as-if*), prenunciou o conceito de Winnicott de “falso *self*”, assim como o conceito de Erikson de “dispersão do ego” (*ego diffusion*). Muitos critérios diagnósticos mais contemporaneamente utilizados por Kernberg estavam descritos no trabalho de Deutsch: problemas de identidade, potencial sublimatório pobre, sensação de vazio, impulsividade, etc.

O segundo período no desenvolvimento do conceito de *borderline* começou com o clássico texto de Robert Knight “Estados *borderline* – perspectivas correntes e históricas relativas ao paciente *borderline*” (1953) e o subsequente congresso de dois dias, promovido pela Associação Psicanalítica Americana. O autor chama-lhe período de “consolidação ilusória” pelo fato de os psicanalistas americanos tradicionais se sentirem ameaçados pelas inovações na técnica psicanalítica propostas por Franz Alexander e seus colegas de Chicago, sob o título de “Experiência emocional corretiva”. Isto acabou provocando, no início dos anos 50, um esforço concentrado no sentido de redefinir a psicanálise e diferenciá-la da psicoterapia, para evitar aquilo que Freud, em sua conferência de Budapeste em 1918, já havia alertado como sendo danoso:

É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta; e também a influência hipnótica poderá ter novamente seu lugar na análise, como o tem no tratamento das neuroses de guerra. No entanto, qualquer que seja a forma que essa

psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (Freud, 1919, p. 181).

Era uma época de “fechar o cerco” e havia a esperança de que uma construção teórica inovadora, baseada nos paradigmas da psicologia do ego pudesse explicar e conter todas as formas de psicopatologia. Conseqüentemente todas as inovações clínicas foram filtradas através do modelo da mente tripartite e todas as intervenções terapêuticas foram moldadas, elaboradas e verbalizadas em termos de id, ego e superego.

Desta forma, são os fundamentos básicos da psicologia do ego que estão refletidos no ensaio “Estados Borderline” de Knight, no qual ele mantém que, como resultado da constituição, de eventos traumáticos e de relações humanas perturbadoras, o ego do paciente *borderline* é frágil e, portanto incapaz de manter o seu funcionamento. Se deixado a seus próprios dispositivos, o ego do paciente *borderline* gravita na direção do pensamento autista, que é indicativo das tendências esquizofrênicas que o fundamentam (Kouretas, 1998, p. 48).

Para Knight a psicanálise era contra-indicada nestes casos; ele alertava inclusive para o perigo da interpretação das poucas defesas deixadas ao ego do paciente. Embora não concordasse com o termo *borderline*, seu entendimento e descrição eram tão ressonantes com os postulados da psicologia do ego daquela década que seu artigo acabou promovendo tanto o termo quanto a categoria *borderline*, como distinta das psicoses.

Erik Erikson, também inspirado na psicologia do ego, propôs, em 1950, uma síntese de tarefas seqüenciais de vida que levaria à integridade e à saúde emocional. Ele amplificou e enriqueceu o conceito de identidade (ego) e seu correlativo patológico, dispersão de identidade ou dispersão do ego. Anos mais tarde, Otto Kernberg daria a este último o status de constelação primordial e patognomônica de sintomas.

Chega-se assim ao terceiro período que Kouretas denominou de “reorquestração da partitura”, e no qual toma vulto o trabalho de Kernberg, fundamental no desenvolvimento do conceito de *borderline*. Kouretas discute, de início, alguns aspectos da natureza desta partitura que tanto necessitava de uma reorquestração, referindo-se à hegemonia intelectual da psicologia do ego nos Estados Unidos como uma das particularidades da psicanálise norte-americana. A propósito disto, comenta:

Cada país cria a psicanálise que necessita. Analistas não funcionam no vácuo; eles se relacionam com as correntes filosóficas e lutam com as controvérsias intelectuais de seus tempos e, intencionalmente ou não, participam das convenções de sua cultura nativa. O meio ambiente psicossocial nos Estados Unidos, quando os analistas

imigrantes lá chegaram nos anos 30 e 40, era muito diferente daquele de onde estes analistas vinham.(...).

Os analistas imigrantes judeus eram cientistas e pesquisadores altamente educados que haviam sido expulsos de seus lares pelo mais terrível fanatismo. Eles lamentavam duas perdas: aquela de seus lares, família e país e, de 1939 em diante, aquela de seu pai espiritual, Freud. Quando consideramos que a reação à perda objetal consiste na introjeção e preservação do objeto por meios psicológicos, então podemos entender porque o último legado de Freud (...) acabou por se tornar o mais venerado e precioso. De todos os princípios, este modelo, chamado de modelo tripartite ou estrutural da mente vinculava a idéia da adaptação humana, envolvendo uma modificação autoplástica do *self* e uma modificação aloplástica do meio-ambiente, à idéia de uma esfera livre de conflitos no ego.

Num plano clínico, a psicanálise se definia como uma maneira de livrar o ego de suas defesas paralisantes de modo a torná-lo mais adaptativo ao meio-ambiente. Num plano didático a psicanálise se esforçou para se tornar a psicologia do desenvolvimento normal, sendo o ego o campo de observação empírica e testes de hipóteses. Desta forma, a psicanálise transferida para o outro lado do oceano, poderia tornar-se uma ciência positiva e positivista na terra do pragmatismo (Ibid., pp 48-49).

2.2.3

A evolução recente

A psicologia do ego, como vimos, foi a grande fonte de inspiração para a maior parte das teorias sobre os estados-limite na psicanálise americana. O terceiro período, ou o da “reorquestração da partitura”, dá lugar, então, às descobertas mais recentes nesta área. Dois autores são citados entre os mais importantes: Otto Kernberg e Heinz Kohut. Embora com teorizações em áreas aparentemente distintas (Kernberg mais voltado para o que ele próprio denominou de patologias *borderline* e Kohut para a psicologia do *self* e as personalidades narcísicas), ambos tiveram grande influência nas questões dos estados-limite. No item 3.2.2 veremos em maiores detalhes algumas idéias de Kernberg acerca das patologias *borderline*. Aqui apresentaremos apenas as linhas gerais dos pensamentos de Kernberg e de Kohut relativos ao tema *borderline*, bem como algumas questões controversas que suas idéias suscitam.

Otto Kernberg, austríaco de nascimento e radicado no Chile por muitos anos, surgiu na psicanálise americana no final da década de 60 com uma série de artigos sobre patologias do caráter, postulando um campo de funcionamento psicológico específico, ainda que amplo, que ocupava um espaço intermediário entre a organização de personalidade neurótica e a psicose. Ele não considerava este campo uma entidade nosológica, nem um estado temporário oscilando entre a neurose e a psicose, mas sim

uma estrutura psicológica estável e específica que ele chamou de “organização de personalidade *borderline*”.

Kernberg estabeleceu a diferença entre a condição neurótica e a *borderline* pelo contraste entre a defesa de cisão – característica da organização *borderline* – e a defesa de recalque (mais avançada) indicativa do funcionamento neurótico. Ele também distinguiu a condição *borderline* da psicose, pela capacidade que possuem os primeiros de testar a realidade. Na organização *borderline* de personalidade ele incluiu todas as manifestações clínicas de patologia severa de caráter, ou seja, as personalidades anti-sociais, os automutiladores, os adictos severos, os perversos polimorfos, os *como-se*, além dos caracteres pré-psicóticos (esquizóides, paranóides, ciclotímicos) e assim por diante. O trabalho de Kernberg culminou com a inclusão do conceito de *borderline* no DSM III, da Associação Americana de Psiquiatria, como “Transtornos de Personalidade Borderline”.

Ao reformular o conceito de *borderline*, Kernberg ajudou a produzir duas mudanças significativas na psicanálise americana. Em primeiro lugar, a psicologia do ego, que havia reclamado para si o status de ciência do desenvolvimento normal e adaptação psicossocial, passou por um processo de revigoração e enriquecimento através de pesquisas sobre o desenvolvimento pré-edipiano. Em segundo lugar, a contribuição kleiniana para a teoria de relações de objeto passou a ser introduzida na corrente principal do pensamento psicanalítico americano. Embora mantendo a hipótese econômica baseada na teoria da pulsão, Kernberg iniciou um esforço de integração dos dois conceitos (pulsão e relações de objeto), pela ênfase que deu às obscuridades diagnósticas e impasses de tratamento do paciente *borderline* e por seu trabalho incessante na interface com os derivativos estruturais das relações de objeto. Será importante notar, entretanto, que não há consenso quanto ao valor do trabalho de Kernberg, como afirmam Bleichmar & Bleichmar:

Ao combinar conceitos de Klein e Fairbairn com os trabalhos clássicos da psicologia do ego, em especial de Hartmann, e também de Jacobson e Mahler, ele produziu, segundo alguns autores, um modelo claro e lógico e, segundo outros, uma confusão conceitual que traz mais problemas do que vantagens (Bleichmar & Bleichmar, 1992, p. 392).

Os maiores críticos de Kernberg alegam que os pacientes *borderline* representam um grupo por demais heterogêneo, tornando-se difícil formular uma teoria que possa abranger todas as características desta patologia. A crítica mais freqüente vem do meio psicanalítico, e, segundo Kouretas:

(...) a maioria dos pacientes *borderline* não poderia tolerar as técnicas propostas por Kernberg: *setting* estritamente limitado, neutralidade técnica e análise sistemática da transferência arcaica primária negativa e das defesas contra a inveja. Eles diziam que ao invés de tratar estes pacientes como possuidores de uma estrutura defensiva arcaica destinada a protegê-los de conflito intrapsíquico, poder-se-ia entender sua condição e suas histórias passadas não como defesas, mas como o resultado de falhas de desenvolvimento resultantes das vicissitudes específicas da fase da relação mãe-bebê. De acordo com estes críticos, a relação terapêutica deveria ter um papel mais reparador, voltado para a construção, fortalecimento e consolidação da estrutura ausente (Kouretas, 1998, p. 53).

Margareth Mahler, como sabemos, serviu de inspiração a Kernberg ao descrever esta falha estrutural relacionando-a ao processo de separação-individuação. Para Kouretas, entretanto, a hipótese de um elo entre uma falha de desenvolvimento circunscrita e uma forma específica de psicopatologia pode ser sedutora, embora indubitavelmente simplista. Tal posição ignora o fato de que o desenvolvimento psicológico é sujeito a muitas elaborações de natureza progressiva ou regressiva. “A própria Mahler acabou por acreditar que não havia conexão direta entre as descobertas da observação infantil e a patologia *borderline* subsequente” (Ibid., p. 54).

A teoria de Mahler, entretanto, influenciou outros estudos baseados no desenvolvimento da constância de objeto e auto-representações e representações de objeto completas. Num destes estudos, Adler e Buie, inspirados em Piaget, Fraiberg e Winnicott, propuseram que a habilidade da criança em evocar (lembrar) a imagem e o suporte associado à mãe, permite-lhe superar o senso devastador de solidão e pânico que resultam das separações. O déficit central que leva à patologia *borderline* seria, nesse sentido, um déficit de introjeções de alívio positivo, resultado da falha em alcançar a memória evocativa sólida, a qual, por sua vez, é resultado de experiências inadequadas de *holding* maternal (Ibid., p. 55).

A hipótese de Adler e Buie se baseia num déficit primário de representação interna, o que vai desafiar o ponto de vista de Kernberg, segundo o qual a ênfase se situa na cisão. Para eles não há, para começo de conversa, boa representação de objeto que possa ser contrastada com a má-representação que ficaria de fora, através da cisão. Esta tese os leva a um subconjunto de experiências internas e comportamentos do paciente *borderline* centrados nas questões de separação.

Isto tenta explicar a necessidade que o paciente *borderline* tem de elos intensos, assim como sua tendência a reagir com fragmentação, pânico de ser abandonado e solidão dolorosa, cada vez que a quebra de uma relação importante parece iminente. Desta forma, o objetivo da psicoterapia psicanalítica é prover uma relação de segurança e confiança, no sentido de permitir ao paciente, através de uma desilusão ótima, internalizar o terapeuta como uma introjeção positiva e desenvolver sua capacidade para

a memória evocativa, avanço que lhe permitirá superar o estado de solidão, pânico, raiva e vazio interior.

Esta linha de pensamento que privilegia o mundo exterior põe a ênfase no papel crucial da disponibilidade da mãe e na sua sintonia com relação às necessidades apropriadas a cada fase da criança. Ela deixa de enfatizar a agressão instintual, a fantasia inconsciente e as defesas primitivas e por isso ficou conhecida como a teoria do déficit psicológico. Esta teoria obteve o suporte necessário pela presença emergente na cena psicanalítica americana da *psicologia do self*, um novo e controverso conjunto de proposições relacionadas ao desenvolvimento psicológico e sua teorização (Ibid., pp 54-55).

Heinz Kohut, outro grande nome relacionado às questões dos estados-limite, originalmente desenvolveu suas idéias no sentido de responder a pacientes extremamente sensíveis que sofressem de sérios problemas de regulação de auto-estima. Ele sentia que estes pacientes desenvolviam tipos diferentes de transferências que demandavam mais empatia e menos ou nenhuma interpretação de defesas (Kohut, 1971, pp. 300-307). Na medida em que a psicologia do *self*³ gradativamente desenvolvia seus próprios postulados teóricos, sua terminologia e seus próprios conceitos operacionais, ela passou a expandir suas afirmações teóricas e técnicas para além dos caracteres narcisistas, para o domínio dos transtornos *borderline* e das neuroses (Kouretas, 1998, p. 55).

Ao se referir inicialmente ao distúrbio *borderline*, Kohut afirmou que os pacientes portadores deste mal não conseguiam formar transferências de *self*-objeto estáveis (a expressão da necessidade de idealizar a relação terapêutica e de espelhar-se nela). Em seu livro, *The analysis of the self*, ele chegou a dizer que havia a “necessidade de diferenciar os distúrbios de personalidade narcísica analisáveis dos (não-analisáveis) (...) ‘casos *borderline*’” (Kohut, 1971, p. 18). Mais tarde, ele tomou uma posição mais moderada reconhecendo que alguns pacientes *borderline* poderiam vir a se beneficiar, dependendo da posição empática do analista.

(...) o conceito de patologia *borderline* (...) é relativo, dependendo, pelo menos em substancial número de casos, da capacidade ou incapacidade do analista em (a) manter sua atitude de “intenção empática”, apesar das graves lesões narcísicas a que é exposto, e (b) acabar por capacitar o paciente, por via da compreensão da experiência que este tem do mundo, a remontar suficientemente o seu *self*, com a ajuda da transferência *self*-objetal, a fim de tornar possível a exploração gradual das causas dinâmicas e genéticas da vulnerabilidade subjacente (Kohut, 1989, p. 210).

³ O termo *self* foi inicialmente utilizado por Heinz Hartmann em 1950, no contexto da psicologia do ego, para diferenciar o eu como instância psíquica do eu como a própria pessoa. A noção de *self* (si mesmo) foi depois empregada para designar uma instância da personalidade no sentido narcísico: uma representação de si por si mesmo, um auto-vestimento libidinal. O termo *self* foi muito empregado pela escola inglesa de psicanálise, em especial por Winnicott, e pela escola norte-americana, com Heinz Kohut. Os conceitos por trás do termo, entretanto, eram diferentes nestas duas escolas.

As posições de Kernberg e Kohut são assim resumidas por Kouretas, apontando para o fato que estamos ainda longe de chegar a um consenso sobre a questão *borderline*:

É possível que isto que chamamos de patologia *borderline* não seja objeto de tratamento pela psicanálise. Esta patologia tem suas raízes no mundo pré-verbal e envolve déficits em ideações codificadas simbolicamente, enquanto a psicanálise é, essencialmente, um esforço comunicativo verbalmente mediado, que pressupõe, pelo menos, um desenvolvimento mínimo do pensamento simbólico. O que parece mais acertado é que, no que diz respeito à patogênese, todas as teorias divergentes, não importando quão elaboradas possam vir a ser, necessitam ser ancoradas de um ou do outro lado da dicotomia radical do *inato-adquirido* (*nature-nurture*). Desta forma, o construto de Kernberg assume a agressão pré-genital oral; Kohut coloca o foco no *self*-objeto (Kouretas, 1998, p. 57).

2.3

O relacionamento com personalidades narcísicas

Uma das grandes fontes de discussão e controvérsia é representada pela falta de clareza na discriminação entre as formas de estados-limite e das personalidades narcísicas, assim como entre as patologias que poderiam diferenciar esses dois tipos de personalidade. Para facilitar a análise desta questão, requer o bom senso que se tome o que existe de mais representativo de cada lado desta disputa. Novamente aqui, recorre-se a Heinz Kohut, quando se fala de personalidade narcísica, e a Otto Kernberg, com sua noção de personalidade *borderline*. A questão maior é então, de ordem diagnóstica, seja ela descritiva ou fenomenológica, deixando em segundo plano o entendimento preciso das premissas teóricas utilizadas por cada um dos autores e, enfim, se elas podem ser sobrepostas ou se divergem e são irreconciliáveis.

A questão do narcisismo pode ser vista por dois ângulos: o primeiro, uma noção estruturante da personalidade, necessária ao desenvolvimento do ser humano e que também é parte da estrutura psíquica que acompanha cada indivíduo pela vida afora; o segundo é o ângulo da variante psicopatológica do narcisismo, passando por questões neuróticas, limítrofes ou psicóticas. Heinz Kohut, em seu livro *The analysis of the self*, atenta para o fato de que muitas pessoas pressupõem que a existência de relações de objeto exclui o narcisismo.

Ao contrário, (...) algumas das experiências narcísicas mais intensas se relacionam a objetos; objetos que ou são usados a serviço do *self* e da manutenção de seu

investimento instintual, ou são, eles próprios, experimentados como parte do *self*. Referir-me-ei a estes últimos como *self-objeto* (Kohut, 1971, p. xiv)⁴.

Para alguns autores, Kohut foi o teórico que mais valorizou o conceito de narcisismo, colocando-o de volta à corrente psicanalítica, depois de Freud.⁵

A seguir apresentaremos, primeiramente, as principais características que marcam as chamadas personalidades narcísicas e suas variantes patológicas, tomando como eixo central Kohut, Meissner, Kernberg e outros autores. Em seguida, contraporemos estas características, com as da personalidade *borderline*, utilizando, mais uma vez, os mesmos três autores, com ênfase em Kernberg (que voltará a ser citado no item 3.2.2, quando falarmos mais especificamente da sintomatologia dos portadores de distúrbios *borderline*). Finalmente, o último item do capítulo apresenta uma proposta de diferenciação estrutural entre personalidades narcísicas e *borderline*.

2.3.1

A organização da personalidade narcísica

Ao descrever os distúrbios da personalidade narcísica, Kohut se preocupa também em diferenciá-los das psicoses e dos estados *borderline*. Começa por dizer que esses dois últimos sofrem, em graus diferentes, de distúrbios específicos no domínio do *self* e dos objetos arcaicos catexizados de libido narcísica (“*self-objetos*”) que ainda estão intimamente em contato com o “*self* arcaico” (objetos que não são vividos como separados e independentes do *self*). Como a fixação da psicopatologia central destes casos está localizada num ponto primitivo do eixo do desenvolvimento psíquico, pode-se dizer que estes pacientes permaneceram fixados nas configurações do “*self* grandioso” arcaico e/ou em objetos arcaicos, superestimados, catexizados narcisicamente. O fato de que estas configurações arcaicas não se tenham integrado com o resto da personalidade produz duas grandes conseqüências: em primeiro lugar, a

⁴ Em artigo anterior Kohut já havia dito que “a antítese do narcisismo não é a relação objetal, mas o amor objetal” (Kohut, 1966, p. 103).

⁵ Existem controvérsias quanto à afirmação de que Kohut foi o responsável pela ressurreição do narcisismo. André Green, em seu livro *Narcisismo de vida – narcisismo de morte*, diz que o crédito é injusto, “pois se a comunidade psicanalítica não professasse uma ignorância, às vezes tingida de desprezo pelos trabalhos psicanalíticos franceses, teria reconhecido que, na França, Kohut havia sido precedido nesta via por Grunberger. E se Lacan não tivesse sido vítima, por longos anos, de um ostracismo que só recentemente se desfez, poderiam ter percebido que o narcisismo é uma peça fundamental de seu aparelho teórico” (Green, 1988, p. 13).

personalidade adulta e suas funções maduras ficam empobrecidas, uma vez que ficam privadas das energias que estão investidas em estruturas antigas; em segundo lugar, as atividades da vida adulta dos pacientes ficam prejudicadas pela intrusão e pelas demandas destas estruturas arcaicas.

Os distúrbios do equilíbrio narcísico, ou o que Kohut também referiu como “dano narcísico”, por seu lado, servem como acesso aos problemas do narcisismo, tanto pela frequência com que ocorrem num amplo espectro de estados psicológicos normais e anormais, como também pela maneira fácil de serem reconhecidos pelo “penoso afeto de embaraço e vergonha que os acompanha e por sua elaboração ideativa, conhecida como sentimento de inferioridade ou orgulho ferido” (Kohut, 1966, p. 102).

Kohut também enumera o que ele denomina de “queixas dos pacientes e aspectos patológicos da síndrome narcísica”:

(1) na esfera sexual: fantasias perversas, falta de interesse em sexo; (2) na esfera social: inibições no trabalho, incapacidade de formar e manter relacionamentos significativos, atividades transgressoras; (3) nos aspectos manifestos da personalidade: falta de humor, falta de empatia pelos anseios e sentimentos de outras pessoas, falta de um senso de proporção, tendência a ataques incontroláveis de raiva, tendência a mentir costumeiramente; e (4) na esfera psicossomática: preocupações hipocondríacas com a saúde física e mental, distúrbios vegetativos em vários sistemas orgânicos (Id., 1971, p. 23).

Apesar da efetiva ocorrência das síndromes acima em casos de distúrbios de personalidade narcísica, Kohut atenta novamente para o critério diagnóstico crucial, que não deve ser baseado na avaliação da sintomatologia presente, nem mesmo na história de vida do paciente, mas na natureza da transferência que se vai desenvolvendo espontaneamente.

Kohut dedica boa parte de seu livro *The analysis of the self* a analisar as transferências narcísicas. Estas transferências derivam grandemente de defesas precoces contra “distúrbios no equilíbrio do narcisismo primário”. Estes distúrbios começam a ocorrer à medida que a mãe vai deixando de dar uma atenção quase que exclusiva ao bebê (final dos cuidados maternos primários), fazendo com que o equilíbrio homeostático do lactente se veja ameaçado. A criança consegue substituir a perfeição do par mãe-bebê (a) por estabelecer uma imagem grandiosa e exibicionista de seu *self*: o *self* grandioso; e (b) por substituir a perfeição anterior por um *self*-objeto admirado, onipotente (transicional): a “*imago* parental idealizada”. O termo *self* grandioso passa a ser utilizado por Kohut no lugar de *self* narcísico para designar a estrutura grandiosa e exibicionista que é a contrapartida da *imago* parental idealizada. Kohut concentra sua

atenção em quatro tópicos: (1) a transferência que surge da mobilização terapêutica da imagem parental idealizada (que é chamada de “transferência idealizada”); (2) a que surge da mobilização do *self* grandioso (referida como “transferência-espelho”); (3) as reações do analista (inclusive sua contratransferência) que são resultado da transferência idealizada do paciente; e (4) aquelas que são resultado da mobilização do *self* grandioso do paciente, através da transferência-espelho.

Desta forma, Kohut não tem dúvidas em afirmar, baseado em suas observações clínicas⁶, que dois fenômenos ocorrem: o primeiro é um movimento na direção de uma regressão terapêutica, específica nos portadores de distúrbios de personalidade narcísica; o segundo é o correspondente estabelecimento de um tipo específico de transferência, que consiste na amalgamação das estruturas narcísicas inconscientes (a *imagem* parental idealizada e o *self* grandioso) com a representação psíquica do analista, que é atraída para estas estruturas que são catexizadas narcisicamente e ativadas terapeuticamente.

W. W. Meissner, em seu artigo “Narcissistic personalities and borderline conditions: a differential diagnosis”, procura encontrar os principais pontos de convergência e divergência entre as teorias de Kohut e de Kernberg. Ele atenta para o fato de que todas as formas de organização da personalidade contêm elementos narcísicos que influenciam a forma da patologia subjacente a cada tipo de organização. Não obstante, o que interessa à questão das personalidades narcísicas, são formas patológicas de caráter nas quais os distúrbios narcísicos formam o núcleo central da patologia dos pacientes. Para ele, o espectro da patologia narcísica é amplo e não é equivalente ao diagnóstico de personalidade narcísica, que é mais restritivo. A diferença está justamente na capacidade de formar transferências estáveis e, pelo menos, potencialmente analisáveis. Meissner lembra também que estes distúrbios narcísicos cobrem um espectro patológico que irá incluir aquelas personalidades cujo nível de funcionamento é adequado, assim como outras cujo funcionamento possa estar relativamente prejudicado (Meissner, 1986, p. 406-407). As personalidades narcísicas são propensas a possuir um senso de *self* coerente e bem estabelecido, com pouca tendência à regressão ou fragmentação (Ibid., p.408).

No mesmo artigo, Meissner procura classificar alguns tipos de personalidade narcísica. Entre estes está a “personalidade narcísica fálica” (Bursten,1973),

⁶ Kohut ressalta que tais observações pressupõem um comportamento não-intrusivo e não-interferente do analista, ou seja, uma atitude analítica do analista.

caracterizada pelo exibicionismo, orgulho por suas façanhas e, muitas vezes, uma competitividade contrafóbica aliada à tomada de riscos. Estas características são geralmente acompanhadas de um sentimento de onipotência e invulnerabilidade. Tais indivíduos tendem a ser autocentrados, porém dependentes da aprovação e, principalmente, da admiração dos outros. Seus relacionamentos têm a marca da arrogância e do desprezo, revelando tonalidades defensivas, visando mascarar sentimentos recalcados de inadequação ou inferioridade. Em muitos casos, este complexo de inferioridade encobre um sentimento de vergonha derivado de uma identificação à figura frágil de um pai, que é compensada por uma fachada arrogante, assertiva, agressivamente competitiva, muitas vezes do tipo machista. Estes recursos internos os tornam capazes de manter sua independência; “em outras palavras, a vergonha inconsciente do medo da castração é continuamente negada por uma assertividade fálica” (Ibid.). Além da carência de admiração e reconhecimento, eles expressam pouca necessidade diante do outro: sua vulnerabilidade é muito bem escamoteada.

Não obstante, estas pessoas são susceptíveis à redução de suas capacidades e potência, o que pode ser mais bem observado à medida que envelhecem. Tanto no plano sexual, quanto no físico ou intelectual, esta limitação pode levar a um trauma narcísico com sérios resultados patológicos. Este quadro é geralmente marcado pela depressão. Diante desta deterioração, a regressão, tão difícil em tempos mais felizes, pode acontecer e ser severa; em alguns casos, até mesmo irreparável.

Meissner descreve ainda um outro quadro patológico de narcisismo. Mais sutil que o anterior, ele é inspirado em Tartakoff (1966) e se refere a uma personalidade aparentemente bem ajustada e socialmente “saudável”. São normalmente indivíduos acadêmica ou profissionalmente bem sucedidos, tendo obtido muitas vezes respeito e reconhecimento profissional, mas que se mostram insatisfeitos com sua vida. Estas dificuldades aparecem quer em conexão com sentimentos competitivos ou em situações competitivas, quer na sua incapacidade de atender às demandas dos outros, quer ainda em relações íntimas com a família, amigos, etc. Algumas destas pessoas conseguem perceber sintomas de depressão reativa, ataques de ansiedade quando sob pressão, ou ainda uma variedade de sintomas psicossomáticos. Outras se mantêm essencialmente assintomáticas. Não obstante, buscam a análise como meio de ampliar sua performance profissional, convictos de que suas habilidades e talentos excepcionais terão a ganhar com o trabalho analítico.

De uma maneira geral, este tipo de pessoa procura uma postura ativa de domínio na análise. Seu comportamento é defensivo, muitas vezes competitivo com o analista, com a expectativa implícita de ganhar sua admiração especial, como prêmio por seu esforço. Tem geralmente a fantasia de ser um paciente especial, interessante ou especialmente difícil, sobressaindo-se dos demais pacientes, sendo por isso mesmo amado – exclusivamente – pelo analista (Ibid., p. 409). Quando esta função é entendida pelo paciente, uma segunda linha pré-edípica transferencial emerge na forma de idealização do analista, lembrando a noção kohutiana de *imago* parental idealizada. Esta fantasia se torna uma fonte secreta de resistência e, às vezes, de desilusão e raiva para com o analista, se este falhar em preencher suas expectativas narcísicas. Tartakoff, citado por Meissner, nomeou este caso de “complexo do Prêmio Nobel”, pois engloba duas fantasias predominantes: (1) uma fantasia ativa e grandiosa de ser poderoso e onipotente e (2) uma fantasia mais passiva de ser especial, de ser reconhecido por seus talentos, habilidades e virtudes excepcionais.

Outra forma patológica de narcisismo é aquela definida por Bursten como sendo do tipo “manipulador ou aproveitador”. A necessidade narcísica desse tipo de patologia não se manifesta necessariamente através do modo de ganhar reconhecimento e admiração, sendo mais focada no sentido de usar, manipular ou se aproveitar de outras pessoas com o propósito de promover seu auto-engrandecimento e glorificação. A descrição desse tipo de personalidade fica perto daquela das personalidades psicopatas ou anti-sociais. Aqui Meissner já aponta para controvérsias, pois dependendo do grau, esta qualidade psicopata ou anti-social pode cruzar a fronteira que se tenta delinear entre a personalidade narcísica e a *borderline*. Não obstante, o desprezo pelos outros, a noção implícita de que estes outros têm valor potencial apenas na medida em que possam ser explorados ou manipulados, a necessidade de sempre “se dar bem”, sem nenhum apreço por valores morais ou éticos, tudo isto carrega a marca narcísica deste tipo de personalidade e reflete os fortes resíduos do *self* grandioso. A vítima é de importância vital para o sujeito, como um meio de manter o seu equilíbrio narcísico. Esta forma de narcisismo cobre uma vulnerabilidade narcísica marcante naquilo que é justamente o seu oposto: a de ser explorado ou manipulado pelos outros. Os sentimentos de vergonha, vulnerabilidade e desmerecimento apegados a esta auto-imagem narcísica são projetados de forma equivalente na vítima do sujeito, de forma a negar esta imagem empobrecida através da projeção e subsequente exploração da vítima.

Este tipo de paciente tem seu *self* relativamente bem estabelecido e pouco sujeito à regressão, na medida em que os recursos para o reparo narcísico estejam disponíveis. Na falta destes, ele tende à depressão que, dependendo do grau da patologia, pode ser bastante severa e mesmo levá-lo ao suicídio.

Em níveis de patologia mais acentuada, entretanto, o narcisismo se torna ainda mais adesivo e demandante, a ponto de o sujeito se sentir completamente subordinado a relacionamentos nos quais a carência e a dependência do outro são a marca registrada. Frequentemente, estes envolvimento têm uma qualidade altamente ambivalente de hostilidade e dependência, uma vez que o objeto nunca é capaz de satisfazer as demandas e expectativas narcísicas do sujeito. Este tipo de paciente se vê constantemente exposto à ameaça de desapontamento e frustração, com sentimentos de privação e, muitas vezes, desespero. Por isso mesmo, é comum vê-lo de mau-humor, queixoso, se lamuriando, numa tentativa de merecer a atenção dos outros.

Como todos os tipos de personalidade narcísica, este também pode ser sedutor e ter a habilidade de atrair e influenciar outros. Mas esta qualidade é diferente da dos tipos narcísicos vistos até aqui. Ela é posta em ação no sentido de colocar as outras pessoas na posição de provedoras de afeto, suporte, cuidados, etc. Bursten denominou este tipo de narcisismo de “suplicante” (Ibid., p. 412).

Kernberg, em seu artigo “Borderline personality organization”, também nos oferece uma interessante descrição dos caracteres narcisistas:

Estes pacientes apresentam um grau incomum de auto-referência em suas interações, uma grande necessidade de serem amados e admirados e uma curiosa contradição aparente: uma visão bastante inflada de si próprios e uma excessiva necessidade de receber tributo dos outros. Suas vidas emocionais são superficiais. Eles sentem pouca empatia pelos sentimentos dos outros e obtêm muito pouco prazer da vida, além dos tributos que possam receber ou de suas próprias fantasias grandiosas, sentindo-se impacientes e entediados quando este resplendor externo se desgasta e nenhuma nova fonte alimenta sua auto-estima. Eles invejam outros, tendem a idealizar algumas pessoas de quem esperam suprimentos narcísicos e depreciam e tratam com desprezo aqueles de quem não esperam nada (com freqüência seus ídolos passados). Em geral, suas relações com outras pessoas são claramente aproveitadoras e, algumas vezes, parasitárias. É como se eles sentissem que têm o direito de controlar e manipular os outros para se aproveitar deles sem sentimentos de culpa – e por trás de uma aparência exterior que muitas vezes pode ser charmosa e sedutora, pode-se sentir frieza e crueldade. Muitas vezes estes pacientes são considerados “dependentes” em função de sua necessidade de receber tanto tributo e adoração dos outros; entretanto, num nível mais profundo, eles são completamente incapazes de realmente depender de qualquer um por causa de sua profunda desconfiança e desprezo pelos outros (Kernberg, 1967, p. 655).

Ao definir as características do distúrbio *borderline*, Kernberg foge relativamente pouco da definição acima, como se verá adiante. Esta pequena diferença

entre uma e outra patologia é caracterizada pela metodologia inclusiva que é usada por Kernberg na definição da síndrome *borderline*.

É nas relações de objeto do paciente narcísico que melhor se pode observar a patologia. Os aspectos predominantes são a necessidade de ser amado e o investimento e uso do objeto como forma de restabelecer e/ou manter o equilíbrio narcísico. Annie Reich, em seu artigo “Narcissistic object choice in women”, descreveu algumas variedades destas escolhas de objeto narcísicas, atribuindo-as a uma resolução repressiva do trauma castrador-edípico através da regressão a um nível pré-genital de passividade narcísica, porém demandante. Para essas mulheres, os sentimentos de vergonha e inferioridade são resolvidos através da escolha de objeto narcísico, visto como tendo a capacidade de desfazer o trauma da castração e restabelecer o equilíbrio narcísico (Reich, 1957, p. 31).

Reich descreve dois padrões predominantes: o primeiro é o da mulher que busca uma relação de dependência e subserviência com um homem, que se torna o objeto admirado, idealizado e indispensável. O segundo padrão é o caracterizado por paixões intensas e breves, sendo que nestes períodos há uma idealização, admiração e inclusive uma fugaz tentativa de imitar as características do homem. Estas paixões idealizadas se esvaem quase com a mesma velocidade que se instalam e dão lugar ao seu oposto, ou seja, uma desvalorização do afeto, seguida de rejeição. Um novo ciclo é então criado com um outro objeto. Reich comparou este último tipo de escolha objetual com a personalidade *como-se* de Deutsch. Para este segundo padrão de personalidade, uma relação que esteja dando sinais de que está se tornando mais duradoura, com um nível de compromisso mais sólido, representa uma ameaça, uma perda narcísica para o sujeito, ao invés de um ganho.

O primeiro dos padrões descritos por Reich está alinhado com as formulações propostas por Kohut, quando ele enfatiza como características predominantes das personalidades narcísicas a formação de configurações narcísicas coesas em torno das quais a organização da personalidade toma forma. Estas configurações, no lado objetivo, envolvem a *imago* parental idealizada e, do lado subjetivo, o *self* grandioso. Trata-se de configurações relativamente estáveis, catexizadas com libido narcísica, ora idealizando, ora se exibindo de forma grandiosa, manifestando-se nas várias formas de relações objetais, assim como na transferência analítica (Kohut, 1971, p. 25).

A ativação terapêutica dos objetos onipotentes e idealizados, como já visto, leva à formação da transferência idealizada, na qual resíduos da experiência infantil da

perfeição narcísica são restaurados através de sua designação a um *self*-objeto transicional: a *imago* parental idealizada. Desta maneira, todo o poder e força são atribuídos a este objeto idealizado, de forma que o sujeito se sente vazio e desprotegido quando separado daquele. Conseqüentemente, ele fará todo o esforço para manter o contato e a união com o objeto.

O segundo padrão descrito por Reich, entretanto, é incapaz de sustentar uma relação de objeto consistente, vacilando entre paixão e desprezo, idealização e desvalorização. Esta instabilidade e os problemas de consistência de objeto dão surgimento a uma qualidade *como-se* e sugere que tais relações narcísicas sejam, na sua grande essência, *borderline* (Meissner, 1986, pp. 414-415). Assim como no caso do “narcisista manipulador” de Bursten, visto atrás, este segundo padrão de narcisismo descrito por Reich se aproxima (ou se sobrepõe) ao padrão *borderline*, sendo, portanto, objeto de discordância para alguns autores.

Kohut argumenta que, todas as vezes que as configurações narcísicas arcaicas ou suas expressões transferenciais se tornam identificáveis, estamos, por definição, diante de distúrbios de personalidade narcísica. Para Meissner, isto pode ser uma fonte de confusão diagnóstica, uma vez que ambas as configurações narcísicas podem ser vistas em variáveis graus e modalidades, não somente em níveis baixos de organização patológica, mas também em psicóticos e outros níveis de organização mais estruturados, em personalidades bem organizadas e razoavelmente neuróticas. Meissner argumenta que, de acordo com o pressuposto de Kohut, toda vez que a *imago* idealizada ou o *self* grandioso puderem ser identificados, estamos diante de uma personalidade narcísica. Ainda segundo Meissner, seria mais razoável enxergar as formulações de Kohut como formas fundamentais de organização patológica narcísica que pode ser expressa em muitos e diferentes níveis de patologia e estrutura de caráter. Conseqüentemente, podemos dizer que a personalidade narcísica contém uma, ou a outra, ou ambas as configurações (narcísica arcaica e transferencial) como parte predominante da estrutura da personalidade, mas a formulação diagnóstica não pode ficar simplesmente na identificação dessas configurações. Há que se incluir outros fatores também.

Um dos aspectos primordiais da organização da personalidade narcísica e uma dimensão significativa de seu diagnóstico é o elemento de autocoessão. Tanto Kohut, como Ornstein e Bursten chamam a atenção para este importante detalhe. Kohut não só realça esta coessão da estrutura e funcionamento do *self* nestas personalidades narcísicas, como vê esses fatores como discriminadores das organizações *borderline* ou psicóticas.

Por mais perturbadora que esta psicopatologia possa ser, é importante entender que estes pacientes possuem recursos específicos que os diferenciam dos estados psicóticos e *borderline*. Ao contrário destes últimos, os pacientes com distúrbios de personalidade narcísica alcançaram, em essência, um *self* coeso e construíram objetos arcaicos idealizados coesos. E, ao contrário das condições que predominam nos estados psicóticos ou *borderline*, estes pacientes não são seriamente ameaçados pela possibilidade de uma desintegração irreversível do *self* arcaico ou dos objetos arcaicos narcisicamente catexizados. Em consequência de alcançarem esta configuração coesa e estável, estes pacientes são capazes de estabelecer transferências específicas e estáveis, que permitem a reativação terapêutica das estruturas arcaicas sem o perigo de sua fragmentação através do aprofundamento de sua regressão: eles são, portanto, analisáveis. Deve ser adicionado a este ponto que o estabelecimento espontâneo de uma das transferências narcísicas estáveis é o melhor e mais confiável sinal diagnóstico que diferencia estes pacientes dos casos psicóticos ou *borderline*, de um lado, e das neuroses de transferência comuns, de outro. A avaliação do processo de análise é, em outras palavras, de maior valor diagnóstico e prognóstico do que são as conclusões derivadas do exame minucioso das manifestações e sintomas comportamentais (Kohut, 1971, p. 4).

2.3.2 Aspectos distintos dos estados-limite

No item anterior procurou-se examinar as personalidades narcísicas por suas vertentes patológicas com o intuito de poder diferenciá-las dos aspectos patológicos dos estados-limite, que serão vistos agora. Ao se tentar estabelecer quais os aspectos ou condições dos estados-limite que possam servir como pontos de diferenciação entre estes e os distúrbios da personalidade narcísica, esbarra-se em certas dificuldades. As descrições dos sintomas *borderline* encontram em Kernberg, evidentemente, seu maior expoente. Foi ele quem mais contribuiu para a definição, delimitação e classificação desses sintomas. Ocorre que estes englobam um amplo espectro de condições patológicas e de déficit caracterológico. Meissner afirma que as condições *borderline* constituem um grupo tão heterogêneo de entidades diagnósticas que é necessário um refinamento e uma especificação diagnóstica adicional para que estas condições possam fazer mais sentido no quadro clínico geral (Meissner, 1986, p. 419). O alcance diagnóstico dos transtornos *borderline* é amplo: abrange desde condições muito

próximas da esquizofrenia, denominadas de esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch) até as formas de personalidade que parecem apresentar uma fachada neurótica produtiva e relativamente bem organizada. Nestes últimos, os estados-limite costumam apresentar-se somente em condições de indução regressiva, como por exemplo, em condições analíticas ou situações críticas de vida. Existe uma distinção clínica radical entre esses últimos pacientes e aqueles pacientes que chegam à clínica em crises agudas de regressão, às vezes até requerendo hospitalização. A qualidade dos estados regressivos, quase psicóticos e a propensão para o *acting-out*, muitas vezes autodestrutivos, desses estados-limite, são característicos das patologias dos níveis mais graves, como os caracteres psicóticos e as esquizofrenias pseudoneuróticas. Muitos pacientes, não obstante, possuem uma personalidade bem organizada e produtiva e podem passar um bom tempo sem demonstrar nenhuma propensão regressiva que seja atribuída à estrutura estados-limite. Quando mostram alguma indicação destas propensões, em muitos casos isso surge de forma sutil e em pequenos graus, ou em períodos de regressão passageira devido a grande stress.

Na tentativa de estabelecer uma distinção entre as personalidades narcísicas e as condições *borderline*, Kohut enfatizou a propensão relativamente maior para a regressão e desorganização regressiva nos *borderline*, quando comparados às personalidades narcísicas. Este ponto de discriminação tem sua validade com referência às formas da personalidade *borderline* nas quais esse potencial regressivo é uma marca característica, mas é consideravelmente de menos utilidade na distinção entre, digamos, o *borderline* analisável e o narcísico analisável (Ibid., p. 420).

Muitos outros autores também concordam com o fato de que a regressão serve como um bom divisor de águas entre as personalidades narcísicas e os estados-limite. O corolário dessa afirmação é que a qualidade da angústia difere fundamentalmente entre estes dois tipos de personalidade. Em geral, a angústia é marcante nos estados-limite e, muitas vezes, acompanhada de uma dramática conotação de vida-ou-morte, de fragmentação ou dissolução do próprio *self*. Kernberg enfatiza estes pontos, assim como a fraqueza do ego, a propensão para transferências de cunho psicótico, as reações repetitivas de ira e ataques depreciativos contra o analista, impostos pelos pacientes limítrofes. Para Kernberg, isto demonstra a constante alternância em termos de boas e más relações de objeto internalizadas na transferência, o aumento da cisão patogênica refletida em estados de ego mutuamente dissociados (grandiosidade arrogante coexistindo com sentimentos de inferioridade), formas de idealização patológica e controle onipotente alternando com retraimento narcísico e desvalorização.

Kernberg distingue estas personalidades como formas de personalidade narcísica que funcionam num nível *borderline*; a categoria de personalidade narcísica, desta maneira, é utilizada por ele de forma inclusiva, em contraste ao uso exclusivo de Kohut, que opõe as personalidades narcísicas às categorias *borderline* e psicóticas. Kernberg, entretanto, também reconhece que a presença de uma configuração narcísica coerente caracteriza uma personalidade narcísica, em oposição à *borderline* (Ibid., p. 421).

A. Horner, em seu artigo “Oscillatory patterns of object relations and the borderline patient”, confirma a qualidade oscilatória das relações de objeto dos pacientes *borderline*. De um lado, uma depressão associada à angústia de separação e, do outro lado, o medo da perda do *self*, da desintegração; o paciente *borderline* oscila de forma crônica entre duas posições relacionais de objeto, sem ser capaz de se estabilizar em qualquer uma das duas. Para Horner, o paciente *borderline* vive se alternando entre a posição de personalidade narcísica, na qual o objeto é visto como existindo para atender as demandas do *self* do sujeito, e uma posição esquizóide, na qual o sujeito foge de qualquer sentimento de ligação ou dependência para com o objeto (Horner, 1976, p. 481).

Esta oscilação pode ser evidente em casos de pacientes com sérios distúrbios, ou aparecer de forma bastante sutil em pacientes com alto poder de organização. Nestes últimos, não é raro que estes fenômenos só venham a ocorrer após um longo período de análise e somente após terem sido expostos a situações de regressão analítica, cujos efeitos possam ser significativos. Até que esses estados-limite se tornem aparentes, o paciente é tomado como um caso clássico de neurose. Enquanto no nível não-regressivo uma das posições polarizadas (medo do abandono ou medo da intrusão) encontra-se razoavelmente estabilizada enquanto a outra está recalcada (ou, eventualmente, cindida). Já na personalidade narcísica, é mais fácil ver uma configuração consistente e coerente, embora vulnerável (Meissner, 1986, p. 424).

Outra autora também acrescenta um ponto importante a esse tópico: Judith Gurewich afirma que a personalidade *borderline* permitiu aos psicanalistas americanos livrar o termo *narcisismo* de suas conotações pejorativas, realçando, em seu lugar, seus efeitos estruturantes. O que falta nos pacientes *borderline* é justamente uma fundação narcísica segura. Isto é também confirmado por Kohut, que diz que um senso positivo de *self* depende do olhar amoroso do outro, normalmente o olhar da mãe. O que importa, portanto, é distinguir o narcisismo saudável de sua variável patológica para que se possa definir um modo de agir terapêutico que possa aliviar a frágil auto-estima do paciente. Gurewich menciona também outro detalhe importante de muitos pacientes

borderline: o fato de eles parecerem ter sido vítimas do mesmo tipo de abuso sexual que Freud creditava à imaginação de suas histéricas. Para ela, os psicanalistas americanos acreditam “que este abuso, seja ele sexual ou de outra natureza, se sujeita mais à negação ou à dissociação do que à verdadeira repressão. O paciente *borderline* projeta experiências infantis dolorosas e fica à espreita do retorno delas cada vez que as demandas do outro parecem ameaçar seu já estremecido senso de *self* (Gurewich, 1998, p. 38).

2.3.3 Diferenciações estruturais

Nos dois itens anteriores procurou-se mostrar as principais características das personalidades narcísicas, assim como dos estados-limite. Na tentativa de distinguir um tipo de personalidade do outro percebe-se não somente a dificuldade dessa tarefa, como também o fato de que é inevitável que ela tenha que ser feita, muitas vezes, por comparação de características e de sintomas. Algumas das diferenciações entre os dois tipos de personalidade já foram expostas; aqui, ainda sob a influência de Meissner, a idéia é encontrar diferenças estruturais que possam melhor servir como divisores entre estes tipos de patologias. Para Meissner, é possível fazer esta diferenciação em função da organização introjetiva que caracteriza essas respectivas formas de psicopatologia. Ele fundamenta sua tese com base no princípio de que é através da introjeção que se formam os elementos nucleares em torno dos quais o senso de *self* é construído. Esses elementos refletem as vicissitudes defensivas que surgem na experiência das relações objetais, principalmente nas relações com os objetos primários. A organização da introjeção se dá em duas dimensões, a narcísica e a agressiva. Cada uma dessas dimensões tende a ser organizada em termos de uma distribuição polarizada, tendendo para o extremo ou absoluto, proporcionalmente ao grau da patologia. Desta forma, na dimensão narcísica, a configuração introjetiva pode tomar o aspecto de superioridade e grandiosidade, numa determinada direção (“introjeção superior”), mas também pode tomar o aspecto de inferioridade, sentimento de vergonha e insignificância, em outra

direção (“introjeção inferior”). De forma análoga, na dimensão agressiva, a configuração introjetiva pode tomar o atributo de destrutividade poderosa e odiosa numa direção (“introjeção agressiva”) e de vulnerabilidade impotente e fraqueza em outra (“introjeção vítima”). Essas coordenadas polares se apresentam conjuntamente, ou seja, onde houver evidência da “introjeção vítima”, pode-se ter a certeza de que uma exploração cuidadosa irá também encontrar a evidência de uma “introjeção agressiva”. O mesmo ocorre no eixo narcísico: por trás de um sentimento de insignificância reside, no inconsciente do paciente, uma configuração que se vê como especial, privilegiado, e merecedor de admiração e consideração especiais. Por trás do sentimento de vergonha reside um desejo exibicionista, ou por trás de um senso de inferioridade reside um *self* grandioso, como descrito por Kohut. O inverso também ocorre: quando aparece o *self* inflado do paciente, pode ser presumido que a “introjeção inferior” está também atuando de forma menos aparente e, muitas vezes, inconscientemente (Meissner, 1986, pp. 428-430).

Em personalidades mais organizadas, os aspectos patológicos do *self* têm tendência a se unir em torno de uma dessas configurações introjetivas, reprimindo as demais. Portanto, num paciente neurótico e depressivo, os componentes da “introjeção inferior”, que mostram o seu sentimento de inferioridade, são facilmente identificáveis. Geralmente, nesses casos, somente após um longo período de análise, é que os elementos do *self* grandioso e reprimido podem vir à tona. Já nas organizações de personalidade mais primitivas, como nos casos *borderline*, os vários aspectos da organização introjetiva se mostram mais aparentes. Nesses casos, os aspectos variáveis da configuração introjetiva não se encontram longe da consciência e são freqüentemente intrusivos. Não é incomum ver na clínica um paciente *borderline* em estado regressivo no papel da vítima indefesa, enquanto, ao mesmo tempo, ele projeta elementos de destrutividade agressiva sobre o analista. Desta forma, a “introjeção-vítima” ou a “introjeção-agressor” podem vir a dominar o *self* do paciente e nos momentos menos estáveis de regressão é provável que ele alterne entre essas duas posições, muitas vezes de forma rápida e dramática.

Meissner acredita que este aspecto estrutural torna possível traçar uma linha divisória entre a patologia *borderline* e a personalidade narcísica. Esta última, ao contrário do foi visto nos casos *borderline*, se organiza em torno das introjeções narcisicamente impregnadas, sendo que os aspectos narcísicos dessas estruturas internas dominam a organização e o funcionamento da personalidade. As maiores preocupações

da personalidade narcísica, desta maneira, são direcionadas para a manutenção de seu senso de *self*, o que irá requerer a preservação correspondente de uma integridade narcísica dessas configurações introjetadas.

Na medida em que a personalidade narcísica conseguir manter um suporte e um suprimento narcísico, ela será capaz de manter, relativamente, um alto grau de integração e coesão do *self*. Nos graus moderados de prejuízo narcísico e em condições em que o suprimento narcísico possa ser adequadamente fornecido, ela corre poucos riscos de sofrer uma desorganização regressiva, de perder a coesão do *self* ou de sua identidade. Para Meissner, o narcisista tem que lidar primordialmente no eixo do narcisismo, ou seja, com as introjeções “superiores e inferiores”, enquanto o *borderline*, além do eixo narcisista, lida também com o da agressão, na qual a “introjeção-agressor” e “introjeção-vítima” se fazem presentes. A questão da agressão torna o quadro consideravelmente mais complicado para o paciente *borderline*, pois traz à tona questões muito primitivas, orais e sádicas, gerando vulnerabilidades adicionais.

Em função disso, o paciente *borderline* tem mais dificuldade em estabelecer e manter um senso de constância de objeto e é somente capaz de manter um senso de coesão interna de forma relativamente parcial e instável, sendo, conseqüentemente, mais vulnerável a pressões regressivas e *stresses*. Embora essas vicissitudes possam ser observadas de forma mais dramática e clara no nível inferior da patologia *borderline* e em estados *borderline* regressivos, esses mesmos parâmetros aparecem de forma mais modulada e, muitas vezes, sutil, através de todo o espectro da patologia *borderline* (...) (Ibid., p. 431).

As mesmas diferenciações estruturais sugerem que, do ponto de vista do desenvolvimento, o paciente *borderline* não foi capaz de integrar imagens parciais do tipo bom/mau, dar/negar, satisfazer/frustrar, tanto de seu próprio *self* como de objetos. As partes amorosas e hostis de *imagos* parentais não conseguiram alcançar uma integração satisfatória devido a componentes agressivos mal resolvidos de relações ambivalentes ou hostis com os objetos encarregados dos cuidados primitivos. A agressão não-resolvida deriva em parte de fontes pulsionais, mas se mantém não-resolvida por conta das introjeções de objetos externos contaminadas de agressividade. O resultado disso é a cisão das imagens e a tendência de projetar hostilidade. Meissner defende a tese de Mahler, de que a origem desses distúrbios ocorre na sub-fase de reaproximação (fase de separação-indivuação) e reflete resoluções desviantes da “crise de reaproximação” (Ibid., p. 432).

A personalidade narcísica, em função de experiências diferentes, toma outras formas. A passagem através da fase de separação-indivuação não foi contaminada por

derivativos agressivos na mesma intensidade. A criança narcísica não encontra o mesmo grau de rejeição parental, desaprovação, hostilidade ou destrutividade. Na realidade, os problemas da criança narcísica estão no setor narcísico propriamente dito. O problema da separação e individuação diz respeito à perda, potencial ou real, da comunhão narcísica ou disponibilidade narcísica, geralmente da mãe, no momento da pressão pela separação e estabelecimento da autonomia da criança. Esta é deixada com um maior senso de individuação e coesão do *self*, mas com um senso de necessidade e de vulnerabilidade narcísica.

Como quem quer deixar portas abertas para futuras discussões sobre as questões *borderline* e narcísicas, C. Settlage comenta:

A distinção entre distúrbios narcísicos e *borderline* em termos das diferenças nos seus determinantes específicos e psicopatologias ainda não foi adequadamente delineada. Como uma possibilidade, essas diferenças podem ser devidas à diferença no *timing* da experiência traumática na seqüência do desenvolvimento. A impressão clínica, geralmente aceita, que os distúrbios *borderline* são mais severos do que distúrbios narcísicos pode ter em conta um trauma nos *borderlines*, ocorrido mais cedo no processo de desenvolvimento, portanto mais devastador. Uma segunda possibilidade é a de que a diferença entre essas duas condições será explicada pelo grau de impacto traumático e a gravidade da resposta defensiva. Em terceiro lugar, a diferença pode vir a ser entendida em termos da área da personalidade envolvida no déficit do desenvolvimento e na formação patológica; por exemplo, o envolvimento do senso de *self* e identidade, em que estas podem ser diferenciadas das capacidades do ego e funções *per se* (Settlage, 1977, pp. 810-811).

Pode-se talvez dizer que os distúrbios da personalidade narcísica representam, dentro das patologias do caráter, um nível de maior coesão, caracterizado por transferências narcísicas estáveis (como descritas por Kohut, 1971) e possuidoras de coesão do *self*, traços de caráter estáveis, mínima tendência à regressão e um funcionamento estável. Nessas patologias predominam a necessidade narcísica, a procura de uma estabilidade através de ganhos de suprimentos narcísicos e o suporte de objetos investidos narcisicamente.

Nesta perspectiva, formas mais primitivas de patologia narcísica com graus mais severos de prejuízo na coesão do *self* e tendências regressivas não devem ser classificadas como formas de personalidade narcísica, mas sim, incluídas na categoria de estados-limite. O fato dessas formas mais primitivas de patologia narcísica também trazerem manifestações de formações narcísicas arcaicas, como o *self* grandioso e a *imago* parental idealizada, não é motivo para sua classificação como distúrbio de personalidade narcísica, mas deve simplesmente refletir formas mais primitivas de

patologia narcísica coexistindo com outras formas de patologia mais severas, desenvolvidas muito precocemente.

A problemática *borderline*, por sua vez, forma um espectro psicopatológico que se estende desde as condições *borderline* de ordem mais estruturada, nas quais os traços típicos *borderline* emergem somente quando sob regressão (seja por indução na análise ou por *stress*), até organizações *borderline* mais primitivas, caracterizadas por tendência à regressão, labilidade emocional, instabilidade, tendências ao *acting-out*, etc.

Muito embora as diferenciações estruturais propostas por Meissner possam trazer luz a essa questão, principalmente em casos mais extremos de uma ou de outra patologia, a discriminação diagnóstica entre as personalidades narcísicas e as condições *borderline* mais estruturadas pode ser muito difícil ou até praticamente impossível, em alguns casos.

3

A constituição do sujeito e a ordem patológica

Há em cada homem estranhas possibilidades. O presente seria cheio de todos os futuros se já o passado não projetasse nele uma história. Mas, aí de nós, um único passado propõe um futuro único – projeta-o a nossa frente como um ponto infinito no espaço (André Gide, em Os Frutos da Terra).

3.1

A constituição do sujeito que se coloca em estados-limite

O tema da constituição do sujeito está presente no trabalho de Freud e de praticamente todos os autores psicanalistas. Vários destes contribuíram de forma significativa para o entendimento de como se dá esse processo. De início, duas linhas se colocam, pelo menos na aparência, em pólos opostos: as que privilegiam teorias pulsionais e as que pensam que a motivação humana pode ser explicada por modelos relacionais. Dependendo de como são vistas e interpretadas, as diferentes teorias formam espectros bastante diversos. Um exemplo disso é a teoria pulsional freudiana que, para muitos, vê o sujeito se constituindo de forma um tanto solipsista. Para Greenberg e Mitchell, “a teoria da pulsão, não podendo ligar uma psicologia erigida sobre conceitos de energia e estrutura com uma psicologia do significado, não pode explicar completamente a motivação humana” (Greenberg e Mitchell, 1994, p.15). A psicanálise de Freud, na opinião de alguns de seus opositores, dá pouca ênfase ao significado com que as pessoas pontuam suas experiências cotidianas, principalmente nos estágios iniciais do desenvolvimento humano. Por outro lado, os próprios autores acima mencionados se apressam em explicar que Freud utilizou metáforas biológicas, muito em função do *zeitgeist* de sua época e de sua própria formação médica. Mas enfatizar somente este aspecto “pode obscurecer a aguda visão psicológica, a verdadeira teoria de significado, que a fez crescer” (Ibid., p. 16). De fato, seria até injusto pensar em apenas “um modelo” freudiano, tantas foram as modificações, adendos, novos enfoques dados por Freud às teorias que elaborou ao longo de sua vida. Se, por um lado, inventou o modelo pulsional, Freud também dedicou boa parte de sua vida a integrar

conceitos relacionais na estrutura estabelecida deste modelo. Greenberg e Mitchell chegam a classificar de “espúria” esta tentativa de distinção da psicanálise como ciência natural ou disciplina interpretativa. Para eles, a teoria freudiana de mecanismo é também uma teoria de significado.

Octavio Souza, em seu artigo “Nota sobre algumas diferenças na valorização dos afetos nas teorias psicanalíticas”, também defende esta posição, com ressalvas:

É possível encontrar, na obra de Freud, grande sensibilidade em relação ao lugar da alteridade na constituição do sujeito, demonstrada de modo mais significativo em seu apelo à idéia de herança filogenética, na teoria sobre as identificações (sobretudo na pouco trabalhada noção de identificação primária), na valorização progressiva do complexo de Édipo e no conceito de superego, que é um desdobramento da teoria das identificações. Entretanto, embora o conceito de superego seja a formulação na qual Freud elaborou com mais riqueza e conseqüência suas concepções a respeito da função da alteridade no psiquismo, ele deixa intocada a questão do estatuto dessa mesma função no início da vida psíquica, uma vez que supostamente a formação do superego acontece apenas no declínio do complexo de Édipo. É interessante notar que seria justamente a partir da hipótese da precocidade da formação do superego e da generalização para todo e qualquer processo pulsional da incidência dos mecanismos de introjeção e projeção que Melanie Klein buscava, de modo implícito, dar relevo à incidência da alteridade no momento inaugural da constituição do psiquismo (Souza, 2001, pp. 288-289).

A oposição entre teóricos do modelo pulsional e de outros modelos que privilegiem a teoria do significado, ou modelos baseados nas relações de objeto, traz também uma outra discussão. Dentro de cada um destes modelos já se pode dizer que não existe consenso. Pulsão é um conceito diferente para Freud, Klein ou Lacan. Por sua vez, também as relações objetais são pensadas de maneira bastante distinta entre os teóricos que privilegiam o modelo relacional. Outros tipos de mapeamento do campo psicanalítico foram desenvolvidos, sem que necessariamente contenham superposições claras com os modelos pulsional e relacional. Novamente Octavio Souza, em outro artigo, “Os continentes psíquicos e o vazio em psicanálise”, traz uma interessante contribuição, classificando, por uma abordagem diferente, as teorias analíticas:

É a partir desta diferenciação profunda e inicial entre o sujeito e o outro que talvez possamos compreender a multiplicidade das teorias psicanalíticas existentes, dividindo-as em dois grandes grupos: aquelas que são intersubjetivas em sua base e aquelas que são identificatórias em sua base. De um lado, teorias que postulam que o sujeito nasce tendo diante de si o objeto; de outro, teorias que postulam que este primeiro momento é marcado pela indiferenciação e que têm em Winnicott um de seus principais teóricos (Id., 2002).

Para Souza, no time dos teóricos intersubjetivos se reúnem “o principal de Freud, Melanie Klein e Lacan, para os quais o sujeito está sempre às voltas com o objeto” (Ibid.). Já os teóricos da relação de objeto, que compõem o segundo time, como

Balint e Winnicott, “vão considerar o primeiro momento da experiência psíquica como não sendo da ordem da diferenciação” (Ibid.). Entra aí a temática dos envelopes psíquicos e dos continentes psíquicos, da indiferenciação mãe-bebê.

É importante observar que, em ambos os grupos, houve e tem havido grandes progressos na teorização daquilo que é comumente denominado como fase pré-edípica (que engloba a fase pré-verbal). Partindo de gêneses diferentes e, portanto, com pressupostos também diversos, estas correntes têm, não obstante, um ponto em comum: ambas aceitam e realçam a importância dessa fase no desenvolvimento e na saúde psíquica. Essas duas correntes do pensamento psicanalítico se ocuparam, principalmente nos últimos cinquenta anos, em pesquisar e formar teorias mais elaboradas sobre questões relativas à psicose e os estados-limite. Com raras exceções, existe um consenso de que a constituição do sujeito passa por sua fase mais crítica no período pré-edípico, quando se formam as bases que terão grande influência sobre suas escolhas psíquicas futuras. Alguns exemplos (vindos de teóricos intersubjetivos, bem como dos identificatórios), de situações nas quais a constituição do sujeito pode induzi-lo ao caminho de uma psicose ou de estados-limite, são mostradas a seguir.

É importante realçar que muitos dos autores que mais contribuíram para um melhor entendimento dos estados-limite, como Klein e Bion, escreveram muitos de seus artigos com o pensamento voltado para o entendimento das psicoses. Não obstante, este material se mostrou extremamente útil para uma melhor compreensão dos estados-limite, o que se explica pela proximidade das etiologias de ambas as estruturas.

Os próximos itens deste capítulo irão mostrar alguns exemplos de como estes autores priorizaram o início da vida psíquica e de como formularam algumas de suas teorias que influenciaram o pensamento psicanalítico contemporâneo, possibilitando uma melhor compreensão da etiologia dos estados-limite.

3.1.1

A formação de símbolos

Em seu famoso artigo de 1926, “Inibições, sintomas e angústia”, ao falar do recalque como sendo um dos mecanismos de defesa, Freud faz uma ressalva:

Pode muito bem acontecer que antes da sua acentuada cisão em um ego e um id, e antes da formação de um superego, o aparelho mental faça uso de diferentes métodos de defesa dos quais ele se utilize após haver alcançado essas fases de organização (Freud, 1926, p. 160).

Quatro anos mais tarde, em 1930, Melanie Klein escreveria um artigo intitulado “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego”, que ficou também conhecido como o “caso do menino Dick”. Refere-se ao relato do tratamento de um menino autista, no qual Klein descreve a ausência da função simbólica e, conseqüentemente, do interesse por tudo a sua volta. Naquela ocasião, Klein daria seguimento à sua tese de que o conflito edipiano ocorre em estágios mais precoces do que propunha Freud. Para ela, estes estágios são marcados por uma atividade sádica, presente em todas as fontes de prazer libidinal. Isto fazia parte daquilo que era classificado por ela como realidade primitiva, presente na fase (ou posição, como preferia Klein¹) esquizo-paranóide, dos objetos parciais. Aí começava o desenvolvimento do ego e também o início do conflito edipiano, marcado pelas fantasias sádicas². O excesso de sadismo traz consigo uma carga de angústia, que coloca em ação as formas mais primitivas de defesa do ego, provocadas por duas fontes de perigo: o próprio sadismo do bebê e o objeto que é atacado³. Estas formas primitivas de defesa do ego diferem fundamentalmente do mecanismo de recalque: são de natureza violenta e implicam *expulsão* (em relação ao próprio sadismo do sujeito) e *destruição* (em relação ao objeto do sadismo). “Assim, o ego em desenvolvimento se vê diante de uma tarefa que não está ao alcance de suas possibilidades nesse estágio: a de dominar a mais aguda ansiedade” (Klein, 1930, p. 252).

Klein concluiu que o objeto do ataque sádico é identificado, pelo bebê, com o objeto agressor, isto é, ele próprio. Este processo primitivo de identificação⁴, forma o que Klein nomeou de *equação simbólica*. Esta última pode ser entendida como um “pré-simbolismo”, pois, neste processo, o símbolo é confundido (ou igualado) com o objeto. Para Klein, “o simbolismo é o fundamento de toda a sublimação e de todo o

¹ A palavra *posição* exprime melhor que o estado (esquizóide, paranóide, depressivo) surge num dado momento do desenvolvimento do sujeito, podendo repetir-se depois, de forma estrutural, em certas etapas da vida ou em situações específicas, como formas de defesa. Já a palavra *fase* pode pressupor que o estado descrito tem um começo e um fim, uma suspensão definitiva após uma duração específica.

² Esta forma de conceber o aparelho psíquico primitivo privilegiava a teoria pulsional freudiana.

³ Segundo Klein, o sadismo se torna fonte de perigo porque oferece uma ocasião para a liberação da angústia e porque as armas empregadas para destruir o objeto são sentidas, pelo sujeito, como sendo ameaçadoras a si próprio. Por outro lado, o objeto do ataque se torna uma fonte de perigo, pois é sentido pelo sujeito como uma fonte de ataques retaliadores.

⁴ Este processo inspiraria Klein, mais tarde, a desenvolver a idéia de identificação projetiva em *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides* (1946).

talento, pois é através da equação⁵ simbólica que as coisas, as atividades e os interesses se tornam o conteúdo de fantasias libidinais” (Ibid.). Portanto é a angústia que impele o mecanismo da identificação, através da equação simbólica, na qual o bebê iguala seus órgãos com os demais objetos, os quais, por sua vez se tornam objetos de angústia, impelindo o bebê a fazer outras e novas equações, que irão, por sua vez, formar a base de seu interesse em novos objetos e no simbolismo.

Desse modo, o simbolismo se torna a base não só de toda a fantasia e sublimação, mas também da relação do indivíduo sujeito com o mundo externo e com a realidade em geral (...). O desenvolvimento do ego e a relação com a realidade dependem da capacidade do indivíduo de tolerar a pressão das primeiras situações de ansiedade já num período muito inicial (...). É essencial que o ego possua a capacidade adequada de tolerar a ansiedade, a fim de elaborá-la de forma satisfatória. Desse modo, essa fase básica terá uma conclusão favorável e o desenvolvimento do ego será bem-sucedido (Ibid., pp. 252-253).

Hanna Segal em seu artigo de 1957 “Notes on symbol formation”, através de dois exemplos interessantes, ressalta a diferença entre a simbolização feita por dois de seus pacientes: o primeiro é um esquizofrênico que após o início de sua doença havia parado de tocar violino e ao ser questionado sobre esta atitude, respondeu: *você espera que eu me masturbe em público?* Um segundo paciente relatou um sonho que teve, no qual ele tocava violino com uma moça. Ele associou o sonho a uma fantasia de masturbação, no qual o violino representava seu órgão sexual e tocá-lo representava masturbar-se. Embora os exemplos sugiram situações análogas de uso de símbolos – o violino representando o órgão genital masculino e tocar o violino representando o ato masturbatório – Segal aponta para um funcionamento bastante diferenciado deste símbolo, nos dois exemplos. No primeiro caso, o violino se tornou tão completamente igualado ao órgão genital que tocá-lo em público se tornou impossível: o violino era *sentido* como sendo genital; no segundo caso, o violino *representava* o genital, tornando possível, portanto, uma diferenciação consciente entre um e outro. Neste último exemplo, o violino pôde ser sublimado, embora esta hipótese imponha uma diferença conceitual importante entre Klein e Segal, de um lado e Jones, de outro. Para Jones (citado por Segal), o que é sublimado não é simbolizado. Nos exemplos acima, Jones diria que o violino do primeiro paciente poderia ser considerado como um símbolo, da mesma forma que no sonho do segundo paciente. Mas não seria um símbolo, quando este segundo paciente, uma vez acordado, tocasse o violino. Neste caso seria um ato de

⁵ A palavra no original em inglês é *equation*, que foi, entretanto, traduzida na referência mencionada como igualdade. Preferiu-se manter a fidelidade ao texto original.

sublimação. Segal, discordando de Jones, cita Klein, que mostrava que as brincadeiras das crianças – uma atividade sublimatória –, são também uma expressão simbólica de ansiedades e desejos. Ela afirma que

A formação de símbolos é uma atividade do ego tentando dar conta das ansiedades causadas por suas relações com o objeto. Primariamente isto representa o medo de objetos “maus” e o medo de perder ou não ter acesso aos objetos “bons”. Os distúrbios na relação do ego com os objetos são refletidos em distúrbios na formação dos símbolos. Em particular, distúrbios na diferenciação entre ego e objeto levam a distúrbios na diferenciação entre o símbolo e o objeto simbolizado e, conseqüentemente, ao pensamento concreto, característico das psicoses (Segal, 1957, p. 394).

Compartilhando a teoria de Klein, Segal descreve as primeiras relações objetais como um processo de cisão do objeto entre o idealmente bom e o inteiramente mau. O objetivo do ego é o de união total com o objeto bom e o de aniquilação total do objeto mau, assim como das partes más do *self*. O pensamento onipotente é soberano e o senso de realidade é intermitente e precário. Basicamente não existe o conceito de ausência. Todas as vezes que a união com o objeto ideal não for concretizada, o que é experimentado não é a ausência; o ego se sente assaltado pela contrapartida do objeto bom – o objeto mau. Essa é a época em que o pensamento cria objetos que passam a ser sentidos como presentes. Em seu *Projeto* de 1895, Freud já dizia que “(...) a lembrança primária de uma percepção é sempre uma alucinação (...)” (Freud, 1895, p. 392). De acordo com Melanie Klein, esta é também a época das más alucinações; quando as condições ideais não são preenchidas, o objeto mau é igualmente alucinado e sentido como sendo real.

O mecanismo de defesa talvez mais importante, nesta fase, é a identificação projetiva. Segal descreve:

Na identificação projetiva o sujeito, em sua fantasia, projeta grandes partes de si mesmo no objeto e o objeto se torna identificado com as partes do *self* que o sujeito sente que ele contém. Da mesma forma, objetos internos são projetados para fora e identificados com partes do mundo externo, que passam a representá-los. Estas primeiras projeções e identificações representam o início do processo de formação de símbolos (Segal, 1957, p. 395).

Os símbolos precoces, entretanto, como visto anteriormente, não são sentidos pelo ego como sendo símbolos, mas como sendo o próprio objeto original. Eles formam parte daquilo que Klein denominou de equação simbólica. Para Segal, a equação simbólica entre o objeto original e o símbolo no mundo interno e externo é a base para o pensamento concreto esquizofrênico, no qual a não-diferenciação entre a coisa simbolizada e o símbolo é parte do distúrbio na relação entre o ego e o objeto.

Para Klein, a equação simbólica é a marca característica da posição esquizo-paranóide. A evolução do ego e as mudanças na relação do ego com seus objetos se dão de forma gradual e assim também ocorre com a evolução da equação simbólica para os símbolos propriamente ditos. Isto ocorre num período que Klein denominou de posição depressiva. Aos poucos o ego vai adquirindo um senso de realidade calcado em três principais alterações em sua relação com o objeto: uma maior conscientização de ambivalência, uma menor intensidade de projeções e uma crescente diferenciação entre o *self* e o objeto. Simultaneamente o ego vai-se tornando cada vez mais preocupado em resguardar o objeto de sua agressão e possessibilidade.

(...) quando surgem conflitos entre amor e ódio na mente do bebê, e o medo de perder o objeto amado entra em ação, ocorre um avanço muito importante no desenvolvimento. Esses sentimentos de culpa e de sofrimento surgem como um novo elemento na emoção do amor. Eles se tornam parte integrante do amor, influenciando-o profundamente em termos de qualidade e quantidade (Klein, 1937, p. 352).

Este esforço irá implicar num certo grau de inibição dos impulsos agressivos e libidinais. Começa aí também aquilo que Freud denominou de narcisismo secundário. Essa capacidade do ego de proceder às mediações dos impulsos sexuais é que vai permitir a sublimação, conforme nos diz Freud:

A transformação da libido do objeto em libido narcísica, que assim se efetua, obviamente implica um abandono de objetivos sexuais, uma dessexualização — uma espécie de sublimação, portanto. Em verdade, surge a questão, que merece consideração cuidadosa, de saber se este não será o caminho universal à sublimação, se toda sublimação não se efetua através da mediação do ego, que começa por transformar a libido objetual sexual em narcísica e, depois, talvez, passa a fornecer-lhe outro objetivo (Freud, 1923, p. 43).

Segal postula que a formação dos símbolos na posição depressiva necessita de alguma inibição da libido sexual em relação ao objeto original, o que, por sua vez, torna os símbolos disponíveis para a sublimação. Os símbolos criados internamente podem então ser re-projetados no mundo externo, dotando-o de significação simbólica.

Na equação simbólica, o símbolo-substituto é sentido como sendo o objeto original. As propriedades próprias do substituto não são reconhecidas ou admitidas. A equação simbólica é utilizada para negar a ausência do objeto ideal ou para controlar um objeto persecutório. Pertence aos estágios mais primitivos do desenvolvimento. (...).

A formação dos símbolos governa a capacidade de comunicar, uma vez que toda a comunicação é feita por intermédio de símbolos. Quando ocorrem distúrbios esquizóides nas relações objetais, a capacidade de comunicar é igualmente perturbada: primeiro porque a diferenciação entre o sujeito e o objeto é obscura, segundo porque faltam os meios de comunicação, já que os símbolos são sentidos de uma forma concreta e estão, portanto, indisponíveis para a comunicação. (...) A dificuldade em lidar com pacientes esquizofrênicos e esquizóides encontra-se não somente no fato que eles não conseguem se comunicar conosco, mas principalmente no fato que eles não conseguem se comunicar com eles mesmos (Segal, 1957, p. 396).

Até aqui, a preocupação de Segal foi a de mostrar as diferenças entre dois extremos: por um lado, um ego que ultrapassa as etapas de desenvolvimento até atingir a uma maturidade na qual os símbolos podem ser utilizados livremente e a sublimação pode se transformar num recurso natural do aparelho mental para controlar a libido sexual e agressiva. Por outro lado, um ego que fica preso nas etapas mais primitivas do desenvolvimento, numa posição esquizo-paranóide, é praticamente incapaz de formar símbolos. Para Segal, fica clara a importância que tem este processo de maturação do ego, de passar bem pela fase depressiva, lidando com as relações precoces de objeto. Mas este exemplo não indica, evidentemente, que este seja um processo binário. E Segal acrescenta que alguma integração e relações objetais totais podem ser alcançadas na posição depressiva, acompanhadas da cisão de experiências mais precoces do ego. Nesta situação, algo parecido com um “bolso” de esquizofrenia pode existir isolado no ego, tornando-se uma ameaça constante à estabilidade. Neste caso, na pior hipótese, pode ocorrer um eventual desequilíbrio psíquico, trazendo ansiedades primitivas em forma de equações simbólicas cindidas, que invadem o ego. Na melhor hipótese, um ego relativamente maduro, apesar de restrito, pode-se desenvolver e funcionar.

3.1.2 Os ataques ao elo de ligação

A comparação entre a personalidade neurótica e a psicótica é necessária para um melhor entendimento dos estados-limite. Freud, em artigo de 1924, escreve sobre aquilo que talvez seja a mais importante “diferença genética” entre uma neurose e uma psicose:

A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo (Freud, 1924, p. 167).

Nas neuroses, o ego se defende do id através do recalque. O material recalcado acaba criando representações substitutivas, que são os sintomas neuróticos. Para Freud,

“o ego entrou em conflito com o id, a serviço do superego e da realidade, e esse é o estado de coisas em toda neurose de transferência⁶” (Ibid., p. 168).

No caso das psicoses, segundo Freud, o ego cria um novo mundo externo e interno e esse mundo é construído de acordo com os impulsos desejosos do id. O motivo dessa dissociação do mundo externo é alguma frustração⁷ muito séria de um desejo por parte da realidade – uma frustração que parece intolerável. Freud resume assim, as conseqüências da ação do ego em função de tais frustrações:

O efeito patogênico depende de o ego, numa tensão conflitual desse tipo, permanecer fiel à sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o id, ou ele se deixar derrotar pelo id e, portanto, ser arrancado da realidade (Ibid., p. 169).

Treze anos antes de escrever seu artigo sobre as diferenças entre neurose e psicose, portanto em 1911, Freud escreveu “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, no qual discorre sobre o princípio de prazer e o princípio de realidade. Ao falar sobre este último, ele menciona “algumas adaptações necessárias no aparelho psíquico”, como uma evolução necessária em resposta ao princípio de realidade. Ele escreve então, em suas próprias palavras “superficialmente”, sobre estas funções: a consciência das impressões sensoriais, a atenção, a memória, o discernimento, o pensamento (Freud, 1911, p. 239).

A “escolha” ou fuga para a neurose se dá, como Freud esclarece, através do mecanismo de recalque (produto do conflito entre o ego e o id). Já a fuga para a psicose, de acordo com Bion, ocorre através do mecanismo de identificação projetiva. Para ele, o psicótico estilhaça os objetos e,

(...) simultaneamente, todo o setor de sua personalidade que o leva a tomar conhecimento da realidade por ele odiada é fragmentada, em pedaços mínimos também; pois é isto que contribui substancialmente para a sua sensação de que não é capaz de restaurar seus objetos ou o próprio ego (Bion, 1994, p. 60).

Neste caso, todas as funções que Freud descreve como adaptativas do aparelho psíquico ao princípio de realidade, são alvo de ataques sádicos e estilhaçadores “que levam à minúscula fragmentação dessas funções, seguida de sua expulsão da

⁶ No sentido nosográfico, esta é a categoria de neuroses que Freud distingue das neuroses narcísicas. Em comparação com estas últimas, as neuroses de transferência se caracterizam pelo fato de a libido ser sempre deslocada para objetos reais ou imaginários, em lugar de se retirar para o ego. Disso resulta serem mais acessíveis ao tratamento psicanalítico, porque se prestam à constituição no tratamento de uma neurose de transferência no sentido clínico, em torno da relação com o analista (Laplanche e Pontalis, 1995, p. 308).

⁷ Para Freud, essa frustração é, em última análise, sempre uma frustração externa, tanto no caso das neuroses como no das psicoses, embora possa também proceder do agente interno (superego) que assume a representação das exigências da realidade (Freud, 1924, p. 169).

personalidade e penetração ou enquistamento nos objetos” (Ibid.). Para Bion, na fantasia do paciente, as partículas expelidas do ego levariam uma vida independente e sem controle, ora contendo objetos externos, ora sendo por estes contidas. Em consequência deste processo, o paciente se sente rodeado por aquilo que Bion denominou de “objetos bizarros”.

Cada partícula é vivida como consistindo num objeto real que está encapsulado no pedaço de personalidade que o engoliu. A natureza da partícula como um todo dependerá, em parte, das características do objeto real – digamos, um gramofone – e, em parte, das características da partícula de personalidade que o engoliu. Se o pedaço de personalidade for relacionado à visão, o paciente achará que o gramofone quando estiver tocando estará olhando para ele; se relacionado à audição, aí ele achará que o gramofone o estará ouvindo, quando posto em funcionamento. O objeto, enraivecido, por ter sido engolido, incha, por assim dizer, e se esparrama, controlando o pedaço de personalidade que o engoliu; nesse sentido, a partícula de personalidade tornou-se uma coisa (Ibid., pp. 60-61).

Por outro lado, este tipo de paciente, por não suportar a realidade, quer-se afastar dela o máximo que for possível, com um mínimo de esforço. Isto é mais facilmente conseguido “se puder desfechar esses ataques destrutivos exatamente no elo de ligação, seja qual for, que vincula as impressões sensoriais à consciência” (Ibid., p. 61). Para Bion, a percepção da realidade psíquica ocorre na razão direta do desenvolvimento da capacidade de pensamento verbal, com base na posição depressiva. Como descrito nos trabalhos de Klein e Segal, é nesta posição que ocorre a formação dos símbolos e a relação desta com o pensamento verbal. O paciente psicótico, entretanto, fica preso à posição esquizo-paranóide, sendo capaz de igualizar, mas não de simbolizar.

A questão que mais uma vez se impõe é a de saber se os caminhos do ego têm seus contornos tão claramente delineados e irreduzíveis. Para Bion, o ego nunca está inteiramente afastado da realidade. Para ele, “o contato com a realidade é mascarado pelo domínio, na mente e na conduta do paciente, de uma fantasia onipotente, que visa a destruir ou a realidade, ou a consciência que tenha dela e, assim, atingir um estado que não é vida nem morte” (Ibid., p. 59). Em outras palavras, os fenômenos neuróticos jamais estão ausentes e servem, com sua presença em meio a material psicótico, como um fator complicador da análise.

3.1.3 Da identificação projetiva ao uso de um objeto

Pode-se dizer que muitos dos conceitos formulados por Melanie Klein foram inspiradores de toda uma corrente psicanalítica contemporânea, que enfatiza a existência de relações de objeto precoces como fundadoras do desenvolvimento psíquico e da personalidade⁸. Entre estes conceitos está o de identificação projetiva, como o mais importante mecanismo de defesa da posição esquizo-paranóide. Klein criou esta noção vinculando-a ao sadismo infantil: o bebê não deseja somente destruir a mãe, porém quer também se apossar dela:

Muito do ódio contra partes do *self* [projetadas] é agora dirigido contra a mãe. Isso leva a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação de objeto agressiva. Sugiro o termo “identificação projetiva” para esses processos (Klein, 1946, p. 27).

Bion, alinhado com muitos dos conceitos de Klein, em especial com a idéia de que a angústia está ligada ao sadismo e à pulsão de morte, refinou o conceito de identificação projetiva. Para ele esta é a forma mais importante de interação entre paciente e analista, tanto na terapia individual como em grupos. Uma outra contribuição de Bion diz respeito à confusão reinante no meio psicanalítico, entre os conceitos de projeção e de identificação projetiva. Para ele, no caso da identificação projetiva, “o analista sente que ele está sendo manipulado no sentido de tomar parte, não importando quão difícil de reconhecer, na fantasia de um outro” (Bion, 1959, p. 149). Em outras palavras, a distinção entre os conceitos de projeção e de identificação projetiva reside no fato de o receptor da projeção ser ou não afetado emocionalmente pela fantasia daquele que projeta. Bion também estabeleceu uma relação entre a identificação projetiva com outras idéias, como a dos objetos bizarros,⁹ e a de continente-conteúdo. Este último conceito, extraído da relação mãe-bebê, traz também importantes conseqüências clínicas.

Para Bion, existe, desde o início da vida, um vínculo emocional profundo entre a mãe e o bebê. O sadismo deste último provoca angústias que podem ser muito intensas e que têm que ser descarregadas num objeto externo, no caso a mãe. Esta, por sua vez, desde que tenha certas capacidades emocionais, poderá *absorvê-las*, e até *metabolizá-*

⁸ Embora, deva-se ressaltar que vários autores compartilham com Klein a tese das relações de objeto precoces, mas divergem quanto à gênese da agressão e do sintoma. Winnicott é um bom exemplo destes.

⁹ Vide pág. 52.

las, devolvendo-as de maneira menos angustiante e mais assimilável ao seu bebê. Neste processo, a mãe não precisa fazer uso de interpretações ou qualquer outra verbalização. Basta acolher o bebê de forma que este se sinta seguro, mais calmo. Por outro lado, se a mãe também se angustiar, esta angústia poderá ser devolvida à criança e esta poderá cair num estado que Bion classificou como “terror inominável”. A relação continente-conteúdo representa algo complementar entre a identificação projetiva da criança e a receptividade materna. A mãe é o continente deste conteúdo, recebe-o e processa-o. Bion designa com a palavra *rêverie* (que poderia ser traduzida como *devaneio*) o estado de receptividade materna.

Winnicott não utiliza o conceito de identificação projetiva, até porque o bebê winnicottiano não tem um outro para projetar objetos e partes do *self*. Para ele não existem objetos bons ou maus internalizados. O bebê vive, nos primeiros momentos, um processo de indiferenciação em que a mãe não é separada dele, em que só há sentido falar no conjunto mãe-bebê. Não obstante esta grande e importante diferença teórica (que traz também conseqüências clínicas importantes), pode-se aproximar, por outro ângulo, alguns de seus conceitos com os de Klein, Bion e outros teóricos intersubjetivos. Em seu artigo de 1952, “Psicoses e cuidados maternos”, Winnicott nos fala do conjunto indivíduo-ambiente¹⁰:

No início, o indivíduo não é uma unidade. Para o observador externo, a unidade é o conjunto ambiente-indivíduo. (...) Se tudo correr bem, o ambiente criado pelo indivíduo torna-se bastante parecido àquele que todos geralmente percebem, e nesse caso acontecerá algum dia um estágio no processo de desenvolvimento através do qual o indivíduo passará da dependência para a independência. Trata-se de uma fase de desenvolvimento repleta de armadilhas, e do sucesso nessa etapa depende a saúde mental no que diz respeito à psicose (Winnicott, 1952, p. 308).

Neste mesmo artigo, Winnicott traça uma série de diagramas nos quais tenta mostrar as diferentes formas de comportamento entre indivíduo e ambiente. Faz então um paralelo entre o quadro de um indivíduo que procura o ambiente e recebe deste a acolhida esperada, com um outro no qual existe uma intrusão do ambiente sobre o indivíduo, provocando um retorno deste a um isolamento defensivo. Este último cenário, para Winnicott, pode ser responsável por uma cisão básica no conjunto ambiente-indivíduo e “poderia ter início no fracasso da adaptação ativa por parte do ambiente, no início da vida” (Ibid., p. 311).

¹⁰ Por ambiente, Winnicott quer indicar primordialmente a mãe ou a pessoa que assume os cuidados maternos.

Quando existe em alto grau a tendência à cisão nessa fase inicial, o indivíduo corre o risco de ser seduzido para uma vida falsa, e os instintos tornam-se nesse caso aliados do ambiente sedutor. (...) Uma sedução bem-sucedida desse tipo pode produzir um eu falso que parece satisfazer o observador incauto, apesar de que a esquizofrenia se encontra latente e irá ao final exigir atenção (Ibid., pp. 311-312).

Esta cisão no conjunto ambiente-indivíduo lança a base para a formação daquilo que, alguns anos mais tarde, Winnicott viria a denominar de personalidade falso *self*. Para ele, no início da vida, tanto o id como o ego não são sentidos pelo lactente como sendo seus. Desta forma, satisfazer as necessidades do bebê não significa satisfazer suas pulsões. “O ego do lactente está criando força e, como consequência, está a caminho de um estado em que as exigências do id serão sentidas como parte do *self*, não como ambientais” (Id., 1960, p. 129).

Em pelo menos duas outras ocasiões distintas, Winnicott aborda, por ângulos diferentes, a questão do par mãe-bebê. Em “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, inspirado em Lacan e seu “Estádio do espelho”, ele pergunta:

O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. (...) Muitos bebês, contudo, têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não se vêem a si mesmos (Id., 1967, p. 154).

O bebê que olha para a mãe e se vê está num estado de apercepção. É como se o rosto da mãe fosse um espelho. Por outro lado, uma mãe “com rosto fixo”, ou que reage mal quando o bebê está em dificuldades ou quando é agressivo, vai fazer com que o bebê, ao olhar para o rosto dela, veja exatamente isto: o rosto da mãe.

Assim, a percepção toma o lugar da apercepção, toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo de duas direções no qual o auto-enriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas. (...) Na direção da patologia, encontra-se a predizibilidade, que é precária, e força o bebê aos limites de sua capacidade de permitir acontecimentos. Isso acarreta uma ameaça de caos e o bebê organizará a retirada ou não mais olhará, exceto para perceber, como defesa. Um bebê tratado assim crescerá sentindo dificuldades em relação a espelhos e sobre o que o espelho tem a oferecer. Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não a ser examinado (Ibid., p. 155).

Em um outro artigo, de 1969, “O uso de um objeto e relacionamento através de identificações”, Winnicott traz à tona alguns exemplos vistos por um ângulo novo. O uso de um objeto, para ele, é posterior à relação de objeto e requer do sujeito a capacidade de colocar o objeto fora da área dos fenômenos subjetivos. “O objeto, se é que tem de ser usado, deve ser necessariamente real, no sentido de fazer parte da realidade compartilhada, e não um feixe de projeções” (Id., 1969, p. 123). A relação de

objeto é mais facilmente explicável pela psicanálise, já que o *relacionar-se* pode ser examinado como um fenômeno do sujeito enquanto o uso de um objeto requer levar em consideração a natureza do objeto, não como projeção, mas como coisa em si. Para Winnicott, a psicanálise “prefere sempre eliminar todos os fatores ambientais, exceto na medida em que se pode considerar o meio ambiente em termos de mecanismos projetivos” (Ibid., p. 124).

Os dois exemplos mais marcantes que Winnicott apresenta em seu artigo dizem respeito ao uso de um objeto na relação mãe-bebê e na relação analisando-analista. Em ambos os casos, há que se passar da relação de objeto, em primeiro lugar, e, através de uma fase intermediária, chegar, no final, ao uso do objeto. “Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente, isto é, a percepção, pelo sujeito, do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva” (Ibid., p. 125). Para alcançar a área intermediária entre o relacionamento e o uso são necessários alguns passos, todos de vital importância: em primeiro lugar, o objeto é encontrado, ao invés de ter sido colocado pelo sujeito no mundo (fim da onipotência); em seguida, o sujeito destrói o objeto; o passo seguinte é aquele em que o objeto sobrevive à destruição, o que torna a realidade do objeto sobrevivente sentida como tal. Só então, é possível, para o sujeito, usar o objeto.

O objeto está sempre sendo destruído. Essa destruição torna-se o pano de fundo inconsciente para o amor a um objeto real, isto é, um objeto situado fora da área de controle onipotente do sujeito. O estudo desse problema envolve um enunciado do valor positivo da destrutividade. Esta, mais a sobrevivência do objeto à destruição, coloca este último fora da área de objetos criados pelos mecanismos psíquicos projetivos do sujeito. Dessa maneira, cria-se um mundo de realidade compartilhada que o sujeito pode usar e que pode retroalimentar a substância diferente-de-mim dentro do sujeito (Ibid., p. 131).

Como se vê, o conceito de uso do objeto, envolve também duas características marcantes: a primeira é a da experiência do sujeito, desde o relacionar-se com o objeto, seguida das demais etapas até o uso do objeto. A segunda característica depende do objeto em si: o objeto *precisa* sobreviver à destruição. O autor aponta em seus exemplos, tanto no par mãe-bebê, como no do analisando-analista, que em alguns casos, o objeto (a mãe ou o analista) *se deixa destruir*, por não suportar a agressividade do sujeito. Este ‘deixar-se destruir’ pode ocorrer por retaliação, abandono ou pelo objeto se colocar na posição de vítima dos ataques do sujeito, e impede, no caso do bebê, o desabrochar de seu potencial de desenvolvimento, e, no caso do analisando, que a análise chegue a um bom termo. Embora Winnicott empregue a palavra ‘destruição’, para ele a destruição real relaciona-se ao fracasso do objeto em sobreviver.

Winnicott também aponta para a análise do ‘caso de tipo fronteiro’ como um exemplo da dificuldade da questão do uso do objeto. O cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas o que aparece na análise (e na vida real do paciente) é um distúrbio psiconeurótico (ou psicossomático), toda vez que a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua. Ele alerta para o fato de que o psicanalista pode ser conivente, durante anos, com a necessidade do paciente de ser psiconeurótico e de ser tratado como tal.

A análise vai bem e todos manifestam satisfação. O único inconveniente está em que a análise jamais termina. Pode ser concluída e o paciente pode mesmo mobilizar um falso eu (*self*) psiconeurótico para finalizar o tratamento e expressar gratidão (Ibid., p. 122).

Pode-se especular sobre os diversos motivos que levaram a análise a chegar a este ponto: o paciente não aprendeu a alcançar a etapa de encontrar ou destruir o objeto; o analista não produz um campo fértil para que esta etapa possa ser desenvolvida; a etapa de encontrar e destruir o objeto é alcançada, porém o analista “se deixa destruir”. Em todos os casos, aponta Winnicott, analista e paciente tiveram êxito em *conluir-se* para provocar um fracasso.

Como uma espécie de corolário da questão da destruição e uso do objeto, fica um importante entendimento da questão da agressividade, na medida em que este difere substancialmente daquele contido nas teorias clássicas em psicanálise.

Na teoria ortodoxa, continua a suposição de que a agressividade é reativa ao encontro com o princípio de realidade, ao passo que, aqui, é o impulso destrutivo que cria a qualidade da externalidade. (...) Não há raiva na destruição do objeto a que me refiro, embora se possa dizer que existe alegria pela sobrevivência do objeto (Ibid., p. 130).

Winnicott, embora muito influenciado pelas teorias de Klein, não aceitava a questão freudiana (e kleiniana) da agressividade em termos de pulsão de morte. Klein partiu da pressuposição básica de que esta pulsão é responsável pelo sadismo original e de que este último dá vazão à angústia. Em outras palavras, Klein privilegiou e concentrou seus estudos em torno das fantasias inconscientes da criança – ou seja, o mundo interno. Já Winnicott, embora certamente interessado pelo mundo interno, optou por observar e privilegiar o modo como o mundo externo do ambiente familiar propicia ou inibe o desenvolvimento emocional da criança. Para ele, existe no ser humano, uma tendência inata ao desenvolvimento saudável, desde que possa haver uma adequada maternagem, ou, em suas próprias palavras, uma “mãe suficientemente boa”.

Parece viável, no entanto, aproximar Klein (e seus seguidores) de Winnicott, em muitos aspectos do desenvolvimento infantil. Partindo de gêneses diferentes, ambos

valorizam a relação dual mãe-bebê como fundamental e como o palco no qual se dão as principais ocorrências que poderão determinar se o desenvolvimento infantil se fará no sentido da saúde ou da doença. Os temas abordados por Winnicott, como o da cisão entre indivíduo e ambiente, o olhar da mãe como espelho do bebê e o uso do objeto, tentam dar conta de um período da vida anterior à tríade edipiana, anterior à castração, um período ainda “pré-verbal”.

3.1.4 A falha básica impedindo o nascimento psicológico

Em seu conhecido livro *A falha básica*, Michael Balint parte de uma reflexão: por que os analistas, por mais experientes que sejam e independentemente da escola a que pertençam – sem exceção – têm seus sucessos, seus casos difíceis e também sua cota de fracassos? Balint especula acerca dessa reflexão e conclui que existem dois motivos principais para esta ocorrência.

O primeiro motivo, de acordo com o autor, diz respeito à interpretação dada, pela maioria dos analistas, à questão da técnica proposta por Freud. Dessa forma, surgiram alguns parâmetros, considerados básicos, que dizem respeito à frequência das sessões, à duração de cada sessão, à questão da “abstinência”, à conduta do analista como “um espelho bem polido”, etc. Isso se deve, em grande parte, ao que Freud escreveu sobre suas experiências clínicas com pacientes obsessivos e melancólicos, para quem os conflitos estavam consideravelmente internalizados, ou, em outras palavras, os mecanismos e processos defensivos para lidar com estas questões haviam-se tornado eventos internos e permanecido como tais. Inversamente, portanto, os objetos externos eram pouco investidos por eles.

Se os eventos e objetos externos forem inconsistentemente investidos, a influência de tal variação, de um analista para outro, desde que utilizem uma técnica analítica “sensível”, será ainda menor, na verdade praticamente negligenciável. Esquecendo de que isso só é verdade nesse caso-limite e somente à primeira abordagem, alguns analistas chegaram à idéia da “técnica correta”, isto é, de uma que é correta para todos os pacientes e analistas, independentemente de sua individualidade. Se nossa maneira de pensar tiver validade, a “técnica correta” é uma quimera, uma fantástica compilação de fragmentos incompatíveis da realidade (Balint, 1993, p. 8).

O segundo motivo provável para o fracasso na análise, tem a ver com o primeiro. A técnica psicanalítica foi desenvolvida para pacientes que são capazes de

suportar a interpretação do analista, cujo ego é suficientemente forte para aceitá-las e realizar o que Freud chamou de processo de “perlaboração¹¹”. É justamente com pacientes incapazes dessa tarefa que as grandes dificuldades são encontradas.

Uma das descobertas mais notáveis de Freud é, sem dúvida, a questão do complexo de Édipo. Ele desempenha um papel fundamental na estruturação da personalidade e representa o complexo nuclear do desenvolvimento humano. O complexo de Édipo funciona também como uma espécie de divisor de águas, pois separa dois níveis de trabalho analítico: o nível edípico ou genital e o nível pré-edípico, ou pré-genital ou pré-verbal. Para muitos pacientes, a questão analítica situa-se justamente no nível pré-verbal. E para estes, em geral, a expressão deste material não pode ser feita por meio de palavras, muito menos por interpretações, que se tornam muitas vezes ininteligíveis ou inaceitáveis.

Por exemplo, aprendemos que há certos pacientes que têm grande dificuldade em “aceitar” qualquer coisa que aumente a pressão sobre eles, enquanto que há outros que aceitam tudo, porque, aparentemente, seu *self* mais íntimo é muito pouco influenciado. Como dissemos, esses dois tipos criam grandes dificuldades técnicas e teóricas, talvez porque sua relação com o analista seja muito diferente da que costumamos encontrar no nível edípico.

Os dois tipos que acabamos de mencionar constituem apenas uma pequena amostra dos muitos pacientes que geralmente são descritos como “profundamente perturbados”, “seriamente esquizóides”, “com um ego demasiado débil ou imaturo”, “altamente narcisistas”, ou com “profunda ferida narcísica”, etc., indicando, portanto, que a raiz de sua doença é mais distante e profunda que o conflito edípico (Ibid., p. 11).

Para Balint, da mesma forma que o nível edípico foi nomeado a partir de características definidas por novas descobertas, este outro nível deve também ter suas nuances próprias, não devendo ser chamado de “pré-alguma-coisa”. Balint ainda realça o fato de que este outro nível pode coexistir com o nível edípico, daí ser ainda mais inconveniente chamá-lo de pré-edípico. Para tal, ele propõe o nome de nível da *falha básica* e realça que ele deve ser descrito como uma falha e não como uma situação, posição, conflito ou complexo. Para ele, as quatro principais características deste nível são: a) todos os eventos que nele ocorrem pertencem a uma relação exclusivamente diádica (e não triádica, como no nível edípico); b) esta relação, além de diádica, é de natureza totalmente diversa das relações do nível edípico; c) a natureza da força dinâmica que opera nesse nível não é a de um conflito e d) a linguagem adulta, em muitos casos, pode ser inútil ou enganadora para descrever acontecimentos desse nível,

¹¹ Processo pelo qual a análise integra uma interpretação e supera as resistências que ela suscita (Laplanche e Pontalis, 1995, p. 339).

pois geralmente as palavras não estão alinhadas com seu significado convencional. A natureza da relação diádica pode ser considerada como uma “instância da relação objetal primária ou de amor primário (...). Qualquer terceiro que interfira nessa relação é sentido como um pesado encargo ou uma força intolerável” (Ibid., p. 15).

Outra importante característica que faz com que se possa perceber a semelhança entre o conceito de falha básica e alguns conceitos propostos por Winnicott, diz respeito à diferença de intensidade entre a satisfação e a frustração neste nível. Enquanto a satisfação (que Balint iguala à *adaptação* do objeto ao sujeito) traz uma sensação de bem-estar, natural e suave (e, portanto, difícil de ser observada), a frustração (falta de adaptação do objeto), ao contrário, provoca sintomas intensos e desastrosos. Analogamente a Winnicott, esta característica descrita por Balint adquire uma importância fundamental, tanto no nível do desenvolvimento infantil, como na clínica psicanalítica.

Balint, tal como Winnicott, também não utiliza a idéia de identificação projetiva para descrever os fenômenos da falha básica. A identificação projetiva pressupõe uma diferenciação entre o sujeito e o outro no início da vida psíquica, o que não é o caso, tanto em Balint como em Winnicott. É fácil perceber, entretanto, como algo muito próximo desta idéia está presente no trecho a seguir:

Ademais – e isso não é tão fácil de admitir – o paciente de alguma forma parece capaz de saber o que está se passando com o analista. Começa a saber cada vez mais a respeito dele. Esse aumento do conhecimento não tem sua origem numa fonte de informações externa, mas aparentemente deriva de um talento misterioso, que permite ao paciente “compreender” os motivos do analista e “interpretar” a sua conduta. Algumas vezes, esse talento misterioso pode dar a impressão de telepatia ou clarividência. O analista sente o fenômeno como se o paciente pudesse vê-lo por dentro, retirando daí coisas a seu respeito. O que é assim encontrado sempre é altamente pessoal, de algum modo sempre em relação ao paciente e, em geral, absolutamente correta e verdadeira e, ao mesmo tempo, totalmente desproporcionada e, por isso, falsa – pelo menos é assim que o analista a sente (Ibid., p. 17).

Ao contrário do nível edípico, no qual existem conflitos e necessidades libidinais não resolvidas, a falha básica ocorre num momento da vida em que não existe ainda um complexo, um conflito, ou mesmo uma situação. Segundo Balint, a palavra *falha* foi escolhida por ser a mais empregada por muitos de seus próprios pacientes para descrever o que sentiam. Uma característica peculiar dessa área é que invariavelmente ela está cercada de intensa angústia e enorme dificuldade de ser expressa em palavras. Há, entretanto, uma espécie de sentimento de que esta falha aconteceu porque alguém falhou ou descuidou-se do paciente. A angústia expressa uma demanda desesperada de

que esta falha não pode – e de fato não deve – ser repetida no tratamento clínico. Daí também a dificuldade do analista, como descreve Balint:

Uma necessidade pulsional pode ser satisfeita, um conflito pode ser resolvido, mas uma falha básica talvez possa apenas ser preenchida, desde que os ingredientes que estão faltando possam ser encontrados e, mesmo assim, apenas em quantidade suficiente para preencher o defeito, como uma simples e indolor cicatriz (Ibid., p. 19).

A questão das interpretações analíticas e da capacidade ou não do analisando de “perlaborá-las” pode criar um abismo entre o paciente e o analista e já havia sido descrita por Sándor Ferenczi, inspirador (e analista) de Balint. Em seu texto de 1932, “Confusão de língua entre os adultos e a criança”, partindo de sua constatação de casos clínicos de fracasso ou que tendem a se prolongar sem fim, Ferenczi chegou à conclusão de que existem níveis diferentes de linguagem entre analisando e analista, assim como existem entre os adultos e a criança. Para ele, havia um estágio anterior ao do amor objetal, denominado de estágio do *amor objetal passivo*, ou da *ternura*. Assim como Freud, Ferenczi acreditava que a capacidade de sentir um amor objetal era precedida de um estágio de identificação. Nesse estágio, uma intrusão de um adulto, como nos casos de abuso sexual ou das punições passionais, pode deixar marcas significativas.

A criança de quem se abusou converte-se num ser que obedece mecanicamente, ou que se fixa numa atitude obstinada; mas não pode mais explicar as razões dessa atitude. Sua vida sexual não se desenvolve ou assume formas perversas; não falarei aqui das neuroses e psicoses que podem resultar disso. O que importa, de um ponto de vista científico, nesta observação, é a hipótese de que a personalidade ainda fracamente desenvolvida reage ao brusco desprazer, não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a introjeção daquele que a ameaça e a agride (Ferenczi, 1932, p. 103).

Esta tese de Ferenczi foi formulada, em grande parte, através de conclusões baseadas em sua própria experiência clínica. Eis como ele reflete sobre esta questão:

Cheguei pouco a pouco à convicção de que os pacientes percebem com muita sutileza os desejos, as tendências, os humores, as simpatias e antipatias do analista, mesmo quando este está inteiramente inconsciente disso. Em vez de contradizer o analista, de acusá-lo de fracasso ou de cometer erros, os pacientes identificam-se com ele. (...) Portanto, devemos não só aprender a adivinhar, a partir das associações dos doentes, as coisas desagradáveis do passado, mas também obrigar-nos muito mais a adivinhar as críticas recalçadas ou reprimidas que nos são endereçadas. É aí que nos defrontamos com resistências não desprezíveis, não as do paciente, mas as nossas próprias resistências (Ibid., pp. 98-99).

Esta posição de Ferenczi realça, sobremaneira, as diferenças entre este e Freud, no tocante a certos aspectos da metapsicologia freudiana. Octavio Souza atenta para o exemplo do trauma:

Vale destacar as diferenças entre a concepção freudiana original e a concepção ferencziana de trauma. Para Freud, o trauma era perfeitamente equacionável em termos

energéticos: tudo girava em torno do estado de prontidão do aparelho psíquico para fazer frente aos afluxos externos e internos de energia, das peculiaridades da descarga afetiva dos processos de rememoração das cenas sexuais e dos mecanismos psíquicos empregados para evitar o desprazer das memórias e descarregar a energia afetiva. Para Ferenczi, contudo, o essencial no acontecimento traumático não era somente o aspecto energético-representacional da rememoração da cena de sedução mas, principalmente, a qualidade das trocas interpessoais entre a criança e os adultos que formavam seu meio sociofamiliar. Para ele, o importante não era tanto o que acontece de modo episódico na vida da criança, mas sim o fato de a criança dispor ou não de alguém em quem confiar para elaborar os episódios de sedução ou, dito de modo mais geral, a diferença de línguas entre sua sexualidade terna e a sexualidade passional dos adultos. As coisas se tornam realmente difíceis e traumáticas apenas quando o recalque levado a cabo pelos adultos de sua própria sexualidade os conduz a desmentir o que a criança lhes diz a respeito das situações potencialmente traumáticas para ela. Desse modo, o fator propriamente traumático é o desmentido, e não a cena de sedução e sua problemática energético-representacional (Souza, 2001, p. 290).

Tanto Ferenczi como, posteriormente, Balint, fincam raízes num psiquismo precoce como tendo influência marcante no desenvolvimento humano. Outra autora, Margareth Mahler, assim como Ferenczi, húngara de nascimento, se inspirou inicialmente nas teorias deste, mas também nas de Winnicott e Spitz, para formular suas próprias teses a respeito do psiquismo precoce infantil. Diferentemente dos autores citados, Mahler enveredou pela psicologia do ego, fiel à corrente annafreudiana, tendo criticado Klein por crer “numa memória quase filogenética, num processo simbólico inato” (Mahler, 1982, p. 136), não aceitando alguns conceitos kleinianos voltados para a vida fantasística do lactente. O trabalho de Mahler toma importante significado, pois sua teoria é fundamentalmente calcada em suas experiências e pesquisas clínicas, principalmente com crianças psicóticas. Para ela, o complexo de Édipo, apesar de representar o ápice, não somente do desenvolvimento psicosexual infantil, mas também das relações de objeto, representa o *quarto* organizador psicológico. Antes dele, Mahler descreve três outras fases de desenvolvimento: a fase autista normal, a fase simbiótica e a fase de separação-individuação. Além de descrever cada fase com suas principais características, Mahler também se detém nas passagens de uma fase para a outra no desenvolvimento do bebê. Essas passagens são causadas por crises que fazem *romper* a homeostase de cada fase, impelindo o bebê a entrar na fase subsequente. Apesar de uma boa passagem por todas as fases ser de importância fundamental ao bom desenvolvimento do bebê, Mahler coloca uma ênfase especial na fase de separação-

individuação, na qual se processa, efetivamente, o *nascimento psicológico* do indivíduo¹².

Separação e individuação são concebidos como dois desenvolvimentos complementares: a separação consiste na saída da criança da fusão simbiótica com a mãe, e a individuação consiste nas aquisições que marcam o momento em que a criança assume suas próprias características individuais (Id., 2002, p. 16).

Para Mahler, a criança que passa por este processo com suavidade acaba encontrando no desenvolvimento rápido das funções do ego um consolo para esta separação. Ela passa a ter prazer em exercitar o domínio de suas próprias habilidades e capacidades autônomas. Por outro lado, a precoce luta defensiva da criança contra a interferência em sua autonomia pode impedir o que Mahler denomina de “um caso de amor com o mundo”, ou “rompimento da membrana simbiótica”, ou experiência do “nascimento psicológico”. Ela cita o “temor ao reengolfamento” como uma das causas prováveis para “constelações precoces de variáveis que poderiam representar pontos de fixação para a regressão patológica, tais como a precoce diferenciação de um falso *self*. (...) Todas estas constelações de fatores são possíveis contribuintes do aspecto *borderline* no desenvolvimento da personalidade” (Id., 1982, p. 142).

Os mecanismos *borderline* são produtos ou resíduos de deficiência de integração e internalização, indicando o grau de insucesso na função de síntese do ego. Tal fato pode ser observado na clínica.

Para muitos fenômenos *borderline*, pode-se aplicar o que se tornou conhecido através da observação, não tanto do conteúdo quanto da conduta e das atitudes do paciente na situação psicanalítica, isto é, para determinadas configurações os padrões persistentes de transferência e *acting-out* parecem resultar de conflitos não resolvidos do processo de separação-individuação (Ibid., p. 144).

Por outro lado, Mahler alerta para a dificuldade de vincular nitidamente os aspectos importantes descritos nas três fases de desenvolvimento com aspectos específicos dos fenômenos *borderline* exibidos nos pacientes: “(...) fui ficando cada vez mais convencida de que não há ‘linha direta’ do emprego dedutivo de fenômenos *borderline* para uma ou outra descoberta importante da pesquisa observacional” (Ibid.).

Mahler traz algumas inovações e contribuições importantes. Pesquisadora por excelência, sua teoria é baseada em observações experimentais, trazendo um peso científico para a psicanálise, raramente visto em outros autores. Na descrição das três fases iniciais do desenvolvimento psíquico, embora realçando a importância das duas

¹² Para Mahler, “o nascimento biológico do homem e o nascimento psicológico do indivíduo não coincidem no tempo. O primeiro é um evento bem delimitado, dramático e observável; o último, um processo intrapsíquico, de lento desdobrar” (Mahler, 2002, p. 15).

primeiras fases (autista normal e simbiótica), coloca, como vimos, uma ênfase especial na última (separação-individuação), da qual tira a maior parte de suas conclusões. Ao privilegiar esta fase, que se inicia entre os cinco ou seis meses de vida do bebê, Mahler parece ter atendido mais às exigências científicas de seus experimentos (nesta fase é mais fácil realizar alguns testes), deixando em segundo plano uma fase mais precoce, mais exaltada por outros autores e, justamente, de mais difícil interpretação do ponto de vista da pesquisa científica. Os escritos de Mahler parecem confirmar este ponto.

(...) a interpretação em termos psicológicos dos fenômenos visíveis dos estados mais precoces de pré-ego – em nossos termos, os períodos autista e simbiótico inicial – é sumamente difícil. As inferências extraídas dos dados da conduta pré-verbal são ainda mais precárias que a utilização de hipóteses deduzidas dos dados observacionais de períodos posteriores. (...)

Estamos ainda subestimando a patogenicidade, assim como a estruturação do caráter e o papel integrador da personalidade dos níveis pré-verbais do desenvolvimento; subestimamos particularmente a importância dos precursores do ego e do superego, especialmente sua aptidão para criar tendências, difíceis de decifrar, para conflitos intrapsíquicos (Ibid., pp. 122 e 131).

Portanto, cabe aqui uma observação quanto ao título deste subitem: a *falha básica* proposta por Balint pode impedir o *nascimento psicológico* da criança, mas sem que uma analogia com os achados de Mahler (a quem cabe esta última expressão) possa ser feita diretamente, já que a falha básica de Balint pressupõe ocorrências em nível mais precoce do que os da fase de separação-individuação de Mahler.

No estudo dos estados-limite existe uma variação relativamente grande entre as ênfases dadas, pelos diversos autores, às gêneses destas psicopatologias. Há uma tendência, talvez até exagerada, de se recuar cada vez mais no tempo, procurando formular teorias sobre períodos muito remotos da vida psíquica. Desde pesquisas envolvendo comportamento fetal e meio ambiente do feto (Piontelli, 1995), a autores que advogam fases ainda mais precoces do que a posição esquizo-paranóide de Klein¹³, até aqueles, como Margareth Mahler, que se baseiam num período mais tardio, todos possuem, no entanto, alguns pontos em comum: colocam grande ênfase em períodos anteriores ao do complexo de Édipo freudiano, principalmente no período pré-verbal, o que torna extremamente difícil não só uma validação mais científica de seus achados, como também a própria explicação clínica para fatos que foram vividos numa época não-verbal. Não obstante, parece cada vez mais unânime, entre os autores que abordam

¹³ Refere-se aqui especificamente a Thomas Ogden, com sua teoria sobre a posição autista-contígua, que será examinada no item 4.3 desta dissertação.

o tema dos estados-limite, que a constituição do sujeito neste período pré-verbal é grandemente responsável pelos casos clínicos até então surgidos.

3.2 A ordem patológica

Conforme já foi referido no início deste capítulo, existem inúmeras teorias psicanalíticas que tentam explicar o funcionamento do aparelho psíquico humano, assim como várias formas de classificar essas teorias.

A proposta de Octavio Souza¹⁴, de dividir as teorias psicanalíticas em dois grandes grupos, o dos teóricos intersubjetivos e o dos identificatórios, pode facilitar essa tarefa, pelo menos no que concerne à questão de como visualizar o período pré-verbal. Souza realça que a grande importância destas óticas diferentes está justamente na questão clínica. Enquanto os teóricos intersubjetivos vão privilegiar a questão da demanda do paciente e, conseqüentemente, da formação do inconsciente que se oferece à interpretação, Winnicott e outros teóricos da relação de objeto nos defrontam com falhas estruturais do ego e do *self*, que não se oferecem à interpretação, pois fazem parte de um vazio, de uma despersonalização ou desrealização. É aí que se pensa em falhas na constituição do ser, falhas tão primitivas que não teria sentido uma clínica da interpretação, principalmente baseada no modelo clássico triádico edipiano. As falhas são anteriores a esta fase, pertencendo ainda ao tempo não-verbal, tempo da indiferenciação ou da constituição do envelope psíquico (Souza, 2002).

Nos dois itens seguintes tenta-se mostrar o lado patológico dos estados-limite sob prismas ou ângulos diferentes, que coincidem, pelo menos em sua essência, com as classificações propostas por Souza. Em primeiro lugar, as patologias vistas pelo ângulo de uma psicanálise que tem, por base, a questão identificatória. Em seguida, a visão de uma psicanálise com base intersubjetiva.

Do lado *identificatório* as patologias podem ser caracterizadas por falhas no que pode ser chamado de *continuidade de ser*. Isto será explicado no próximo item deste capítulo. Tomaram-se exemplos de três grandes autores, expoentes dessa linha de

¹⁴ Vide pág. 44.

pensamento: Winnicott, Balint e Fairbairn¹⁵. Do lado *intersubjetivo*, essas patologias são vistas por um ângulo onde predominam as questões narcísicas e a agressividade e os autores escolhidos para retratar alguns tipos de patologias abordadas através desse foco são Kernberg e Green.

3.2.1 Falhas na continuidade de ser

Souza, ao propor a classificação de dois grandes grupos psicanalíticos, nos fala das grandes diferenças a respeito da constituição do sujeito em cada grupo:

Se compararmos o que Winnicott e Lacan nos falam sobre identificação primária, veremos que para o primeiro não se pode falar em sujeito neste momento inicial, mas sim num campo experiencial mãe-bebê a que se poderia chamar de campo experiencial pré-subjetivo. Winnicott se refere a isso como um momento puro feminino, condição básica para a instalação de um ser que evolui continuamente no tempo. Não existe ainda o sentido do *eu sou*, mas sim o de *seguir sendo* (Ibid).

Adiante, no mesmo artigo, Souza, citando Anne Álvares, fala de necessidades psíquicas como coisas que têm que ser dadas sem serem pedidas, ou seja, que não são da ordem da demanda e, conseqüentemente, da pulsão. O sujeito da demanda já está desde sempre constituído, ao passo que o sujeito que se está constituindo não demanda: ele simplesmente tem necessidades que serão atendidas, ou melhor, *apresentadas* a ele. A mãe não dá o seio, mas o *apresenta* no mesmo momento em que o bebê o alucina. Não há dom, há apenas apresentação. Souza pega emprestado o termo bioniano de *continente–conteúdo* para dizer que os teóricos intersubjetivos privilegiam uma análise de conteúdos, enquanto os teóricos da relação de objeto, da indiferenciação, como Winnicott e Balint, procuram analisar os continentes¹⁶. A indiferenciação mãe-bebê nos remete à continuidade psíquica, como explica Souza:

Parece útil nestes casos pensar em termos de continuidade psíquica, de necessidade psíquica e da constituição de envelopes psíquicos, que não querem dizer nada, mas que

¹⁵ Alguns autores teriam restrições quanto à inclusão de Fairbairn nesse grupo, por sua teoria dos objetos internos, aproximando-o dos conceitos kleinianos, que pressupõem uma diferenciação entre sujeito e objeto. Não obstante ser este um comentário válido, outros construtos teóricos de Fairbairn o aproximam mais, em nossa opinião, dos teóricos da indiferenciação.

¹⁶ Há, com certeza, diferenças importantes entre Bion e Winnicott, como se apressa a esclarecer Souza. Embora a mãe possa ser vista como continente na teoria deste último, não existe, numa fase inicial, um ‘conteúdo’, uma vez que não existe diferenciação entre esta e seu bebê. Já para Bion, o bebê é um bebê pulsional, que se relaciona com a mãe em termos de identificação projetiva, ou seja, desde o início a mãe é o outro.

permitem que alguma coisa se diga. Winnicott vai dizer: a dimensão mais simples da experiência, mais simples por não ser analisável, é a dimensão da continuidade do ser, a dimensão pré-subjetiva na qual não existe diferença entre o sujeito e o objeto, dimensão esta que é proporcionada pelo cuidado materno. É a partir deste cuidado que se forma um campo na qual as pulsões podem ser vividas como pertencendo e dizendo respeito ao sujeito. Só depois da constituição desta dimensão do ser é que o fazer pulsional se institui permitindo uma análise edipiana do sujeito, uma análise interpretativa (Ibid.).

Para Winnicott, o termo *self* representa, em sua essência, uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente. Em termos de desenvolvimento, o *self* central (ou verdadeiro) se faz presente nos primórdios da vida; é como se fosse um potencial herdado do recém-nascido. Se houver um ambiente suficientemente bom, através dos cuidados maternos primários, este *self* incipiente se desenvolve gradativamente num *self* total.

A continuidade psíquica, ou continuidade de ser, tem seu lugar junto ao verdadeiro *self* e está relacionado à possibilidade de não-integração, que é a precursora da habilidade de relaxar, criar e brincar. Esta continuidade de ser é possibilitada no ambiente de *holding* e possibilita a “habilidade de ser”. Em 1949, em entrevista radiofônica (que só seria publicada em 1966), Winnicott fala de identificação primária e faz uma distinção entre suas idéias e o existencialismo:

Do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio, e, portanto, a mãe é, inicialmente, parte dele. Em outras palavras, há algo, aqui, que as pessoas chamam de identificação primária. Isto é o começo de tudo, e confere significado a palavras muito simples, como *ser*.

Poderíamos usar o termo *existir*, em sua extração francesa, e falar a respeito da existência, transformar isso numa filosofia e chamá-la de existencialismo, mas de qualquer forma preferimos começar pela palavra *ser*, e em seguida pela afirmação *eu sou*. O importante é que o eu sou *não significa nada, a não ser que eu*, inicialmente, *seja juntamente com outro ser humano* que ainda não foi diferenciado. Por este motivo, é mais verdadeiro falar a respeito de *ser* do que usar as palavras *eu sou*, que pertencem ao estágio seguinte. Não é exagero dizer que a condição de ser é o início de tudo, sem o qual *o fazer e o deixar que lhe façam* não têm significado (Winnicott, 1966, p. 9).

A partir dessa experiência de *ser* é possível desenvolver a capacidade de viver de forma criativa e de brincar, que são atividades integradas que levam ao fazer. Esta experiência de *ser* é que Winnicott localiza junto ao elemento feminino, enquanto o *fazer* fica no âmbito do elemento masculino (Id., 1971, p. 115).

O papel da mãe é, portanto, prover o bebê de um ego auxiliar que terá a função de integrar, aos poucos, sua capacidade perceptiva e motora nascente com as sensações corporais e os estímulos ambientais, protegendo, assim, o frágil núcleo do *self* do bebê. Para Winnicott, esse núcleo, ou *self* central, verdadeiro, “provém da vitalidade dos tecidos corporais e da atuação das funções do corpo, incluindo a ação do coração e a

respiração. Está intimamente ligado à idéia de processo primário e é, de início, essencialmente não-reativo aos estímulos externos, mas primário” (Id., 1960, p. 136).

Uma vez entendida a questão da continuidade de ser e do papel primordial da mãe nesse processo, resta a pergunta: o que sucede quando a mãe não fornece a proteção adequada ao frágil *self* do recém-nascido? Em outro artigo, datado também de 1960, Winnicott não somente responde a esta pergunta, como dá sua posição sobre a questão da pulsão de morte:

Neste lugar que é caracterizado pela existência essencial de um ambiente sustentador, o “potencial herdado” está se tornando uma “continuidade de ser”. A alternativa de ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal. Sob condições favoráveis o lactente estabelece uma continuidade da existência e assim começa a desenvolver a sofisticação que torna possível estas irritações serem absorvidas na área da onipotência. Neste estágio a palavra morte não tem aplicação possível, e isso torna o termo pulsão de morte inaceitável na descrição da base da destrutividade. A morte não tem sentido até a chegada do ódio e do conceito da pessoa humana completa (Id., 1960b, p. 47).

A falha ambiental é, portanto, percebida pela criança como uma ameaça à sua continuidade existencial, provocando nela uma subjetividade de que todas as suas percepções e atividades motoras são apenas resposta ao perigo a que está exposta. Aos poucos, ela vai substituindo a proteção que lhe foi negada por uma outra que ela própria passa a fabricar. Em 1955, num trabalho denominado “Raízes primitivas da agressividade”, Winnicott mencionava três padrões de experiências do id de cada bebê. O primeiro seria um padrão esperado, no qual o ambiente é constantemente descoberto e redescoberto a partir da motilidade do bebê. Num segundo padrão, o ambiente impõe-se ao bebê, provocando reações à intrusão, e uma retirada em direção à quietude, única situação possível de existência. Num terceiro padrão, este último fenômeno é levado ao extremo, não restando um lugar para onde o bebê se possa refugiar. Eis o que diz Winnicott sobre este padrão:

O ‘indivíduo’ desenvolve-se então mais como uma extensão da casca que como uma extensão do núcleo, ou seja, como uma extensão do ambiente invasor. O que resta do núcleo permanece oculto, por vezes a ponto de não ser encontrado nem mesmo através da mais profunda análise. O indivíduo, assim, existe por não ser encontrado. O verdadeiro eu está oculto, e aquilo com que temos de lidar clinicamente é um complexo falso eu cuja função é manter o verdadeiro eu escondido. O falso eu pode estar convenientemente em sintonia com a sociedade, mas a falta de um eu verdadeiro acarreta uma instabilidade que se torna mais evidente quanto maior for o engano da sociedade em pensar que o falso eu é verdadeiro. A queixa do paciente é de um sentimento de inutilidade (Id., 1955, pp. 297-298).

Mais adiante, ao desenvolver em maiores detalhes a questão do falso eu, Winnicott passou a denominá-lo falso *self*. Em seu artigo de 1960, ele também se refere à sensação do indivíduo falso *self* de ser um ‘impostor’, apesar de, muitas vezes, ter grande sucesso social e profissional. Outra característica é a obediência ou submissão. Para Winnicott, a submissão se vincula ao desespero, em lugar da esperança. “A submissão traz recompensas imediatas e os adultos confundem, com excessiva facilidade, submissão com crescimento” (Id., 1963, p. 96). Em outra ocasião, ele menciona: “O falso *self* tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente” (Id., 1960, p. 134). Ele destaca a diferença entre submissão e compromisso: este último representa uma característica saudável e adaptável. Na saúde, as condutas sociais, mais do que uma submissão, representam um compromisso. Dessa forma, na saúde, o compromisso deixa de existir quando as questões envolvidas adquirem outra conotação; nesses casos, o verdadeiro *self* torna-se capaz de suprimir o *self* submisso. Do ponto de vista clínico, isso pode ser muitas vezes observado como um problema recorrente da adolescência.

Estou dizendo, de certa forma, que cada pessoa tem um *self* educado ou socializado, e também um *self* pessoal privado, que só aparece na intimidade. Isso é comum e pode ser considerado normal.

Se vocês observarem, poderão ver que essa divisão do *self* é uma aquisição saudável do crescimento pessoal; na *doença*, a divisão é uma questão de cisão na mente, que pode chegar a variar em profundidade; a mais profunda é chamada de esquizofrenia (Id., 1964, pp. 54-55).

Para Jan Abram, em seu livro *A linguagem de Winnicott*, a definição acima remete à *persona* (ou “máscara”) descrita por Jung. Seria, portanto, a forma civilizada com que o *self* se apresenta socialmente, similar ao falso *self* sadio de Winnicott. “No entanto, uma identificação muito intensa com a *persona* de alguém é entendida por Jung como uma identificação patológica – como o falso *self* patológico presente no espectro proposto por Winnicott” (Abram, 2000, p. 231).

Uma questão importante relativamente ao falso *self*, diz respeito às implicações técnicas para a clínica psicanalítica. Winnicott menciona que um grande número de pacientes experimenta uma “pseudo-análise” após um prolongado tempo fazendo tratamento psicanalítico:

No trabalho psicanalítico é possível se ver análises continuar indefinidamente porque são feitas na base do trabalho com o falso *self*. Em um caso, com um paciente masculino que tinha tido uma análise de duração considerável antes de vir a mim, meu trabalho com ele realmente começou quando lhe tornei claro que reconhecia sua não-existência. (...)

Um princípio pode ser enunciado, o de que na área do falso *self* na prática analítica verificamos fazer mais progresso ao reconhecer a não-existência do paciente do que ao trabalhar longa e continuamente com o paciente na base de mecanismos de defesa do ego. O falso *self* do paciente pode colaborar indefinidamente com o analista na análise das defesas, estando, por assim dizer, do lado do analista, neste jogo. Este trabalho infrutífero só é encurtado com êxito quando o analista pode apontar e especificar a ausência de algum aspecto essencial: “Você não tem boca”, “Você ainda não começou a existir”, “Fisicamente você é um homem, mas você não sabe por experiência nada sobre masculinidade”, e assim por diante. Esses reconhecimentos de um fato importante, tornados claros no momento exato, abrem caminho para a comunicação com o *self* verdadeiro. Um paciente que teve muita análise inútil na base de um falso *self*, cooperando vigorosamente com um analista que pensava ser aquele seu *self* integral, me disse: “A única vez que senti esperança foi quando você me disse não ver esperança, e continuou com a análise” (Winnicott, 1960, pp. 138-139).

Os exemplos acima descritos por Winnicott se referem àqueles indivíduos com falso *self* patológico. Se, no início de suas exposições teóricas, Winnicott dividia o *self* em duas categorias, o verdadeiro e o falso, mais tarde e, principalmente no artigo de 1960, ele atribui algumas gradações ao falso *self*, variando desde o falso *self* social (e, portanto, da ordem da normalidade), passando pelo falso *self* construído sobre identificações, até chegar ao falso *self* patológico, no qual o *self* verdadeiro nunca é encontrado. Nestes casos, o indivíduo poderia viver uma vida inteiramente na base do falso *self*, não fosse o fato de que esse falso *self* por vezes falha, deixando a pessoa com uma sensação de que vive uma vida fútil, irreal, impostora. É essa sensação que vai aos poucos tomando mais espaço na vida psíquica do indivíduo, e que acaba, eventualmente, levando-o à análise. Não obstante, devido à ordem patológica do falso *self* (que não pode permitir aparecer o verdadeiro *self*), existe uma tendência muito nítida do paciente a se submeter à análise e ao analista, de maneira a não comprometer sua estabilidade, garantida pelo falso *self*. Ao não atentar para esse fato, o analista pode incorrer em dois erros fundamentais. O primeiro diz respeito ao conluio entre analista e analisando, gerando uma procrastinação do trabalho analítico. O segundo se refere a intervenções do analista que podem assustar o paciente, comprometendo sua homeostase provida pelo falso *self*. Essas intervenções, muitas vezes provocadas por interpretações fora de contexto ou do tempo adequado, são percebidas pelo analisando como ameaçadoras ou como totalmente descabidas de nexos. Em todos esses casos, o resultado é o fracasso do processo analítico.

Outro analista e autor contemporâneo de Winnicott, Michael Balint, já referido anteriormente¹⁷, desenvolveu grande parte de seu trabalho com pacientes com

¹⁷ Vide 3.1.4.

perturbações emocionais importantes. Para ele, esses pacientes podem ser mais bem compreendidos se se deixar de lado a etiologia do conflito e do recalque, aceitando o fato de que neles existe um vazio ou uma *falta* que deveria ter sido provida em tempos primórdios. A esta falta, Balint denominou de “falha básica”, cujas características já foram também anteriormente citadas¹⁸. Além de se situar num âmbito pré-verbal ou pré-edípico, constituído pelas relações diádicas entre a mãe e o bebê, Balint atenta para o fato de que a linguagem não é, nestes casos, o veículo de comunicação entre o sujeito e o objeto. Influenciado por Ferenczi, de quem foi analisando, Balint dizia que as palavras são utilizadas de forma vaga e imprecisa e que o tom de voz pode ser muito mais valioso do que aquilo que efetivamente é dito.

Além das áreas da falha básica e edípica existe para Balint uma terceira área mental, que ele denominou de “área da criação”. Se nas duas primeiras as principais características são as relações diádicas e triádicas, respectivamente, a área da criação se distingue pela ausência de objeto externo. Apesar disso, ele reconhece que o sujeito nunca está totalmente sozinho e propõe o termo “pré-objeto” para indicar os “algos” presentes. Ele se refere a Bion que, ao encontrar a mesma dificuldade, resolveu chamar os elementos de *alfa* e *beta*, e a função de *alfa*. O mais importante, contudo, a respeito dessa área da criação tem a ver com a clínica e com a interpretação geralmente atribuída pelos analistas ao silêncio do paciente:

O que temos em mente é o paciente silencioso, um problema enigmático para a nossa técnica. A atitude analítica habitual é considerar o silêncio meramente um sintoma de resistência a alguns materiais inconscientes, originados no passado do paciente ou de uma situação transferencial atual. Podemos acrescentar que tal interpretação quase sempre está correta; o paciente está *fugindo* de alguma coisa, geralmente de um conflito, mas também poderá ser que ele esteja *correndo para* alguma coisa, isto é, está num estado no qual se sente relativamente seguro, podendo fazer algo a respeito do problema que o está atormentando ou preocupando. O algo, que eventualmente irá produzir e depois apresentar, é uma espécie de “criação” – nem sempre honesta, sincera, profunda ou artística – mas não menos um produto de sua criatividade (Balint, 1993, p. 23).¹⁹

O paciente que está na área da falha básica ou na área da criação está também apresentando uma regressão a modalidades de relação pré-verbal. Balint distingue entre a regressão que faculta ao indivíduo “resolver sua falha” e uma outra que resulta num processo de demandas de gratificações ao analista. O primeiro tipo de regressão, classificado por Balint de “benigna”, abre caminho para um *novo começo* que permite ao paciente construir, dentro de si, algo para “fechar” sua falha básica. Para Balint, esse

¹⁸ Vide página 60.

¹⁹ É importante observar como existem pontos em comum entre as idéias de Balint sobre a área da criação e os trabalhos de Winnicott que lidam com a questão do espaço transicional.

novo começo, que se dá na transferência, determina mudanças de caráter e significa que o paciente conseguiu remontar a um ponto anterior ao do processo defeituoso que desenvolveu a falha básica, podendo encontrar novos caminhos, mais adequados a uma vida saudável e com uma diminuição considerável da angústia (Ibid., p. 122).

Em contrapartida a esse tipo de regressão que irá depender de uma série de fatores, inclusive da postura do analista, Balint descreve um outro tipo que “congela” a relação entre analista e paciente de tal forma que este último passa a demandar gratificações e satisfações de suas necessidades. Em outras palavras, o analista é sentido como poderoso e importante, mas valendo, quase que exclusivamente, como veículo de gratificação. Se essa gratificação não for outorgada pelo analista, o paciente não sentirá raiva, mas uma intensa sensação de vazio e de frustração. Essa regressão foi classificada por Balint como sendo do tipo “maligna” (Ibid., pp. 128-137). Evidentemente, esse tipo de regressão indica que a análise entrou pelo caminho do fracasso. Esta descrição é parecida, em alguns aspectos, com a que Winnicott (1960) faz do falso *self*, e a de que Melzer (1975) faz com alguns tipos de pacientes autistas, referindo-se a um tipo particular de identificação, que ele designa como *identificação adesiva*.

A dificuldade está, justamente, em identificar o aparecimento de uma ou de outra regressão: a do tipo benigno ou a do tipo maligno. Evidentemente, o analista terá que correr riscos. Se for um analista da técnica clássica, com a preservação do *setting* e a defesa da abstinência na sessão, ele provavelmente irá oferecer poucas possibilidades para o tipo de regressão maligna. O problema é que também, pouco provavelmente, a regressão benigna se apresentará, uma vez que essa também necessita da cooperação do analista, através da satisfação de algumas demandas do paciente. “Não há dúvida de que alguma coisa precisa ser satisfeita, mas é muito difícil identificá-la como derivada de um determinado componente pulsional²⁰” (Ibid., p. 125). Portanto, para Balint, sem a regressão benigna não há o *novo começo* e com a regressão maligna a análise tende a fracassar.

Torna-se importante salientar que, embora com muitos pontos em comum no que diz respeito a seus fundamentos teóricos, Balint não comunga das mesmas idéias de Winnicott quanto à prática clínica. Winnicott fez da regressão a base de seu modelo

²⁰ Para Balint, a regressão, “(...) pode ter pelo menos duas finalidades: gratificação de uma pulsão e reconhecimento por um objeto; em outras palavras, é um fenômeno intrapsíquico e um fenômeno interpessoal. (...) Para a terapia analítica dos estados regressivos, os mais importantes são seus aspectos interpessoais” (Balint, 1993, p. 147). Para Balint, Freud se ocupou basicamente com os aspectos intrapsíquicos, não tendo dado ênfase aos interpessoais.

terapêutico, conduzindo suas sessões de maneira a se converter no objeto primário do paciente, procurando restaurar os defeitos que este causou, nos primórdios da vida. A opinião de Balint é que é duvidoso que o analista possa agir como um objeto primário, o que permitiria ao paciente repetir suas experiências pré-traumáticas. É muito difícil manter esta atmosfera por tempo suficiente para que o paciente descubra novos caminhos que evitem a repetição do trauma original e levem à cura da falha básica (Ibid., p. 136).

Balint recomenda que o analista deve tolerar a regressão do paciente, procurando compreender as necessidades deste com relação a ele (analista).

Essa compreensão não precisa – e em certos momentos definitivamente não deve – ser transferida a um paciente regressivo pelas interpretações, mas sim pela criação da atmosfera que precisa. Isso inclui tolerar e respeitar a atuação analítica do paciente e, em particular, não exigir que ele mude, sem qualquer demora, seus meios não-verbais de expressão para a forma edípica verbal. (...) De fato, o analista deve aceitar sinceramente todas as queixas, recriminações e ressentimentos como reais e válidos, dando bastante tempo ao seu paciente para mudar seu violento ressentimento em remorso. Esse processo não deve ser apressado por interpretações, mesmo corretas, pois elas podem ser consideradas como uma interferência indevida, como uma tentativa de desvalorizar a justificativa de sua queixa e, assim, em vez de acelerar, retardarão os processos terapêuticos (Ibid., pp. 167-168).

Para Balint, esse remorso se exprime em uma espécie de tristeza ou luto com relação ao defeito e perda originais, que estão por trás da origem da falha ou cicatriz em sua estrutura mental. Esse luto é bem diferente do causado pela perda de uma pessoa amada ou pela destruição de um objeto interno, característico da melancolia.

(...) A tristeza ou luto que temos em mente é a respeito do fato inalterável de um defeito ou falha em si mesma que, de fato, lançou sua sombra em toda a sua vida, cujos desafortunados efeitos nunca poderão ser corrigidos completamente. Embora essa falha possa cicatrizar, sua cicatriz permanecerá para sempre; isto é, alguns de seus efeitos sempre serão demonstráveis (Ibid.).

Embora divergentes até certo ponto em algumas questões clínicas, é possível notar a proximidade entre as teorias de Winnicott e Balint naquilo que se optou por denominar como continuidade de ser. Aqui se pode também introduzir um outro autor, não tão próximo aos dois anteriores, mas nem por isso devendo ser enquadrado em categoria diferente. Trata-se de W. R. D. Fairbairn. Tanto Winnicott como Balint e Fairbairn tomaram como ponto de partida as idéias kleinianas acerca das relações objetais precoces, mas, de formas diferentes em cada um, não aceitaram, como Klein, a teoria pulsional de Freud. Questionaram fundamentalmente o conceito de pulsão de morte e procuraram encontrar outra explicação para as pulsões agressivas que podiam observar em seus pacientes. Para eles, se essa agressividade não pode ser creditada a um

dom inato, o meio ambiente é que deve ser responsabilizado pela maior parte daquilo que Fairbairn denominou de “estrutura endopsíquica”. Para os três autores, a agressão é resultado de uma frustração do meio ambiente. A mãe real desempenha um papel de extrema importância na estruturação da psique de seu bebê. O sujeito é, de certa maneira, resultado das gratificações e frustrações em seu convívio real com o meio ambiente, em sua mais tenra infância.

Nesse sentido, Fairbairn argumentou que as pressuposições básicas sobre as quais se apóia toda a teoria pulsional de Freud estão erradas. Para ele, era necessário uma “reformulação e reorientação da teoria da libido junto com a modificação de vários conceitos psicanalíticos clássicos” (Fairbairn, 1941, p. 28). Ainda em seu artigo de 1941, e mais tarde, em 1944, Fairbairn subverteu a teoria pulsional freudiana. Um de seus principais postulados era que “(...) a libido procura, primariamente, o objeto (em vez do prazer, como a teoria clássica postula) e a origem de todas as condições psicopatológicas deve ser procurada nas perturbações das relações de objeto do ego em desenvolvimento” (Id., 1944, p. 82).

Se o psiquismo se constitui a partir das relações objetais com o meio ambiente, a libido (ou a pulsão) deixa de ser o motor e eixo da formação da estrutura, passando a um plano secundário, um veículo de relação entre o indivíduo e os objetos. A libido, portanto, busca objetos e não o prazer ou a descarga, como havia proposto Freud. Com isso, Fairbairn altera completamente a clássica teoria da motivação humana. Para ele também não faz sentido falar-se em narcisismo primário, pois nesse estado não há objeto externo, apenas descarga libidinal no próprio ego. Já o narcisismo secundário é um conceito que encontra respaldo na teoria de Fairbairn, uma vez que, para ele, “uma parte da estrutura do ego pode tratar a outra parte como um objeto – uma possibilidade que não deve ser ignorada à luz do que se segue com relação à cisão do ego” (Ibid., p. 83).

Um segundo princípio, que está intimamente ligado ao descrito acima, é o de que energia e estrutura são inseparáveis. Ele discorda da forma como Freud montou sua estrutura – um id energizado, mas sem estrutura e um ego com mecanismos para usar a energia do id, mas sem energia própria – dizendo que esta separação de energia e estrutura deriva de uma visão do mundo físico do século XIX, separando estrutura de função, massa de energia. A física do século XX demonstrou que massa e energia são a mesma coisa e, portanto, para ele, a teoria motivacional de Freud tornou-se anacrônica (Ibid., pp. 126-127).

Dessa forma, o ser humano, desde o nascimento, teria um ego em formação do qual fazem parte as pulsões, formando uma estrutura primitiva e um todo indivisível. Partindo desse ponto inicial entram as relações objetais, que dão forma final à estrutura endopsíquica. Esse ponto de vista tem grandes implicações, também, na teoria da agressão. Como foi apontado anteriormente, para Fairbairn, longe de expressar a pulsão de morte, a agressão é a resposta do sujeito à frustração que o objeto o submeteu. Este aspecto particular marca um afastamento importante da teoria de Fairbairn dos postulados kleinianos.

A estrutura endopsíquica de Fairbairn é concebida como um mundo habitado por objetos internos e não como um aparelho constituído por instâncias. Existem três classes de estruturas, cada qual com um tipo específico de pulsão. Uma destas estruturas é constituída pelo ego atacante e o objeto atacante, dotados de energia agressiva; a segunda é a do ego atacado e o objeto atacado, dotados de energia libidinal e, por último, um ego central constituído de um ego observador e objeto observador. Fairbairn concebe, desta forma, o mundo psíquico como sendo clivado, no qual não existe um, mas vários egos, providos de diferentes tipos de pulsões. Isto coloca todos os indivíduos muito próximos da posição esquizóide, na qual o mecanismo predominante é a cisão do ego, concepção que possui grande importância psicopatológica (Bleichmar & Bleichmar, 1992, p. 199). L. C. Figueiredo comenta:

A poucas obras psicanalíticas caberia melhor o nome de “psicopatologia fundamental”, pois, para Fairbairn, a esfera das estruturas mentais é essencialmente de natureza psicopatológica. O psiquismo se constitui na dor e é o verdadeiro depositário e gestor, mais ou menos bem estruturado e funcional, de experiências dolorosas. Em Fairbairn, psicopatologia e metapsicologia se sobrepõem, pois o aparelho mental está em sua origem e em sua dinâmica e estrutura marcado pela experiência do sofrimento, e é em sua essência uma forma de adoecimento. Os diversos quadros psicopatológicos correspondem às diferentes estratégias ou caminhos do adoecimento psíquico a partir de um tronco comum que é, em si mesmo, o de um adoecimento primordial em que as estruturas endopsíquicas se constituem (Figueiredo, 2003, pp. 45-46).

Figueiredo acrescenta que Fairbairn é utilizado, por muitos autores, num sentido de dar respaldo a desafios teóricos e clínicos dos casos *borderline* ou até mesmo de situações graves de esquizoidia. Para ele, “uma resposta fairbairniana a esse uso restritivo seria a de dizer que *toda subjetivação comporta uma certa esquizoidia*, seja como quadro sintomático em certas situações-limite pelas quais todos passamos, seja ainda como estrutura de caráter singular após uma sucessão de desastres existenciais profundos” (Ibid., p. 46).

A dinâmica esquizóide está centralizada numa cisão do ego em si, no fato que existem vários egos e, portanto, há uma cisão permanente e universal entre esses egos, resultando na “situação endopsíquica básica”. Já a dinâmica depressiva está centralizada na ambivalência e na culpa. Para Fairbairn, a dinâmica esquizóide é caracterizada pelo *sense of futility* (senso de futilidade ou inutilidade), e, como “o indivíduo esquizóide muito comumente descreve a si próprio como deprimido, faz com que o termo familiar *depressão* seja aplicado freqüentemente na prática clínica a pacientes que deveriam ser descritos como sofrendo de um senso de inutilidade” (Fairbairn, 1944, p. 91).

Uma outra teoria psicopatológica de Fairbairn que tem implicações na técnica e prática clínicas diz respeito àquilo que Freud denominou de “compulsão à repetição”. Para ele, Freud com sua teoria de princípio de prazer teve um sem-número de dificuldades para explicar esse traço do sofrimento. Desde o caráter neurótico, que escolhe repetidamente objetos de amor destinados ao fracasso e ao sofrimento, ao depressivo, que parece sofrer das privações do primeiro amor materno continuamente, ou ao esquizofrênico, cujos terrores primitivos da infância são repetidos continuamente em sua vida adulta, todos esses casos pareciam desafiar alguns postulados básicos de Freud. A “compulsão à repetição” foi, finalmente, em 1922, explicada por Freud, como operando “além do princípio do prazer”, passando a fazer parte de uma característica instintiva, denominada por ele de pulsão de morte (Freud, 1922, p. 82).

Para Fairbairn, sua teoria oferecia uma explicação muito mais econômica para esse traço característico da psicopatologia. A luta do bebê não é por prazer, mas por contato. Ele precisa do outro e se este estiver disponível para contato, a criança encontrará o prazer. Se o outro (por exemplo, um dos pais) não estiver disponível, ou oferece somente contatos dolorosos, a criança não o abandona para procurar por oportunidades mais prazerosas. Ela necessita da mãe e do pai e prefere integrar suas relações com eles, mesmo que numa base sofrida e masoquista. Fairbairn menciona que a criança tenta proteger o que é bom e gratificante e controlar o que não é, nas relações com seus pais, estabelecendo *relações objetais internas compensatórias*. Ele fala da “ligação obstinada” (Fairbairn, 1944, p. 117) do ego libidinal com o objeto excitante e sua relutância em renunciar a este objeto, que faz a criança conservar sua esperança de um contato mais satisfatório. Quanto mais vazio o contato real, maior pode ser a devoção da criança para com os traços promissores que ela internalizou e passa a buscar dentro de si. Um outro fator que reforça sua teoria é a de que a criança mantém um

terror infantil de que se ela se livrar desses objetos internos, ficará irremediavelmente só.

A relações objetais internas e sua projeção no mundo externo é que são responsáveis pelo sofrimento patológico na experiência humana. Os objetos de amor são buscados no sentido de personificar o objeto excitante porém nunca satisfatório tornando-se, dessa forma, sonegadores ou privadores. A necessidade do ego libidinal é satisfazer o objeto excitante requerendo, portanto, uma série de derrotas para perpetuar o estado de excitação. A identificação do ego com os “maus” objetos parentais faz com que esses sejam internalizados (introjetados) causando um sentimento de inutilidade, medo e frustração. A patologia persiste através de configurações doentias e destrutivas que, não obstante, tentam integrar as relações com os outros. As relações fracassadas e a experiência de derrotas mostram apenas que existem, no indivíduo, ligações internas e lealdades antigas para com outros significados. O sofrimento, a dor e a derrota são continuamente recriados como forma de renovação e devoção a esses laços antigos e inconscientes. Esses laços são tão fortes e intensos que impedem o sujeito de procurar novas relações que possam colocá-los em risco, impedindo assim uma mudança construtiva e resultando numa resistência central, seguramente a mais intransigente na clínica psicanalítica.

A questão da esquizoidia também mereceu de Winnicott alguns comentários. Em artigo de 1962, “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, ele diz que as conseqüências de um apoio defeituoso do ego por parte da mãe podem ser tremendamente devastadoras. Entre estas ele realça a esquizofrenia infantil ou o autismo, a esquizofrenia latente, o falso *self*, e a personalidade esquizóide. Sobre esta última, ele escreve:

Comumente se desenvolve um distúrbio da personalidade que depende do fato de um elemento esquizóide estar oculto em uma personalidade que é normal em outros aspectos. Elementos esquizóides sérios se tornam socializados desde que possam ser ocultos em um padrão de distúrbio esquizóide que seja aceito pela cultura a que pertença a pessoa (Winnicott, 1962, p. 58).

Não obstante, o conceito de elemento esquizóide em Winnicott é diferente do de Fairbairn, pelo menos com relação à etiologia dessa patologia, uma vez que, para Winnicott não existe o conceito de objeto interno no início da vida psíquica.

Meu objetivo (...) é de ir às versões mais precoces daquilo a que Melanie Klein se referiu como “interno”. De início o mundo interno não pode ser usado no sentido de Klein, uma vez que o lactente ainda não estabeleceu propriamente os limites do ego e ainda não se tornou mestre nos mecanismos mentais de projeção e introjeção. Nesse estágio precoce, “interno” só significa pessoal, e pessoal na medida em que o indivíduo

é uma pessoa com um *self* no processo de ser desenvolvido. O ambiente facilitador, ou o apoio do ego da mãe ao ego imaturo do lactente, estas são as partes essenciais da criança como uma criatura viável (Id., 1963b, pp. 168-169).

Para o autor americano Thomas Ogden, o trabalho de Winnicott se diferencia do de Klein e de Fairbairn, em primeiro lugar, pelo fato de que a unidade de desenvolvimento psicológico não é o lactente, mas uma entidade intersubjetiva, a unidade mãe-bebê. Em segundo lugar, porque Winnicott substitui a concepção kleiniana e fairbairiana das cisões do ego e objeto (seguidas da elaboração de um mundo de objetos internos) por uma concepção de um tipo diferente de cisão da personalidade. “Para Winnicott, a cisão da personalidade envolve a alienação de uma experiência rudimentar do *self* (o Verdadeiro *Self*) e de um aspecto do *self* que é submisso e voltado para o exterior (o Falso *Self*). Este último aspecto do *self* é o equivalente winnicottiano do aspecto esquizóide da personalidade” (Ogden, 1992, p. 88).

É possível aproximar teorias de diferentes autores, com o evidente perigo de se misturar conceitos, etiologias e conseqüências clínicas. Dependendo da ótica utilizada, os fenômenos esquizóides de Fairbairn nada mais são do que patologias de categoria narcísica, como algumas descritas por Kohut. A diferença estaria no fato que o narcisismo é visto pelo ângulo da pulsão, enquanto a esquizoidia tem correlação na esfera das relações objetais. Da mesma forma, é possível aproximar a esquizoidia fairbairiana do falso *self* de Winnicott ou da personalidade *como-se* de Deutsch. Embora, em muitas ocasiões, os fenômenos patológicos possam-se assemelhar, dependendo de como o embasamento teórico é construído tem-se uma conseqüência clínica que pode ser bastante distinta para patologias semelhantes, mas vistas por prismas etiológicos diferentes. Daí o perigo de igualar precipitadamente esses distúrbios. Não obstante, ao separar dentro da mesma categoria autores como Winnicott, Balint e Fairbairn, a preocupação foi a de determinar uma base comum aos três. Essa base, definida como *continuidade de ser* resulta na aproximação desses autores (preservadas suas diferenças) de uma metapsicologia da indiferenciação mãe-bebê, que vai contrastar com uma outra metapsicologia, que diferencia o sujeito do objeto desde os primórdios da vida, e que vai privilegiar em maior grau, a pulsão, a agressividade pulsional e as patologias narcísicas e que serão vistas a seguir.

3.2.2 Agressividade e narcisismo

Ao elaborar sua metapsicologia, Freud definiu-a pela síntese de três pontos de vista: dinâmico, tópico e econômico, entendendo por este último a consideração dos investimentos pulsionais na mobilidade, na intensidade e na oposição que se estabelece ao próprio investimento (noção de contra-investimento).

O objetivo fundamental da atividade mental, que pode ser descrito qualitativamente como um esforço para obter prazer e evitar desprazer quando examinado do ponto de vista econômico, surge como tarefa que consiste em dominar as quantidades de excitação (massa de estímulos) que atuam no aparelho mental e em conter sua acumulação, capaz de gerar desprazer (Freud, 1916, p. 437).

Várias foram as controvérsias que este ponto de vista gerou. As primeiras dissidências vieram com Jung e Adler, depois Fairbairn e sua heterodoxia, seguida pela psicologia do ego de Hartmann, a psicologia do *self* de Kohut e assim por diante. O fato é que, de uma forma geral, a atitude de um teórico da psicanálise quanto à questão das pulsões determina o seu lugar no quadro psicanalítico. Para Freud, as pulsões são inerentemente não-sociais e, para atingir o estágio social, o ser humano precisa primeiramente domesticar essas pulsões. Em outras palavras, o princípio de realidade é que vem trazer essa qualidade àquilo que, nos primórdios da vida, é comandado única e exclusivamente pelo princípio de prazer. Desde Melanie Klein, do objeto como um componente inerente à pulsão (Klein, 1959, p. 282), vários outros autores se colocaram numa posição de defender a hipótese de que o homem, no final das contas, é um ser social desde seus primeiros momentos. Alguns desses mantiveram a premissa pulsional e aprimoraram ou revisaram alguns conceitos kleinianos, como é o caso de Bion que, entre outras contribuições, deu uma nova dimensão ao conceito de identificação projetiva. Estes últimos autores são também chamados de “pós-kleinianos” ou de “neo-kleinianos”, e incluem, além de Bion, também Bick, Meltzer, Racker, Rosenfeld, Segal, entre vários outros.

Alguns autores, mesmo não sendo considerados “pós” ou “neo” kleinianos, foram fortemente influenciados por suas teorias e fizeram contribuições significativas à psicanálise como um todo, e ao estudo dos estados-limite, em particular. Dentre estes destaca-se, indubitavelmente, Otto Kernberg, que teve em Melanie Klein, Margareth Mahler e Edith Jacobson suas grandes fontes de inspiração. Já se falou de Kernberg

anteriormente neste trabalho²¹. Procurar-se-á, neste capítulo, dar ênfase às contribuições de Kernberg ao estudo dos estados-limite, principalmente focalizando seus aspectos do ponto de vista patológico.

Kernberg parte da metapsicologia clássica freudiana e adiciona a esta uma extensão da integração da fenomenologia das relações interpessoais de Jacobson, além das teorias desenvolvimentais de Mahler. Ele apresenta seu trabalho como uma “teoria de relações objetais”, circunscrevendo, entretanto, de forma cuidadosa, o significado do termo. Para ele, o exame da teoria das relações de objeto deve levar em conta “os debates mais amplos da metapsicologia psicanalítica e focar particularmente nas regiões de ‘fronteira’ ou de ‘interface’ relacionando as estruturas intrapsíquicas às estruturas biológicas e, especialmente, neurofisiológicas, por um lado, e ao campo interpessoal e psicossocial, por outro” (Kernberg, 1976, p. 55). Para ele, contrariamente a Fairbairn, por exemplo, a teoria das relações objetais não constitui uma alternativa à metapsicologia freudiana, mas sim um complemento a esta. Ele enumera três definições para esta teoria, sugerindo a seguinte:

A teoria das relações de objeto pode também se referir a uma abordagem mais restrita dentro da metapsicologia psicanalítica, enfatizando o crescimento de representações intrapsíquicas diádicas ou bipolares (imagens de *self* e de objeto) como reflexos do relacionamento original bebê-mãe e seu desenvolvimento posterior em relacionamentos interpessoais internos e externos, diádicos, triádicos e múltiplos. Esta (...) definição mais restrita da teoria das relações de objeto enfatiza o crescimento simultâneo do *self* (uma estrutura composta, derivada da integração de múltiplas auto-imagens) e de representações de objeto (ou “objetos internos”, derivados da integração de múltiplas imagens-objeto em representações mais abrangentes dos outros). A terminologia para estes componentes “*self*” e “objeto” varia de autor para autor, mas o que é importante é a natureza essencialmente diádica ou bipolar da internalização dentro da qual cada unidade de imagem do *self* e do objeto é estabelecida num contexto afetivo particular (Ibid., p. 57).

As teorias de Kernberg foram desenvolvidas através de uma base de dados clínicos obtidos do tratamento de pacientes gravemente perturbados, incluindo aí patologias narcísicas e *borderline*. Da mesma forma que Kohut, ele deriva muitas de suas inferências com base nas reações transferenciais caracteristicamente manifestadas por esses pacientes. Essas reações transferenciais são geralmente precoces, caóticas e intensamente sentidas, e o analista passa rapidamente pelas polaridades bom-mau, forte-fraco, amoroso-detestável, e assim por diante. A cada uma dessas atitudes corresponde uma imagem do paciente de seu próprio *self*, igualmente flutuante e efêmera. Opostamente aos pacientes neuróticos, cuja transferência é construída ao longo do

²¹ Vide 2.2.3 e 2.3.

tempo, requerendo um trabalho prolongado para atingir um grau intenso, com as pessoas mais perturbadas ela pode aparecer nas primeiras semanas – ou até dias – de tratamento.

Kernberg examinou os distúrbios de personalidade *borderline* por três ângulos: o descritivo, o estrutural e o genético-dinâmico. Do ponto de vista estrutural, ele propõe que estas patologias utilizam, predominantemente, mecanismos de defesa primitivos, em especial a cisão, a identificação projetiva, a idealização primitiva e a negação. Na verdade, os três últimos atributos são, até certo ponto, subsidiários da cisão.

Kernberg percebeu que os indivíduos *borderline* apresentavam uma rápida alternância nas suas relações de transferência, ao que ele denominou de “impulsividade seletiva” (Ibid., p. 19), o que reflete uma cisão do ego: “Os pacientes estavam cientes da contradição severa em seu comportamento, não obstante, eles se alternavam entre esforços antagônicos, negando tranqüilamente as implicações desta contradição e mostrando o que parecia ser uma impressionante falta de preocupação diante desta ‘compartimentalização’ de suas mentes” (Ibid., p. 20).

Em seu artigo de 1938, “A divisão do ego no processo de defesa”, Freud menciona o caso de um menino que resolveu seu conflito através da atuação alternada de reações opostas, representando, por um lado, seu conhecimento e consideração com relação à realidade e, de outro lado, sua recusa em aceitar essa realidade. Freud comentou que seu “sucesso” foi alcançado às custas de uma ruptura no ego que não se curava, só aumentava (Freud, 1938, p. 311). Kernberg se inspirou nesse artigo, assim como em Fairbairn – em sua análise da cisão como principal característica e operação defensiva vital em personalidades esquizóides – para desenvolver seus conceitos sobre a cisão do ego nos transtornos *borderline*. Ele, no entanto, se aproxima mais de Melanie Klein ao relacionar à cisão outras defesas precoces, como a idealização e desvalorização primitivas, projeção e, sobretudo, identificação projetiva. Cada uma dessas características mostra claramente a efemeridade das representações de *self* e de objeto e a aparição de configurações precoces das relações *self*-objeto. Para Kernberg, “as manifestações caóticas de transferência que os pacientes *borderline* tipicamente apresentam, podem ser entendidas como sendo a ativação oscilatória desses estados de ego, representando relações de objeto internalizadas e ‘não-metabolizadas’” (Kernberg, 1976, p.21). Nos pacientes *borderline*, a transferência mostra como os relacionamentos precoces nunca foram devidamente “metabolizados”, ou seja, não se transformaram em estruturas que refletem sua influência. Esses relacionamentos nunca puderam ser

assimilados em um sistema psíquico que os pudesse digerir natural e suavemente. Dessa forma, para Kernberg, os pacientes *borderline* estão fixados patologicamente num primeiro estágio da formação da estrutura psíquica. O ego inicial, por ser demasiadamente fraco, não conseguiu fazer a integração de algumas experiências precoces, mantendo separadas boas e más experiências.

Em algumas ocasiões, em sua clínica, Kernberg mencionava a alguns pacientes esses estados contraditórios e paradoxais de seu comportamento. Ele pôde notar que esta observação aumentava significativamente a ansiedade dos pacientes. Tal ansiedade sugere a presença de um conflito intenso, que vai além da incapacidade do ego de conter alguns tipos diferentes de experiência. A conclusão de Kernberg foi a de que a fraqueza do ego era também utilizada com fins defensivos, que ele denominou de “cisão defensiva”, normal nas crianças, mas que pode ser fixada patologicamente também na vida adulta.

As experiências infantis que deveriam ser metabolizadas em estruturas psíquicas mas que, ao contrário, são originariamente desintegradas e, posteriormente, defensivamente cindidas, são configurações relacionais, que refletem de forma específica a interação do bebê com seu “objeto humano”, a mãe. Essas configurações consistem de três componentes básicos: imagens-objeto ou representações-objeto, imagens do *self* ou representações do *self* e derivativos pulsionais ou disposições para estados afetivos específicos (Ibid., pp. 25-26). Juntos, eles compõem o que Kernberg denominou de “sistemas de internalização”.

Os sistemas de internalização, de acordo com Kernberg, podem ser de três tipos, cada qual representando uma situação normal no estágio do desenvolvimento psíquico. Kernberg emprega termos para rotular esses tipos de sistemas extraídos de formulações anteriores de outros autores; não obstante, ele redefine esses termos de forma bastante diversa daqueles.

O primeiro sistema (e mais primitivo), ele chama de “introjeção”. O segundo, de “identificação”, como uma forma mais elevada de introjeção e o terceiro de “identidade do ego”, aquele que representa a internalização das imagens mais organizadas de *self* e objeto.

Nestes sistemas Kernberg valoriza as pulsões, criticando inclusive Fairbairn por tê-las negligenciado e confere à agressividade um valor especial: “o termo agressão (...) está restrito aos derivados pulsionais instintivos diretos, como tipicamente relacionados

às primeiras reações de raiva primitivas; refere-se à agressão em oposição à libido” (Ibid., p. 30).

No processo de desenvolvimento normal, as forças que agem sobre o ego vão dificultando cada vez mais as operações de cisão. Inspirado em Klein, Kernberg teoriza que esse processo conduz a uma combinação de imagens do *self* e de objeto de valência oposta em representações do *self* bom e mau e de objeto bom e mau. Isso gera a ambivalência e também afetos mais maduros dirigidos ao objeto como, por exemplo, a preocupação com este. Juntamente com este processo, desenvolvem-se também as representações do *self* ideal e do objeto ideal, de tal forma que as relações interpessoais envolvem quatro componentes: *self* e objeto passam a possuir um real e um ideal, abrindo caminho, eventualmente, para o estabelecimento do ideal do ego.

Conforme mencionado no início deste item, além da análise descritiva e estrutural, Kernberg também fez o que ele denominou de uma análise genético-dinâmica dos pacientes *borderline*. Esta análise, na realidade, é “o exame do conteúdo pulsional típico dos conflitos nas relações de objeto internalizadas em pacientes com organização da personalidade *borderline*” (Id., 1985, p.40). Inspirado, mais uma vez em Klein, Kernberg dá destaque à agressão pré-genital (principalmente de caráter oral), colocando ênfase nas relações de objeto internalizadas, pois mais do que um sintoma, elas se constituem na própria explicação etiológica do sintoma *borderline*. Para Kernberg, assim como para Klein, a mente humana se estrutura a partir da internalização dos objetos na vida do lactente. Junto à *imago* do objeto, é introjetado o estado afetivo associado ao vínculo. Uma vez que no início da vida, as pulsões agressivas e libidinais são dissociadas, os objetos externos são também percebidos de acordo com o tipo de afeto naquele momento, ou seja, são sempre objetos parciais. A cada internalização desse tipo corresponde um “estado egóico” cabendo, portanto, na mente do bebê, diversos estados egóicos dissociados. Evidentemente, ao longo do desenvolvimento, esses diferentes estados egóicos vão alcançando um certo grau de integração, até que haja uma estabilização e que os objetos possam ser vistos como únicos e integrados. Esse parece ser justamente o problema com os pacientes *borderline*: a dissociação primitiva parece estar ainda viva em suas mentes que ficam organizadas de maneira arcaica.

Um achado freqüente em pacientes com organização de personalidade *borderline* é a história de frustrações extremas e agressão intensa (secundária ou primária) durante os primeiros anos de vida. A agressão excessiva pré-genital, sobretudo a oral, tende a ser projetada, causando uma distorção paranóide das imagens parentais precoces,

especialmente da mãe. Através da projeção de pulsões predominantemente sádico-orais, mas também sádico-anais, a mãe é vista como potencialmente perigosa e o ódio pela mãe se estende ao ódio por ambos os pais, os quais, mais tarde, são vistos como um “grupo unido” (...) tendendo a produzir, em ambos os sexos, uma perigosa imagem combinada pai-mãe, resultando que todas as relações sexuais são, mais tarde, vistas como perigosas e infiltradas de forma agressiva (Ibid., p. 41).

Ao mesmo tempo em que ocorre esse processo e num heróico esforço de escapar do ódio e do temor orais, também ocorre um desenvolvimento prematuro de um esforço genital, ou, em outras palavras, um desenvolvimento prematuro de um esforço edípico²². Esse esforço, muitas vezes é abortado, em função da intensidade da própria agressão pré-genital, dando origem a um número de desenvolvimentos patológicos. As representações intrapsíquicas dos pais estão carregadas de ambivalência e, justamente por isso, devem continuar de forma dissociada, diferentemente das representações investidas positivamente (libidinalmente). Essa é a origem dos mecanismos de cisão, tão freqüentemente empregados pelos pacientes *borderline*.

Kernberg se ocupou também dos transtornos de caráter (também chamados de caracteropatias) e propôs para estes uma classificação baseada na teoria das relações de objeto. Essa classificação distingue três tipos de características estruturais de organização da patologia do caráter:

Patologia de caráter de nível superior – nesse nível predominam as relações estáveis. Não obstante, o superego, embora bem integrado, é severo e punitivo. Os precursores do superego são determinados por impulsos sádicos, trazendo consigo um superego cruel e perfeccionista. Já o ego é integrado e possui um *self* estável, assim como uma boa representação de objeto. Em função de seu superego punitivo, o paciente concentra um excessivo grau de operações defensivas no processo de recalçamento. As defesas de caráter são, de forma geral, do tipo inibitório ou de natureza fóbica, ou então se manifestam através de formações reativas. Embora o ego do paciente esteja um tanto constricto pelo uso excessivo de mecanismos de defesa neuróticos, sua adaptação social não é significativamente prejudicada. Ele é capaz de ter relações objetais razoavelmente estáveis e profundas e é capaz de sentir culpa, pesar e uma variada gama de respostas afetivas. Do ponto de vista pulsional, predominam as pulsões genitais, embora estas sejam vivenciadas em um nível infantil, infiltradas por conflitos edípicos muito

²² É importante frisar que a palavra “prematuro” está ligada à discordância de Kernberg quanto ao período do conflito edípico proposto por Klein. Ele não aceita a tese de Klein de que isso possa ocorrer no primeiro ano de vida e menciona que os pacientes *borderline* desenvolvem um conflito edípico *prematuro* a partir do segundo ou do terceiro ano de vida, em diante (Kernberg, 1985, p. 40).

intensos. Dentro deste grupo estariam incluídos os caracteres histéricos, os obsessivo-compulsivos e os depressivo-masoquistas.

Patologia de caráter de nível intermediário – no nível intermediário, o superego é ainda mais punitivo do que no nível superior, embora menos integrado. Ele é capaz de tolerar as demandas ambivalentes de um núcleo proibitivo e sádico, de um lado, e, de outro, as formas primitivas de ideal do ego, formas mágicas e altamente idealizadas. Estas últimas trazem uma demanda de grandeza, poder e beleza física e coexistem com demandas nucleares rígidas de perfeição moral. Esta menor integração do superego pode ser observada na menor capacidade do paciente de sentir culpa, assim como nas tendências paranóides, sistemas contraditórios de valores egóicos e fortes alterações no humor. Esta pobre integração do superego, que se reflete em demandas contraditórias e inconscientes ao ego, também explica o aparecimento de defesas patológicas de caráter, que combinam formações reativas (anti-pulsionais) com uma expressão parcial de impulsos pulsionais. Neste nível, o paciente possui menos defesas inibitórias de caráter, comparado ao nível superior: as formações reativas são mais proeminentes e seus traços caracterológicos estão infiltrados por impulsos pulsionais às vezes manifestos de forma dissociada em necessidades agressivas ou sexuais inaceitáveis e em uma “impulsividade estruturada” no que diz respeito a algumas áreas. A operação defensiva do ego mais utilizada ainda é o recalque, combinada com defesas tais como a intelectualização e a racionalização. Simultaneamente, pode apresentar tendências dissociativas, alguma cisão do ego em áreas limitadas, além de utilizar os mecanismos de projeção e negação. Conflitos pré-genitais, principalmente orais, costumam aparecer, embora o nível genital do desenvolvimento da libido tenha sido alcançado. Embora possam ser observadas manifestações predominantes de traços pré-genitais na clínica, tais traços refletem, na maioria das vezes, uma regressão de conflitos edípicos. Os componentes agressivos dos conflitos pré-genitais já se manifestam, embora em menor grau do que nas patologias de nível inferior. As relações objetais neste nível ainda são estáveis e possibilitam ao paciente ter relações duradouras apesar de suas ambivalências internas. Neste grupo de patologias, Kernberg inclui a maior parte das patologias orais de caráter, a personalidade sado-masoquista, algumas personalidades infantis de nível mais elevado, muitos tipos de personalidades narcisistas e certos desvios sexuais estruturados, que permitem vínculos relativamente estáveis.

Patologia de caráter de nível inferior – neste nível, a integração do superego é mínima e sua propensão para projetar o núcleo superegótico primitivo e sádico é

máxima. Sua capacidade de sentir preocupação e culpa está seriamente comprometida e sua base para autocrítica flutua constantemente. O indivíduo neste nível, de uma forma geral, exibe traços paranóides originados tanto da projeção do núcleo do superego, como do uso excessivo de formas primitivas de projeção, principalmente a identificação projetiva (Klein). A delimitação entre superego e ego é completamente obscura. A função sintética do ego é totalmente prejudicada, utilizando o paciente de dissociações ou cisões primitivas como operação defensiva central do ego, ao invés do recalçamento. O mecanismo de cisão pode ser observado na alternância de estados contraditórios do ego, junto com o uso de negação, identificação projetiva, idealização primitiva, desvalorização e onipotência. Suas defesas patológicas de caráter são predominantemente do tipo impulsivo e contraditório. Padrões repetitivos de comportamento são dissociados, uns dos outros, permitindo o aparecimento de derivativos pulsionais assim como de formações reativas a essas pulsões. A capacidade desse paciente de unir imagens contraditórias do *self* e de objeto (boas e más) é prejudicada, principalmente em função da predominância de agressividade pré-genital, tanto no ego como no superego. Essa agressividade é manifestada por derivativos pulsionais pré-genitais sádicos e perverso-polimorfos, que contaminam todas as relações objetais do paciente, sejam elas externas ou internas. Suas manifestações edípicas parecem muito condensadas, aparecendo mais o sadismo pré-genital e as necessidades masoquistas, podendo haver expressão direta de impulsos edípiacos, como as fantasias masturbatórias envolvendo os objetos parentais originais. Sua incapacidade de integrar imagens libidinais e agressivas do *self* e de objeto é marcada por suas relações de objeto, que são de natureza de gratificação das necessidades ou de ameaça. É incapaz de sentir empatia por objetos em sua totalidade, só sabendo se relacionar com “partes” do objeto, não conseguindo alcançar a constância de objeto. Da mesma forma, não possui um conceito de *self* integrado. Sua visão de si próprio é uma mistura caótica de imagens vergonhosas, ameaçadoras e de exaltação. Para Kernberg, essas características produzem a “síndrome de dispersão de identidade” (Erikson) e uma séria restrição ao “ego livre de conflitos” (Hartmann), impedindo a neutralização da energia pulsional. De uma forma geral, pode-se dizer que o paciente tem um “ego fraco”, não tolerando angústias, não controlando seus impulsos e mostrando uma incapacidade de desenvolvimento de canais sublimatórios evidenciada por fracassos crônicos no trabalho ou em áreas criativas. Muitas personalidades infantis e narcisistas se encaixam nesse nível patológico. Todos os pacientes com personalidade anti-social estão também aí

enquadrados. Os distúrbios de caráter caótico e impulsivo (Fenichel, Reich), os *as-if* (Deutsch), as “personalidades inadequadas” (Brody e Lindbergh), a maioria dos “automutiladores” (Kernberg) pertencem a este grupo. Pacientes com desvios sexuais múltiplos (ou a combinação de desvio sexual com drogadição ou alcoolismo) e com sérias patologias de relações de objeto (relacionadas às suas necessidades sexuais bizarras) estão também neste grupo, assim como as chamadas estruturas de personalidades pré-psicóticas, que são as personalidades hipomaníacas, esquizóides e paranóides (Ibid., pp. 143-146).

Kernberg desenvolve suas teorias utilizando-se da psicologia do ego de Hartmann, com influência da psicologia do *self* de Kohut e de outros autores já citados aqui. Suas concepções teóricas, juntamente com as de Jacobson e Mahler deram impulso às teorias das relações de objeto nos Estados Unidos. Seus maiores esforços foram nos temas das perturbações da personalidade, principalmente os quadros limítrofes. Seu livro *Borderline conditions and pathological narcissism* diz respeito aos relatos e diagnósticos dessas perturbações, o papel da transferência e contratransferência na clínica desses pacientes, além do tratamento clínico e dos prognósticos diferenciais para cada caso. Kernberg inicia seu livro dizendo que a psicopatologia *borderline* é vista na literatura sob diversas denominações: “estados *borderline*” (Knight), “estrutura de personalidade pré-esquizofrênica” (Rapaport), “caracteres psicóticos” (Frosch), “personalidade *borderline*” (Rangell, Robbins). Além dessas, ele também inclui as “personalidades *as-if*” (Deutsch), a “estrutura de personalidade esquizóide” (Fairbairn) e pacientes com “distorções severas do ego” (Gitelson) no grupo de psicopatologias *borderline*. (Ibid., p. 3).

Pacientes que sofrem da organização de personalidade *borderline* se apresentam com o que, superficialmente, parecem típicos sintomas neuróticos. Não obstante, os sintomas neuróticos e a patologia de caráter desses pacientes têm particularidades que realçam a organização *borderline*. Somente um exame diagnóstico cuidadoso irá revelar as combinações particulares dos diferentes sintomas neuróticos. Nenhum sintoma é patognomônico, mas a presença de dois e, especialmente, de três sintomas entre os que estão listados abaixo, apontam para a possibilidade marcante de se tratar de patologia *borderline* (Ibid., pp. 8-9).

- angústia difusa, flutuante e crônica.

- neurose polissintomática, incluindo dois ou mais dos seguintes sintomas: presença de fobias múltiplas, sintomas obsessivo-compulsivos, conversões histéricas, reações dissociativas, tendências hipocondríacas ou paranóides.

- tendências sexuais perverso-polimorfas, principalmente formas mutáveis, caóticas e múltiplas de perversão sexual. Kernberg inclui neste item os pacientes que apresentam um desvio sexual manifesto, como promiscuidades homo e heterossexuais combinadas, homossexualidade combinada com elementos sádicos, etc. Ele inclui também pessoas com comportamento sexual inibido, mas cujas fantasias conscientes (especialmente fantasias masturbatórias) envolvem múltiplas tendências perversas para que consigam atingir a gratificação sexual.

- as estruturas “clássicas” de personalidade pré-psicóticas, como as personalidades paranóides, esquizóides, hipomaníacas e ciclotímicas.

- neuroses de compulsão e adições. Para Kernberg, essas neuroses são ego-distônicas fora dos episódios neuróticos, mas ego-sintônicas durante os episódios. Alcoolismo, drogadição, certas formas de obesidade psicogênica, cleptomania, são alguns exemplos.

- patologias de caráter de nível inferior, vistas acima. (Ibid., pp. 9-13).

Dessa forma, Kernberg procurou criar um processo formal de diagnóstico da organização da personalidade *borderline* que pudesse ser aplicado numa proposta terapêutica baseada na teoria das relações de objeto, por ele denominada de *psicoterapia expressiva*. (Id., 1995, p. 83).

O traço estrutural característico da personalidade *borderline*, como visto, é a cisão ou dissociação de diferentes estados egóicos e o emprego de defesas primitivas. Existe uma transferência muito forte, com grande infiltração de pulsões agressivas. Isso faz com que este tipo de personalidade tenha características dinâmicas e estruturais que, na opinião de Kernberg, requerem uma técnica psicanalítica modificada, quando comparada à psicanálise clássica. A transferência, por exemplo, desse tipo de paciente pode ser tão maciça e indiscriminada, que pode criar um tipo de vínculo que Kernberg denominou de “psicose de transferência”, uma vez que se assemelha à transferência psicótica de pacientes esquizofrênicos. A diferença entre os dois tipos de transferência está no fato de que, embora possa haver perda de prova de realidade, podendo levar ao aparecimento, durante a sessão, de idéias delirantes ou até de alucinações, a psicose de transferência fica circunscrita à sessão, enquanto que nos psicóticos toma conta de suas vidas pessoais. Além disso, existem outras importantes diferenças. O psicótico tende a

se *fusionar* com o analista. No *borderline*, essa confusão entre si próprio e o objeto tem a ver com os fenômenos projetivos em sua luta pelo manejo da angústia. Justamente por isso, o principal objetivo do tratamento é ajudar o paciente a integrar seus diferentes estados egóicos. O grande problema para que esse objetivo possa ser alcançado é a intensa agressividade do paciente, que conspira o tempo todo contra o tratamento. Como um fator adicional complicador, está o ego fraco do paciente, que tem enormes dificuldades em conseguir controlar suas pulsões antagônicas, tendendo ao *acting-out*, dentro e fora das sessões.

Para Kernberg *et al*, “a interpretação é a técnica instrumental fundamental da psicoterapia expressiva com pacientes *borderline*” (Id., 1991, p. 24). Ele recomenda um uso seqüencial de algumas técnicas psicoterápicas, tais como: a *clarificação*, que é “um convite e pedido do terapeuta para que o paciente explore quaisquer dados que são vagos, surpreendentes ou contraditórios” (Ibid., p. 25), a *confrontação*, que também é uma precursora da interpretação: “seu objetivo é tornar o paciente cômico de aspectos potencialmente conflitivos e incongruentes do material” (Ibid.). Essas técnicas devem ser combinadas a outras, como uma “orientação geral dos pacientes para o tratamento”, e se deixa claro qual o objetivo do tratamento, as metas que deverão ser alcançadas, o que é permitido (e proibido) ao paciente durante as sessões, enfim, todas as regras do “contrato terapêutico” entre o paciente e o analista.

De uma maneira geral, Kernberg segue a escola kleiniana (e pós-kleiniana) em sua proposta de técnicas psicanalíticas: análise da transferência e contra-transferência como instrumento privilegiado, o estudo da dissociação e da identificação projetiva, a limitação do *acting-out*, a exploração da transferência positiva e negativa, a integração dos aspectos clivados ou dissociados do *self*. Alguns críticos, não obstante, o julgam “mais realista”, já que ele outorga menos lugar do que os kleinianos à fantasia inconsciente. Isto provavelmente é devido à influencia que sobre ele exerce a psicologia do ego (Bleichmar & Bleichmar, 1992, p. 392).

Até aqui vimos alguns aspectos da obra de Kernberg, considerado o autor mais importante para a questão dos estados-limite. Alguns autores, fora do circuito anglo-americano também se projetaram nesses estudos. Entre os franceses, os destaques não são muitos, como já visto anteriormente²³. Não obstante, Jean Bergeret, André Green e Didier Anzieu, produziram uma literatura que pode ser considerada vasta e valiosa.

²³ Vide 2.1.2

Green, principalmente, a quem dedicaremos o restante deste capítulo, desenvolveu suas teorias fortemente influenciado por Freud e Klein e dando grande ênfase aos binômios Eros – agressividade ou pulsão de vida – pulsão de morte. Especificamente, ele também se preocupou em mostrar o vínculo entre narcisismo e pulsão de morte.

O que é certo, é que o narcisismo perdeu cada vez mais terreno nos seus [de Freud] escritos em proveito das pulsões de destruição. Testemunho disto é a revisão de suas concepções nosográficas que restringiram o campo das neuroses narcisistas unicamente à melancolia, ou, se quisermos, à psicose maníaco-depressiva, sendo que a esquizofrenia e a paranóia dependeriam, dali em diante, de uma etiopatogenia distinta. Quanto à melancolia, por ter sido mantida sob a jurisdição do narcisismo era, contudo, descrita com expressão de uma pura cultura da pulsão de morte. Há, portanto, uma articulação necessária a ser encontrada entre o narcisismo e a pulsão de morte, da qual Freud não se ocupou e que ele nos deixou para descobrir (Green, 1988, p. 12).

Essas relações entre narcisismo e pulsão de morte foram denominadas por Green de “narcisismo negativo”, ou “narcisismo de morte”.

Para Green, os debates acerca do narcisismo sempre foram centrados num mesmo problema, que se refere à condição do narcisismo como um fenômeno em si. Em outras palavras, a questão seria: pode-se atribuir ao narcisismo uma autonomia ou os problemas que são levantados por ele pertencem “ao destino singular de um lote de pulsões que devem ser tomadas em estreita relação com as outras?” (Ibid., p. 14). Para Green, este problema está mal formulado, pois a experiência clínica mostra a existência de estruturas narcisistas e transferências narcisistas, ou seja, o narcisismo está no cerne do conflito.

Não obstante, Green acredita que não se pode pensar o narcisismo isoladamente, ignorando as relações objetais e a libido erótica e destrutiva. Green realça que esta é uma questão de julgamento, um “que o analista é obrigado a fazer sozinho; (...) na maioria das vezes [e que] é intuitivo, para não dizer imaginativo” (Ibid). Green, portanto, reconhece no narcisismo um conceito “com plenos direitos”, mas que não pode ser formulado sem que se tenha em conta suas relações com “vizinhos imediatos”, que são a homossexualidade (consciente ou inconsciente), o ódio (do outro ou de si), além de todos os outros conceitos psicanalíticos.

Da mesma forma, se existe uma ligação muito estreita entre o narcisismo e a depressão, como Freud percebeu, parece-me não menos inegável que os problemas do narcisismo encontram-se em primeiro plano nas neuroses de caráter – o que não é difícil imaginar, e não apenas nos casos em que exista uma esquizoidia marcada – na patologia psicossomática e, *last but not least*, nos casos-limites (Ibid., p. 15).

Para Green, embora algumas estruturas possam ser atribuídas ao narcisismo, ele não concorda em marcar acentuadamente as diferenças entre estruturas narcísicas e *casos-limite*.

Em um artigo intitulado “The borderline concept”, Green faz uma lista daqueles que ele considera os sete grandes itens de debate que em sua opinião são relevantes ao assunto: (1) O papel do *ego*, do *self* e do *narcisismo*, com relação aos mecanismos de defesas primitivas de dissociação e cisão e suas conseqüências: a decatexização e a identificação projetiva; (2) a função das *relações de objeto*, com atenção especial à agressão pré-genital e sua influência nos processos de pensamento; (3) a presença da *angústia psicótica* e seu impacto na função de unir processos psíquicos, com conseqüências para o pensamento verbal; (4) as falhas na criação do *espaço transicional*, com a função dual coexistente do princípio de prazer e do princípio de realidade e um padrão de relações de dupla ligação; (5) a *condensação de objetivos pré-genitais e genitais*, dando um duplo sentido a cada um deles, o que automaticamente refere um ao outro; (6) o papel de uma *relação complementar* no *setting* analítico, sendo a contratransferência um elo para a comunicação do paciente, mais do que um obstáculo ao seu entendimento; e (7) a noção de *distância psíquica*, necessária para evitar tanto a falta de comunicação como a intrusão (Id., 1997, pp. 69-70).

Green dá grande importância àquilo que, para ele, é a principal característica dos *casos-limite*: a cisão. “O esforço de separar o ‘bom’ do ‘mau’, o prazeroso do desprazeroso, e a obrigação de alcançar a separação ao invés de dar nascimento à distinção entre o *self* e o objeto (dentro e fora, somático e psíquico, fantasia e realidade, ‘bom’ e ‘mau’), desencadeia a cisão nos *borderlines*” (Ibid., p. 75). Segundo ele a causa da cisão é entendida diferentemente, dependendo do ponto de vista conceitual de quem a analisa. Para Freud, é uma expressão da pulsão de morte em oposição à força de união de Eros. Para Klein, também é o resultado das operações da pulsão de morte, mas relacionada ao medo do aniquilamento e dirigida ao objeto. Para Winnicott, a cisão também está relacionada à destruição, mas com grandes diferenças. Primeiramente, devido à imaturidade do ego, essas expressões de destruição primitiva não são sentidas como tal: a falta de integração provoca uma sensação de desintegração e, em segundo lugar, a atitude do meio ambiente externo é de vital importância para conter esses estados de desintegração.

Na opinião de Green, a cisão é difícil de ser concebida sem o seu termo complementar: a confusão. A cisão na criança é uma reação básica à atitude do objeto,

que pode ser de dois tipos: (a) uma falta de fusão por parte da mãe, ao ponto que, mesmo em situações de encontro, a criança encontra um “seio vazio” (*blank breast*); (b) um excesso de fusão, a mãe sendo incapaz de renunciar ao êxtase paradisíaco que foi alcançado na experiência da gravidez (Ibid., p. 76).

Green marca ainda que a diferença entre recalque e cisão é de vital importância nas implicações das respectivas patologias a elas associadas. O retorno do recalcado faz aparecer a angústia, o retorno dos elementos cindidos é acompanhado de sentimentos de ameaça profunda, de desamparo (o *Hilflosigkeit* de Freud), aniquilamento (Klein), pavor inominável (Bion), desintegração (Winnicott). A cisão revela que o ego é composto de núcleos diferentes e não-comunicantes. A esses núcleos de ego, Green designou de *arquipélagos*. As ilhas que formam esses arquipélagos não conseguem se comunicar, havendo, portanto, uma falta de unidade, de coesão, de coerência e, principalmente, de integração.

Essa falha na integração dá ao observador um sentimento de indiferença, uma ausência de vitalidade, já que essas ilhas separadas de egos (relações *self*-objeto) não conseguem ter êxito em formar um ser individual. Em minha visão, essas ilhas de núcleos de ego são menos importantes do que seus espaços adjacentes, que eu descrevi como vazios. Futilidade, falta de presença, contato limitado, são as expressões do mesmo vazio básico que caracteriza a experiência da pessoa *borderline*. Mais uma vez, como Bion, eu realço a importância da função de ligação ou, para ficar nos conceitos de Freud, da função de união de Eros. O discurso do *borderline* não é uma cadeia de palavras, representações ou afetos, mas – tal como um colar de pérolas sem um fio – de palavras, representações, afetos contíguos em espaço e tempo, mas não em significado. Cabe ao observador estabelecer os elos faltantes com seu próprio sistema psíquico (Ibid., p. 79).

Green também cita Winnicott ao dizer que este, ao postular o conceito de falso *self*, nos forneceu um caminho para entender a função dos caracteres narcísicos nos pacientes *borderline*. Como o falso *self* é construído não sobre as experiências reais do paciente, mas na submissão à imagem que a mãe faz de seu filho, a organização do falso *self* atende ao narcisismo do objeto, ao invés do narcisismo do *self* – daí um paradoxo da existência de caracteres narcísicos e o sentimento de que eles são de uma natureza diferente dos caracteres comuns às assim denominadas personalidades narcísicas. A resposta a esta avaliação contraditória é que o falso *self* é suprido por um narcisismo ‘emprestado’ – o narcisismo do objeto (Ibid., p. 81).

Dentre as diversas contribuições de Green às questões dos estados-limite, ele descreve duas formas narcísicas que são consideradas paradigmas patológicos desses casos: o *narcisismo moral* (1969) e o *complexo da mãe morta* (1980).

Assim como Freud fizera em seu estudo sobre o masoquismo, dissociando este, como expressão da pulsão de morte, em três sub-estruturas: o masoquismo erógeno, o masoquismo feminino e o masoquismo moral (Freud, 1924b, p. 179), Green também desdobra o narcisismo em três componentes: um *narcisismo corporal*, relativo ao sentimento (afeto) do corpo ou às representações do corpo; um *narcisismo intelectual*, manifestado pelo investimento do domínio pelo intelecto, uma forma secundária da onipotência do pensamento e, finalmente, *um narcisismo moral*.

Para descrever o narcisismo moral, Green recorre às instâncias psíquicas de Freud e confere a elas um material específico. A pulsão está para o id, assim como a percepção para o ego e a função do Ideal, que renuncia à satisfação da pulsão e abertura para a ilusão, para o superego. Desta forma, uma vez que moralidade e superego estão relacionados, o narcisismo moral está numa estreita relação ego – superego. Mas o id não é estranho a essa relação; pode-se compreendê-lo como dominado pelo conflito entre as pulsões de vida e pulsões de morte, da mesma forma que o ego está voltado a uma permanente troca de investimentos entre o eu e o objeto, e o superego dividido entre a renúncia à satisfação e as miragens da ilusão. Dentro dessa concepção esquemática, o ego, em seu estado de dupla dependência com relação ao id e ao superego, “não tem apenas dois senhores, mas quatro, já que cada um se desdobra” (Green, 1988, p. 194). Green realça que este efeito ocorre com todos nós e que ninguém está livre de certo narcisismo moral. Da economia geral dessas relações são feitos os relacionamentos. Esses serão saudáveis, na medida em que a pulsão de vida prevaleça sobre a pulsão de morte e que a ilusão prevaleça sobre o orgulho da renúncia pulsional. No narcisismo moral ocorre justamente o oposto: há uma vitória da pulsão de morte, “que confere ao princípio de Nirvana (aquele do abaixamento das tensões ao nível zero) uma relativa preeminência sobre o princípio de prazer, quanto da renúncia pulsional sobre as satisfações da ilusão” (Ibid.). Green reconhece que, aparentemente, este esquema pode remeter também ao masoquismo, mas ele se apressa em diferenciar ambos. No masoquismo há uma passividade que exige a presença do outro. Para o narcisista moral, trata-se de estar sozinho, de renunciar ao mundo, seus prazeres e desprazeres (uma vez que do desprazer pode-se tirar também prazer). O narcisista moral se situa além do prazer-desprazer, sem buscar a dor, embora também sem evitá-la. Enquanto que o masoquista, segundo Freud, quer, na verdade, ser tratado como criança, a pretensão do narcisista moral é inversa: “ele quer, como uma criança que é, parecer-se

com os pais que uma parte dele imagina não terem nenhum problema para dominar suas pulsões: ele quer ser grande” (Ibid., p. 195).

Green realça ainda que o masoquismo está vinculado ao sentimento de culpa. O masoquista se sente fundamentalmente culpado e tenta, permanentemente, reparar essa culpa através do vínculo com o objeto sádico. Já o narcisismo moral está vinculado à vergonha e à renúncia às relações objetais.

No narcisismo moral, cujas finalidades fracassam como no masoquismo, a punição – aqui a vergonha – realiza-se pelo redobramento insaciável do orgulho. A honra nunca é salva. Tudo está perdido, porque nada pode lavar a mácula de uma honra manchada, a não ser uma nova renúncia que empobrecerá as relações objetais pela glória do narcisismo. (...) O narcisista procurará, como solução do conflito, empobrecer cada vez mais suas relações objetais para levar o Eu ao seu mínimo vital objetal e conduzi-lo assim ao seu triunfo libertador. Esta tentativa é constantemente posta em xeque pelas pulsões que exigem que a satisfação passe por um objeto que não é o sujeito. A solução, a única solução, será o investimento objetal narcisista, sobre o qual sabemos que, quando o objeto está ausente, perdido ou então decepciona, a consequência é a depressão (Ibid., p. 196).

A única satisfação encontrada pelo narcisista moral em seu empobrecimento é o sentimento de renúncia, fundamento do orgulho humano. Evidentemente, todas as características aqui descritas refletem-se também na clínica. O acesso ao material ligado à relação objetal é muito difícil, assim como o acesso à reconstituição da dependência narcísica à mãe e, portanto, ao analista. Para Green, a chave destes tratamentos reside, como sempre, no desejo do analista, ou melhor, na contratransferência. Após um certo tempo, é comum ao analista se sentir prisioneiro de seu paciente. Para tal, segundo o autor, existem três saídas. A primeira é o analista tentar fazer progredir a análise através da variante da bondade. O analista, portanto, oferece o seu amor. Para Green, este é um erro técnico: o desejo de amor por parte do paciente é insaciável e as reservas de amor por parte do analista acabam por se esgotar. Além disso, o analista está respondendo a um desejo do paciente – o que é sempre perigoso. O analista corre ainda o risco de se tornar um substituto do moralista, inclusive do padre, perdendo, portanto, a sua especificidade.

A segunda alternativa é a da interpretação da transferência. Só que essa também não é uma solução eficaz. Para Green, “enquanto ficar expressa através das palavras do analista em termos objetais, tem pouco eco sobre este material coberto pela carapaça narcisista. Seria o mesmo que querer despertar o desejo sexual de um ser vestido numa armadura. Sobra a resignação” (Ibid., p. 215). Essa alternativa, segundo Green, embora

seja menos nociva, corre o risco de tornar a análise infinita, pois pode reforçar o narcisismo moral.

Sobra, para Green, uma terceira alternativa, que é “temerosa”, mas que, segundo o autor, tem obtido bons resultados. Trata-se de *analisar o narcisismo*. Isso poderia parecer impossível a um primeiro olhar; no entanto, “após um período suficiente – vários anos”, após um estável estabelecimento de transferência e análise das condutas de repetição, o analista pode começar a “pronunciar as palavras-chave: vergonha, orgulho, honra, desonra, micromania e megalomania (...)” (Ibid.). Green crê que este tipo de intervenção do analista – guardadas as devidas ressalvas a respeito do momento certo de fazê-las – pode livrar o paciente de parte de seu fardo, pois, como sublinha Bouvet, citado por Green, “a pior frustração que um paciente pode sentir é de não ser compreendido” (Ibid.).

Uma outra forma de narcisismo enquadrada na categoria *borderline* de Green é o que ele denomina de complexo da *mãe morta*. Como o próprio título sugere, essa forma narcisista lida com questões de luto. Não se trata de um luto (e das conseqüências psíquicas deste) em função de um fato real. Ao invés da morte real da mãe, o que ocorre é a depressão desta e suas conseqüências no psiquismo da criança. Aquela que deveria ser a fonte de vitalidade e de descoberta do mundo da criança se transforma em figura distante, quase inanimada. Essa mãe está como que morta psiquicamente aos olhos da criança a quem deveria cuidar.

Partindo do momento fundamental da estruturação do psiquismo humano, que em Freud está na *perda do objeto* e em Klein e muitos pós-Freudianos, na *posição depressiva*, Green tenta achar as relações que se possa estabelecer entre um e outro e a singularidade dos traços desse narcisismo depressivo que ele denominou de *mãe morta*. Inicialmente ele aponta para o fato de que a literatura psicanalítica, desde Freud, fala muito do luto do pai (Freud, 1913) como a função fundamental na gênese do superego. O complexo de Édipo, visto como uma estrutura, é coerente com essa posição e este conjunto está ligado pela referência à castração e à sublimação como destino das pulsões. O modelo de luto, por trás desse conceito não faz referência ao luto da mãe nem à perda do seio.

A angústia de castração é apenas um dos diversos tipos de angústia a que Freud aludiu em “Inibições, sintomas e angústia”, no entanto é à esta que ele dá um status estruturante. Para Green, a castração é sempre evocada no contexto de uma ferida corporal associada a um ato sangrento. Daí ele denominá-la de angústia “vermelha”. Em

contrapartida, diz ele, todas as formas de angústia vêm acompanhadas de destrutividade, mas quando se trata do conceito da perda do seio ou do objeto, inclusive outras perdas ou todas as ameaças de abandono, o contexto não é sanguinário. Esta destruição tem, na verdade, as cores do luto: preto ou branco. “Preto como a depressão grave, branco como nos estados de vazio aos quais se dá agora uma atenção justificada” (Ibid., p. 243).

Green vai mais além, sugerindo que o preto sinistro da depressão – que está relacionado ao ódio constatado na análise dos deprimidos – é, na realidade, um subproduto, uma consequência e não uma causa de uma angústia “branca”, que traduz a perda sofrida ao nível do narcisismo.

A série “branca”: alucinação negativa, psicose branca e luto branco, todos referidos ao que poderíamos chamar a clínica do vazio, ou a clínica do negativo, são o resultado de um dos componentes do recalçamento primário: um desinvestimento massivo, radical e temporário que deixa marcas no inconsciente sob a forma de “buracos psíquicos” que serão preenchidos por reinvestimentos, expressões da destrutividade assim liberada por este enfraquecimento do investimento libidinal erótico. As manifestações do ódio e os processos de reparação que a elas se seguem, são manifestações secundárias a este desinvestimento central do objeto primário, materno. Compreende-se que esta visão modifica inclusive a técnica analítica, pois limitar-se a interpretar o ódio nas estruturas que têm traços depressivos significaria nunca abordar o núcleo primário desta constelação (Ibid., p. 244).

Green diz que o complexo da mãe morta é uma revelação da transferência. Normalmente, o paciente se queixa de fracassos na vida afetiva, amorosa ou profissional, não se queixando de sintomas depressivos. Muitas vezes essa depressão é percebida, pelo analista, quando o paciente conta espontaneamente histórias de sua vida pessoal. Essa depressão, que parece vir da tenra infância, só aparece na clínica de forma esporádica e só vai adquirir força na transferência. Embora os sintomas neuróticos clássicos estejam fortemente presentes, o analista tem a sensação de que buscar a gênese dessas neuroses não é a chave do conflito. “Em contrapartida, a problemática narcisista está em primeiro plano, sendo as exigências do ideal do eu consideráveis, em sinergia ou oposição com o supereu. O sentimento de impotência é claro” (Ibid., p. 246). Isso acaba eclodindo na clínica e se transformando numa “depressão de transferência” (em oposição à neurose de transferência) – uma repetição de uma depressão infantil causada “*na presença de um objeto, ele mesmo abortido num luto*” (Ibid., p. 247). A tristeza da mãe, podendo esta ser devida a inúmeros motivos, e a diminuição do interesse pela criança estão na raiz do problema. Green acha que esse episódio pode ser classificado como tendo sido um “aborto da mãe” e que deve ser reconstruído na análise a partir dos mínimos indícios. A criança chegou a se sentir amada, mas este amor sofreu uma brusca

interrupção. “A transformação na vida psíquica, no momento do luto súbito da mãe que desinveste brutalmente seu filho, é vivida por ele como uma catástrofe” (Ibid., p. 248). A criança, em sua onipotência, interpreta isso como conseqüência de suas pulsões para com o objeto. Pode haver aí também uma triangulação precoce e defeituosa com o pai, uma vez que a criança interpreta este como sendo a causa do desinvestimento materno. Geralmente a criança busca no pai uma salvação para o conflito dela com a mãe, através deste investimento prematuro, o qual, na maior parte das vezes, não encontra respaldo nas respostas do pai. Fica assim a criança presa entre uma mãe morta e um pai inacessível. Nesse momento, cabe ao frágil ego dessa criança colocar em ação alguns mecanismos precoces de defesa.

A primeira dessas defesas seria o *desinvestimento do objeto materno e a identificação inconsciente com a mãe morta*. Para Green isso representa um “assassinato psíquico do objeto, realizado sem ódio”. O resultado desse “assassinato” não é uma destrutividade pulsional, mas sim a constituição de um buraco na trama das relações objetais com a mãe. Já a identificação representa uma simetria reativa, a única maneira de restabelecer uma relação com a mãe. Trata-se de um mimetismo. A compulsão à repetição fará com que o sujeito recorra sempre ao desinvestimento de um objeto passível de decepcionar, repetindo a defesa antiga em suas relações de objeto posteriores²⁴. Esse desmoronamento da relação com a mãe provoca na criança uma *perda de sentido* que, em princípio, poderia levar a criança a morrer. Para evitar isso, além de tentar encontrar um responsável pela depressão materna, que geralmente é o pai (criando o Édipo precoce), a criança lança mão de uma segunda frente de defesa.

Essa frente de defesa inclui o *desencadeamento de um ódio secundário*, com desejos de incorporação regressiva e um sadismo maníaco, *a excitação auto-erótica*, com prazer de órgão no limite e dificuldade de mostrar amor ao objeto e, por fim, e sobretudo, a busca de um sentido perdido estrutura o *desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do eu*: não há liberdade de brincar, mas sim uma obrigação de imaginar e de pensar.

A relação transferencial desses pacientes mostra dois traços importantes: o primeiro é o que Green denomina de não-domesticação das pulsões – “o sujeito não pode renunciar ao incesto nem, conseqüentemente, consentir com o luto materno” (Ibid., p. 261). O segundo traço, e o mais importante, é que a análise induz ao vazio.

²⁴ Aqui sugerimos a releitura do texto de Alan Lightman, tirado do livro *Sonhos de Einstein*, apresentado à pág. 8 desta dissertação.

Toda a estrutura do sujeito visa uma fantasia fundamental: nutrir a mãe morta, para mantê-la num perpétuo embalsamento. É o que o analisando faz com o analista: nutre-o com a análise, não para viver melhor fora dela, mas para prolongá-la num processo interminável. Pois o sujeito quer ser a estrela polar da mãe, a criança ideal que toma o lugar de um objeto morto idealizado, que é necessariamente invencível, porque não vivo, uma vez que o vivo é imperfeito, limitado, finito (Ibid.).

Para Green, frente ao complexo da mãe morta, o analista pode ter duas atitudes técnicas. A primeira é a solução clássica, a da abstinência. O grande perigo desta atitude é que ela vá repetir, pelo silêncio, a relação com a mãe morta. Pois o grande conflito está justamente na passividade como feminilidade primária, feminilidade comum à mãe e à criança. Há, não obstante, uma segunda atitude.

(...) aquela que prefiro, é a que, utilizando o quadro como espaço transicional, faz do analista um objeto sempre vivo, interessado, acordado pelo seu analisando e testemunhando sua vitalidade pelos laços associativos que comunica ao analisando, sem nunca sair da neutralidade. Pois a capacidade de suportar a desilusão dependerá da forma como o analisando se sentir narcisicamente investido pelo analista. É, portanto, indispensável, que este permaneça sempre atento às proposições do paciente, sem cair na interpretação intrusiva (Ibid., p. 262).

Esta segunda atitude troca a abstinência por uma solução ativa. A vitalidade recuperada, entretanto, continua presa a uma identificação cativa. O paciente pode se sentir como uma criança curada que deve a sua saúde à mãe ainda doente. Há um movimento, então, que é diferente daquele de reparação. Não se trata de um remorso, mas uma necessidade de sacrifício por essa mãe e uma conseqüente renúncia ao uso das novas potencialidades do ego para a obtenção dos prazeres possíveis. A interpretação do analista, então, passa por mostrar ao analisando que essa atividade conquistada por ele está fazendo com que ele esteja vendo o analista como necessitando do analisando, o contrário do que acontecia antes. Para Green, isto é uma “fantasia vampírica invertida” e um paradoxo: a mãe morta está presente; o sujeito pode tentar animá-la. Mas se for curada será perdida, pois irá investir outros objetos. Daí uma grande ambivalência e um sujeito preso entre duas perdas: “a morte na presença ou a ausência na vida”.

Pensamos ser importante voltar a realçar o objetivo deste capítulo, que foi o de mostrar, sob diferentes ângulos, a questão patológica dos estados-limite tanto sob a ótica identificatória, privilegiando as falhas na continuidade de ser, em que foram escolhidos os exemplos de Winnicott, Balint e Fairbairn, como numa ótica voltada para a intersubjetividade, privilegiando as questões de agressividade e narcisismo, com os exemplos de Kernberg e de Green.

Pode-se ver claramente que não só os conceitos são diferentes, mas assim também são os diagnósticos e as técnicas clínicas. Uma tentativa de encarar essas diferenças, sem sentir uma profunda angústia de estar perdido no meio de ambigüidades, controvérsias e paradoxos, talvez seja a de olhar para elas com uma “ótica maiêutica”, e para tal vale a pena pinçar uma citação de André Green, em outro contexto, em seu livro *The chains of Eros*:

Do ponto de vista do pensar, ao invés de agir de forma nostálgica pelo tempo em que Freud obteve uma unanimidade – se é que esse tempo alguma vez existiu – devemos celebrar esse estado de coisas, uma vez que é a colisão de idéias que nos traz – se não a salvação – pelo menos a força da virtude crítica (Id., 2000, p. 209)

4

A clínica dos estados-limite

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

4.1

O peso social: função do pai x função dos pares

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Transferência e contratransferência.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Os estados-limite na clínica da neurose

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

² Vide págs. 48-49.

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

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

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

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

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

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

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

Winnicott refere ainda um outro exemplo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 Conclusão

*Tudo o que faço ou medito
Fica sempre na metade.
Querendo, quero o infinito.
Fazendo, nada é verdade.
Que nojo de mim me fica
Ao olhar para o que faço!
Minha alma é lúcida e rica,
E eu sou um mar de sargaço –
Um mar na qual bóiam lentos
Fragmentos de um mar além...
Vontades ou pensamentos?
Não o sei e sei-o bem.
(Fernando Pessoa)*

Como foi visto ao longo deste trabalho, os termos *borderline* e seus diversos correlatos (entre os quais preferiu-se utilizar estados-limite), são objeto de muitas controvérsias. Entre estas, merece destaque a grande diferença postural entre franceses e americanos, tal como foi tratado no item 2.1.2, sob o título *Novo Mundo x Tradição*. Os franceses vêem a questão dos estados-limite mais como uma dimensão da personalidade encontrada em diversos tipos de patologias, muitas vezes sem um diagnóstico específico, enquanto boa parte dos autores alinhados com o pensamento americano a vêem como uma estrutura definida e bem caracterizada, embora esta caracterização seja feita através de critérios de inclusão e exclusão, por vezes confusos.

Uma conclusão que talvez possa ser tirada é a de que o foco intenso colocado por autores do pensamento americano, como Kernberg, permitiu um avanço significativo nas pesquisas observacionais, na metapsicologia e nas questões clínicas relativas à problemática *borderline*, que não encontraram paralelo em nenhum outro lugar. Os americanos valorizam sobremaneira a experiência clínica, e a verdade é que ela vem-se modificando ao longo dos anos. Através da experiência e da observação, eles procuram elaborar novos modelos teóricos que dêem conta de suas descobertas.

Por outro lado, os franceses, embora não focando diretamente a busca de novas teorias, ofereceram uma outra e importante contribuição, saindo da visão estrutural-patológica para um espectro mais amplo, onde essas questões podem ser pensadas como

dimensões da personalidade ou da vida mental ou até formas de colocação diante do mundo, sem que tenham, necessariamente, que ser diagnosticadas dentro de um quadro estrutural e específico.

Uma outra fonte de controvérsias, e aí não há consenso nem mesmo intra-escolas, é que para muitos existe uma enorme confusão entre personalidades narcísicas e *borderline*. Enquanto Kohut opõe claramente esses dois tipos de personalidade, para Kernberg algumas formas narcísicas devem ser incluídas nesta última categoria, embora reconheça que a presença de uma configuração narcísica coerente caracteriza uma personalidade narcísica, em oposição à *borderline*. A importância dessa diferenciação está na razão direta de uma outra questão, que é a da aceitação de etiologias estruturalmente bem diferenciadas para as personalidades narcísicas e *borderline*. De uma forma geral, procurou-se mostrar aqui que existe uma corrente que pensa os distúrbios de personalidade narcísica como sendo de uma ordem mais estruturada, capacitando-as a uma transferência mais estável. Para Meissner, por exemplo, a questão narcísica diz respeito à auto-estima enquanto a questão *borderline* diz respeito à coesão e estabilidade do *self*, como explicado por Figueiredo:

O paciente com personalidade narcisista pôde desenvolver-se contando com pelo menos um dos pólos do eixo narcísico, vale dizer, apesar de sérias dificuldades no sistema especular ou no sistema idealizante ou em ambos, as respostas empáticas de algum *self-objeto* puderam garantir um mínimo de coesão para o *self* em processo de constituição. É claro que os problemas no plano da auto-estima incidirão sobre o funcionamento psíquico, mas algo da coesão básica estará assegurado. As demandas narcisistas de amor e atenção decorrem da dificuldade de manter um bom equilíbrio narcísico sem estes suprimentos constantes à sua auto-estima. Já no que Meissner denomina de “condição *borderline*” será a própria coesão de si que estará sempre em perigo e por isso os dramas *borderline* implicam questões de vida ou morte (Figueiredo, 2003, p. 84).

Uma outra característica interessante é que grande parte das contribuições à questão dos estados-limite vem de autores que não se debruçaram especificamente sobre essa problemática. Desde Freud e Ferenczi, passando por Klein, Balint, Fairbairn, Winnicott e, pouco mais recentemente, Bion e Mahler, apenas para citar alguns, todos puderam levantar aspectos sobre a constituição do sujeito que ajudaram a pensar as questões limítrofes. É inegável também que os estados-limite se beneficiaram enormemente do progresso da psicanálise com relação ao melhor entendimento dos quadros psicóticos, que também passou por grande revigoração depois das descobertas de Klein.

Além dos pontos básicos mencionados, existem outras questões importantes. Os pacientes limítrofes seriam possuidores de uma estrutura defensiva arcaica visando a

protegê-los de conflitos psíquicos, ou deveríamos entender sua condição não como defesas, mas como o resultado de falhas de desenvolvimento? E, mesmo se levarmos em conta as defesas, que tipo de implicações clínicas teriam as defesas de clivagem ou de cisão, quando comparadas às defesas de recalçamento, típicas dos neuróticos? Esta pergunta tem importantes desdobramentos clínicos, uma vez que se pensarmos em conflitos e suas defesas, a tendência é uma clínica mais voltada para a interpretação dessas defesas e da transferência, enquanto que se pensarmos em falhas de desenvolvimento, ou déficits de representação interna, teremos uma clínica mais voltada para seu papel reparador, ou de preenchimento dessas falhas e déficits. Entra aí a questão controversa da empatia na clínica analítica e seus desdobramentos em relação às questões da demanda do paciente. Mas como falar de demanda quando não há representação interna que a sustente?

Muito bem, dirão alguns. Vamos aceitar por um momento que existam estados-limite e que pacientes lancem mão de defesas através de mecanismos de cisão, ou então imaginemos que devemos privilegiar nem tanto as defesas, mas o fato de que existe uma lacuna, uma *falha básica* (Balint) sem representação interna, que não pode ser verbalizada, pois sua origem remonta a um período inicial da vida psíquica e anterior, portanto, ao período verbal ou edípico. Mesmo assim ainda restarão algumas questões. Entre essas, duas são de vital importância: como diagnosticar esses estados-limite e como tratar clinicamente deles?

A questão do diagnóstico é crítica e difícil. Em primeiro lugar, existem autores como Kernberg que procuram definir, de forma mais ou menos precisa, as patologias *borderline*. Isso geralmente resulta num espectro bastante amplo de condições patológicas e de déficit caracterológico, podendo formar um grupo heterogêneo de entidades diagnósticas. O alcance diagnóstico dos *borderlines* é amplo: abrange desde condições muito próximas da esquizofrenia, denominadas de esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch) até as formas de personalidade que parecem apresentar uma fachada neurótica produtiva e relativamente bem organizada. Nestes últimos, os estados-limite costumam apresentar-se somente em condições de indução regressiva, como por exemplo, em condições analíticas ou situações críticas de vida. No nível mais grave podem aparecer estados acentuadamente regressivos, quase psicóticos, com forte propensão para o *acting-out*, muitas vezes autodestrutivos. Já num nível menos grave, que Armony chamaria de *borderline normal*, existe a possibilidade de que esses possam passar um bom tempo sem demonstrar nenhuma qualidade regressiva que seja atribuída

à estrutura estados-limite. Isso pode fazer com que a diferença entre esse tipo de paciente e um outro com personalidade narcísica não muito pronunciável seja quase imperceptível.

Por conta dessas questões, muitas vezes o diagnóstico não é simples. Uma das conclusões importantes é que o critério diagnóstico não deve ser baseado na avaliação da sintomatologia presente, nem mesmo na história de vida do paciente, mas na natureza da transferência que se vai desenvolvendo espontaneamente no *setting* psicanalítico. Seja pela ação dos mecanismos de defesa ou pelos indicadores de que existem déficits de representação (falhas estruturais), somente através do *campo transferencial* (Band) instaurado pelo paciente, é que o analista poderá ter uma idéia diagnóstica do caso. Por esse motivo as questões transferenciais e contratransferenciais são tão importantes e mereceram um item à parte neste trabalho.

Quanto à questão clínica, de como tratar esses casos, como não poderia deixar de ser, é a que suscita talvez o maior número de controvérsias. Alguns exemplos de técnicas e suas limitações foram abordados neste estudo. A conclusão mais importante é que os estados-limite estão presentes, em maior ou menor grau, em praticamente todas as estruturas de personalidade e, portanto, podem ser encontrados na clínica da neurose. A questão mais importante é poder identificá-los, tentando assim impedir um problema maior ou até mesmo uma ruptura do processo de análise.

T. S. Eliot, citado por Thomas Ogden em seu livro *Conversations at the frontier of dreaming*, falando sobre a boa escrita, disse que “não podemos dizer em que ponto começa a técnica ou quando ela termina” (Ogden, 2001, p. 17). Ogden aproveita para fazer uma analogia com a psicanálise, quando esta vai bem. A análise não é encenada, prescrita ou formulada. “Mas é muito mais fácil dizer o que ela não é do que o que ela é” (Ibid.). Para Ogden, existem intrínsecas, em cada situação analítica, algumas tensões produtivas entre polaridades, tais como: entre individualidade e intersubjetividade; entre privacidade e comunicação; entre *rêverie* (Bion, 1959) e interpretação; entre o uso da linguagem para obter mudanças psicológicas efetivas e o prazer no uso imaginativo de linguagem metafórica; entre tentar dar nomes precisos a pensamentos e sentimentos e tirar prazer e valorizar as “maravilhosas vias indiretas” (Emerson) que o diálogo analítico inevitavelmente traz. (Ogden, 2001, p. 45). De uma forma geral, Ogden valoriza bastante a condição de *rêverie* (e outros derivativos do inconsciente), não como uma possibilidade de acesso momentâneo ao inconsciente, mas como expressões metafóricas de como se dá esta experiência inconsciente.

As situações clínicas onde os estados-limite se fazem presentes requerem ação por parte do analista. Se este for um analista da técnica clássica, que busque preservar o *setting* e a defesa da abstinência na sessão, ele provavelmente irá oferecer poucas possibilidades para lidar com algumas dessas situações. Pode até ser que consiga algum êxito nos casos de um paciente regressivo, mas dificilmente irá avançar em situações onde a análise começa a se arrastar e “andar em círculos”. O analista, nesses casos, terá que correr riscos. Esses riscos serão maiores ou menores na razão direta da gravidade dos estados regressivos em que o paciente se encontra. O tipo de ação que o analista irá tomar pertence inteiramente ao momento da sessão. Faz parte do campo transferencial e não pode ser predeterminado, nem pelo próprio analista. O mais importante, talvez, seja o analista conseguir preservar a sua *contratransferência primordial* (Figueiredo, 2003)¹, ou seja, “*deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, não só desconhecido como incompreensível*” (Figueiredo, 2001, p. 128).

¹ Vide 4.2.

6

Referências bibliográficas

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott** – Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

ARMONY, N. **Borderline: uma outra normalidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

BALINT, M. **A falha básica** – Aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BAND, A. **O sentido da busca**. In: Cadernos do SPA: Uma prática em debate – Departamento de Psicologia da PUC-RJ, 1993.

_____. **Supervisão psicanalítica: um estilo**. Tese de doutorado – Departamento de Psicologia da PUC-RJ, 1994.

BERGERET, J. **Personalidade normal e patológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BICK, E. **The experience of the skin in early object-relations**. In: International Journal of Psychoanalysis, 49: 484-486, 1968.

BION, W. R. **Experiences in groups**. New York: Basic Books, 1959.

_____. **Estudos psicanalíticos revisitados**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BLEICHMAR & BLEICHMAR. **A psicanálise depois de Freud** – teoria e clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BOYER, L. & GIOVACCHINI, P. **Psychoanalytic treatment of schizophrenic, borderline, and characterological disorders**. New York: Jason Aronson, 1980.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CORRÊA NETTO, P. **Psicanálise dos casos limítrofes** – conceituação e tratamento na clínica de hoje. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

COSTA, J. F. **Playdoier pelos irmãos**. In: KEHL, M. R. (Org.). *Função fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

FAIRBAIRN, W (1941). **A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses**. In: *Psychoanalytic studies of the personality*, pp. 28-58. London: Tavistock, 1999.

_____. (1944). **Endopsychic structure considered in terms of object-relationships**. In: Psychoanalytic studies of the personality. London: Tavistock, 1999.

FERENCZI, S. (1932). **Confusão de língua entre os adultos e a criança** (A linguagem da ternura e da paixão). In: Obras completas – psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FIGUEIREDO, L. C. **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2003.

FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

1895 – Projeto para uma psicologia científica – Vol. I.

1910 – As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica – Vol. XI

1911 – Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental – Vol. XII.

1913 – Totem e tabu – Vol. XIII

1916 – Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas – Vol. XVI.

1919 – Linhas de progresso na terapia psicanalítica – Vol. XVII.

1921 – Psicologia das massas e a análise do ego – Vol. XVIII.

1922 – Além do princípio do prazer – Vol. XVIII.

1923 – O ego e o id – Vol. XIX.

1924 – Neurose e psicose – Vol. XIX.

1924b-O problema econômico do masoquismo – Vol. XIX.

1926 – Inibições, sintomas e angústia – Vol. XX.

1929 – O mal-estar na civilização – Vol. XXI.

1937 – Análise terminável e interminável – Vol. XXIII.

1938 – A divisão do ego no processo de defesa – Vol. XXIII.

GARCÍA LORCA, F. **Poemas de amor**. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações, 1998.

GIDE, A. **Os frutos da terra**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

GREEN, A. **Narcisismo de vida – narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

_____. **On private madness**. London: Karnac books, 1997.

_____. **The chains of Eros – the sexual in psychoanalysis.** London: Rebus press, 2000.

GREENBERG E MITCHELL. **Relações objetais na teoria psicanalítica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GUREWICH, J. **The new disorders of the unconscious.** In: The subject and the self - Lacan and American psychoanalysis. New Jersey: Jason Aronson, 1998.

HORNER, A. **Oscillatory patterns of object relations and the borderline patient.** In: International R. Psycho-Analysis, 3: 479-482, 1976.

KERNBERG, O. **Borderline personality organization.** In: Journal of American Psychoanalysis, 15: 641-685, 1967.

_____. **Object relations theory and clinical psychoanalysis.** New York: Jason Aronson, 1976.

_____. **Borderline conditions and pathological narcissism.** London: Jason Aronson, 1985.

_____. **Transtornos graves de personalidade – estratégias psicoterapêuticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KERNBERG, O. et al. **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline.** Porto Alegre: Artmed, 1991.

KLEIN, M. (1930). **A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego.** In: Amor, culpa e reparação - e outros trabalhos, pp. 249-264. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1937). **Amor, culpa e reparação.** In: Amor, culpa e reparação – e outros trabalhos, pp. 346-384. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1946). **Notas sobre alguns mecanismos esquizóides.** In: Inveja e gratidão – e outros trabalhos, pp. 17-43. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

_____. (1959). **Nosso mundo adulto e suas raízes na infância.** In: Inveja e gratidão – e outros trabalhos, pp. 281-297. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

KOHUT, H. (1966). **Formas e transformações do narcisismo.** In: Psicologia do self e a cultura humana – reflexões sobre uma nova abordagem psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____. **The analysis of the self.** New York: International Universities Press, 1971.

_____. **Como cura a psicanálise?** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

- KOURETAS, N. **The development of the concept of “borderline” in psychoanalytic diagnosis and treatment.** In: The subject and the self - Lacan and American psychoanalysis. New Jersey: Jason Aronson, 1998.
- LAPLANCHE E PONTALIS. **Vocabulário da psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- LIGHTMAN, A. **Sonhos de Einstein.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- LITTLE, M. **Transference in borderline states.** In: International Journal of Psychoanalysis, 47: 476-485, 1966.
- MAHLER, M. **O processo de separação-individuação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- MAHLER, M.; PINE, F.; BERGMAN, A. **O nascimento psicológico da criança – Simbiose e Individuação.** São Paulo: Artmed, 2002.
- MEISSNER, W. W. **Narcissistic personalities and borderline conditions: a differential diagnosis.** In: A. P. Morrison (org.) Essential papers on narcissism. New York: New York University Press, 1986.
- MELTZER, D. Et al. **Explorations in autism – A psycho-analytic study.** Pertshire: Karnac books, 1975.
- OGDEN, T. **The primitive edge of experience.** London: Maresfield Library, 1992.
- _____. **The matrix of the mind - Object relations and the psychoanalytic dialogue.** London: Maresfield Library, 1992b.
- _____. **Projective identification and psychotherapeutic technique.** London: Maresfield Library, 1992c.
- _____. **Os sujeitos da psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- _____. **Conversations at the frontier of dreaming.** London: Karnac, 2001.
- PESSOA, F. **Poemas.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- PIONTELLI, A. **De feto a criança – um estudo observacional e psicanalítico.** Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- REICH, A. **Narcissistic object choice in women.** In: Journal of American Psychoanalysis, 1: 22-44, 1953.
- ROUDINESCO E PLON. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SEARLES, H. **My work with borderline patients.** New York: International Universities Press, 1986.

SEGAL, H. **Notes on symbol formation.** In: The International Journal of Psychoanalysis, 38: 391-397, 1957.

SETTLAGE, C. **The psychoanalytic understanding of narcissistic and borderline personality disorders** – Advances in developmental theory. In: Journal of American Psychoanalysis, 25: 805-833, 1977.

SOUZA, O. **Nota sobre algumas diferenças na valorização dos afetos nas teorias psicanalíticas.** In: Corpo, Afeto, Linguagem – a questão do sentido hoje (Bezerra Jr. e Plastino – Orgs.). Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2001.

_____. **Os continentes psíquicos e o vazio em psicanálise.** In: (no prelo), 2002.

WINNICOTT, D. (1947). **O ódio na contratransferência.** In: Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas, pp. 277-287. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1952). **Psicoses e cuidados maternos.** In: Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas, pp. 305-315. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1955). **Raízes primitivas da agressividade.** In: A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional (1950-55). In: Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas, pp. 295-300. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1959). **Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação pediátrica?** In: O ambiente e os processos de maturação, pp. 114-127. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1960). **Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”.** In: O ambiente e os processos de maturação, pp. 128-139. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1960b). **Teoria do relacionamento paterno-infantil.** In: O ambiente e os processos de maturação, pp. 38-54. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1962). **A integração do ego no desenvolvimento da criança.** In: O ambiente e os processos de maturação, pp. 55-61. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1962b). **Os objetivos do tratamento psicanalítico.** In: O ambiente e os processos de maturação, pp. 152-155. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1963). **Moral e educação.** In: O ambiente e os processos de maturação, pp. 88-98. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1963b). **Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos.** In: O ambiente e os processos de maturação, pp. 163-174. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1964). **O conceito de falso *self***. In: Tudo começa em casa, pp. 53-58. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1966). **A mãe dedicada comum**. In: Os bebês e suas mães, pp. 1-11. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1967). **O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil**. In: O brincar & a realidade, pp. 153-162. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1969). **O uso de um objeto e relacionamento através de identificações**. In: O brincar & a realidade, pp. 121-131. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. (1971). **A criatividade e suas origens**. In: O brincar & a realidade, pp. 95-120. Rio de Janeiro: Imago, 1975.