



Issa Leal Damous

**A LÓGICA DO DESESPERO NOS CASOS-LIMITE:
UMA FACETA DA DEPRESSÃO NA
CONTEMPORANEIDADE**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Claudia Amorim Garcia

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2011



Issa Leal Damous

**A lógica do desespero nos casos-limite:
uma faceta da depressão na contemporaneidade**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Claudia Amorim Garcia

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Silvia Maria Abu-Jamra

Zornig

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Octavio Almeida de Souza

FIOCRUZ - IFF

Profa. Marta Rezende Cardoso

Instituto de Psicologia - UFRJ

Profª. Ana Lila Lejarraga

Instituto de Psicologia - UFRJ

Profa. Denise Berruezo Portinari

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

Rio de Janeiro, / /2011.

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

Issa Leal Damous

Graduou-se em Psicologia na PUC-Rio, em 2000. Especializou-se em Saúde Mental, em nível de residência médica, no IMAS-Juliano Moreira e Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, em convênio com o IPUB/UFRJ, em 2003, e obteve o grau de Mestre em Psicologia na PUC-Rio, em 2006. Atualmente, além de exercer a atividade clínica em consultório privado, é psicóloga concursada da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, atuando em dispositivo ambulatorial.

Ficha Catalográfica

Damous, Issa Leal

A lógica do desespero nos casos-limite: uma faceta da depressão na contemporaneidade / Issa Leal Damous; orientadora: Claudia Amorim Garcia. – 2011.

266 f; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2011.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Depressão. 3. Casos-limite. 4. Analisabilidade. 5. Limites psíquicos. 6. Luto. 7. Desespero. 8. Esperança. I. Garcia, Claudia Amorim. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

A todos que acreditam na esperança!
Que ela nunca pereça.

Agradecimentos

À Claudia Amorim Garcia, minha orientadora, pelas instigantes discussões teóricas e orientação dedicada, atenta e incansável ao longo de toda a pesquisa;

À PUC-Rio, especialmente ao Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, pela colaboração e apoio indispensáveis, à Vice-Reitoria para Assuntos Acadêmicos e à CCPG, pela bolsa de estudos concedida (VRAC);

À CAPES, pelo financiamento do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE)/sanduíche;

À *Université de Montréal*, Quebec/CA, pela oportunidade inigualável de estudos como aluna brasileira;

Ao meu orientador estrangeiro, Dominique Scarfone, pelo acolhimento, contribuições teórico-clínicas e disponibilidade consistente e precisa;

A Octavio Souza, por acompanhar meus passos acadêmicos sempre convidando a pensar algo mais;

Ao IMS/UERJ e à Teoria Psicanalítica/UFRJ, pela possibilidade disponibilizada de cursar disciplinas oferecidas ao programa de doutorado, especialmente aos professores Carlos Alberto Plastino, Isabel Fortes e, particularmente, à Marta Rezende Cardoso a quem agradeço igualmente pelas contribuições e atenção interessada e cuidadosa desde o Mestrado;

À banca examinadora, pela disponibilidade, leitura cuidadosa e pertinência das questões;

À Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), especialmente aos colegas do CMS João Barros Barreto, à Monica Coelho (CAP2.1), à Coordenação de Saúde Mental e a Hugo Fagundes, pelo respeito ao meu trabalho e por sustentarem minha ausência durante três dos quatro anos que duraram a realização desta pesquisa;

A Fábio, pelo amor na caminhada da vida;

À minha família, Nina, Nemer (em memória) e Farah, pela preciosidade das sementes de carinho plantadas;

À Cora Vieira e aos meus pacientes, pelas horas secretas de acesso ao inconsciente;

À Sara Kislánov e à Cristiana Caldas, pela parceria carinhosa no dia-a-dia da clínica;

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, sobretudo Carla Penna, Cecília Martins, Lucia Beatriz e Carolina Pinheiro, pelas trocas ao longo da nossa jornada;

Aos meus queridos parentes e amigos, por suportarem bravamente minhas ausências!

Resumo

Damous, Issa Leal; Garcia, Claudia Amorim. **A lógica do desespero nos casos-limite: uma faceta da depressão na contemporaneidade**. Rio de Janeiro, 2011, 266p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Relaciona-se depressão e casos-limite na sociedade contemporânea interrogando-se do ponto de vista psicanalítico o discurso dominante no contexto atual que identifica a depressão como a doença da moda. Embora este discurso seja sustentado por abordagens sociológicas e psiquiátricas no sentido das mudanças normativas ocorridas na sociedade e das promessas de bem-estar e cura anunciadas principalmente pelos antidepressivos, já na literatura psicanalítica a depressão assume diferentes aspectos, inclusive benéficos. Como um estado sintomático passível de perpassar os diferentes quadros clínicos e equiparada ao trabalho de luto, a depressão mostra-se protetora e mesmo necessária para a elaboração da perda de objeto que perpassa o processo narcísico-identitário, além de comportar a idéia de depressividade como uma capacidade originária de (re)estabelecer a subjetividade. Por outro lado, no que diz respeito aos casos-limite, identifica-se um núcleo depressivo associado ao luto inelaborável decorrente do fracasso do trabalho do negativo em apagar o objeto primário insuficientemente bom e promover sua subsequente internalização como estrutura enquadrante da psique. Esta condição prejudica a constituição dos limites intrapsíquicos e intersubjetivos, configura um narcisismo negativo e determina o funcionamento psíquico presidido por uma lógica de desespero, em detrimento de uma lógica de esperança, caracterizado principalmente pelos transtornos na esfera do pensamento e pelos desenlaces extra-representativos. Propõe-se então como hipótese central desta tese a lógica do desespero nos casos-limite como uma faceta metapsicológica da depressão na contemporaneidade.

Palavras-chave

Depressão; casos-limite; analisabilidade; limites psíquicos; luto; desespero; esperança.

Résumé

Damous, Issa Leal; Garcia, Claudia Amorim (Directrice). **La logique du désespoir chez les cas limites : Une facette de la dépression dans la contemporanéité.** Rio de Janeiro, 2011, 266p. Thèse de Doctorat – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

On essaie d'articuler la dépression et les cas limites dans la société contemporaine en interrogeant, du point de vue psychanalytique, le discours dominant dans le contexte actuel qui identifie la dépression comme la maladie à la mode. Ce discours est soutenu par les approches sociologiques et psychiatriques en tant que changements normatifs qui se sont produits dans la société et en rapport avec des promesses de bien-être et de guérison annoncés par des antidépresseurs. Pourtant, déjà dans la littérature psychanalytique, la dépression prend différents aspects, y compris bénéfiques. Comme un état symptomatique susceptible de traverser les différents tableaux cliniques, à la manière du travail du deuil, la dépression protège et assure l'élaboration de la perte de l'objet, tâche inséparable du processus narcissique-identitaire. La dépression comporte aussi l'idée de dépressivité comme une capacité de (re) constituer la subjectivité. Par ailleurs, à l'égard des cas limites, on identifie une configuration dépressive pathologique associé à un deuil impossible dont l'origine remonte à l'échec du travail du négatif qui efface l'objet primaire et promeut l'intériorisation ultérieure de ce objet comme encadrant la structure psychique. Cette condition-là rend les limites psychiques endommagées, détermine un narcissisme négatif et établit un fonctionnement psychique présidé par une logique du désespoir, aux dépens d'une logique de l'espoir, que se présente surtout par des troubles de la pensée et par des effets hors-représentation. Il est finalement proposé comme hypothèse centrale dans cette thèse que la logique du désespoir chez les cas limites consiste en une facette métapsychologique de la dépression à l'époque contemporaine.

Mots-clés

Dépression; cas limites; analysabilité; limites psychiques; deuil; désespoir; espoir.

Sumário

1 – Introdução.....	11
2 – Depressão: uma face do mal-estar contemporâneo?.....	20
2.1 – Desamparo, trauma e temporalidade em relação ao processo de civilização.....	22
2.2 – A hipótese da depressão como epidemia na sociedade contemporânea.....	44
2.3 – Depressão/melancolia: uma discussão em curso.....	59
2.4 – Depressão/melancolia/casos-limite: é possível delimitar os campos?.....	81
3 – Dos limites na clínica aos casos-limite.....	91
3.1 – Limites da analisabilidade: uma questão nosográfica?.....	92
3.2 – O enquadre em questão.....	97
3.3 – Dificuldades quanto à regra fundamental e à interpretação.....	105
3.4 – A conjuntura transferencial.....	120
3.5 – A reação terapêutica negativa.....	128
4 – A constituição dos limites psíquicos e os casos-limite.....	137
4.1 – O conceito de limite em suas dimensões espaço-temporais.....	138
4.2 – A questão dos limites psíquicos e os casos-limite.....	150
4.3 – Uma teoria sobre o pensamento e o trabalho do negativo.....	162
4.4 – Do trabalho do negativo patológico aos transtornos do pensamento.....	174
5 – Da depressão à lógica do desespero nos casos-limite.....	185
5.1 – O luto impossível nos casos-limite e o complexo da mãe morta.....	186
5.2 – Duas faces da lógica do desespero nos casos-limite.....	204
5.3 – Narcisismo ferido, narcisismo de morte.....	214
5.4 – A lógica do desespero como uma faceta da depressão.....	224
5.5 – Uma esperança possível para a lógica do desespero.....	230
6 – Conclusão.....	241
7 – Referências bibliográficas.....	253

“A lição da mãe morta é que ela também tem de morrer um dia para que uma outra seja amada. Mas esta morte deve ser lenta e doce para que a lembrança de seu amor não pereça e nutra o amor que generosamente ela oferecerá àquela que tomar o seu lugar.”

André Green

1 – Introdução

No momento em que a sociedade contemporânea parece prezar cada vez mais o ideal de corpo saudável e mente sã como expressões de normalidade, corre-se o risco de, em contrapartida, psicopatologizar qualquer sofrimento que possa indicar o desencadeamento de sintomas depressivos. Nesse sentido, um processo de luto que esteja em curso pode tão logo ser considerado um quadro psicopatológico de depressão e rapidamente ser medicalizado. De fato, o discurso dominante na sociedade contemporânea aponta a depressão como a doença da moda, o que é sustentado pelos relatórios da Organização Mundial de Saúde (OPAS, OMS, 2001) e certamente fomentado por campanhas midiáticas e laboratoriais.

No relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2001, a depressão encontra-se posicionada em quarto lugar dentre as doenças com principais causas de ônus (OPAS, OMS, 2001). Como o diagnóstico da moda, a depressão é de fato a queixa principal no cenário clínico contemporâneo (Ehrenberg, 1998; Roudinesco, 1999; Da Poian, 2001; Pinheiro, 2005; Kehl, 2009). Muito naturalmente as pessoas se dizem deprimidas e também os profissionais de saúde diagnosticam seus pacientes como deprimidos, o que resulta, na maioria das vezes, na recomendação de medicamentos antidepressivos (Coser, 2003). Este cenário é extensivo aos diferentes segmentos sociais nos quais, com frequência, encontram-se pessoas envolvidas com algum tipo de tratamento por depressão, o que pode mesmo ser considerado hoje como uma condição de “epidemia psíquica das sociedades democráticas” (Roudinesco, 1999:17). Diante desse panorama, as previsões do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) até 2020 são bastante sombrias e alertam que, em caso de persistirem tais tendências, a depressão pode passar à posição de segunda doença com maior causa de ônus abaixo apenas das doenças cardio-vasculares (Vertzman e Pinheiro, 2003).

É verdade que ultimamente muitas informações sobre a depressão circulam na mídia, certamente aumentando o campo de conhecimento das pessoas quanto aos sinais de riscos desse tipo de adoecimento psíquico, o que facilita a todos a possibilidade de um auto-diagnóstico. Livros como *Eu tomo antidepressivo, graças a Deus!* (Moraes, 2008) ilustram bem esse caminho que

visa desmistificar o tratamento para a depressão, assim como os diversos sítios virtuais que se referem a este tema. No entanto, na medida em que a diversidade de informações populariza o saber, produz igualmente a necessidade de nomear psicopatologicamente o que poderiam ser considerados apenas sofrimentos da vida cotidiana. Desse modo, as pessoas não ficam mais *tristes* porque perderam um emprego, ou vivenciam um *luto* porque alguém muito amado faleceu, ou porque se separaram de seus companheiros. Elas ficam *deprimidas*. E a depressão assim diagnosticada, seja pelas próprias pessoas ou pelos profissionais de saúde de diferentes especialidades que as acompanham, é o passaporte para o ingresso no universo da saúde mental, e, muito provavelmente, para a medicalização do sofrimento psíquico.

De certa forma o modismo do diagnóstico de depressão parece abarcar a ampla categoria do *nervoso*, termo tão empregado pela população de modo geral na referência ao sofrimento psíquico, o que talvez re-atualize o lugar que ocupava a neurastenia no final do século XIX na designação dos distúrbios nervosos então atribuídos aos avanços industriais ocorridos na modernidade (cf. Ehrenberg, 1998). Naquele momento, contudo, Freud entrou em cena ocupando-se sobretudo da neurose e, em relação à neurastenia, chegou a escrever o artigo *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'* (Freud (1895[1894a])), estabelecendo algumas diferenciações entre a neurastenia e a neurose de angústia que provavelmente se embaralhavam. Decerto com o edifício psicanalítico construído e consolidado, a neurose, e não a neurastenia, passou a ser concebida como a expressão princeps do mal-estar na civilização, sustentada na referência ao conflito intra-psíquico como núcleo constitutivo da subjetividade. Em contrapartida, a alusão maciça ao nervoso no cenário atual retrata sobretudo uma valorização psiquiatrizada do sofrimento psíquico identificando a depressão, em detrimento da neurose, como expressão do mal-estar contemporâneo, sustentada pela hipótese bastante discutida no meio psicanalítico atual de um declínio da referência ao conflito como eixo da constituição subjetiva.

Todavia, num tratamento psicanalítico, a sutileza da escuta no seio das relações transferenciais interroga o diagnóstico de depressão dominante na atualidade. Desta forma, a psicanálise problematiza a tendência psicopatologizante do sofrimento psíquico, a começar por não pressupor

necessariamente a depressão como uma categoria nosográfica específica, mas concebendo-a essencialmente como um estado afetivo e, inclusive, atribuindo-lhe um significado benéfico ao equipará-la ao luto. Por outro lado, a psicanálise diferencia a depressão da melancolia considerando, esta sim, uma categoria diagnóstica, ao contrário do que fez a psiquiatria.

De fato, diferentemente da psiquiatria, a psicanálise se refere à depressão a partir de uma perspectiva afetiva possível de se manifestar nos quadros clínicos em geral, sendo esta uma constatação já presente em Freud (Coser, 2003; Delouya, 2001). Além disso, a depressão é também considerada, sobretudo pelos teóricos das relações de objeto, um estado constitutivo da subjetividade, subentendido na experiência de ambivalência, ou seja, subjacente à fusão dos componentes eróticos e agressivos direcionados ao mesmo objeto. Também na leitura de André Green identifica-se um percurso depressivo necessário e constitutivo no que diz respeito ao atravessamento do processo de diferenciação primária no qual se pressupõe a perda do objeto primário e a sua subsequente representação. Ressalta-se ainda um aspecto de enorme positividade acerca da depressão que diz respeito à concepção de depressividade, a capacidade originária do humano, inerente à vida psíquica, no sentido da abertura/fechamento às trocas com o ambiente e, além disso, no sentido de proteção, equilíbrio e regulação que garante à vida humana (Fédida, 2001).

Considerando-se estas diferentes modalidades de concepção psicanalítica da depressão constata-se que o cenário das terminologias nosográficas se complica no entrecruzamento psiquiatria/psicanálise, pois, na psiquiatria, a melancolia, de onde se originam as concepções sobre a depressão, é pouco a pouco diluída nos sucessivos rearranjos da nosografia até sumir dos manuais diagnósticos atuais em prol da depressão (Vertzman, 1995; Coser, 2003). A psicanálise, por outro lado, embora considere a sintomatologia depressiva, retoma nosograficamente justamente a melancolia, fazendo uso dos dois termos (Moreira, 2002). Assim, na encruzilhada entre psiquiatria e psicanálise perde-se a precisão dos vocábulos *depressão* e *melancolia*. Esta questão parece se acentuar dentro mesmo do campo psicanalítico no que tange não apenas à articulação entre depressão e melancolia, mas também e principalmente com a introdução da categoria casos-limite como um terceiro elemento cuja diferenciação dos outros

dois se mostra dificultosa. Nesse contexto, interessa sobretudo para o desenvolvimento desta tese a relação entre casos-limite e a depressão.

Os casos-limite desenham uma figura ímpar que provoca e impõe sérias reflexões à clínica e à teoria psicanalítica. Numa perspectiva histórica, o termo casos-limite caracterizava inicialmente os casos nos limites da psicose, particularmente da esquizofrenia, ou seja, acreditava-se na existência de psicoses latentes que poderiam evoluir para a psicose propriamente (Green, 1986a). Nesse sentido, os casos-limite não eram vistos como categoria clínica autônoma e relativamente estável em relação à psicose, neurose ou perversão. Mais tarde, a partir da experiência clínica, percebeu-se que o número de pacientes sob esse diagnóstico que resvalaram para a psicose, ou pelo menos para a psicose crônica, mostrou-se relativamente pequeno (Green, 1986a). Os avanços nas discussões acerca dos casos-limite apontaram então para certas peculiaridades que lhes são comuns sem, no entanto, evidenciar uma organização subjetiva específica, nitidamente estruturada, mas estabelecendo, enfim, a idéia de que “são organizações duráveis capazes de evoluir de diferentes modos” (Green, 1975a:44). De fato, os casos-limite podem se configurar como arranjos mais ou menos equilibrados em torno de um modelo de “funcionamento plural da psique” (Ferrant, 2007b:260), ou seja, comportam funcionamentos neuróticos simultânea ou alternativamente a outros tipos de funcionamento psíquico.

A pluralidade da dinâmica psíquica dos casos-limite não impede, no entanto, que fenomenologicamente esses pacientes se apresentem muitas vezes significativamente adaptados socialmente, embora experimentem uma verdadeira loucura no nível mais íntimo de relacionamentos, tal como o que se revela na transferência, tema bastante burilado por Green (1988a) em termos de *loucura privada*. Assim, fora da intimidade de seus relacionamentos, sua patologia passa despercebida na medida em que são perfeitamente capazes de realizar tarefas como as impostas pelo trabalho, possuem elevado senso de responsabilidade e não aparentam serem nem mais nem menos insanos que qualquer outra pessoa. Encobertos pelo bom uso que fazem dos estereótipos sociais, os casos-limite podem sofrer, no entanto, incontroláveis ataques de fúria, sentir um enorme vazio interior e ter em baixa conta a sua auto-estima, fazendo com que sejam na maioria das vezes incapazes de estabelecer relacionamentos afetivos verdadeiros e duradouros (Gurewich, 1998).

Embora a primeira referência teórica sobre os casos-limite se encontre num texto de Adolph Stern (1938), *Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes*, ao qual se segue o trabalho de Fairbairn (1940) sobre os processos esquizóides e então o de Hélène Deutsch (1942) sobre a personalidade *como se*, é principalmente com a produção anglo-saxônica a partir da década de 60 que esses casos recebem atenção especial (cf. Garcia, 2009). Desde então, contribuições de Winnicott (1955-6), Khan (1960), Searles (1965), Balint (1968); Kernberg (1975, 1980, 1991), Kohut (1968, 1971), representando a Escola Anglo-Saxônica, somam-se às de Green (1988), Bergeret (1972, 1974a, 1975), Anzieu (1985), André (1999b), Roussillon (1991, 1999), entre outros autores da Escola Francesa. Quanto à França, particularmente, verifica-se que este tema vem se propagando naquele país, mesmo sob a forte influência do pensamento de Lacan que não contempla diretamente a problemática dos casos-limite, salvo no que se considera, segundo o seu referencial teórico, os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica, discutidos na Conversação de Arcachon (Miller, 1997).

A diversidade de estudos psicanalíticos sobre os casos-limite ampliou-se de tal maneira que o campo da psicanálise parece (des)organizado num cenário de fronteiras incertas quanto à literatura de referência acerca desses casos causando muitas vezes a impressão de que existe uma torre de Babel com diferentes autores, cada um a seu modo, tentando demarcar seu território (André, 1999b). Isto fica realmente evidente quando se observa a variedade de termos empregados para designar esses pacientes: *borderlines*, numa vertente teórica geralmente anglo-saxônica, estados limites, numa abordagem francesa (Bergeret, 1974b), na qual também aparecem as designações casos-limite (Green), pacientes limites (Donnet), funcionamentos limites (Chabert) e ainda sofrimentos narcísico-identitários (Roussillon). Sem ter a pretensão de apresentar uma lista completa dos termos empregados, busca-se, no entanto, assinalar a quantidade e a diversidade das explicações teórico-clínicas a que estão atrelados.

A variedade de enfoques diagnósticos quanto aos casos-limite é, na verdade, indício da magnitude do espectro sintomático concernente a esses pacientes (André, 1999b). Em geral, esse espectro inclui uma tonalidade depressiva de humor, comportamentos aditivos e somáticos, atuações e sobretudo transtornos na esfera do pensamento. André Green tenta elucidar a dimensão desses fenômenos trilhando um percurso iniciado nos primórdios de sua clínica

quando se interessava pelos pacientes que apresentavam certa ambigüidade entre patologia e normalidade, parecendo configurar um estado subjetivo fronteiriço (Green, 1994). Tempos depois, com Donnet, Green associa esse estado a um núcleo psicótico denominando-o psicose branca (Green et Donnet,1973) na tentativa de descrever o núcleo psicótico sem delírio de determinados pacientes que apresentam sintomas aparentemente banais, embora com sério comprometimento de seu funcionamento mental. Desde então, enriquecendo sua elaboração teórica no campo psicanalítico a partir de Freud, Green garante a profundidade de suas discussões sobre a multiplicidade de aspectos concernentes aos casos-limite se utilizando, nesta empreitada, de parâmetros lacanianos, winnicottianos e bionianos. Dessas influências decorre certamente o mérito de seu trabalho caminhar na encruzilhada entre a teoria pulsional e a teoria das relações de objeto (Garcia, 2007).

As contribuições de Green apontam como fundamental nos casos-limite os problemas em torno do luto determinados pela presença permanente do objeto primário no psiquismo, por excesso de intrusão e/ou de inacessibilidade e indiferença. As dificuldades experimentadas nesse contexto articulam-se ao fracasso do trabalho do negativo, processo de negativização que favoreceria a constituição dos limites psíquicos, o apagamento do objeto primário e a sua assimilação enquanto estrutura constituinte do psiquismo (Green, 1986b, 1988b). Por isso, uma vez fracassado o trabalho do negativo, prejudica-se a estruturação dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos, assim como a constituição de um espaço de ausência necessário aos processos de simbolização (Green, 1975a, 1977a, 1982a).

A discussão greeniana acerca dos casos-limite toma por central a hipótese de que nesses casos houve prejuízos na experiência de separação primária o que, levado às últimas conseqüências, se apresenta como um luto não elaborável em função justamente de que o objeto primário não pôde ser apagado. Estas condições configuram um narcisismo negativo (Green, 1982b) e determinam um modo de funcionamento psíquico peculiar, marcado pelos transtornos na esfera do pensamento (Green, 1982a) e, sob a incidência prevalente da pulsão de morte, caracterizado ainda pela lógica do desespero (Green, 1979). Esta lógica se refere basicamente a uma atividade psíquica funcionando além do princípio de prazer em que a realização de desejo não triunfa, mas sim a compulsão à repetição e a

atuação, orientadas por uma inversão dos valores da vida: buscar o desprazer, em vez do prazer, e evitar o prazer, em vez de evitar o desprazer (Green, 1979).

O ponto nevrálgico deste tipo de argumentação é que, sob a marca de um luto inelaborável, do narcisismo negativo e da lógica do desespero, os casos-limite esbarram por um lado e, metapsicologicamente falando, na melancolia, em função de questões narcísico-identitárias primárias. Por outro lado, esbarram também na depressão, por se constituírem basicamente em torno de um núcleo depressivo e eventualmente manifestarem sintomas depressivos. Além disso e justamente por isso, os casos-limite favoreceriam um deslocamento da polaridade neurose x depressão que se verifica no contexto atual, e que não se sustenta na psicanálise, para a polaridade neurose x casos-limite.

Tomando-se então estes dois núcleos temáticos – a depressão e os casos-limite – procura-se articular um tema ao outro no intuito de discernir, do ponto de vista da psicanálise, algumas especificidades de cada um deles e estabelecer uma relação entre ambos a partir de uma pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico. No decurso desta pesquisa busca-se, por uma via, circunscrever o estatuto da depressão na atualidade, identificar sua origem e sua relação com a melancolia. Por outra via, procura-se esquadrihar a metapsicologia envolvida nos casos-limite considerando o modo como se apresentam na situação analítica e relacionando esses casos à depressão. Nessa perspectiva, delinea-se essencialmente a hipótese segundo a qual a lógica do desespero nos casos-limite corresponde a uma faceta metapsicológica da depressão considerada atualmente a doença da moda. Isto não implica necessariamente em defender a vigência de um modismo de casos-limite em contrapartida a um modismo de depressão, mas em apontar certas especificidades da depressão, dentre as quais a configuração do núcleo depressivo atribuído aos casos-limite que metapsicologicamente caracteriza a lógica do desespero.

Então, no primeiro capítulo, interroga-se a depressão como a face do mal-estar contemporâneo. Esta questão se justifica na medida em que se discute cada vez mais freqüentemente nos meios psicanalíticos a hipótese de um declínio da neurose como a expressão princeps do mal-estar na civilização em função da diminuição da referência ao conflito intra-psíquico como constitutivo da subjetividade, a partir do que a depressão passaria a representar o mal-estar na civilização.

Tomando-se inicialmente o desamparo, o trauma e a temporalidade como elementos de discussão sobre o processo civilizatório, faz-se uma passagem da modernidade para a contemporaneidade. Nesse percurso, é ressaltado o papel desempenhado pelo objeto na determinação do mal-estar, verificando-se que o sujeito contemporâneo vivencia uma exacerbação da situação traumática do desamparo em função de um maior distanciamento ou ausência de objetos disponíveis à satisfação e à contenção da atividade pulsional. Este fator mostra-se então determinante do declínio da referência à neurose como figura clínica emblemática do mal-estar na civilização atual em favor da depressão.

Em seguida, é discutido o modismo da depressão na sociedade atual, considerando-se as mudanças normativas e as promessas psiquiátricas de cura e de bem-estar que o sustentam, o que, naturalmente, conduz a um exame das origens da depressão na melancolia. O passo seguinte é então verificar em que medida depressão, melancolia e casos-limite se embaralham visando questionar o lugar *soberano* que supostamente ocupa a depressão no mal-estar contemporâneo, considerando-se que, para a psicanálise, neurose e depressão não se constituem nem mesmo como categorias equivalentes.

No segundo capítulo inicia-se a abordagem sobre os casos-limite a partir da consideração de certos entraves que esses pacientes impõem à análise, dentre os quais aponta-se os ataques ao enquadre, as dificuldades quanto à sustentação da regra fundamental da análise e da interpretação enquanto instrumento analítico, a conjuntura transfero-contratransferencial e a reação terapêutica negativa. Os entraves vivenciados com esses pacientes estabelecem limites da analisabilidade que se constituem, na verdade, como o berço das hipóteses metapsicológicas sobre eles. Contudo, é questionado se os limites da analisabilidade são uma especificidade dos casos-limite, considerando-se o fato de que situações limites são sempre enfrentadas em todas as análises.

No terceiro capítulo, portanto, adentra-se mais especificamente nos meandros da constituição dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos. Considerando-se o conceito de limite nas suas dimensões espaço-temporais, mergulha-se nas teorias sobre o trabalho do negativo e sobre o pensamento, propostas por Green, defendendo-se que a negativização empreendida por esse trabalho é imprescindível para constituir os limites psíquicos e para apagar o objeto primário, tarefas necessárias, em última instância, para organizar o

pensamento. A intenção nesse sentido é de articular o fracasso do trabalho do negativo à complexidade psicopatológica referida aos casos-limite, representada pela presença na esfera psíquica do objeto primário que não se deixa apagar via trabalho do negativo, condição que redundava invariavelmente em transtornos na esfera do pensamento.

Finalmente, no quarto capítulo, caracteriza-se a depressão nos casos-limite associada ao complexo da mãe morta, a metáfora utilizada por Green (1980) para circunscrever o luto impossível desses casos. Procura-se então articular esta condição de um luto inelaborável ao trabalho do negativo patológico e ao funcionamento psíquico presidido segundo uma lógica de desespero em detrimento da lógica da esperança que rege os processos psíquicos primários, considerando-se, além disso, o narcisismo primário, bastante prejudicado nos casos-limite.

Questiona-se por fim se o estado depressivo seria a melhor forma de representar clinicamente a lógica do desespero nos casos-limite. Nesse sentido, procura-se estabelecer as relações possíveis entre depressão e casos-limite, *via* lógica do desespero.

2 – Depressão: uma face do mal-estar contemporâneo?

A queixa de depressão tem se mostrado cada vez mais cotidiana e disseminada tanto na clínica pública quanto privada, sendo de fato facilmente associada a uma patologia sem que, no entanto, os critérios diagnósticos sejam necessariamente específicos e homogêneos (Coser, 2003). Soma-se a esta situação a prescrição de psicotrópicos, na maioria das vezes realizada de maneira indiscriminada, sustentada permanentemente pela ciência, pela indústria farmacêutica, pela mídia e pelo endosso do próprio paciente, privilegiando crescentemente uma conduta medicalizante para fazer face ao sofrimento, quer se refira à esfera emocional, como no caso de profunda dor após a perda de um ente querido, quer se refira aos sintomas corporais, como nos casos de fibromialgia.

É claro que há diferenças a serem consideradas em relação ao uso da medicação segundo o adoecimento psíquico em questão uma vez que muitos fenômenos clínicos podem de fato ser beneficiados com o uso de psicofármacos. Isto é inquestionável. Mas como situar a depressão do ponto de vista psicanalítico? Certamente enquanto categoria psicopatológica a depressão causa certa inquietação à psicanálise em função talvez da pregnância sobre a depressão do discurso psiquiátrico e do espaço concedido por Freud não a ela, mas à melancolia.

Todavia, longe de almejar dialetizar psicoterapia/medicalização ou mesmo psicanálise/psiquiatria, é inegável que uma razão depressiva fundamenta o paradigma psiquiátrico no sentido de que tudo o que melhora com antidepressivos é então re-configurado sob o diagnóstico de depressão (Coser, 2003). Isto certamente reforça uma visão biológica do sofrimento psíquico sobre o qual se espera atuar através de psicofármacos. Estes, por sua vez, se tornam os principais instrumentos da prática psiquiátrica. Em contrapartida à razão depressiva, verifica-se então o pouco ou quase nenhum espaço que valorize a subjetividade nesse circuito. O contexto subjetivo parece mesmo achatado em meio ao binômio possivelmente definido em termos de queixa-conduta, cuja lógica de funcionamento sugere o comportamento humano guiado pela necessidade de respostas prontas e rápidas ao que incomoda, tal como o efeito invariavelmente prometido pela medicalização do sofrimento.

Ampliando-se a questão para a cultura contemporânea, verifica-se o papel do consumo na sociedade e a mudança que a sua intensificação promove sobre os significados e valores sociais, fazendo com que hoje sejam privilegiados os objetos em detrimento das palavras, a ação em vez do pensamento e a satisfação imediata em lugar da espera (Mayer, 2001). Trata-se cada vez mais na atualidade de “uma cultura que consagra o prazer e que, da maneira mais imperiosa, busca suprimir a dor, sem deixar tempo nem espaço para interrogar-se acerca dos meios e dos custos das ações que se realizam na busca dessas metas” (Mayer, 2001:96).

Garcia e Coutinho (2004), numa discussão acerca dos rumos do individualismo e do desamparo do sujeito contemporâneo, sinalizam como a sociedade de consumo cultua a liberdade individual e estimula o prazer constante e irrestrito. Esta situação, segundo as autoras, apresenta uma diferença significativa em relação ao que era pensado por Freud em 1930 quando o mal-estar resultava justamente de restrições ao prazer. Isto, é claro, não se dá sem conseqüências para o psiquismo. Ehrenberg (1998) é um autor que justamente procura afirmar a depressão como a maneira pela qual se apresenta a experiência psíquica frente à tamanha liberdade individual.

Ao que tudo indica, então, a depressão se torna um vértice de enorme abrangência no discurso social contemporâneo, mas ficam as questões: De que depressão se trata na psicanálise? E em que medida se articula à melancolia? Além disso, o mal-estar contemporâneo encontra-se realmente num registro diferente daquele paradigmático da concepção freudiana que o associa aos conflitos intra-psíquicos (Freud, 1930)? Em caso afirmativo, o que caracterizaria esse mal-estar contemporâneo? E, ainda, o que dizer da face clínica que assume privilegiadamente o indivíduo contemporâneo como produto do mal-estar? É mesmo da ordem da depressão que se trata?

No contexto das questões suscitadas busca-se então uma compreensão sobre o desenho do mal-estar na sociedade contemporânea tendo como elementos o desamparo, o trauma e a temporalidade. Discute-se nesse sentido o ponto de vista dominante na sociedade atual de que a depressão consiste numa epidemia, sobretudo a partir de certos parâmetros como as mudanças normativas e o discurso psiquiátrico biologizante, tal como identificados por Ehrenberg (1998), que levariam ao declínio da referência ao conflito como núcleo por excelência da constituição subjetiva. Articula-se então a hipótese da depressão como epidemia

da sociedade contemporânea à clínica, sabendo-se que, na psiquiatria, a depressão ganha espaço como categoria diagnóstica somente a partir do século XIX, com o advento da psiquiatria moderna e ainda como desdobramento da melancolia, e que, na psicanálise, a depressão não é considerada um quadro clínico efetivamente e sim a melancolia. Sendo assim, por um lado, a psiquiatria distingue depressão e melancolia e, principalmente atrelada à concepção biologizante do sofrimento psíquico, subsidia a hipótese da depressão como epidemia da sociedade atual. Por outro lado, a psicanálise direciona diferentes concepções sobre a depressão além da melancolia como quadro clínico, levando a crer, no mínimo, como pode ser simples e reduzida a hipótese dominante na atualidade da depressão como o emblema mor do mal-estar contemporâneo.

É imprescindível, enfim, questionar de que depressão se trata na contemporaneidade segundo o ponto de vista psicanalítico, sobretudo na medida em que se considera os casos-limite, pacientes que trazem um núcleo depressivo central em função do luto inelaborável decorrente de problemas no processo de diferenciação primária e que permanece submerso em meio a diferentes manifestações sintomáticas

2.1 – Desamparo, trauma e temporalidade em relação ao processo de civilização

Considerando-se inicialmente o contexto da modernidade conforme a proposta de Freud (1930) no artigo *O mal-estar na civilização*, diz-se que um mal-estar permeia a cultura e que, no plano individual, esse mal-estar deriva da neurose. De modo central, a concepção freudiana acerca da neurose privilegia os conflitos intra-psíquicos atrelados à angústia de castração experimentada nas vivências edípicas tendo, em contrapartida, o processo de recalçamento como mecanismo psíquico defensivo principal. No processo de formação da neurose, as exigências da vida dirigidas pelo programa do princípio de prazer destinado sobretudo à busca de prazer e à evitação de desprazer, esbarram nas influências do mundo externo que impõem restrições e interdições à satisfação almejada internamente. Vivenciadas como desprazer, as exigências da realidade externa deslancham internamente a síntese do princípio de realidade que, uma vez articulado ao princípio de prazer, ocasiona então sofrimento ou desprazer.

Segundo Freud (1930), as influências da realidade impõem restrições ao prazer basicamente a partir dos sinais que evidenciam a fragilidade do corpo humano, do poder por vezes impiedoso da natureza, mas principalmente a partir das regras que ajustam os relacionamentos da vida em comum, na família, no Estado, na sociedade em geral. No aspecto dos relacionamentos particularmente, a realidade externa impõe sacrifícios principalmente à sexualidade e agressividade humanas em troca de uma parcela de segurança à vida em comum. Nesse sentido, a interdição mais incisiva consiste na proibição à escolha incestuosa de objeto.

Circunscrita por Freud (1913) principalmente em *Totem e tabu*, a interdição ao incesto é de suma importância para a organização intra-psíquica e intersubjetiva. Freud situa essa interdição primeiramente nas restrições a que irmãos se submetem uns aos outros após reunirem-se em bando e cometerem o assassinato do pai da horda, então o único na família primitiva com liberdade para gozar das exigências pulsionais.

Após reunirem-se e sobrepujarem o pai, os filhos da família primeva inauguram uma cultura totêmica, isto é, uma espécie de sistema institucional da vida em comum estruturada em torno do totem que, em povos primitivos, precede as organizações sociais e religiosas:

O totem é o antepassado comum do clã; ao mesmo tempo, o seu espírito guardião e auxiliar, que lhe envia oráculos, e embora perigoso para os outros, reconhece e poupa os seus próprios filhos. Em compensação, os integrantes do clã estão na obrigação sagrada (sujeitas a sanções automáticas) de não matar nem destruir seu totem e evitar comer sua carne (ou tirar proveito dele de outras maneiras) (Freud, 1913:22).

É então a partir do totem como essa figura central na organização de um clã que todos a ele referidos submetem-se ao tabu do incesto. Pela sua natureza, o tabu “é uma proibição primeva forçadamente imposta (por alguma autoridade) de fora, e dirigida contra os anseios mais poderosos a que estão sujeitos os seres humanos” (Freud, 1913:51). A obediência ao tabu, no entanto, não implica no desaparecimento do desejo, pois este persiste inconscientemente embora possa deslocar-se para outro objeto. Desse modo, submetidos ao tabu do incesto, os irmãos da família primeva são proibidos de realizar uma escolha incestuosa de objeto e, sem deixarem de desejá-lo, deslocam suas escolhas no sentido da exogamia. Assim, a obediência ao tabu do incesto estabelece uma mudança de

direcionamento da satisfação pulsional e também a exigência de uma primeira legislação em torno da qual é facilitada a organização da vida comunitária.

Sendo assim, a normatização dos relacionamentos sociais empreendida pelos mais fortes da família primeva em torno de uma cultura totêmica submetida ao tabu do incesto inaugura o processo civilizatório:

A vida humana em comum só se torna possível quando se reúne uma maioria mais forte do que qualquer indivíduo isolado e que permanece unida contra todos os indivíduos isolados. O poder dessa comunidade é então estabelecido como ‘direito’, em oposição ao poder do indivíduo, condenado como ‘força bruta’. A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização. Sua essência reside no fato de os membros da comunidade se restringirem em suas possibilidades de satisfação, ao passo que o indivíduo desconhece tais restrições. A primeira exigência da civilização, portanto, é a da justiça, ou seja, a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em favor de um indivíduo (Freud, 1930:101-2).

O passo para essa justiça organizadora da vida em comum de que fala Freud (1930) foi dado pelo interdito fundado no tabu do incesto empreendido pelos mais fortes da família primeva (cf. Freud, 1913). A institucionalização dessa proibição como lei abarcando a todos atua inibindo a finalidade plenamente sensual da sexualidade e favorece tanto a amizade quanto a formação de novas famílias e, conseqüentemente, o laço social e grupal mais amplo (Freud, 1930).

Além das interdições impostas à sexualidade no processo civilizatório, os efeitos restritivos da realidade externa estendem-se também sobre a agressividade natural do humano. E, na medida em que a expressão da agressividade é restringida ou inibida em prol do processo civilizatório, ela retorna ao eu sendo tomada pela parte do eu identificada com a autoridade externa coibidora, o supereu (Freud, 1930). Inicialmente, a ação interna do supereu primitivo se faz conhecer pelo medo de que, tendo feito alguma coisa má em prol de obter prazer, o sujeito perca o amor das pessoas de que quem depende. Trata-se de uma angústia associada à ameaça de desamparo ocasionada pelo medo da perda desse amor. Ao final da vivência edípica, a autoridade externa, as restrições e interdições, são internalizadas via identificação no supereu cujo propósito passa a ser então atuar como consciência moral sobre o eu, vigiando-o em suas ações e intenções, julgando-o e exercendo sobre ele a censura dotada da mesma agressividade que antes exigia satisfação na realidade externa. Certamente a ação

do supereu exacerba o sentimento de culpa determinado pela ambivalência primordial entre pulsão de vida e de morte que, conforme supõe Freud (1930:135), manifesta-se primeiramente para com o pai da horda pelo sentimento de remorso: “Seus filhos o odiavam, mas também o amavam. Depois que ódio foi satisfeito pelo ato de agressão, o amor veio para o primeiro plano, no remorso dos filhos pelo ato”.

No ato de agressão cometido na família primeva, o poder de punição atribuído ao pai da horda, agora morto, é internalizado pela identificação com ele (Freud, 1930). Encarnado no supereu, esse poder punitivo interdita então a repetição do ato agressivo. Todavia, tal como acontece com as restrições impostas aos desejos eróticos, os desejos agressivos não se desfazem, mas persistem inconscientemente, intensificando o sentimento de culpa inconsciente e o temor de ser punido, pois não há diferença entre intencionar e de fato empreender o ato agressivo. A agressividade é então dirigida ao próprio eu expressando-se masoquisticamente sob o domínio do supereu.

No decorrer da evolução da humanidade, a experiência da família primeva é re-atualizada na vivência edípica destinada à repetição em cada contexto familiar subsequente na medida em que emergem os desejos ambivalentes para com as figuras parentais. Nesse contexto, a interdição do incesto e da expressão da agressividade em ato faz-se novamente necessária constituindo agora as influências da realidade que, sob a angústia de castração e das leis básicas de convivência impostas pela civilização, são internalizadas na figura do supereu autorizando-o a restringir o domínio do princípio de prazer desde dentro do aparelho psíquico. Resta então ao eu acionar os métodos de defesa que melhor lhe convir contra o desprazer ou sofrimento que se originam interiormente.

A civilização implica constantemente no cerceamento do livre exercício da satisfação exigida pelas pulsões, sexuais ou agressivas, e, além disso, pressupõe o atravessamento por um persistente sentimento de culpa oriundo da ambivalência de sentimentos e pela necessidade de punição por parte da autoridade parental internalizada no supereu. É claro que isto se dá primeiro para com os objetos parentais na experiência edipiana, quando por ocasião da proibição da escolha incestuosa de objeto, e se alarga posteriormente nas demais relações sociais que serão então interditas pelas leis e costumes. O que não quer dizer, em todo caso, que o desenvolvimento individual e o cultural ocorram de maneira gradativa, pois

na verdade verifica-se uma constante luta entre egoísmo e altruísmo travada no âmbito da libido:

“(...) as duas premências, a que se volta para a felicidade pessoal e a que se dirige para a união com os outros seres humanos, devem lutar entre si em todo indivíduo, e assim também os dois processos de desenvolvimento, o individual e o cultural, têm de colocar-se numa posição hostil um para com o outro e disputar-se mutuamente (...)” (Freud, 1930:143).

Esta luta entre as premências egoístas e altruístas, no entanto, é conciliável sob a condição de se integrar a busca pela felicidade pessoal, dando seguimento ao princípio de prazer, à necessidade de estabelecimento de relações com outros seres humanos de modo que o coletivo encontre-se regido ou atravessado por uma determinada ética (Freud, 1930).

Decerto a civilização beneficia o ser humano no sentido de favorecê-lo a realizar diferentes feitos e no sentido de estabelecer regulamentos que o distinguem de seus antepassados primitivos (Freud, 1930). Desde a utilização de instrumentos para lidar com a natureza, a obtenção de controle sobre o fogo e a construção de moradias, o homem civilizado muito evoluiu no sentido do que é útil, belo, limpo e ordenado, regulado, incluindo-se nesse sentido os feitos intelectuais, artísticos, filosóficos e a construção de ideais. Embora uma luta sempre seja travada entre o desenvolvimento individual e o da civilização, essa luta é inevitável, já que “o indivíduo humano participa do curso do desenvolvimento da humanidade, ao mesmo tempo que persegue o seu próprio caminho na vida” (Freud, 1930:143). De todo modo, essa luta não deixa de ser hostil à vivência subjetiva em função de uma quota de desprazer que sempre resta como mal-estar.

É verdade que diferentes métodos podem ser acionados no intuito de evitar o sofrimento ocasionado pelas restrições impostas pela realidade externa: romper as relações com a sociedade tal como o faz o eremita, utilizar substâncias tóxicas, criar uma nova realidade delirante, dominar as necessidades internas através de técnicas de meditação e ioga, fantasiar, fazer escolhas religiosas e, sem dúvida, sublimar as pulsões (Freud, 1930). Contudo, independente da saída adotada frente ao desprazer oriundo das restrições à sexualidade e agressividade, é a neurose, mediante o recalque como mecanismo de defesa, que concede ao sujeito satisfações substitutivas ou arranjos sintomáticos através dos quais expressam

formações de compromisso entre a vigência do princípio de prazer e de realidade. É então invariavelmente através do recurso à neurose, tal como o modelo organizado por Freud (1913; 1930), que o indivíduo paga o preço das restrições impostas pelo processo civilizatório: “uma pessoa se torna neurótica porque não pode tolerar a frustração que a sociedade lhe impõe, a serviço de seus ideais culturais”, afirma o autor (1930:94).

Nesse sentido, resultado dos conflitos intra-psíquicos entre princípio de prazer e princípio de realidade, ou entre a premência de satisfação das pulsões oriundas do isso e as restrições impostas pelo supereu, os sintomas neuróticos visam alguma acomodação que proporcione felicidade para o sujeito. Ainda, é claro, que esta felicidade seja substitutiva e que o sentimento de culpa inconsciente permaneça como um constante mal-estar vivenciado pelo sujeito civilizado já que os desejos sexuais e/ou agressivos persistem inconscientemente alcançando satisfação, embora apenas de maneira indireta pelas formações de compromisso. Certamente é alto o custo pago pelo processo civilizatório, mas, de qualquer maneira, como afirma Freud (1930:102): “a liberdade do indivíduo não constitui um dom da civilização.”

Seguindo-se o processo civilizatório conforme o modelo traçado por Freud (1913; 1930) verifica-se um paradoxo congregando malefícios e benefícios, pois as restrições e interdições impostas ao indivíduo pela realidade externa acabam favorecendo a neurotização, um malefício, portanto, uma vez que implica sempre numa quota de sofrimento psíquico. Por outro lado, essas imposições consistem igualmente em anteparos contra o que poderia ser experimentado como uma vulnerabilidade excessiva ou como desamparo, assumindo nesse sentido um caráter bastante benéfico.

Embora Freud não tenha produzido um estudo específico sobre o desamparo e não o tenha consagrado propriamente com o estatuto de conceito, verifica-se certa evolução teórica dessa noção que, para a vida psíquica, “indica os limites e as condições de possibilidade do próprio processo de simbolização” (Pereira, 1999:127). Objeto da investigação freudiana principalmente em 1895a e em 1926, o desamparo aponta diretamente para o funcionamento psíquico inteiramente à mercê do excesso pulsional, um emblema típico do estado de trauma gerador de angústia. Fruto do aumento da tensão interna, o desamparo reflete o sujeito submerso no excesso pulsional que o aparelho psíquico não é

capaz de dominar. Desse modo, o objeto adquire enorme importância, pois estando disponível para o sujeito, pode modular o excesso pulsional e assim tornar mais ou menos intenso o estado de desamparo.

No *Projeto*, texto ainda muito próximo da neurologia, Freud (1895a) se refere ao desamparo inicial do ser humano ao discutir a experiência de satisfação proporcionada no primeiro momento da existência excepcionalmente por ajuda alheia:

“Quando a pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno. A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação (...)” Freud (1895a:370).

Diante da estimulação endógena responsável pela tensão interna do aparelho psíquico, o organismo humano encontra-se a princípio incapacitado no sentido de promover ele próprio uma ação específica que suspenda essa tensão geradora de desprazer, isto é, de encontrar ele mesmo satisfação para as suas necessidades iniciais. Sendo assim, na situação de desamparo, trata-se da carência de ajuda externa para alcançar satisfação

Nesse contexto, a dimensão da pulsão de auto-conservação encontra-se em primeiro plano exigindo satisfação que o bebê ainda não pode atender por seus próprios meios. Submetido às exigências pulsionais, o ser humano depende enormemente no início da vida do cuidado, proteção e amor de certos objetos, dada a sua condição extremamente prematura em relação a outros animais (Freud, 1895a). O objeto possui assim enorme valor para o sujeito que se encontra no início da vida numa posição bastante vulnerável, à mercê dos excessos pulsionais, sem ajuda, desamparado¹.

Sem dúvida, são positivos para o psiquismo os efeitos das provisões proporcionadas pelo objeto no estado de desamparo. Freud (1895a) ressalta a descarga pulsional obtida com a eliminação da exigência que ocasionava desprazer, mas vai além e observa outros dois efeitos da ação específica por parte do objeto. Um deles consiste na mobilização de neurônios correspondentes à

¹ É esta condição que Laplanche (1988) retoma como a situação originária para a qual, revendo a teoria do apoio e alguns problemas que a atravessam, propõe a teoria de uma sedução generalizada (Scarfone, 1997a).

percepção do objeto que proporcionou satisfação, o que pode ser compreendido como a inscrição dos objetos no campo das representações. O outro efeito diz respeito ao registro no aparelho psíquico do movimento pulsional até alcançar a descarga, estabelecendo um percurso que funciona como facilitação para a obtenção de novas descargas. Esta discussão sobre os benefícios proporcionados pelo objeto no contexto do desamparo é ampliada no decorrer da construção do edifício psicanalítico.

Com efeito, do estado biológico de impotência da criança frente à satisfação de suas necessidades vislumbrado por Freud em 1895a, a noção de desamparo alcança a dimensão psíquica na qual, sob uma ótica quantitativa, enfatiza-se o excesso de excitação que incide sobre o aparelho psíquico vinculando o desamparo a uma experiência traumática (Pereira, 1999). O trauma é discutido por Freud desde os seus primeiros trabalhos, perpassando inicialmente a teoria da sedução (cf. Freud, 1893-5) e, em seguida, por ocasião da primeira metapsicologia, a ênfase na força violenta da atividade pulsional geradora de conflito (cf. Freud, 1905; 1915a). Até a primeira teoria das pulsões o aparelho psíquico funciona continuamente em função da atividade pulsional e sempre de maneira defensiva uma vez que é preciso escoar a energia excedente, seja a energia estrangulada relacionada ao trauma da teoria da sedução, seja a energia conflituosa da primeira teoria pulsional que precisa de caminhos substitutivos para obter satisfação (Souza, 2007). Em 1920, momento importante de virada na metapsicologia freudiana, o trauma é então formalizado teoricamente como o excesso de excitação que a camada protetora do aparelho psíquico, o pára-excitação, não tem como agenciar ligações, prejudicando conseqüentemente o seu funcionamento no sentido do princípio de prazer e tendendo à compulsão à repetição (Freud, 1920).

A partir das neuroses traumáticas e da brincadeira de crianças que transformam em jogo a experiência que lhes causou grande impressão, por mais desagradável que tenha sido, Freud (1920) demonstra uma tendência a retornar à experiência traumática. Em face do que se apresenta como uma compulsão à repetição de experiências que não comportam a possibilidade de prazer, Freud reformula a sua teoria vigente até então, pois justamente a fixação a experiências traumáticas comporta uma idéia de pane no funcionamento do aparelho psíquico incongruente com o regimento do princípio de prazer (Souza, 2007).

Utilizando então a imagem de uma vesícula viva para caracterizar a superfície do aparelho psíquico que exerce uma defesa contra as estimulações excessivas, Freud (1920) defende que a alta ou a baixa intensidade de investimentos dessa superfície está associada respectivamente à maior ou menor capacidade de sujeitar a energia que irrompe no aparelho psíquico. Desse modo, como atesta Garcia (2005:71): “Uma baixa intensidade vinculatória favorece, portanto, o impacto traumático.” A autora destaca nesse sentido a idéia freudiana de que um sistema suficientemente investido é decisivo na proteção contra a emergência do trauma e na preparação para lidar com o susto que agrava o trauma associado às neuroses traumáticas (Garcia, 2005).

Sendo assim, o aparelho psíquico submetido a uma situação de excesso pulsional poderosa o suficiente para romper o escudo protetor e transbordar os seus limites, tem o seu funcionamento normal atravancado ou a sua estruturação impedida, adentrando assim numa situação traumática em relação a qual precisa mobilizar contra-investimentos. Se suficientemente protegido em função de uma alta intensidade de investimentos do pára-excitação, certamente o aparelho psíquico tende a mobilizar contra-investimentos no sentido do princípio de prazer, como o recalque, mecanismo essencial para conter o aumento de tensão. Do contrário, o aparelho psíquico tende a mobilizar contra-investimentos além do princípio de prazer para, através da compulsão à repetição, tentar ligar as excitações e assim reduzir o excesso que o aflige (Garcia e Coutinho, 2004).

A questão do excesso que caracteriza o desamparo alcança então a reformulação da idéia de trauma no contexto da segunda teoria pulsional, ganhando ainda mais espaço na conjuntura da segunda teoria da angústia. Enquanto numa primeira referência teórica a angústia é considerada um efeito da defesa adotada pelo eu, na segunda teoria entende-se que a angústia irrompe inicialmente já em função do nascimento, este considerado traumático em função da condição de desamparo por excelência que marca o início da vida psíquica, sendo posteriormente reproduzida pelo eu como sinal (Freud, 1926). Nesta circunstância, a angústia é originalmente evocada frente ao perigo que representa a tensão excessiva despertada no nascimento, momento princeps do desamparo e, portanto, do trauma. Em seguida a essa experiência original, a angústia está fadada a eclodir sempre como sinal, como expectativa do estado de desamparo. Desse modo, a angústia ajuda o aparelho psíquico a prevenir-se do perigo a que

uma nova situação traumática o impeliria, seja esta oriunda da realidade externa ou interna. “Depois disso, diz Freud (1926:162), vêm os deslocamentos ulteriores, do perigo para o determinante do perigo – perda do objeto e das modificações dessa perda (...)”.

Embora para Freud (1920; 1926) a ênfase quanto ao desamparo, ao trauma e à angústia recaia principalmente sobre a questão do excesso pulsional e sobre a qualidade de preparação do aparelho psíquico para fazer frente a esse excesso, parece inegável a importância do objeto nesse contexto no sentido mesmo da proteção que ele exerce investindo o pára-excitação e dotando desse modo o aparelho psíquico de maior capacidade de enfrentamento da situação traumática de desamparo.

Numa discussão sobre a possibilidade do sujeito produzir um estilo para a sua existência, Birman (1993; 1995) retoma o valor do papel protetor desempenhado pelo objeto e sua incidência sobre a atividade pulsional, especialmente da pulsão de morte. Visando descarga, a pulsão de morte precisa ser submetida ao domínio de um trabalho de ligação para constituir um circuito pulsional submetido ao princípio de prazer/desprazer e dessa maneira inscrever-se no campo das representações. A ênfase do autor nesse sentido é justamente na intermediação necessária do objeto na constituição do circuito pulsional em função do intervalo radical entre as exigências muitas vezes incontornáveis da força pulsional que visa descarga e os instrumentos de simbolização disponíveis para o sujeito, do contrário, fazendo derivar o desamparo.

Até a montagem das pulsões num circuito, a situação do psiquismo é marcada pelo caos pulsional (Birman, 1995). Uma ordenação advém apenas num segundo momento, mediante a regulação de objetos que se prestem à satisfação. Antes disto, o sujeito encontra-se impelido aos impasses do indeterminismo, ou às imprevisibilidades dos objetos:

“(...) se a pulsão é fundamentalmente uma força que busca descarga e se a sua organização num circuito implica num trabalho fundado no outro, o sujeito está inevitavelmente lançado no horizonte da imprevisibilidade” (Birman, 1995:49-50).

Dessa maneira, os destinos das forças pulsionais dependem fundamentalmente do objeto como já indica Freud desde 1895a, mas perante a sua

imprevisibilidade, há invariavelmente um suspense acerca dos caminhos possíveis de satisfação. Além disso, mesmo sendo bem sucedida a montagem do circuito pulsional, a exigência de trabalho que a força pulsional exerce sobre o psíquico, principalmente em se tratando de pulsão de morte e o desinvestimento que ela provoca, revela a cada vez a insuficiência dos processos de simbolização instituídos, levando sempre à demanda de novas possibilidades de simbolização (Birman, 1995). Com isso, o desamparo fundamental está dado de uma vez por todas no intervalo radical e estrutural entre as exigências da força pulsional e os instrumentos de simbolização.

A tentativa de contornar o desamparo fundamental indica já um trabalho psíquico em curso e o movimento do sujeito no sentido de se posicionar em relação ao que a sua atividade pulsional o impele (Birman, 1995). Trata-se então de caracterizar o desamparo fundamental como motor da vida psíquica, sob um viés estruturante, constitutivo do sujeito. Por outro lado, quando o intervalo entre as exigências das pulsões e os processos de simbolização se mostra incontornável, o sujeito é assolado por um excesso caótico e trágico, exacerbando a sua condição de desamparo e, portanto, traumática (cf. Freud, 1920).

A questão principal quanto ao desamparo parece enfim relacionada à necessidade de agenciamento do trabalho de ligação que tem como efeito o domínio da força pulsional e a sua organização num circuito regulado pelo princípio de prazer/desprazer. Essa condição de ligação introduzida por Freud (1920) na virada para a segunda teoria pulsional pode certamente ser ampliada de acordo com a leitura pós-freudiana que se privilegia. Conforme a ênfase concedida pelos diferentes autores, acentua-se o papel da repetição e a desproteção ante a ameaça do outro gozador, como no caso daqueles que seguem a orientação lacaniana, ou valoriza-se o trabalho das defesas empreendidas pelo eu, sobretudo num posicionamento de concepção kleiniana (Souza, 2003). Já no referencial winnicottiano a questão recai ainda mais incisivamente sobre o papel do objeto, mas não num sentido de melhor equipagem do eu frente à condição de desamparo, pois este nem mesmo é previsto na indiferenciação inicial eu-objeto que se constitui para Winnicott como berço da criatividade inaugural da subjetividade (Souza, 2003).

Na verdade, não é possível atribuir ao pensamento de Winnicott a idéia de intervalo radical entre exigências pulsionais e processos simbólicos demarcando

um desamparo estrutural e com isso um processo traumático de constituição subjetiva (Abram, 1996; Dias, 2003). Numa concepção como esta toda a constituição do aparelho psíquico comportaria uma idéia de defesa incompatível com o pensamento winnicottiano que supõe, por sua vez, o objeto qualitativamente presente desde os primórdios da existência de maneira a facilitar o processo de maturação em curso (Souza, 2003).

Embora não se encontre propriamente uma concepção acerca do desamparo em Winnicott (cf. Abram, 1996 e Dias, 2003), talvez seja possível pensar segundo o seu referencial que desamparado é todo aquele que nos primórdios da vida psíquica não pode contar com a facilitação de um ambiente suficientemente bom ou que, dito de outro modo, é submetido a falhas ambientais precoces. Nessa perspectiva, a pré-subjetividade supõe todo um percurso em termos de desenvolvimento emocional primitivo que não dispensa objetos dispostos a proporcionar satisfação e cuidados iniciais em termos de *holding* e *handling* (Winnicott, 1945). Sem esse tipo de entorno, são engendradas defesas que interrompem o sentimento de continuidade do ser ao longo do tempo gerando vivências de ameaça de desintegração, isto sim, traumático e possível gerador de agonias primitivas quando se trata do colapso decorrente da experiência de desmoronamento (Winnicott, 1963). Estas agonias condensam para André (1999c) justamente uma idéia de desamparo extremo, anterior mesmo à angústia.

Assim, as distintas ênfases concedidas à concepção de desamparo no campo psicanalítico, parecem resumir-se, grosso modo, numa via traumático-constitutiva da subjetividade, *à la* Freud, Lacan, Klein, aqui de certo modo discutidas por Birman (1993; 1995), tanto quanto numa via traumático-impeditiva do desenvolvimento emocional, *à la* Winnicott (Souza, 2003). Trata-se nesse sentido de que a mediação proporcionada pelos objetos promove em relação ao desamparo um desdobramento futuro, sendo este considerado estrutural. Diferentemente, sem essa mediação, ou no seu afrouxamento, pouca consistência ou ainda escassa confiabilidade, instaura-se o próprio desamparo associado às agonias primitivas. Nesse caso, o sujeito fica à mercê das exigências pulsionais e ambientais, sem pára-excitação, sem contenção, ou senão sujeito a um mero envelopamento esburacado (Anzieu, 1985), configurando, portanto, uma condição propriamente traumático-patológica.

Certamente, a presença do objeto e os benefícios que ele favorece ao proporcionar satisfação instauram uma dimensão temporal no sentido de possibilitarem um desejo de repetição dessa experiência de satisfação no futuro, demarcando assim uma abertura do sujeito a um algo mais a devir, a uma aposta de futuro, a um tempo posterior a se estabelecer. Assim indica Birman (1995:50):

“Diante do imprevisível, o futuro é uma *construção* e uma *aposta* para o sujeito, que deve ser tecido a cada passo, considerando que as escolhas possíveis para o sujeito estão na dependência estreita da estese necessária para a produção do prazer”.

Birman (1995) trabalha nessa direção a idéia de que o sujeito pode desenvolver um estilo para a sua existência a partir do encontro com o objeto, no qual, havendo satisfação, experimenta-se uma espécie de estado de graça narcísica, um momento de estesia, isto é, de encontro com o belo, o belo da experiência de satisfação. Essa estese (cf. Birman, 1995) talvez seja similar ao que Freud (1930) menciona em termos de sentimento oceânico, subentendendo um encontro no qual, mesmo sob o risco de anulação de si na fusão com o objeto, instaura-se a possibilidade de um projeto estético para o sujeito, ou seja, a possibilidade de desejar repetir no futuro um encontro tão belo quanto o anterior. Isto implica na abertura à probabilidade de um rumo, de um sentido para a existência, semelhante ou novo em relação ao anterior. Assim, a estesia experimentada com o objeto funda o circuito pulsional sob o princípio de prazer produzindo um desdobramento para o futuro a partir do desamparo (cf. Birman, 1995), ou nem ao menos ocasionando o desamparo conforme pressupõe o referencial winnicottiano, mas, de qualquer modo favorecendo, uma experiência de temporalidade.

O tema da temporalidade encontra-se bastante presente na psicanálise, embora não possa ser uma dimensão propriamente atribuída ao inconsciente. Um dos modos pelo qual pode ser pensado já na obra freudiana refere-se ao intervalo temporal entre os dois princípios que regem o funcionamento mental (Freud, 1911): entre os momentos do desejo e o da satisfação, o psiquismo trabalha no sentido de construir representações do objeto de satisfação e assim ascender do processo psíquico primário ao secundário. Esse é um dos processos mais primitivos de simbolização e supõe a dimensão intervalar da temporalidade. Outro

exemplo é o tempo de espera na clínica para recordar, repetir e elaborar (Freud, 1914a), ou ainda o tempo para construir uma história da qual se tem somente as marcas (Freud, 1937b). Há ainda o tempo dos jogos identificatórios, do desenvolvimento e da regressão da libido, do trabalho de luto, do trauma, e provavelmente uma série de outros. Mas como a idéia de presente-passado-futuro supostos na temporalidade que perpassa a consciência se articula à experiência de encontro com o objeto e seus efeitos benéficos contra a situação traumática de desamparo?

Nicolas Abraham (1972), no trabalho *O tempo, o ritmo e o inconsciente*, refletindo sobre uma estética psicanalítica², refere-se à categoria da temporalidade como uma aquisição paralela à civilização, uma vez que se trata de uma dimensão “ignorada pelo processo primário do sonho e herdada do social pelo processo secundário do eu vigilante” (Abraham, N., 1972:90). A seu ver, a temporalidade consiste num “poder a adquirir, um bem a manipular”, resultando de um esforço do eu para introduzi-la onde objetivamente não existe. A temporalidade abarca desse modo um viés objetivo, próprio do social, imposto subjetivamente pelo princípio de realidade. Não obstante, Abraham (1972) propõe, além dessa, outra conotação acerca da temporalidade situando-a enquanto a singularidade do sujeito: uma temporalidade não apreensível pelo próprio eu, apenas por um outro e, ainda assim, de maneira não puramente objetiva. Trata-se nesse sentido de supor à temporalidade um estatuto simbólico cuja genealogia perpassa tanto a sucção, enquanto primeiro ato relacional, quanto o recalçamento.

Pensando em ambos os aspectos, na sucção e no recalçamento, Abraham (1972) trabalha sobre a gênese simbólica da temporalidade evocando como a sua estrutura mais primitiva a dupla tensão/descontração em jogo na articulação da cadência inicial marcada por dois tempos, o forte e o fraco, presentes na sucção. A repetição dessas marcações estabelece um ritmo de base bem representado em outra dupla, a saber, apetite/saciedade, que logo se multiplica em outras paridades instigando a repetição a fim de obter novamente a satisfação inicial, como indica Abraham (1972:105):

² N. Abraham (1972) se propõe a refletir acerca de uma estética psicanalítica não exatamente no mesmo sentido discutido por Birman (1995) a propósito da estese que marca o encontro entre sujeito e objeto na experiência de satisfação. O interesse de Abraham nesse trabalho é destinado, na verdade, a articular psicanálise e arte, especialmente a poesia.

Nada poderia representar melhor essa estrutura primordial da temporização do que a cadência em dois tempos – tempo-forte, tempo-fraco – da sucção como primeiro ato relacional. Eis o que a organização em paridade e em múltipla paridade estava destinada a negar simbolicamente: o desejo da facilidade de se satisfazer como outrora com uma primeira vitória obtida sobre a realidade pós-natal, pela introjeção da relação com o seio.

Trata-se de que apenas a regularidade da repetição das paridades não leva efetivamente à simbolização da temporalidade. É preciso antes um ato criador, causado por alguma modificação de intensidade, contratempo, perda de ritmo, quebra ou falha, tal como o recalque proporciona. Na verdade, frente ao desejo de repetir aquela primeira experiência de satisfação, incide o recalque e a partir dele o retorno do recalado, estando este já sob a condição de manifestação simbólica em função de formar um compromisso ante as restrições impostas pela realidade. Abraham (1972:94) propõe então pensar o instante do retorno do recalado como uma “utopia do presente”, expressão que utiliza para demarcar a impossibilidade de realização plena ou definitiva do desejo no momento presente que, no entanto, relança invariavelmente para um momento futuro através de uma nova busca de realização.

Segundo o autor, o retorno do recalado não se fixa numa realização definitiva e por isso é perene, estando sempre desatualizado no presente em relação ao desejo recalado, mas com isso requer novas tentativas de realização, anunciando um novo futuro a cada vez que se manifesta e assim subseqüentemente (Abraham, 1972). Desse modo, a realização no presente que expressa substitutivamente o desejo recalado instaura um futuro como potencialidade, como uma promessa de um devir e, ao mesmo tempo, instaura o passado a ele remetendo um desejo anterior de algo que já houve um dia, numa pré-história da existência.

O recalque demarca segundo Abraham (1972:94) a “tentativa incessantemente renovada de superar a ambigüidade essencial do ‘presente’ por um trabalho indefinido de simbolização de conflitos sempre renovados”. A temporalidade autêntica deriva assim, na opinião do autor, de um conflito efetivo do qual se origina o recalamento. Na sua repetição, o recalque mantém operante a experiência temporal e, portanto, “o desejo simbólico na forma de esperança” (Abraham, 1972:93).

Substancialmente, o desamparo, o trauma e a temporalidade reunidos constituem elementos significativos para a discussão do processo civilizatório que atravessa o indivíduo na medida em que requerem a presença de objetos disponíveis à satisfação e, ao mesmo tempo, contentores do universo pulsional. Presentes desse modo, os objetos não configuram de maneira patológica a situação traumática de desamparo fundamental, se assim concebível no enfoque teórico em questão e, além disso, engendram interdições ou anteparos para a sexualidade e agressividade favorecendo uma série de processos psíquicos e mecanismos como o recalque. Este mecanismo, uma vez centrado sobre a interdição do incesto, não apenas ajuda a organizar a vida em comum sob uma determinada ética, mesmo comportando um mal-estar, como também, desenhando a utopia do presente, instaura a esperança de um devir, de um futuro para o qual caminhar. Esta discussão provavelmente enaltece o recalque como um instrumento “retencio-protetional”, para utilizar uma expressão proposta por Abraham (1972:94). De todo modo, o recalque é mesmo o instrumento princeps para a compreensão da neurose enquanto marco da modernidade, instrumento que sugere, em última instância, uma síntese para o conflito intra-psíquico resultante do confronto entre princípio de prazer e de realidade, ainda que resulte num mal-estar.

Contudo, na contemporaneidade, a condição do mal-estar atrelado à neurose talvez precise ser repensada na medida em que o processo de civilização sofre determinadas mudanças normativas associadas principalmente ao que parece uma certa falência do papel desempenhado pelo objeto. Mizrahi e Garcia (2007) discutem sobre o papel protetor que o objeto desempenha no contexto do projeto moderno de liberdade e de autonomia para o qual apontam como imprescindíveis os suportes sociais. Sustentando-se nas contribuições de Castel, as autoras utilizam o trabalho como instrumento analisador da experiência subjetiva face ao corpo social e traçam o percurso de desprendimento dos suportes tradicionais que sustentavam a sociedade medieval, principalmente em termos de fidelidade hierárquica, rumo à promessa de liberdade pessoal. Esta promessa se instaura no início da era moderna com o crescimento do comércio e das primeiras formas do individualismo representada pelos trabalhadores desgarrados dos laços coletivos. Nessa direção, as obrigações e proteções medievais são pouco a pouco substituídas pelo suporte e garantias estabelecidos com o passar dos séculos

através de leis trabalhistas, organizações sindicais, instituições estatais que sustentam a produtividade capitalista em meio a liberdade que passa a atravessar as relações contratuais na modernidade em contraste com a obediência medieval.

Os sistemas de regulação forjados pelo Estado Moderno estabelecem parâmetros normativos que sustentam o projeto de liberdade individual. Entretanto, se por um lado esses parâmetros favorecem organização, estabilidade e previsibilidade para o indivíduo, por outro, eles asseguram o lugar do indivíduo como força de trabalho e assim a manutenção da produção que requer o mercado moderno. Na verdade, a preocupação de Mizrahi e Garcia (2007) não é defender a lógica de mercado pautada sobretudo sobre uma exploração capitalista. Longe disso. O ponto principal para as autoras é argumentar que as garantias, a segurança e a própria sobrevivência dos indivíduos na perspectiva contratual de mercado são asseguradas *apesar* da lógica de mercado moderna. Isto significa que, embora criticado por regular a vida individual e gerenciar o indivíduo como força produtiva (cf. Foucault, 1976, *apud* Mizrahi e Garcia, 2007), o Estado Moderno estabelece determinados suportes e enquadramentos que organizam o social. Nesse sentido, a disponibilidade de trabalho para todos ou de regulações jurídicas tolerantes à críticas e a rearranjos assegurariam a autonomia individual apesar da lógica de mercado capitalista. Na ausência desses suportes, produz-se senão uma sociedade permeada pela exclusão e vulnerabilidade, fato bastante presente na sociedade contemporânea.

Para Garcia e Coutinho (2004), a diluição dos suportes e balizas sociais que se presencia atualmente determina um indivíduo errante, sem amarras e à deriva, produzindo uma nova versão de individualismo cujo efeito sobre a experiência subjetiva aponta para a exacerbação do desamparo:

Sugerimos que a errância contemporânea traduz-se em uma modalidade de sofrimento psíquico, associado a uma situação de insegurança ou instabilidade identitária, exacerbada pela imposição da busca de prazer constante e sem restrições. Nossa suposição, referendada pela escuta clínica, é de que este estado de coisas apresenta-se subjetivamente por meio de diversas manifestações de sofrimento psíquico, articuladas a uma experiência de desamparo perturbadora (Garcia e Coutinho, 2004:131-2)

Faltam hoje, segundo as autoras, os aportes sociais que serviriam como suportes simbólicos e identitários para a metabolização e atribuição de sentido à

experiência subjetiva e civilizatória cotidianas. A falência desse papel enquadrante que seria desempenhado pela realidade externa remonta à experiência traumática de desamparo no plano intra-psíquico na qual o sujeito mergulha no transbordamento do seu excesso pulsional, sem objetos no seu entorno dispostos a ajudar a conter ou mesmo a barrar os seus excessos sexuais e agressivos (cf. Freud, 1930).

Com efeito, as satisfações proporcionadas por certos objetos assim como as interdições que eles promovem implicam na assertiva de que nem todo prazer ou satisfação é possível, embora, é claro, certas afecções como a neurose favoreçam formas substitutivas, aceitas socialmente, para realização do princípio de prazer, sem que o sujeito se veja obrigado a submergir nos excessos traumáticos do desamparo. Esta mesma lógica que prevê os suportes e interdições articulados à neurose na dimensão intra-psíquica e, por conseguinte, à organização da civilização (cf. Freud, 1930), pode ser pensada nos termos dos suportes e arranjos institucionais que na modernidade regulam a vida trabalhista embora visem proteger a força de trabalho e assim manter a produção exigida pelo mercado capitalista (cf. Mizrahi e Garcia, 2007). Para Bauman (1997), as intermediações institucionais da sociedade moderna representam justamente uma mínima garantia de que a felicidade individual pode ser almejada. Trata-se nesse sentido de efetivamente conceber uma positivação do mundo externo e da realidade que ele impõe, primeiro no âmbito intra-psíquico e, a seguir, intersubjetivamente.

A questão se complica na contemporaneidade em face do crescente aumento do desemprego e da dissolução das estabilidades empregatícias ocasionando de fato a exclusão e a vulnerabilidade no nível macro da sociedade e a exacerbação do desamparo no nível intra-psíquico (cf. Mizrahi e Garcia, 2007 e Garcia e Coutinho, 2004). Esta situação empurra o indivíduo cada vez mais à iniciativa pessoal e, portanto, à ruptura dos vínculos que outrora asseguravam para ele um lugar na sociedade capitalista.

Diversos autores no âmbito nacional e internacional, de diferentes campos de saber, problematizam atualmente o que parece se apresentar como declínio dos valores da sociedade tradicional, principalmente aqueles considerados como instauradores da autoridade, das leis e normas que favorecem a produção da neurose como subjetividade predominante e a organização da sociedade sob uma

certa ética. Nas crescentes produções bibliográficas a esse respeito³, as conjecturas acerca da sociedade contemporânea indicam geralmente uma postura passiva do sujeito frente ao triunfo sem reservas do individualismo associado ao consumo, à demanda incessante de prazer, às ilegalidades e ao culto ao corpo. Nesse contexto, parece mandatário para cada indivíduo negar o sofrimento e buscar desenfreadamente a felicidade individual, em vez de construir ou criar a vida em comum. A ordem do momento parece resumir-se em fruição, gozo e no dever de ser feliz imediatamente, levantando diretamente como questão o destino do mal-estar associado ao recalque e, portanto, à culpa, além da amarração passado-presente-futuro que comporta a dimensão da temporalidade.

Certamente não é ao acaso que cada vez mais aumentam na psicanálise as discussões sobre a hipótese de que o sujeito contemporâneo encontra-se extraviado da dimensão temporal (Bezerra Jr., 2000; Figueiredo, 2003; Kehl, 2009). Como manter a perspectiva utópica de presente de que fala Abraham (1972) se justamente impera a demanda de prazer irrestrito e imediato no mundo contemporâneo? Ou se são inconsistentes e diluídos os parâmetros para as identificações e construção dos ideais? Como pensar a dimensão subjetiva do tempo presente sem uma amarração ao passado ou ao futuro?

O projeto da modernidade, sob os auspícios de Descartes, consiste na tarefa metódica de empreender a ordenação sobre o caos, a cultura e a organização política sobre a natureza (Figueiredo, 2003). Nesse sentido, a própria produção de dualismos funciona como instrumento ordenador, como indicam as dicotomias mente e corpo, sujeito e objeto, indivíduo e sociedade. No processo de ordenamento da modernidade, alguns aspectos como as paixões são, no entanto, refratários demarcando uma desordem sempre recorrente, fato que leva a associar, por um lado, ordem e racionalidade e, por outro, desordem e afeto, caos e as paixões.

Sendo assim, desde o século XVIII, o Século das Luzes, o lema da construção de autonomia e de domínio racional da natureza se faz representar nos ideários utópicos que consolidam a burguesia, estando esta sustentada sobre o livre exercício da imaginação e deliberação do indivíduo no uso da sua

³Para mencionar algumas das referências psicanalíticas nacionais consultadas: Bezerra Jr. e Plastino, 2001; Plastino, 2002; Maia, 2003; Figueiredo, 2003; Peixoto, 2004; Costa, 2004; Birman, 2006; Cadernos de Psicanálise – SPCRJ, 2009.

racionalidade e não mais sobre hipóteses sobrenaturais acerca da realidade (Bezerra Jr., 2000). Nesse contexto, o indivíduo se torna agente no mundo, atribuindo sentido à vida a partir de si mesmo e não mais a partir de seres superiores como os deuses que deteriam o significado da vida: esta passa a ser “uma questão dos homens, em sua existência real, em sua experiência histórica” (Bezerra Jr., 2000:86).

No que diz respeito à experiência humana acerca da temporalidade, verifica-se que, aprofundada no século XIX e expandida no século seguinte, a transformação do mundo e de si mesmo sob o exercício da razão estabelece ideais em direção dos quais se deve caminhar, posto que funcionam como horizontes futuros seguindo para além do presente imediato (Bezerra Jr., 2000). Incitando à ação, esses ideais convocam o indivíduo racional a não se assujeitar ao destino imutável pautado nos ritmos e ciclos da natureza ou nas determinações divinas. Dessa maneira, a vida moderna não se caracteriza num fato já dado, a ser meramente reproduzido, ciclo após ciclo, pois é preciso agir no presente para fazer acontecer a existência no futuro.

Todavia, desde a segunda metade do século XX, a experiência do homem moderno acerca da temporalidade parece diluir-se velozmente no contexto das transformações da cultura atual, apagando-se a idéia de continuidade entre passado e futuro mediados pelo presente e as ações que esse espaço de tempo comporta para o devir:

“A percepção de que nos construímos no tempo, o sentimento da vida como um devir, experiências forjadas na constituição do mundo moderno, parecem ceder, jogando os indivíduos numa consciência do tempo que se esgota num presente continuado, que já não nos remete ao passado, nem nos interroga quanto ao futuro” (Bezerra Jr., 2000:92).

Nesse sentido, diferente do que ocorria nas sociedades modernas, a idéia do *continuum* de tempo se esmaece e já não cabe mais a simples e ao mesmo tempo complexa pergunta sobre o sentido da vida. O imperativo é saber usufruir ao máximo do que a vida apresenta e imediatamente. O sujeito da contemporaneidade encontra-se desse modo extraviado de sua dimensão temporal, não mais se interrogando sobre seu desejo e seus ideais, mas deixando-se guiar no intuito de otimizar o seu desempenho, procurando objetos e imagens para

disfarçar a “flacidez” (Bezerra Jr., 2000: 93) da sua vida psíquica e assim obter qualquer inquietação e ausência de imaginação.

Certamente as mudanças vivenciadas na sociedade contemporânea, caracterizadas pelas mudanças normativas anunciadas por Ehrenberg (1998) que incitam o indivíduo a engendrar-se a si mesmo sob a própria responsabilidade, intensificam a experiência de incerteza, de vulnerabilidade e de desamparo. Muito mais à mercê dos objetos, à deriva, sem amarras nem ancoradouros, submerso num tempo estagnado, carente mesmo de sua condição de utopia, o sujeito contemporâneo é atravessado pela experiência psíquica muito mais centrada na exigência de descarga pulsional do que na mediação sustentada por objetos que inaugurem o prazer/desprazer que assim dominaria a força pulsional. Assim, assolado pelo colapso psíquico sob a forma de desamparo e sem projetos futuros nos quais apostar ou pelos quais sofrer, o sintoma paradigmático do sujeito da contemporaneidade não mais enfatizaria a expressão de um conflito interno, mas um sofrimento pela *ausência* do conflito, exteriorizando-se oscilantemente entre um quadro de apatia psíquica, fadiga, fragilidade identitária ou ainda uma vaga depressão e o seu contraponto, a adição, a compulsão a ser gozada exaustivamente (Bezerra Jr.,2000).

Para Kehl (2009), os sujeitos contemporâneos encontram-se imersos numa relação brutal com o tempo na medida em que praticamente resumem as suas vidas à experiência de velocidade, a um tempo sôfrego imposto pelo capitalismo. Nesse sentido, a depressão encarna para a autora o diagnóstico mais direto de quem é atravessado atualmente pela temporalidade que, acelerada, depaupera a vida subjetiva no sentido da sua singularidade. Seguindo Fédida (2001), a autora acredita que na depressão o tempo está justamente estagnado no momento imediato, no tempo que não passa, pois está em suspenso, sem ancoradouro ou representação de devir, constituindo-se então na melhor forma de estancar o tempo veloz da sociedade contemporânea (Kehl, 2009).

Seguindo-se então o pensamento de Kehl (2009), em função da experiência atual da sociedade com o tempo, a depressão se situa na contramão do tempo da sociedade capitalista, afrontando a adaptação à velocidade exigida na atualidade:

Analisar as depressões como uma das expressões do sintoma social contemporâneo significa supor que os depressivos constituam em seu silêncio e em seu recolhimento, um grupo tão incômodo e ruidoso quanto foram as históricas no século XIX. A depressão é a expressão de mal-estar que *faz água* e ameaça afundar a nau dos bem-adaptados ao século da velocidade, da euforia prêt-à-porter, da saúde, do exibicionismo e, como já se tornou chavão, do consumo generalizado (Kehl, 2009:22).

Nesse sentido, a depressão se constitui segundo a autora num indicativo do mal-estar na civilização contemporânea. É justamente nesse viés da depressão como modelo emblemático do sofrimento na atualidade que Ehrenberg (1998) situa o indivíduo contemporâneo incitado a emergir na auto-produção de si mesmo num contexto de fragilidade das leis morais e das tradições, de diluição das referências simbólico-institucionais, cristalizando-se então a idéia de que tudo é possível. Nessa conjuntura, o indivíduo atual, conforme indica Ehrenberg (1998), é impelido à iniciativa, à autonomia e a se responsabilizar ele próprio pelo seu existir, tendo que fazê-lo no vácuo dos seus sustentáculos: justamente o indivíduo desamparado anunciado por Freud! Se já é difícil para o sujeito apaziguar o seu desamparo por estar sempre na dependência de objetos imprevisíveis que façam alguma mediação aos seus excessos de pulsão de morte para assim inserí-las num circuito pulsional (Birman, 1995), imagine sem esses objetos para oferecerem algum contorno frente à exigência de forjar a si próprio!

É então nas exigências do social contemporâneo carente de sustentáculos simbólico-institucionais que Garcia (2005) identifica em Ehrenberg (1998) a idéia de excesso e, portanto, traumática, no que tange ao campo social. Desamparado pela diluição dos suportes institucionais e ainda exigido a desempenhar uma *performance* de sucesso, o indivíduo contemporâneo envergonha-se ao não conseguir fazê-lo e mergulha numa tragédia existencial de insuficiência. Nessa perspectiva, o conflito deixa enfim de ser o núcleo da constituição subjetiva que redundava na neurose enquanto um drama da culpa e sobrevém a depressão como tragédia da insuficiência (Ehrenberg, 1998).

Sendo assim, o que acontece hoje, tanto na clínica quanto na cultura de modo mais amplo, parece ser exatamente uma urgência em tão logo diagnosticar a dor e, de preferência, medicalizá-la, aplacando rapidamente o que faz sofrer e proporcionando felicidade e bem-estar imediatos, pois algo diferente disso significa estar fadado ao desamparo. Não àquele desamparo estrutural que

encontra positividade com a presença de objetos que se disponham a estar presentes e a se oferecer como contornos possíveis, mas àquele desamparo traumático, patológico, do fracasso e da insuficiência, que fundamenta tantas queixas de depressão. Nesse sentido, parece então bastante cabível o discurso dominante da sociedade contemporânea que situa a depressão como a grande epidemia do século atual.

2.2 – A hipótese da depressão como epidemia na sociedade contemporânea

Ehrenberg (1998), sociólogo francês, na terceira parte de sua pesquisa sobre os contornos do indivíduo contemporâneo, situa a depressão como o termo que revela atualmente as diferentes faces da infelicidade humana, articulando uma perspectiva *sociológica* a uma *psiquiátrica* e os entrecruzamentos que ambas produzem com a *psicanálise*. Enquanto a perspectiva social diz respeito a mudanças normativas profundas nos modos de vida e tem no termo depressão a definição das aflições humanas, a perspectiva psiquiátrica se refere à captação da depressão pelo olhar médico, sobretudo a partir da difusão dos antidepressivos, com destaque para o Prozac, medicamento que vêm de encontro à expectativa social de se ver livre de sofrimento. Ehrenberg amplia então nesses dois campos o debate acerca da depressão como o grande modismo psicopatológico do século atual acentuando a decadência da referência ao conflito no engendramento das relações consigo mesmo e com o social.

A perspectiva sociológica discutida por Ehrenberg (1998) abarca as mudanças normativas ocorridas na sociedade com o declínio da modernidade. De modo geral, o modelo disciplinar de gestão de condutas, as regras de autoridade e de conformidade às interdições, regulam as normas sociais na modernidade e desenham um paradigma de culpabilidade pautado sobre uma polaridade definida em termos de permitido-proibido (Ehrenberg, 1998). O conflito é a referência estruturante tanto para o nível pessoal, íntimo, cujos efeitos remontam diretamente para os processos de simbolização, sobretudo os neuróticos, quanto para o social, político, cujas evidências evocam as divisões sociais de classes, de blocos político-econômicos e os seus respectivos embates como núcleo da política democrática.

Na experiência conflitual, o sujeito moderno sofre os efeitos das interdições morais institucionais, sejam estas familiares, estatais, religiosas, sobre a sua sexualidade e agressividade, e assim adentra no processo civilizatório, sendo a própria sociedade balizada pelos conflitos de interesses dos diferentes grupos que se estabelecem. De fato, verifica-se tanto no nível íntimo quanto político as formações de compromisso já anunciadas por Freud (1930) entre cultura e natureza, entre a razão e as paixões, ou entre a racionalidade já atravessada pelas interdições morais e a sexualidade e agressividade humanas. Pressupõe-se então nesta perspectiva moderna uma interioridade regida pelo indivíduo, e não mais pelo divino como outrora, e, já no fim do século XIX, é perfeitamente cabível uma concepção de psíquico propício à reflexão quanto aos dilemas pessoais situados entre a ambição de seguir o próprio caminho e se soltar das tradições, estimulando as interrogações identitárias e as angústias acerca da existência (Ehrenberg, 1998). No cenário da modernidade “os nervos fazem a sua aparição na cultura e na medicina: eles desenham uma representação nova do homem, de uma só vez mais instintual e mais reflexiva” (Ehrenberg, 1998:47; minha tradução).

O indivíduo moderno é dotado de uma interioridade e por isso é passível de sofrer dos nervos como reação às exigências sociais (Ehrenberg, 1998). Cada vez mais solicitado por essas exigências, ele vê aumentar sem precedentes o seu gasto de energia que se recupera apenas insuficientemente já que também se eleva sua pretensão de usufruir, aproveitar, desfrutar das facilidades, luxos, refinamentos que a vida moderna oferece. Nesse contexto, a neurastenia qualifica a doença da vida moderna, congregando em si a dimensão nervosa da fadiga industrial ocasionada pela trepidação dos novos tempos (Beard, 1884, *apud* Ehrenberg, 1998).

Grosso modo caracterizada pela manifestação de fraqueza, falta de apetite, insônia, dor de cabeça e nas costas, cansaço psíquico, a neurastenia preocupa principalmente em função do esgotamento intelectual e fadiga física ocasionados pelas mudanças introduzidas na vida social com a modernidade (Ehrenberg, 1998). Nas nações civilizadas, o aumento das exigências sociais e econômicas, inclusive a maior possibilidade de deslocamento espacial facilitada pelos trens, ao mesmo tempo aterrorizantes pelos acidentes catastróficos que ocasionam, mobilizam cientistas, intelectuais e a opinião pública a situar a neurastenia como

um problema funcional em reação às transformações que irrompem nas grandes cidades.

Efetivamente, a idéia de *doença dos nervos* ou de *nervoso* se impõe em todos os campos da vida moderna como efeito das exigências sociais e tem na neurastenia a sua expressão mais significativa. Na condição de problema funcional, a neurastenia torna relevante a idéia de que o indivíduo é dotado de uma interioridade passível de sofrer os efeitos das demandas exteriores, em detrimento de um modelo de doença pautado na lesão ou na degenerescência:

“A neurastenia é o ponto de partida de uma atenção nova, social, ao sofrimento através do nascimento do problema funcional. Este tem como base a noção de exógeno: alguma coisa que vem do exterior provoca conseqüentemente uma transformação interna, uma reação patológica da pessoa. Ela torna inútil a referência à hereditariedade para explicar um comportamento ou um sentimento mórbido” (Ehrenberg, 1998:44; minha tradução).

A interioridade individual comporta então uma permeabilidade à exterioridade, podendo adaptar-se ou reagir patologicamente às demandas sociais, sem que a doença dos nervos implique numa degenerescência contra a qual não se pode lutar. Mais próxima da idéia de síndrome, isto é, uma reação patológica, a neurastenia se destaca como a doença da moda no mundo moderno, resultando da pressão intensa e repetida sobre o sistema nervoso, supondo não apenas a condição de sofrimento psíquico quanto a possibilidade de tratamento (Ehrenberg, 1998). Vale acrescentar que este tratamento pode acontecer não mais nos asilos, como indicado desde Pinel para o tratamento das alienações mentais, mas através da medicina liberal, abarcando, sobretudo, uma clientela burguesa.

Todavia, alguns problemas se impõem no modismo da neurastenia. Ela agrupa sob a designação de *nervoso* uma série de sintomas que resultam numa confusão diagnóstica entre diferentes quadros clínicos, incluindo histeria, hipocondria e melancolia, sobretudo para os olhos menos treinados (Ehrenberg, 1998). Certamente não é por acaso o interesse de Freud (1895b[1894]) em escrever o artigo *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’*, já que, para ele, algumas diferenciações parecem absolutamente necessárias, como apresenta na sua correspondência a Fliess. Uma questão significativa nesse sentido, e que preocupa não apenas Freud, diz respeito ao modo pelo qual as exigências sociais da vida

moderna afetam o sistema nervoso, sendo Charcot, personagem importante no estudo moderno da histeria, quem direciona essa discussão promovendo uma “psicologização do trauma” (Ehrenberg, 1998:50; minha tradução).

Segundo Charcot (*apud* Ehrenberg, 1998), os sintomas desenvolvidos por pacientes afetados por um choque na ocasião de algum acidente, embora semelhantes a sintomas neurológicos, consistem em conversões histéricas. Os sintomas histéricos indicam desse modo um processo de auto-sugestão, tal como o que se verifica na sugestão por hipnose, através do qual engendra-se internamente o trauma vivenciado no exterior: “A amnésia, o êxtase místico ou a paralisia de um membro são a maneira pela qual o sujeito reage (patologicamente) ao choque que ele recebeu se auto-sugestionando sob o modelo da hipnose” (Ehrenberg, 1998:51; minha tradução).

Os estudos de Charcot favorecem a compreensão da maneira pela qual o trauma externo incide subjetivamente sobre o sujeito assim como o entendimento da neurose enquanto uma doença mental sem subsídio orgânico embora não sem causa. Na sua esteira e com direcionamentos distintos, destacam-se Freud, por um lado, e Janet, por outro, na atualização da concepção de *nervoso* predominante naquele momento (Ehrenberg, 1998). Janet (*apud* Ehrenberg, 1998) associa a causa da histeria a um déficit ou insuficiência da capacidade de síntese psicológica, propondo a existência de uma dissociação na psique histérica desenhando a personalidade em termos de dupla consciência a que cabem medidas reparadoras e restauradoras como a técnica hipnótica voltada para o esquecimento. Para ele, “A hipnose é uma franca direção de consciência: ela pretende fazer desaparecer da memória a lembrança do acontecimento que causou a doença” (Ehrenberg, 1998:55; minha tradução).

Seguindo o modelo deficitário da psique, a perspectiva de Janet propõe pensar que as doenças funcionais resultam da impossibilidade de adaptação às exigências externas, o que se diferencia da concepção de Charcot para quem as doenças funcionais são uma reação às exigências externas. Para Janet, o déficit na psique causa uma depressão ou esgotamento que, diminuindo a força ou a tensão da atividade mental, serve de vetor para os problemas da personalidade ou da vontade, determinando, respectivamente, a histeria ou a psicastenia (Ehrenberg, 1998).

Em contrapartida, para Breuer e Freud (1893), inicialmente, a histeria deriva do impedimento à ab-reação ocasionado pela exposição ao trauma, ou seja, a origem do sintoma histérico remonta à liberação insuficiente da quantidade de afeto evocado como reação ao acontecimento traumático. Provocada sob hipnose ao longo de um processo psicoterápico, a ab-reação produz um efeito catártico desfazendo o quadro patogênico histérico. Freud certamente avança no esclarecimento da etiologia da histeria que se torna arcabouço para o edifício psicanalítico construído a seguir, abrangendo tanto a idéia de conflito, recalque, inconsciente, fantasia, transferência, quanto o método de tratamento pela associação livre, sendo abandonados a hipnose e o método catártico.

Se Charcot psicologiza o trauma, Freud, por sua vez, paulatinamente consolida a noção de psíquico, de inconsciente e estabelece o modelo conflitual intra-psíquico estruturado pela função simbólica da lei que se opõe ao desejo, organizando as relações entre as instâncias psíquicas e também a intersubjetividade. A instituição do conflito conforme o modelo freudiano caracteriza então basicamente a individualidade moderna, pressupondo-se para tal a prevalência do recalque como mecanismo de defesa e da histeria como o principal expoente psicopatológico de um sujeito atravessado pela culpa (Ehrenberg, 1998).

No decorrer das transformações normativas iniciadas na modernidade e intensificadas na contemporaneidade, principalmente a partir das duas Guerras Mundiais, as exigências sociais no sentido da emancipação das tradições sobrecarregam o indivíduo (Ehrenberg, 1998). Exacerbadas ainda mais pelos movimentos de emancipação e liberação dos anos 60 e 70, elas incitam o indivíduo à iniciativa individual, intimando cada um a tornar-se si próprio com inteira responsabilidade por sua vida e, na maioria das vezes, sem o suporte das tradições que lhe serviam antes de parâmetros. Emancipado e liberado, o íntimo não se restringe mais ao privado e invade o espaço público, o indivíduo passa a ser o seu próprio dono, o indivíduo soberano, numa referência a Nietzsche (1964, *apud* Ehrenberg, 1998), que só se parece consigo mesmo e que tudo pode, posto que nada lhe seja realmente proibido. A forma comum de vida deixa de ser pautada sobre a culpabilidade moderna associada às interdições, ao proibido, e desliza cada vez mais para a responsabilidade, pautada por sua vez sobre a polaridade possível-impossível (Ehrenberg, 1998). O indivíduo dócil e obediente

cede lugar ao indivíduo soberano de quem se espera iniciativa e aptidões, expectativas diante das quais, em caso de fracasso, o faz mergulhar num sentimento de insegurança identitária, impotência e insuficiência, solo fértil para irromper a depressão pautada no modelo deficitário que acaba prevalecendo na sociedade atual.

Adentrando-se numa perspectiva psiquiátrica, verifica-se o sucesso da depressão na atualidade muito atrelado às promessas de bem-estar e de cura anunciados pelos medicamentos a partir da segunda metade do século XX (Ehrenberg, 1998). De certa maneira, essa perspectiva perpassa três momentos, sendo o primeiro deles fruto da influência que a psicanálise freudiana exerce sobre a psiquiatria. Aguiar (2004) retrata essa influência no contexto da história da psiquiatria norte-americana, sobretudo com o desenvolvimento da psicobiologia de Adolf Meyer, considerado grande expoente da psiquiatria nos EUA no início do século XX. Sob influência da teoria freudiana, Meyer valoriza a história de vida dos pacientes como elemento etiológico importante na causação dos transtornos mentais opondo-se dessa maneira ao modelo nosológico de Kraepelin que sustentava prioritariamente uma abordagem descritiva das entidades mórbidas: “Meyer exigia de seus discípulos estudos atentos da personalidade e dos antecedentes pessoais de seus pacientes, entendendo o processo de adoecimento como uma reação que envolvia aspectos físicos e mentais” (Aguiar, 2004:32). Através da psicobiologia propagam-se as técnicas psicanalíticas no terreno psiquiátrico do mundo ocidental promovendo a ampla aceitação da psicanálise no período seguinte às guerras mundiais através do que se chamou “psiquiatria psicodinâmica” (Aguiar, 2004:34).

Nos anos 70, no entanto, a aliança entre psiquiatria e psicanálise se rompe em função de um declínio da referência ao conflito como baliza primordial para a constituição subjetiva (Ehrenberg, 1998). As mudanças normativas indicam que a definição de sujeito não se sustenta mais sob a incidência da lei que configuraria predominantemente um quadro neurótico. Tem-se então um sujeito emancipado dos dramas da culpabilidade, porém submerso nos dramas da responsabilidade e da ação. Ehrenberg convida dessa maneira a pensar a depressão como uma saída para recobrir a desconflitualização, sendo a depressão nesse segundo momento da perspectiva psiquiátrica não uma patologia atribuída à infelicidade resultante de

um conflito, mas uma patologia da mudança, ou melhor, da insegurança associada a um indivíduo ocupado em libertar-se e ser apenas si mesmo.

Vale notar que face à ruptura da influência da psicanálise sobre a psiquiatria determinando o que parece uma desconflitualização pautada nos dramas da culpa, ganha força o viés biológico da psiquiatria. Angariando espaço desde a década de 50, principalmente com o advento dos medicamentos psicotrópicos, com os avanços nas pesquisas no âmbito da genética e das neurociências e com o desenvolvimento biotecnológico, a psiquiatria biológica remedicaliza a psiquiatria que parecia desmedicalizada sob a influência da psicanálise (Aguilar, 2004).

A partir dos anos 80 um terceiro momento se solidifica no âmbito psiquiátrico, já sob a égide da psiquiatria biológica, cujas pesquisas, com o advento dos medicamentos, precisam estar baseadas em dados empíricos e experimentais e considerar rigorosos critérios diagnósticos (Aguilar, 2004). Nesse momento, consolidado com a publicação do DSM-III, instrumento diagnóstico objetivamente descritivo e a-teórico, com aceitação mundial, e o que parece uma reafirmação das idéias de Kraepelin sobre as bases biológicas da distinção entre os transtornos mentais, a depressão irrompe finalmente como a doença da moda, sendo um diagnóstico bastante explorado pelas campanhas publicitárias da indústria farmacêutica, principalmente em função do antidepressivo Prozac divulgado na mídia em larga escala (Aguilar, 2004).

Contudo, para Ehrenberg (1998), o modismo da depressão traz em si embutido problemas que remetem a uma crise da cura tanto no campo da psiquiatria quanto no da psicanálise. Na psiquiatria, uma situação paradoxal abarca tanto os remédios, especialmente evidenciada com os antidepressivos, quanto a noção de cura propriamente. Trata-se de que os antidepressivos encarnam o mito da droga perfeita, pois suscitam esperanças fantásticas ao sustentarem a redistribuição eficaz das quantidades de energia no aparelho psíquico, agindo sobre os afetos ansiosos e depressivos e assim proporcionando maior tonicidade e domínio sobre si mesmo, estando-se doente ou não.

Não obstante a promoção de conforto e bem-estar e até mesmo promessa de cura, os antidepressivos requerem na maioria das vezes a continuidade no seu uso para fins de manutenção. O que para muitos pacientes se traduz em qualidade de vida, pode implicar paradoxalmente em cronicidade tal como uma “diabetes

mental” (Ehrenberg, 1998:245; minha tradução), e os estudos epidemiológicos já apresentam os prognósticos desfavoráveis das depressões, principalmente por resistirem aos tratamentos, reincidindo ou remitindo apenas parcialmente. Esse quadro prolonga indeterminadamente a prescrição medicamentosa e implica numa *lógica de acompanhamento* do tratamento em substituição a uma *lógica de cura* que conduziria naturalmente à interrupção do tratamento quando do restabelecimento do paciente, e, desse modo, os deprimidos passam à condição de crônicos:

“Se a psiquiatria tende a empregar o modelo do diabético insulino-dependente para neutralizar as dificuldades de cura, os ‘deprimidos’ se encontram a partir de agora na mesma situação que os psicóticos: as fases agudas da patologia suficientemente bem sob controle, mas a cronicidade sendo a regra” (Ehrenberg, 1998:253; minha tradução).

Paradoxalmente situado então entre a possibilidade de maior qualidade de vida e a dependência medicamentosa, o tratamento por depressão atravessa, além disso, uma banalização excessiva na prescrição dos medicamentos antidepressivos (Ehrenberg, 1998). Esta ocorre mesmo a partir de outras especialidades da medicina que não a psiquiatria, uma vez que o campo de ação desses medicamentos se estende sobre uma ampla gama de quadros clínicos. Certamente há efeitos colaterais previstos nas medicalizações a longo prazo, como os que pesam negativamente sobre a memória ou sobre a cognição e que ainda podem estar relacionados com o aumento das taxas de suicídio e com o estabelecimento de dependência física ou psíquica. Todavia, na maioria das vezes ignora-se o risco desses efeitos colaterais ao longo de uma prática medicamentosa indiscriminada como ainda espera-se que o antidepressivo desempenhe um papel semelhante ao das drogas ilícitas que dispensam o diagnóstico psicopatológico ao determinarem novos estados mentais. Nesse sentido, a crise da cura no campo psiquiátrico de que fala Ehrenberg (1998) refere-se à banalização da especificidade da depressão enquanto patologia, à perda de limites do que é doença de fato, reacendendo o debate entre normal e patológico, além de evocar a propagação e reforço da adição medicamentosa.

Similarmente ao que ocorre na psiquiatria, também na psicanálise refere-se a uma crise da cura no que diz respeito à ascensão da depressão como a doença da moda na contemporaneidade: a questão é que enquanto a psiquiatria prioriza uma

abordagem biologizante, a psicanálise enfatiza uma abordagem subjetivante, arriscando-se tal como aquela a uma leitura reducionista do sujeito (Ehrenberg, 1998). Além disso, no caminho da cura, o longo tempo empregado nos tratamentos analíticos pode representar tanta dependência quanto aquela suscitada no contexto psiquiátrico pela necessidade de manutenção da medicalização. Isto faz com que “a cronicidade não seja sem dúvida monopólio da psiquiatria biológica” (Ehrenberg, 1998:257; minha tradução).

Contudo, talvez o elemento mais significativo quanto à crise da cura na psicanálise em relação ao modismo da depressão aponte para o declínio da importância concedida ao conflito no engendramento do sujeito, justamente o fundamento da concepção primordial da psicopatologia preconizada por Freud (Ehrenberg, 1998). De modo geral, na perspectiva freudiana o sintoma neurótico e as demais manifestações do inconsciente indicam formações de compromissos entre os interesses do princípio de prazer e aqueles impostos pelo princípio de realidade, cujas interdições e restrições são empreendidas desde dentro do aparelho psíquico em função das identificações sedimentadas no supereu. Freud (1933) destaca nesse cenário a servidão do eu às exigências impostas pelos seus três severos senhores, o isso, o supereu e a externalidade, indicando como intuito terapêutico do processo analítico “fortalecer o eu, fazê-lo mais independente do supereu, ampliar seu campo de percepção e expandir sua organização, de maneira a poder assenhorear-se de novas partes do isso” (Freud, 1933:84). Resumindo, ele assinala: “Onde estava o isso, ali estará o eu” (Freud, 1933:84).

É claro que outros elementos ampliam a discussão sobre a cura na psicanálise. Entretanto, focalizando a diluição das tradições normativas da modernidade, em que se esgarçam os contornos e as interdições que se colocavam antes como parâmetros para o indivíduo, o conflito, cujo ápice pode ser figurado na vivência edípica, talvez não ocupe mais o primeiro plano na organização da psique e do social. Nesse sentido, o indivíduo se encontra num caminho em que tudo é possível, diferentemente de estar submetido à lógica do proibido e da culpa (Ehrenberg, 1998). Interessa então questionar se o intento primordial da cura em psicanálise persiste na ampliação do domínio do eu sobre o isso, como pressupõe a indicação de Freud (1933), uma direção que como se sabe determina uma clínica que valoriza os conteúdos recalçados, constituídos no âmbito conflitual.

Para Haynal (1977), na psicanálise contemporânea, a liberação de uma parcela da sexualidade ou da agressividade recalçadas passa de fato para um segundo plano. A hipótese do autor é de que a geração atual é menos submetida a restrições e interdições do que as gerações modernas levando, no mínimo, o superego a estruturar-se de modo diferente daquele que se espera como resultado do atravessamento da vivência edípica e dos tabus que ela impõe. Além disso, depara-se muito mais na clínica atual com manifestações que expressam a exacerbação do desamparo e, portanto do trauma, “vividos como uma ferida narcísica” (Haynal, 1977:117; minha tradução). Nessa conjuntura, o autor acredita que talvez deixe de ser tão fundamental para a psicanálise perseguir na clínica o caminho da cura pautado sobre a vivência edípica-conflito-recalque, o que indicaria um caminho de busca do mito das origens. Na verdade, diferentemente, Haynal aposta que o caminho da cura na psicanálise contemporânea visa muito mais a busca da “origem do mal”:

“(...) a questão mais fundamental da psicanálise não é, no meu ponto de vista, o ‘mito das origens’, mas sim a *origem do mal*. O mal enquanto perturbação do equilíbrio interior, fonte de sofrimento, de inquietude, de angústia, de dor psíquica, enfim, daquilo que também se designa ‘frustração’” (Haynal, 1977:118; grifos do autor; minha tradução).

Perseguir o caminho da origem do mal na cura psicanalítica significa no pensamento do autor considerar antes de tudo a experiência do mal como equivalente da experiência de limites. Esta, por sua vez, é colocada em primeiro lugar pela situação traumática de desamparo em função do limite que a perda da simbiose impõe à onipotência infantil. As considerações de Haynal (1977) são desenvolvidas no trabalho *O sentido do desespero. A problemática da depressão na teoria psicanalítica*, por ocasião do XXXVI^e Congresso de Psicanalistas de Língua Romana. Nesse trabalho, o autor retoma a noção de trauma/desamparo de Freud (1926) concedendo ao humor depressivo um lugar central dentre os estados afetivos do sujeito em função das perdas e da necessidade do processo de luto já desde a situação traumática de desamparo associada ao nascimento. O humor depressivo manifesta nesse sentido o luto associado à perda da onipotência experimentada com o desamparo. O sentimento de inferioridade, de resignação e de incapacidade diante de situações traumáticas marcadas pela perda denota assim

a restrição à onipotência e, portanto, a experiência de limites que, para o autor, é a experiência do mal com que o sujeito tem que se a ver:

A experiência de limites é a experiência do *mal* do qual se gostaria de se livrar, mas que sempre reaparece, compulsão à repetição experimentada como um traço *demoníaco*. Os demônios não estão no exterior, eles fazem parte da interioridade. Pode-se apenas *deslocar* os limites, nunca suprimi-los, sobretudo considerando-se que a onipotência seria ausência total e utópica de interdição, fusão a dois, ausência do Terceiro num mundo sem luto (...) (Haynal, 1977:10; grifos do autor; minha tradução).

A experiência de limites ou do mal referidos por Haynal relaciona-se na verdade ao estado depressivo pelo qual passa todo ser humano, primeiro constitutivamente e, em seguida, em diferentes momentos da vida. O que, no entanto, não faz de todos os sujeitos deprimidos é a possibilidade de restaurar o objeto perdido no interior do aparelho psíquico, por identificação, um processo que requer um trabalho de luto, é verdade, e que, para tal, requer antes a presença de objetos (Haynal, 1977). Desse modo, a cura da psicanálise contemporânea na visão do autor remonta a momentos primitivos da existência, caminhando pela possibilidade do sujeito conhecer os próprios demônios, ou seja, buscar a origem do mal e assim encontrar as experiências de limites que o deprimiram. Empreender o luto em função das perdas vivenciadas nas experiências de limite indica a possibilidade de restaurar uma situação interior satisfatória ou uma condição narcísica menos ferida.

A leitura de Ehrenberg (1998) acerca da frouxidão e do esgarçamento dos limites verificados no contexto das mudanças normativas que atravessam a sociedade contemporânea corrobora a proposta de Haynal (1977) quanto ao caminho da cura na psicanálise se distanciar do mito das origens e, portanto, da referência ao Édipo, e se aproximar da origem do mal. Esse caminho da cura se aproxima do desamparo e do trauma vividos de maneira exacerbada pela sociedade atual que, inscrita por isso numa problemática narcísica, se apresenta mais suscetível ao sentimento de impotência, inferioridade e incapacidade que ocasionam a depressão. Talvez seja mesmo possível por esse viés endossar a leitura de Ehrenberg (1998) de que atualmente vive-se efetivamente o declínio da referência ao conflito e à neurose e tem-se uma epidemia de depressão.

Com efeito, o mal-estar na cultura atual demonstra o sofrimento decorrente da insegurança identitária como resultado das exigências sociais e econômicas somadas à precariedade da vida privada, estando esta liberada das amarras que subjetivamente constituíam interditos e favoreciam conflitos (Ehrenberg, 1998). Portanto, muito mais submetido ao desamparo como uma situação traumática do que engendrado no conflito, o indivíduo contemporâneo submetido ao excesso de exigências sem referências como parâmetros, tem a depressão como a patologia da sua insuficiência.

Psiquicamente, custa caro fazer frente às exigências normativas atuais, pois, além da fadiga mental, os fracassos no plano profissional, familiar, afetivo podem se acumular e rapidamente produzir uma situação de exclusão social, de retraimento, de depressão. Nesse caso, a prescrição de psicofármacos fomentada em larga escala pela psiquiatria biológica tem a sua legitimidade garantida, ainda que atravesse uma crise da cura produzindo tratamentos de manutenção, tal como ocorre com os insulino-dependentes. A garantia da atuação psiquiátrica nesse sentido é autorizada explicitamente por duas vias: pela demanda social implicada em alcançar a suficiência performática almejada; e pela própria psiquiatria biológica que, por sua vez, reforça através da prática medicalizante a idéia de déficit que embasa a demanda social, podendo mesmo alargar essa idéia e incluir sob a mesma perspectiva as feridas narcísicas primárias e o sentimento de vazio que elas expressam indicando também a medicalização como uma medida reparadora para as patologias sob esta problemática, como os casos-limite.

De outro modo, fracassado e fora do alcance dos milagrosos medicamentos da felicidade, o indivíduo fica à mercê do déficit, da insuficiência, da depressão. Pouco importando, assim parece, se essa depressão diz respeito à dimensão do conflito ou das fragilidades narcísicas, como sugere a perspectiva psicanalítica, pois o que parece prevalecer é mesmo a dimensão do déficit, evocando talvez as concepções desenvolvidas por Janet na explicação da impotência do viver contemporâneo. Cansado de tornar-se si mesmo sem interdições ou parâmetros, o indivíduo da sociedade atual paralisa ou estanca através da depressão diante do ditame subentendido de que tudo é possível, ou seja, da mensagem subentendida de ser capaz de tudo num contexto em que as limitações morais diminuem e os envelopamentos psíquicos se desvanecem da cena íntima e da articulação do social ocasionando a desmesura ou o excesso da

emancipação e da ação. O risco a que leva esse esgarçamento das institucionalizações é aumentar sobremaneira a responsabilidade individual levando à percepção de que nada é realmente possível, ou de que se é incapaz de qualquer coisa ou insuficiente para atender a qualquer demanda.

Impelido a produzir a si mesmo através de seus próprios recursos, sem jamais conseguir fazê-lo suficientemente, o indivíduo contemporâneo oscila então entre a pane depressiva e a medicalização/drogadição, utilizando este recurso para tamponar o seu déficit, estimular a sua apatia e cansaço, regular os seus impulsos ou ainda suplantar a sua compulsão. Na verdade, a figura radical do homem soberano que prevalece na contemporaneidade pode ser facilmente representada no drogadito pelas rupturas que promove com as fronteiras do possível e do permitido à procura de sensações para suplantar a sua condição de permanente intranqüilidade, disposto a pagar com a dependência o preço da liberdade sem limites (Ehrenberg, 1998).

Sendo assim, no plano sociológico, a epidemia da depressão indica a elevada prevalência do indivíduo em pane pela incerteza da sua suficiência em corresponder com sucesso na atualidade às exigências de tornar-se si mesmo tendo apenas a si próprio como parâmetro, o que naturalmente se configura num excesso de tensão determinando uma experiência traumática de desamparo. A depressão é dessa maneira perfeitamente identificável como diagnóstico dominante da sociedade atual.

Entretanto, do ponto de vista clínico, se a neurose é vinculada ao conflito na modernidade, como se define o estatuto clínico da depressão na contemporaneidade? Encontra-se para essa questão duas direções na leitura de Ehrenberg (1998) que se colocam a partir do que o autor identifica como o *crepúsculo da neurose*. Uma delas consiste justamente em desconsiderar a etiologia como um problema e elaborar critérios diagnósticos padronizados que possam servir como bons guias para identificar a depressão. Nesse contexto, ganham a cena os manuais classificatórios como o DMS-IV ou a CID-10 que, numa vertente médica, tendem a conceber o indivíduo basicamente como objeto de sua doença. A outra direção segue a influência da psicanálise e concebe uma personalidade depressiva, pautada na idéia de que a síndrome depressiva não é psicótica ou neurótica, mas um “estado-limite” (Ehrenberg, 1998:134), justamente por não estar pautada sobre uma dimensão conflitual:

A 'personalidade depressiva' é incapaz de fazer advir seus conflitos, de representá-los, ela se sente vazia, frágil e tem dificuldades em suportar frustrações. Daí a sua tendência a adotar comportamentos dependentes e procuras por sensações. Numa linguagem psicanalítica diz-se que a personalidade em questão se situa menos no registro conflitual que num registro dito clivado, caracterizado por uma espécie de rachadura interna na qual os elementos não estão nem em conflito e nem em relação: o indivíduo é dominado por um sentimento de insuficiência (Ehrenberg, 1998:134-5; minha tradução).

Situando-se no domínio da clivagem e não do recalque, a figura contemporânea da depressão nessa segunda direção identificada por Ehrenberg evoca o que se considera neste trabalho como os casos-limite. Segundo o autor, o estatuto clínico da depressão nessa vertente coloca muito mais em jogo a clivagem do que o conflito ou a culpa, referindo-se ainda ao déficit, à insuficiência, à vergonha e à impotência narcísica impostos pela liberação psíquica experimentada numa condição traumática de desamparo que deixa as marcas de uma fragilidade narcísico-identitária bastante referida a esses casos.

Ambas as direções frente ao declínio do conflito, médica e psicanalítica, são de certo modo compreensíveis, o que não quer dizer, no entanto, que sejam aceitáveis. De todo modo, uma questão relevante para a psicanálise é o que passa a ocupar o lugar do conflito no declínio da referência a ele como marco constitutivo da subjetividade. O declínio da referência ao conflito na cena psíquica emperra o funcionamento sob o princípio de prazer deixando o sujeito cada vez mais exposto ao desamparo, à mercê do excesso de tensão e, portanto, traumatizado, sem uma organização subjetiva que favoreça a inscrição da temporalidade e com ela a possibilidade de um futuro como direção para a qual caminhar. Em relação à sociedade, esse indivíduo, fragilizado narcisicamente, se considera aquém dos ditames performáticos exigidos. Deficitário e insuficiente, ele expressa o vazio como sintoma dominante, situando-se entre a depressão, como recuo ou estancamento frente ao mal vivenciado traumáticamente como desamparo, e o seu contraponto, a adição, o comportamento compulsivo-dependente (Haynal, 1977).

Falar do vazio não é tarefa simples dadas as diferentes discussões que o tema pode originar e as formas que pode assumir (Da Poian, 2001)⁴. Souza

⁴ A *Nouvelle Revue de Psychanalyse* dedica em 1975 um número específico sobre esse tema, *Figures du vide*, no qual é possível encontrar trabalhos consagrados até hoje em função da

(2000), particularmente, trabalha essa diversidade em torno de duas conotações psicanalíticas a que o termo remete. Na primeira, tendo a teoria lacaniana como referência, o autor evoca o vazio constitutivo, referido à falta primordial do objeto de completude, objeto mítico. Perdido desde sempre e por isso mesmo sendo primordialmente traumático, o objeto da falta ajuda a promover o trabalho representacional impulsionando o sujeito do desejo, submetido à castração, a se relançar no seu movimento pulsional produzindo algo disso que falta e que encontra expressão através das formações do inconsciente. O autor sugere também outra conotação para o vazio seguindo uma linhagem traçada pelos teóricos das relações de objeto que atribui ao vazio um sentido mais penoso, de sofrimento, de mundo interior desértico em função de estar atrelado às falhas na estruturação narcísica e, portanto, à fragilidade das fronteiras intra-psíquicas e intersubjetivas (Souza, 2000).

Ambas as perspectivas propostas por Souza acerca do vazio, ou seja, o referencial lacaniano e o dos teóricos das relações de objeto desenham, respectivamente, por um lado, teorias psicanalíticas que subentendem a diferenciação eu-objeto já nos primórdios da existência, instituindo uma clínica de interpretação do desejo e de responsabilização, num contexto edipiano, sendo o modelo da neurose o seu melhor exemplo. Por outro lado, a proposta pautada nas relações de objeto inclui teorias que supõem a indiferenciação inicial constituindo um campo de experiência mãe-bebê pré-subjetivo, permitindo uma clínica que contempla as necessidades psíquicas primitivas, como a constituição de envelopamentos para conter e modular a atividade pulsional e então favorecer a expressão dos desejos, uma clínica que inclui os casos-limite enquanto patologias narcísicas (Souza, 2000)⁵. Nesse contexto de questões primitivas em que a situação traumática de desamparo assume proporções patológicas, a conotação de sofrimento assinalada pelo autor em relação ao vazio parece equivalente ao vazio

profundidade e atualidade na abordagem sobre o vazio em psicanálise. Para mencionar alguns dos trabalhos reunidos na publicação deste número, especificamente: O eixo narcísico das depressões (Rosolato, 1975); O medo do colapso (Winnicott, 1963); O *self* em branco (Giovacchini, 1972); O tempo morto (Green, 1975b).

⁵ O esquema proposto por Souza (2000) para compreender o vazio não contempla especificamente o espaço potencial estabelecido pela transicionalidade (cf. Winnicott, 1971) ou mesmo o espaço intersticial dos envelopes psíquicos marcados por uma dupla-face (cf. Anzieu, 1985), duas perspectivas das teorias das relações de objeto em que o vazio é suposto, porém não no sentido de sofrimento ou de ser habitado por nada, mas pelo paradoxo experimentado na ausência que é presença potencial (cf. Green, 1975a).

como sintoma dominante do indivíduo contemporâneo deprimido (cf. Haynal, 1977).

Nesse viés, o diagnóstico dominante de depressão na sociedade contemporânea corresponderia então na psicanálise ao vazio enquanto reflexo de traumas vivenciados no contexto das relações primárias. Por conseguinte, os pacientes desse modo identificados na clínica psicanalítica seriam referidos às patologias narcísicas, dentre elas os casos-limite. Mas seriam enfim os casos-limite a face clínica por excelência da depressão anunciada como a doença da moda na contemporaneidade? Se a discussão é encaminhada dessa maneira, então, pode-se pensar que a epidemia de depressão na contemporaneidade corresponde a uma epidemia de casos-limite segundo o referencial psicanalítico. Faz-se necessário, portanto, repensar essa questão do ponto de vista da psicanálise.

Finalmente, pode-se dizer que numa perspectiva sociológica de fato a depressão pode ser a face emblemática do mal-estar contemporâneo, talvez até mesmo correspondendo a uma epidemia na contemporaneidade. Esse discurso dominante atualmente é certamente sustentado pela psiquiatria, principalmente em função da ênfase concedida ao déficit, ao defeito, à vergonha, à incapacidade de corresponder às exigências sociais excessivas, sempre passíveis de superação via medicamentos e atrelada a toda a série que vem em conjunto: a necessidade de manutenção da medicalização, a dependência e a cronicidade.

Já no âmbito da psicanálise, o declínio da referência ao conflito e, conseqüentemente, a maneira precária pela qual se constitui o aparelho psíquico, escraviza o sujeito às agruras do vazio psíquico estabelecendo uma problemática de perda de objeto, de constituição subjetiva e narcísica, o que de fato é muito mais condizente com os casos-limite, mas mantendo em aberto, no entanto, a questão quanto a correspondência entre esse tipo de problemática e a depressão. A menos, quem sabe, que se relacione desamparo/ trauma/ feridas narcísicas/ insuficiência/ depressão/ casos-limite. Seria esse o caminho para definir o estatuto clínico da depressão na contemporaneidade?

2.3– Depressão/melancolia: uma discussão em curso

A referência à epidemia da depressão nos dias de hoje envolve uma discussão que abarca tanto a sociologia, quanto a psiquiatria e a psicanálise (cf. Ehrenberg, 1998). Contudo, a tarefa de delimitar o estatuto clínico da depressão

nesse discurso dominante atual da sociedade necessita de algumas balizas, principalmente porque a concepção da depressão esbarra na de melancolia determinando uma discussão em curso ao longo da história agravando-se ainda mais na clínica contemporânea na medida em que se avança no estudo dos casos-limite.

A depressão consiste num diagnóstico oriundo da psiquiatria referindo-se a quadros clínicos caracterizados por perturbações no humor ou na afetividade, principalmente relacionadas ao que se verifica em termos de rebaixamento, diminuição, perda, redução. Os ditames para esta compreensão são sustentados hoje pela CID-10 (OMS, 1992) e pela DSM-IV (APA, 1990), publicações que prezam por descrições clínicas e diretrizes diagnósticas sem pretenderem alguma implicação teórica, como de fato assumido no texto que introduz a CID-10:

Estas descrições e diretrizes não contêm implicações teóricas e não pretendem ser proposições completas acerca do estágio atual de conhecimento dos transtornos. Elas são simplesmente um conjunto de sintomas e comentários sobre os quais houve uma concordância por parte de um grande número de conselheiros e consultores em muitos diferentes países como sendo uma base razoável para definir os limites de categorias na classificação de transtornos mentais (OMS, 1992:2).

Essas diretrizes constituem-se então na reunião de conjuntos de sintomas e comentários razoavelmente consensualizados internacionalmente para orientar a definição dos diferentes quadros psicopatológicos. No contexto dessas referências (APA, 1990; OMS, 1992), o diagnóstico de depressão, seja leve, moderado ou grave, é considerado um episódio ou um transtorno recorrente do humor e deve reunir como sintomas pelo menos o humor deprimido, a perda de interesse e prazer, a redução de energia, a fadiga e a diminuição generalizada na atividade. Além desses sintomas, também podem ocorrer alterações no sono e no apetite, redução da concentração e da atenção, assim como da auto-estima e da autoconfiança, idéias de culpa e de inutilidade, pessimismo em relação ao futuro e ainda idéias ou atos auto-lesivos, incluindo o suicídio (OMS, 1992).

Efetivamente, a depressão é uma categoria diagnóstica historicamente construída na psiquiatria, responsável apenas na década de 50 do século XIX por determinar um novo rumo no que até então vinha sendo concebido como melancolia (Vertzman, 1995). Embora o termo *depressão* já viesse sendo utilizado em expressões que serviam à discussão de determinados quadros

psicopatológicos, como *causas morais depressivas* numa referência ao quadro de estupidez, são os trabalhos de Baillarger, Falret e Griesinger (*apud* Vertzman, 1995) que modificam radicalmente a concepção sobre melancolia e preparam o caminho para a psiquiatria moderna de Kraepelin. O tratado deste psiquiatra já na oitava edição apresenta finalmente a depressão como um dos estados da psicose maníaco-depressiva abarcando, por sua vez diferentes formas de melancolia, afecção que tende a desaparecer na psiquiatria enquanto entidade mórbida (Vertzman, 1995). É claro que muito se caminhou até se chegar a esse ponto dadas as reformulações que se sucederam desde as primeiras indicações quanto aos humores, na época clássica, para circunscrever o que então se denominava melancolia.

Numa perspectiva histórica, a referência aos transtornos de humor se inicia, portanto, pela melancolia. Na vasta literatura disponível sobre o assunto, encontra-se na mitologia grega as primeiras menções ao sofrimento condizente com a melancolia (Solomon, 2001; Peres, 1996, 2003). Numa época em que a insensatez ou irracionalidade do comportamento humano é atribuída à interferência dos deuses, o mito de Belerofonte, na *Ilíada*, de Homero, faz referência ao herói condenado pelo ódio dos deuses a vagar na solidão e no sofrimento após cometer a grave infração de tentar ascender ao Olimpo, julgando-se vaidosa e arrogantemente mais forte que Zeus e os demais deuses reunidos (Brandão, 1987). Afligido por uma nuvem negra de angústia, ele é obrigado a se destinar para longe do convívio dos homens e a perambular sozinho com o coração atormentado, desenhando então uma imagem mítica de infelicidade que evoca a melancolia (Peres, 1996)

No século IV a.C., a melancolia é apresentada como uma entidade clínica por Hipócrates, no âmbito da teoria dos humores, segundo a qual todas as doenças da alma são físicas por excelência, sendo a saúde o efeito do equilíbrio entre os quatro humores representados pelo sangue, fleuma, bile amarela e bile negra (Juranville, 2005). Associada ao desequilíbrio da bÍlis negra, humor natural frio e seco, a melancolia consiste, tal como a mania, numa loucura crônica sem febre. Todavia, enquanto a mania se apresenta com excitação, a melancolia se faz perceber pelo abatimento, tristeza, angústia, acabrunhamento e dor moral e tendência ao suicídio, assim como na aversão ao alimento, desencorajamento, insônia, irritabilidade e nervoso.

De certo modo a teoria humoral de Hipócrates no que diz respeito à melancolia parece similar à leitura que se faz sobre a depressão nos manuais psiquiátricos classificatórios da atualidade nos quais tanto o quesito humor é central como também a descrição dos sintomas parece similar. Entretanto, esta possível semelhança é inconcebível uma vez que a concepção de Hipócrates quanto ao humor refere-se a uma condição de equilíbrio no corpo compreendido como uma totalidade que inclui a mente, como, aliás, era a diretriz do pensamento na Grécia Antiga (Lima, 1996)⁶. Para Hipócrates, o humor depende de quatro elementos primários irreduzíveis, ar, água, fogo e terra que, conforme a sua fluidez e capacidade de combinação, compõem no corpo os quatro humores enquanto elementos secundários cujo estado de equilíbrio implica na saúde e nos quatro temperamentos ou faculdades da alma: o sanguíneo, o fleumático, o colérico e o melancólico, respectivamente (Lima, 1996). O humor, no sentido hipocrático encontra-se então submetido a critérios da natureza (os elementos primários) que, embora sejam evidências concretas e físicas, uma vez presentes no corpo, determinam o temperamento ou os aspectos subjetivos (elementos secundários), incluindo assim a mente na compreensão do corpo e demarcando uma visão ampla do sofrimento da qual muito parecem se distanciar os manuais classificatórios em vigor na atualidade.

Especialmente em relação à melancolia, a teoria humoral de Hipócrates passa por complexificações e persiste até o século XVII (Juranville, 2005). Com efeito, Aristóteles considera que, em função da temperatura fria da bÍlis, a melancolia se caracteriza pelo torpor, desespero e medo, ou, em caso de bÍlis quente, enlouquência e frenesi, ou ainda, em função de uma temperatura moderada, a melancolia suscita a genialidade de homens extraordinários (Trillat, 1986). A idéia da melancolia afetando a inteligência e conferindo um grande privilégio ao espírito já havia sido cogitada por Hipócrates e é reforçada por Aristóteles que retoma de Platão a noção de *loucura divina* associando a melancolia aos gênios poéticos e filosóficos e às vocações heróicas como a do personagem mitológico Belerofonte (Juranville, 2005).

⁶ Tânia Andrade Lima é arqueóloga e no artigo aqui referido, publica parte de sua pesquisa de pós-doutorado em história social do Museu Paulista da Universidade de São Paulo onde, a partir de descobertas obtidas em escavações arqueológicas sistemáticas em diferentes pontos do estado do Rio de Janeiro, constata resquícios ou mesmo a sobrevivência da teoria dos humores de Hipócrates nas práticas médicas em voga no território carioca, ainda no século XIX.

No século I, a teoria dos humores prossegue com Areteu da Capadócia, clínico que diferencia doenças agudas e crônicas e que reconhece a melancolia como sendo distinta da histeria, da epilepsia e da mania, embora associada à mania (Trillat, 1986). Acreditando numa relação circular entre os humores e as emoções, Areteu propõe que o nível de bile negra pode se tornar agitado nas circunstâncias de desalento e raiva desmedidos, ocasionando não apenas a afecção melancólica como inaugurando também um quadro melancólico em que a agitação maníaca mostra-se considerável.

Galeno, no século II, “último grande médico da Antiguidade” (Trillat, 1986:36) também dá prosseguimento à teoria hipocrática dos humores, reformulando, no entanto, os escritos antigos para a forma através da qual perduram até o Renascimento. Anatomista, fisiologista e conhecedor da filosofia de Platão e de Aristóteles, Galeno aprofunda uma separação entre filosofia e medicina acreditando que a alma é material e não imortal, estando associada portanto ao corpo físico e sendo graças a ela que um órgão como o encéfalo pode funcionar. Segundo então a hipótese de Galeno, os humores se tornam afecções por um processo de intoxicação que se apodera do corpo, seja como um veneno contrário à própria natureza, seja por uma predisposição do corpo (Trillat, 1986). Com esse pensamento e, além disso, aderindo ao monoteísmo cada vez mais dominante na sociedade ocidental, o anatomista abre as portas para as crenças que se seguirão durante a Idade Média quanto a explicar a melancolia vinculada às forças maléficas e anti-naturais que se apoderam do corpo.

Todavia, embora com Galeno a medicina restrinja o seu campo de investigação à materialidade deixando aos teólogos e filósofos as questões sobre a imortalidade da alma, o cristianismo ascendente no século III passa a englobar por longo tempo o campo médico, como resume Trillat (1986:40):

“As manifestações mais espetaculares, mais teatrais, mais intrigantes, aquelas precisamente que a Antiguidade havia atribuído desde sempre às causas físicas, ao útero, a seus caprichos ou a seus humores, aparecem de agora em diante como os efeitos de uma punição divina, também como os de uma possessão diabólica, à qual se oporão orações e exorcismos”.

Sendo assim, da Idade Média, com a forte influência do catolicismo, até o advento do alienismo como uma especificidade da medicina, com Pinel, no século XVIII, o entendimento da melancolia sofre as confrontações entre idéias religiosas

e médicas (Solomon, 2001). Sob a ordem paradigmática da Igreja durante a Idade Média, a desordem da mente ou a perda da razão significa o desfavorecimento divino devendo por isso ser moralizada pela punição que consiste em trabalhos manuais, reclusão e, durante o século XIII, multas e aprisionamentos. Ao longo dos séculos em que prepondera o poder religioso, o padecimento psíquico é um acometimento assustador, pois representa diretamente a encarnação de uma alma pecadora pelas forças anti-naturais emanadas pelo diabo (Solomon, 2001).

A afecção melancólica, especialmente, é considerada a predileta para a possessão demoníaca já que o negro característico do humor melancólico, a bile negra, evoca as trevas, a obscuridade e a morte atribuídos ao ser das trevas, o demônio (Trillat, 1986). Ocorre que a possessão diabólica escolhe apenas uma morada predisposta para tal, ou seja, um corpo no qual a alteração da bile negra já produziu a melancolia, daí derivando o fato de que “Nem todos os melancólicos são necessariamente possuídos, mas todos os possuídos, ou endemoninhados, são melancólicos” (Trillat, 1986:45).

A melancolia demonstra na Idade Média a luta entre bem e mal que prevalece por muitos anos, pois supõe a invasão audaciosa e maléfica do demônio que diminui a luz da alma, divina e benéfica, no momento mais claro do dia, ou na aurora da vida como se poderia pensar: a melancolia é o demônio do meio-dia que arranca a alma de Deus⁷ (Solomon, 2001). Moralizada pelo clero num período em que prevalecem os ditames dos pecados capitais, a melancolia é referida ao pecado da *acedia* que indica negligência a qualquer esforço⁸, podendo agravar-se pela apatia, sonolência, desânimo, desalento e inquietação (Solomon, 2001).

Quanto ao Renascimento, trata-se da “idade de ouro da melancolia” (Juranville, 2005:29; minha tradução), pois existe uma receptividade ao acometimento melancólico em função dos avanços nos estudos físico-matemáticos que relativizam o lugar da Terra no Universo descentrando o homem das verdades divinamente reveladas a favor das certezas descobertas. Ocorre nesse momento um “desencatamento do mundo” (Juranville, 2005:34; minha tradução) em face dos avanços científicos que, ocasionando ao homem a experiência de

⁷ O *demônio do meio-dia*, invariante do estado melancólico em diferentes épocas e civilizações (Juranville, 2005), é também o que inspira Solomon (2001) na confecção do título de seu livro por acreditar que “descreve exatamente o que se experimenta na depressão” (Solomon, 2001:271).

⁸ A *acedia* negligencia o esforço mesmo para a provisão das necessidades vitais, sendo por isso muitas vezes considerada preguiça, maneira pela qual, aliás, traduz-se a *acedia* no século XII (Solomon, 2001).

perda da posição terrena de centro do universo, leva ao sofrimento melancólico. Diante desse sofrimento a criação artística se mostra uma alternativa, pois promove um re-encantamento do mundo através da criação de objetos. Podendo servir-se do sofrimento, o artista forja através da sua técnica um objeto novo, reacendendo uma luz sobre a natureza, porém sob a ótica humana, nem mágica, nem divina, mas bela:

Arte e saber racional enfatizam de fato dois caminhos bem diferentes. Se o científico mortifica a natureza até reduzi-la a fórmulas matemáticas, o artista re-engendra na sua relação com ela alguma coisa da ordem do sagrado que se exprime num júbilo de formas, de cores, de elementos de construção, etc., suscetíveis de restituir uma relação com o ser que escapa do quadro da realidade empírica... Lá onde o desespero melancólico se alimentava no não-sentido e na ruína do mundo... o júbilo estético repousa sobre um universo de sentidos. O ‘milagre’ da obra de arte é o efeito do trabalho de engendramento de um objeto novo, objeto inscrito no mundo (...) (Jurenville, 2005:35; minha tradução).

Através então da criação de novos objetos, o artista promove um re-encantamento do mundo congregando no belo da sua obra de arte a racionalidade da sua técnica e o divino observado na natureza. Assim o fazendo, o artista eleva a melancolia a uma perspectiva positiva, não-patológica, a uma “boa melancolia” (Jurenville, 2005:35; minha tradução), sugerindo até mesmo a retomada da idéia aristotélica de tê-la como fonte de inspiração para as genialidades intelectuais e artísticas. A melancolia perde assim a sua áurea de pecado adquirida na Idade Média, sobrepujando gradualmente a teoria da possessão demoníaca e assumindo uma conotação romantizada e até mesmo valorizada como um estado da alma mais brilhante do que sombrio (Solomon, 2001).

No século XVI, a melancolia desponta como uma das figuras da loucura, circunscrita pelas idéias delirantes que o indivíduo pode desenvolver acerca de si que, no entanto, permanecem isoladas e sem comprometer o conjunto da razão (Foucault, 1972:262). Ainda assim, o enaltecimento da melancolia como condição de erudição e genialidade perdura durante o século XVI ainda no contexto da teoria dos humores, embora cresça o interesse pelo estudo da mente, valendo notar nesse sentido a importante referência que representa a obra de Robert Burton, *The anatomy of melancholy*, em três volumes, cinco vezes re-editada no seu tempo (Solomon, 2001).

No início do século XVII, disseminam-se as idéias de Descartes, sendo talvez a mais importante para o pensamento *psi* aquela que prega a separação entre mente e corpo em que o exercício mesmo da razão inscreve-se na soberania da mente sobre o corpo (Foucault, 1972). Dito de outro modo, são cada vez mais valorizados a razão e o pensamento como expressão de domínio da sensatez no intuito de perceber o que de fato é verdadeiro na natureza. Desse modo, a loucura é concebida justamente como a condição de impossibilidade do pensamento ou de destreza da razão. Conseqüentemente, o razoável desatino pressuposto na melancolia até então, na condição de atributo bem-quisito dos gênios ou de idéias delirantes sobre si que não comprometem o conjunto da razão, pode interferir doravante no exercício da liberdade.

O século XVII, época da razão e também da Grande Internação nos asilos que compõem o Hospital Geral, trava-se um debate acerca da origem da melancolia (Foucault, 1972). Provavelmente esse debate se articula à divisão cartesiana que leva a pensar na loucura como desrazão. Se por esta concepção o louco pode ser retirado do convívio social em função da sua impossibilidade de exercício da razão, também a melancolia deve ser questionada pelo fato de pressupor um delírio, o qual, mesmo sem comprometer totalmente a razão, por si só já indica uma ruptura da mente e, portanto, da racionalidade (cf. Foucault, 1972). Será então a melancolia, assim como a loucura, reflexo da desrazão e por isso justificativa para o seu asilamento? Ou a causa dessa afecção se deve a alterações no corpo que afetam o cérebro?⁹ E, nesse caso em particular, isto impediria o asilamento da melancolia? Esses questionamentos são algumas hipóteses que embasam o debate sobre a origem da melancolia no início do século XVII. Neste momento, faz-se necessário melhor situar a melancolia nas controvérsias teóricas inauguradas com Descartes, controvérsias que enfatizam ora a mente, ora o corpo, e então incluir a melancolia na condição de loucura, sob o ditame da razão e da disciplina que prepondera sobre a sociedade.

A moralização da sociedade sob o ditame da razão e da disciplina se estabelece como uma das respostas à crise econômica que afeta o mundo

⁹Nesse sentido podem ser citadas as referências à teoria dos vapores ácidos e corrosivos que contaminam o sangue degenerando-o (Willis, apud Foucault, 1972) ou ainda a teoria dos sólidos e fluidos que, em função da rigidez das fibras corporais levam à inibição melancólica ou, em função da fluidez do sangue, este carrega-se de atrabilis, pesa e comprime o sistema nervoso instalando também a melancolia (James, apud Foucault, 1972).

ocidental, sendo as internações do século XVII condizentes com o ideal atribuído à burguesia de moralizar o espaço social (Foucault, 1972). Trata-se de engendrar uma “cidade moral” (Foucault, 1972: 76) que segrega autoritariamente e arbitrariamente na clausura dos muros do Hospital Geral os pobres, compreendidos como os sem trabalho ou vagabundos, ou seja, toda a negatividade que se encontra fora dos limites da ordem burguesa. O louco, que então inclui também o melancólico como uma figura da loucura, alienado dessa ética laborativa e por isso ocioso, torna-se assunto de polícia: “Polícia, no sentido preciso que a era clássica atribui a esse termo, isto é, o conjunto das medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele” (Foucault, 1972:63).

A partir da segunda metade do século XVIII, na Idade da Razão, após a Revolução Francesa ocorrida em 1789, através de Pinel, a psiquiatria desponta como um ramo da medicina e se ocupa da alienação mental enquanto enfermidade no âmbito das paixões associada a uma desorganização das funções intelectuais (Foucault, 1972). Pinel é efetivamente responsável pela construção das bases do que se convencionou chamar de *síntese alienista* (Amarante, 2007). Escrevendo o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*, Pinel elabora a primeira nosografia classificando as alienações mentais que finalmente se consolidam no âmbito médico, estabelece o alienismo como um braço da medicina e assim a profissão de alienista para o médico que se ocupa desse tipo de enfermidade, funda os manicômios que seriam os primeiros hospitais psiquiátricos e ainda propõe o tratamento moral como primeiro modelo de terapêutica para o qual o isolamento deve ser pré-condição (Amarante, 2007). Nesse contexto, o alienado mental, acometido pelo distúrbio das paixões, ganha pela primeira vez o direito de ser escutado, compreendido e tratado.

Nas bases traçadas por Pinel, a melancolia é alçada à condição de alienação mental, submetida igualmente a uma sistematização médica, saindo da cena das controvérsias entre mente e corpo e desbancando por fim a teoria humoral de Hipócrates (Vertzman, 1995). A classificação proposta por Pinel distribui-se entre idiotia, demência, mania e monomania, sendo a melancolia contemplada nas monomanias, sem caracterizar-se necessariamente pela tristeza ou alegria, mas por idéias fixas, restritas a faculdades psíquicas isoladas e,

justamente por isso, tendo melhor prognóstico que os demais tipos de alienação quando submetida a tratamento (Vertzman, 1995).

Esquirol (1820), discípulo de Pinel, propõe uma alteração na categoria das monomanias, distinguindo-a em duas outras: monomania, por um lado, para designar os pacientes que manifestam “um delírio parcial com uma paixão excitante ou alegre” (Esquirol, 1820:159), o que corresponde à melancolia maníaca, com furor e idéias fixas com exaltação da imaginação e, por outro lado, lipemia para designar os pacientes com delírio parcial e predomínio da paixão triste¹⁰. Esquirol recobre então pela designação *lipemia* tudo o que caracteriza a melancolia sem criar uma nova categoria psicopatológica: inibição de movimento corporal e facial, preferência pela solidão e ociosidade, prejuízo do sono (em geral também sobressaltado por pesadelos), irritabilidade, silêncio obstinado, atividade intelectual marcada pelo aspecto da paixão triste e empregada no sentido de fortificar o delírio caracterizado pela dor moral, atenção intensamente ativa contrapondo-se à prostração corporal e, embora com consciência acerca do absurdo dos temores pelos quais se atormentam, os lipemaniacos reconduzem-se para a paixão que os domina.

Dando prosseguimento ao legado de Pinel, Esquirol consolida a direção da medicina da época pautada no método das ciências naturais, isto é, um método que utiliza critérios objetivos para a construção de conhecimento e, interessado em delimitar suas percepções clínicas nos moldes da observação empírica e sistemática desse método científico, se estabelece “como um dos marcos na fundação do pensamento psicopatológico contemporâneo”. (Camargo Pacheco, 2003:152). Vertzman (1995) observa nesse sentido que Esquirol traça um caminho específico para a concepção das paixões tristes que no futuro seriam designadas como depressões.

De fato, a partir da segunda metade do século XIX tem início a mudança no rumo da conceituação da melancolia, principalmente com as contribuições de Baillarger, Falret e Griesinger (*apud* Vertzman, 1995). Estes autores não consideram mais a melancolia apenas como entidade mórbida isolada, mas como referência ao *aspecto depressivo* característico da alternância entre melancolia e mania: Baillarger, Falret e Griesinger (*apud* Vertzman, 1995) utilizam as

¹⁰ O prefixo *lype*, de origem grega, significa tristeza (Esquirol, 1820).

caracterizações propostas por Esquirol acerca da lipemania, porém entendendo-a como o aspecto depressivo da loucura em dupla forma, ou da loucura circular. Embora a alternância entre o aspecto depressivo e maníaco fosse reconhecida desde a Antiguidade, somente com esses autores tal fato é consolidado como um tipo mórbido distinto e claramente definido (Cosser, 2003).

No novo direcionamento na concepção da melancolia, dois aspectos se destacam nas propostas de Griesinger (*apud* Vertzman, 1995). Um deles consiste na associação entre a depressão e as funções do cérebro, sendo a depressão indicada pela fraqueza e supressão da excitação cerebral. O outro aspecto diz respeito ao uso da palavra humor para caracterizar a emoção penosa e dolorosa que dominam os estados depressivos.

Tem-se novamente um marco na psiquiatria na medida em que despontam as contribuições de Kraepelin. Na oitava e última edição de seu compêndio, fica estabelecida a categoria das psicoses maníaco-depressivas subdividida em mania, melancolia e estados mistos (Kraepelin, 1913). A melancolia é assim incluída no grupo das psicoses, doenças que considera “constitucionais incuráveis de marcha crônica” (Vertzman, 1995:77).

Segundo Lambotte (1997), o destaque às psicoses maníaco-depressivas numa categoria específica deve-se à comparação com o curso evolutivo das demências, entre elas a esquizofrenia que, como se acredita na época, apresentam pior prognósticos principalmente em função dos danos psíquicos em termos degenerativos. Nesse sentido, a autora acredita que o esquema classificatório de Kraepelin tenha afinado a nosografia e reorganizado o campo das psicoses. Todavia, o enquadramento da melancolia dentro dessa categoria condiz com uma leitura impregnada de teorias organicistas, como a idéia de degenerescência hereditária, de disfunções cerebrais, que passam a direcionar as discussões psiquiátricas subsequentes. Ocorre então, segundo Cosser (2003) uma redefinição sucessiva dos aspectos depressivos em termos de entidade nosográfica, o que redundava em termos como depressão endógena, depressão maior, depressão unipolar ou bipolar, determinando um espaço de investigação e atuação praticamente sob o domínio do ponto de vista biológico.

O rumo da psiquiatria desenhada por Kraepelin polariza na verdade a discussão sobre a origem dos quadros clínicos que pendia entre fatores endógenos e, portanto, supondo-se uma somatogênese, e fatores exógenos diante dos quais

figurariam quadros reativos supondo-se assim uma psicogênese (Coser, 2003). Nesse sentido, estando a hipótese sobre a origem das demências e das psicoses maníaco-depressivas referida a uma degenerescência hereditária ou a disfunções cerebrais em contraposição aos quadros reativos, essa categoria nosológica é justamente enquadrada na perspectiva endógena.

Portanto, a partir de Kraepelin, a melancolia some enquanto entidade mórbida no campo psiquiátrico transformando-se num aspecto da psicose maníaco-depressiva, sob a perspectiva endógena. Concomitantemente, distinguem-se o grupo diagnóstico referente às demências defendidas por Bleuler, no qual são contempladas as esquizofrenias, e o grupo referente às neuroses de tipo astênicas contemplando quadros clínicos que, como a neurastenia, não apresentam delírios ou alucinações e que são considerados funcionais, ou seja, mais próximos da idéia de síndrome. As astenias comportam no final do século XIX, segundo Ehrenberg (1998), as dores morais mais heterogêneas constituindo-se como fonte da depressão que se amplia como epidemia, segundo a hipótese dominante na sociedade atual. A depressão, por sua vez, passa figurar nosologicamente na psiquiatria de três maneiras: a) sob a ênfase do aspecto endógeno e, portanto, biológico, referindo-se às disfunções cerebrais e demarcando uma entidade patológica em si mesma; b) como sintoma de uma doença subjacente; c) como um afeto e, desse modo próximo à angústia, ou como uma síndrome, o que na psiquiatria comporta a idéia de reação afetiva geralmente em decorrência das contingências da vida (Coser, 2003).

Provavelmente a questão etiológica dos quadros clínicos na psiquiatria demarca um problema influenciado ainda pelo dualismo cartesiano, mas o fato é que diferentes modelos teóricos passam a disputar a hegemonia desse território, distribuindo-se em geral entre a fenomenologia, a psicanálise e a psiquiatria biológica. Os manuais classificatórios são justamente uma tentativa de síntese possível em meio à diversidade de modelos teóricos (Vertzman, 1995). Ainda assim, vale questionar se seria a ausência de uma teorização na confecção desses manuais um preço a ser pago por esta tentativa de síntese. Especialmente em relação à depressão, Coser (2003) alerta para o risco desses manuais desconsiderarem as diferenças que existem entre depressão endógena e depressão sintomática ou ainda sindrômica. Esse alerta faz todo o sentido diante da conjuntura atual, “sem precedente” na opinião de Fédida (2001:159) em que a

depressão é tomada sumariamente por seus signos servindo rapidamente como alvo para as prescrições medicamentosas enquanto a clínica parece ser abolida nessa prática prescritiva.

De todo modo, a discussão quanto às causas da depressão remontarem a fatores endógenos ou reacionais alcança ainda o século XX presentificando-se no primeiro manual diagnóstico, o DSM-I (APA, 1952), no qual se distingue quadros neuróticos/reativos e psicóticos /endógenos. Essa discussão, porém, torna-se ainda mais acirrada na segunda versão deste manual, o DSM-II (APA, 1968), com a influência da psicanálise distinguindo quadros neuróticos de psicóticos (Vertzman, 1995). Já o DSM-III (APA, 1980) e sua revisão sete anos depois (DSM-III-R, APA, 1987) consolidam o viés endógeno/biológico no contexto do processo de remodelização pelo qual passa a psiquiatria nas últimas décadas do século XX (Aguiar, 2004). O DSM-III trata de agrupar os sintomas manifestos dos transtornos mentais numa abordagem puramente descritiva da qual se abstrai a subjetividade:

Ao serem resumidos a seus sintomas manifestos através de uma abordagem descritiva, os transtornos mentais podem ser tomados como ‘entidades mórbidas’, podendo ser classificados e analisados independentemente das particularidades dos sujeitos que os sofrem. O DSM produz assim uma transformação na clínica psiquiátrica, onde a ênfase se desloca da análise do sujeito para o tratamento de casos. Enquanto os sujeitos são definidos por sua singularidade, os casos são constituídos pela sua semelhança na apresentação dos sintomas. Em outras palavras, o DSM-III produz na psiquiatria uma mudança de perspectiva, onde o foco passa dos sujeitos singulares para os transtornos universais (Aguiar, 2004:61).

Essa operação de abstração da singularidade dos sujeitos de que fala Aguiar evidencia o ponto de vista endógeno/biológico levado às últimas conseqüências no final do século XX. Esse movimento na psiquiatria parece endossar a hipótese de Coser (2003) sobre a influência de Kraepelin no desaparecimento da melancolia dos manuais diagnósticos que vigoram atualmente.

Com efeito, observa-se nos manuais diagnósticos atuais, o DSM-IV (APA, 1990) e a CID-10 (OMS, 1992), a prevalência da perspectiva biológica para a compreensão dos transtornos mentais e nenhuma referência à melancolia. Esta categoria encontra-se dissolvida na depressão e mesmo no capítulo que versa

sobre os transtornos de humor, a psicose maníaco-depressiva é designada hoje como transtorno bipolar do humor, com referência explícita não mais à melancolia/mania, mas à depressão/mania (Berlinck e Fédida, 2000). É então a depressão que se torna objeto constante de estudo da psiquiatria contemporânea. Contudo, ao contrário do que se poderia pensar, este fato dificulta uma diferenciação entre depressão e melancolia, como indicam Berlinck e Fédida (2000:74): “Hoje o denominado melancolia passa a ser nominado depressão, conservando uma indistinção reveladora de grandes dificuldades em se estabelecer diferenças específicas entre essas manifestações.”

É claro que o cenário no qual a depressão domina é enormemente fomentado pela propagação dos antidepressivos, psicotrópicos que podem até ser bastante eficientes no tratamento da depressão, mas como bem assinalam Berlinck e Fédida (2000:75), eles “não são antimelancólicos.” Na verdade, esses autores não corroboram a idéia dos manuais diagnósticos da atualidade de dissolução da melancolia na depressão. Pelo contrário, eles apostam na hipótese de que, se a administração de antidepressivos não tem efeito sobre a melancolia, mas sobre a depressão, pode-se mesmo pensar que “há, portanto, depressão na melancolia” (Berlinck e Fédida, 2000:75). Isto significa no mínimo que ambas, a depressão e a melancolia, podem existir distintamente, por vezes a depressão na própria melancolia, e que, com isso, há certamente diferenças entre uma e outra a serem examinadas, direcionamento a que o arcabouço teórico-clínico psicanalítico serve eficientemente já que tanto a depressão quanto a melancolia são evocadas na obra freudiana (Moreira, 2002).

De fato, com o advento da psicanálise no final do século XIX, a melancolia é retomada pelo vocabulário freudiano. Strachey (*apud* Freud, 1917), editor da tradução inglesa das obras de Freud, na nota de abertura de *Luto e melancolia*, parece sugerir que Freud utiliza esta designação no intuito de renomear a depressão tal como concebida pela psiquiatria moderna, aquela preconizada por Kraepelin:

“Bem no início (provavelmente em janeiro de 1895c), Freud enviara a Fliess uma elaborada tentativa de explicar a melancolia (sob cuja designação ele regularmente incluía o que agora se descreve como estados de depressão) em termos puramente neurológicos” (Freud, 1917:245).

Contudo, essa hipótese talvez não se sustente, pois Freud faz uso e de fato dispõe na língua alemã de ambos os vocábulos, depressão e melancolia, sendo o primeiro proveniente do latim e o outro do grego (Moreira, 2002). Ademais, o interesse específico de Freud pela depressão aparece apenas nos primórdios de seus escritos, principalmente na sua correspondência endereçada a Fliess, sem jamais alçá-la ao estatuto de uma categoria nosográfica como o fez com a melancolia (Delouya, 2001).

Com efeito, na origem de seu texto, Freud (1892-99) se refere à depressão como um sintoma das neuroses, especificando-a como depressão periódica relacionada à neurose de angústia (*Rascunho A* e *Rascunho B*), ou ainda como um afeto depressivo que, associado a outros fatores etiológicos, entre eles principalmente o esgotamento sexual, levam ao quadro de neurastenia (*Rascunho B*). Diferentemente da depressão, a melancolia aparece como uma afecção distinta no texto freudiano já na correspondência com Fliess. No *Rascunho E*, Freud (1894:237) comenta brevemente o mecanismo etiológico da melancolia no qual demarca particularmente a anestesia:

“Com frequência muito especial verifica-se que os melancólicos são anestéticos. Não têm necessidade de relação sexual (e não têm a sensação correlata). Mas têm um grande anseio pelo amor em sua forma psíquica – uma tensão erótica psíquica, poder-se-ia dizer. Nos casos em que esta se acumula e permanece insatisfeita, desenvolve-se a melancolia.”

Esse breve comentário sobre a anestesia em relação aos melancólicos é desenvolvido adiante, principalmente no *Rascunho G*, provavelmente de janeiro de 1895c, no qual Freud se dedica inteiramente à melancolia. Traçando um modelo de evasão ou de drenagem de excitação no aparelho psíquico, Freud (1895c:249) distingue três tipos diferentes de melancolia: grave (periódica ou cíclica), neurastênica e de angústia, determinados segundo as vicissitudes da *excitação sexual somática* e de sua disponibilidade para o *grupo psíquico*. Se por um lado cessa ou diminui a excitação sexual somática, tem-se a melancolia grave comum reaparecendo periodicamente ou alternando-se em períodos cíclicos. Além disso, uma descarga somática excessiva, provocada, por exemplo, pelo excesso de prática masturbatória, afeta a produção de excitação sexual somática que, por conseguinte, enfraquece o grupo sexual psíquico ocasionando então a melancolia neurastênica. Por outro lado, a tensão sexual pode ainda ser desviada do grupo

sexual psíquico, sem diminuição da excitação sexual somática, embora esta possa estar sendo drenada para outro lugar, provavelmente para a fronteira entre o somático e o psíquico, acarretando nesse caso a melancolia de angústia (Freud, 1895c). Assim, a questão central na etiologia da melancolia nos primórdios da obra freudiana deriva do cessar ou da diminuição da excitação somática, assim como da sua descarga excessiva ou do seu desvio para outro lugar. Estas vicissitudes da tensão sexual determinam a anestesia e a forma pela qual o quadro clínico se apresenta: “inibição psíquica, com empobrecimento pulsional e o respectivo sofrimento” (Freud, 1895c:252).

Freud identifica ainda o luto como o afeto próprio da melancolia:

“O afeto correspondente à melancolia é o luto – ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Assim, na melancolia, deve tratar-se de uma perda – uma perda na vida *pulsional*..... não seria muito errado partir da idéia de que *a melancolia consiste em luto por perda da libido*” (Freud, 1895c:247; grifos do autor).

Nesse sentido, a perda da libido, ponto central na melancolia, ocasiona “uma retração para dentro na esfera psíquica” (Freud, 1895c:252), sugando as excitações contíguas e obrigando-as a se desfazerem, tal como uma ferida na psique, sangrando para dentro, atuando de forma inibidora sobre o entorno através do que se assemelha a uma hemorragia interna. Essa descrição dos acontecimentos sugere o escape de excitação por um buraco interno à psique num processo de muito sofrimento e angústia já que é sempre doloroso desfazer associações, o que direciona portanto os efeitos patológicos do quadro melancólico. Em contraposição à melancolia, contempla-se a mania que corresponde, pelo contrário, a um excedente de excitação comunicando-se com todos os neurônios contíguos (Freud, 1895c).

A perspectiva da perda ocasionando uma ferida interna que parece contaminar tudo ao redor reaparece na discussão de Freud, em 1910a, sobre o suicídio, situação que revelaria uma renúncia à auto-conservação. Freud questiona então a possibilidade efetiva da pulsão de auto-conservação ser subjugada da maneira que o suicídio revela. Embora os determinantes desse fenômeno sejam ainda desconhecidos para ele, sua hipótese é assim traçada: “isto pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desiludida, ou se o ego pode renunciar à sua auto-preservação, por seus próprios motivos egoístas” (Freud, 1910a:244).

Associada às teorias etiológicas em relação à melancolia desenvolvidas na correspondência com Fliess, a hipótese de Freud (1910a) sobre o suicídio aposta que a libido desiludida despontaria como efeito de uma perda de excitação somática. Esta, por sua vez, determinaria uma ferida na psique atuando de modo a desvitalizar tudo ao seu redor e a fazer sangrar para dentro, tal como uma hemorragia interna por onde a excitação remanescente se esvai restando apenas a morte... daí então o suicídio.

Embora Freud em 1910a ainda não disponha de um estudo sobre o narcisismo que o ajude a discutir o suicídio, essa questão já o conduz à metapsicologia da melancolia e sua relação com o afeto do luto. Nesse cenário psíquico, ainda a ser desvelado em 1917, a morte física decorrente do suicídio encarnaria o empuxo derradeiro de uma morte que já estaria acontecendo desde muito antes no psiquismo por hemorragia libidinal (cf. *Rascunho G*), o que inevitavelmente toca na questão do narcisismo, ponto também nevrálgico na melancolia.

No trabalho *Sobre a transitoriedade*, Freud (1916a[1915]) já dispõe do conceito de narcisismo e da concepção de um movimento entre libido objetal e libido narcísica (cf. Freud, 1914b) e associa então o luto ao impedimento à fruição da beleza em função do que se apresenta como efêmero ou transitório. Nesse sentido, o objeto que seria amado e admirado é despojado de valor, hostilizado, por estar fadado à transitoriedade, o que indica um luto antecipado pela sua morte antes mesmo que esta ocorra. Segundo a hipótese de Freud, além do trabalho de luto requerer um processo penoso de desligamento da libido, no caso do objeto fadado à morte, é necessária ainda a elaboração dos componentes hostis em relação ao objeto, fazendo com que renunciá-lo seja sempre difícil, mesmo diante da disponibilidade de um substituto.

Vale notar que alguma articulação entre hostilidade e luto já havia sido questionada por Freud (1915b) em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. Neste artigo, Freud demonstra interesse no conflito devido à ambivalência de sentimentos em relação a um ente amado e ao sentimento de culpa que ele evoca, principalmente no que diz respeito à atitude hostil que existira para com ele previamente à sua morte, no sentido de desejá-la ou de simplesmente matá-lo em pensamento.

Em 1917, quando se debruça especificamente sobre a psicogênese da melancolia em sua relação com o luto, Freud conta também com a contribuição de Karl Abraham (1911) sobre a psicose maníaco-depressiva. Nessa contribuição, Abraham reclama a devida atenção a ser concedida pela psicanálise ao estado depressivo, o que acredita passível de ocorrer em qualquer quadro clínico, e retoma a denominação de melancolia para designar os aspectos depressivos da psicose maníaco-depressiva, diferentemente do que ocorre na psiquiatria de Kraepelin. Assim Abraham inicia o seu artigo:

Enquanto que os estados de ansiedade mórbida foram tratados pormenorizadamente na literatura psicanalítica, os estados depressivos receberam até o presente menos atenção. Sem embargo, o sentimento de depressão se acha tão amplamente difundido entre todas as formas de neuroses e psicoses quanto o da ansiedade. Os dois afetos acham-se freqüentemente presentes, juntos ou sucessivamente, num só indivíduo, de maneira que um paciente que sofra de neurose de angústia estará sujeito a estados de depressão mental e um melancólico se queixará de ter ansiedade (Abraham, K., 1911:32).

Desse modo, a reclamação de Abraham reafirma a referência inicial de Freud à depressão ainda na correspondência com Fliess, quando a delinea como um sintoma possível das neuroses (cf. Freud, 1892-99). Contudo, Abraham parece enfatizar a necessidade de uma melhor investigação do estado depressivo, isto sim, nas psicoses, principalmente nas que seguem um curso cíclico alternando-se “entre estados melancólicos e maníacos” (Abraham, K., 1911:33). Abraham assume então, tal como Freud, os dois vocábulos, depressão e melancolia (cf. Moreira, 2002), reservando, porém, o termo depressão para o sentimento ou estado afetivo que se manifesta sintomaticamente nos quadros clínicos e o termo melancolia para o aspecto depressivo das psicoses cíclicas (cf. Abraham, K., 1911). Freud seguiria assim um rumo mais próximo de Abraham, diferentemente da psiquiatria moderna, determinando um curso de discussão nada simples entre depressão e melancolia e, provavelmente permitindo que se entreveja a existência de uma encruzilhada entre psiquiatria e psicanálise nesse sentido.

Em *Luto e melancolia*, efetivamente, Freud (1917) correlaciona a melancolia ao luto em função de ambos se caracterizarem como reações à perda de um objeto amado. Decerto a vida cotidiana comporta em grande escala situações de perda e nem sempre é fácil suportar o tempo mais ou menos longo ou

mesmo definitivo implicado no processo de separação imposto. Nesse sentido, uma doença, um acidente, uma discussão podem ser formas diferentes de lidar com a separação do objeto. Embora estas situações sejam permeadas de angústia, elas prolongam o laço com o objeto (Ferrant, 2007a). Além disso, circunstâncias como essas proporcionam uma inversão passivo/ativo a partir da qual o sujeito pode exercer certo domínio da situação e assim se contrapor a posição de passividade que acredita ocupar frente à possibilidade de separação colocada pelo objeto (Ferrant, 2007a).

Na verdade, a separação do objeto pode ser extremamente dolorosa, principalmente por evocar sentimentos primitivos de abandono experimentados na história infantil. Contudo, como aponta Ferrant (2007a), caso tenham sido suficientemente bem simbolizados com a ajuda do ambiente, a situação de separação experimentada no presente será mais facilmente suportada. O autor assim resume a questão:

“Pode-se apenas aceitar perder o objeto, mesmo momentaneamente, se há certeza em conservá-lo. A separação objetiva é apenas possível se o objeto resta psiquicamente presente (...) Pode-se separar do objeto apenas na condição de guardar a representação dele dentro” (Ferrant, 2007a:463; minha tradução).

Decerto a separação resulta de um trabalho psíquico complexo, pois o reconhecimento da perda e a situação de separação definitiva confronta diretamente o psiquismo com o retorno impossível do objeto e, por conseguinte, com a exigência de realizar o trabalho de luto (Ferrant, 2007a). Como Freud (1917) afirma, durante o trabalho de luto, a libido desinveste o objeto perdido a despeito da oposição que normalmente se erige contra esse fim e, por mais intensa que seja esta oposição, durante um certo tempo, a tarefa é executada:

Normalmente prevalece o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas (Freud, 1917: 251).

O luto desencadeia um dispendioso trabalho psíquico, envolvendo muitas vezes períodos de severos recolhimentos ou afastamentos da vida cotidiana,

profundo desânimo, dificuldades para substituir o objeto perdido ou mesmo para o engajamento em atividades que não estejam relacionadas a ele. Embora a dor e o sofrimento sejam componentes penosos do luto e durante o trabalho que ele realiza o mundo pareça empobrecido e vazio, sem cor e esmaecido, esta vivência não deve ser prontamente considerada uma condição patológica indicativa da necessidade de tratamento na medida em que pode ser naturalmente concluída estando a libido, ao seu término, mais uma vez livre para novos investimentos (Freud, 1917). No caso do luto, portanto, a desconstrução dos laços com o objeto amado é questão de tempo e de muito trabalho psíquico.

Freud (1917) diferencia o luto da melancolia definindo-a como uma condição patológica na qual o luto não ocorre e o sujeito torna-se prisioneiro do objeto perdido. Ao contrário do trabalho do luto em curso na esfera consciente, a perda do objeto na melancolia se dá de forma inconsciente, pois embora o sujeito conheça conscientemente quem perdeu, ele não sabe o que foi perdido nesse alguém (Freud, 1917). Esta diferença remonta à concepção de objeto perdido no luto e na melancolia e à configuração da identificação em cada um desses processos psíquicos: enquanto no trabalho do luto a perda de objeto é aceita e reconhecida, na melancolia o objeto precisa ser mantido a qualquer custo (Pinheiro, 1999).

Segundo Pinheiro (1999), o objeto do luto é necessariamente construído pela linguagem, isto é, deriva da dinâmica simbólica do aparelho psíquico submetido à castração e portanto à idéia de finitude. Nessa condição, o objeto absoluto da satisfação originária já fora há muito perdido e a ascensão ao simbólico permitiu a compensação, a palavra, a substituição, o jogo social (Pinheiro, 1999). O processo identificatório nessa conjuntura é pautado sobre um modelo histórico através do qual os traços do objeto precipitam sobre o eu, pressupondo-se para tal certa metabolização pela libido narcísica das diferenças e estranhezas do objeto em relação ao eu (Pinheiro, 1999). Dito de outro modo, no luto, há certa diferenciação eu/objeto que o torna uma tarefa elaborável.

O objeto do melancólico, no entanto, difere enormemente do objeto do luto, pois é um objeto que se mantém sem falhas ou fendas, fixo e mimético, não interpretável já que está em questão “a predominância do tipo narcisista da escolha objetal” (Freud, 1917:255). Por isso diante da perda desse objeto, o melancólico se identifica com ele, sem poder abdicar dele, o que evoca a célebre

frase acerca da identificação melancólica: “a sombra do objeto caiu sobre o eu” (Freud, 1917:254).

A perda para o melancólico simplesmente “não é localizável”, atesta Pinheiro (1999:37), “como acontece no luto, no qual ela é datada, falada, explícita”. Segundo a autora, a perda do melancólico comporta, na verdade, uma concretude:

“Ele lamenta a perda do que nunca teve e não elegerá objetos para substituí-la. Portanto para o melancólico a noção de perda está presente em sua concretude a mais absurda: trata-se da perda de algo em cuja existência ele crê e o trágico é que, para ele, a perda de fato ocorreu!” (Pinheiro, 1999:38).

Sem dúvida, o objeto perdido da melancolia é intensamente investido prejudicando o desligamento da libido que ocorreria mais cedo ou mais tarde no trabalho do luto (Freud, 1917). Sem abrir mão dele pela identificação e sob o domínio de sua sombra, o melancólico não renuncia ao amor e à hostilidade que nutre para com seu objeto. Com efeito, amor e ódio estão sempre presentes na identificação instaurando o conflito devido à ambivalência. O fato é que na manobra identificatória do melancólico, enquanto o amor pelo objeto perpetua-se na substituição do investimento objetal pela identificação narcísica, o ódio mantém-se igualmente presente nos ataques ao eu, depreciativos e acusatórios, num satisfatório processo de auto-tortura que tende mesmo ao sadismo e explica de certo modo a possibilidade de suicídio na melancolia (Freud, 1917). A manutenção desse ódio pelo objeto, destinado agora ao próprio eu identificado com o objeto, é empreendida por uma parte do eu que se comporta independentemente e atua como agente crítico, tomando o eu por objeto e voltando-se intensamente contra ele julgando-o e criticando-o.

A hostilidade direcionada ao próprio eu confere indiretamente punição, tortura e vingança em relação ao objeto em função dos desapontamentos que ele causou por ter morrido ou por ter manifestado desconsideração e desprezo (Freud, 1917). Voltando contra si essa hostilidade, o melancólico evita expressá-la abertamente contra o objeto que também é amado. Freud (1917) evoca nesse sentido o sentimento de culpa presente na condição melancólica em função principalmente do desejo que existiu de que o objeto amado morresse ou fosse destruído. O recurso à melancolia traça então um caminho tortuoso e indireto de ataque ao objeto que domina a cena psíquica. De fato, sem abrir mão do objeto

perdido através da identificação, o melancólico mergulha em auto-comiseração e recriminação, considerando-se constantemente sem valor, sem capacidade de realização e ainda dotado de moral desprezível (Freud, 1917). Degradando a si mesmo e comunicando sua pobreza interior insistentemente, sem vestígios de vergonha, ele desenvolve um delírio de inferioridade, concomitantemente à insônia e à inapetência alimentar, o que pode culminar ainda na tendência ao suicídio (Freud, 1917).

A especificidade metapsicológica da melancolia abrange, portanto, a escolha objetal narcísica e a identificação mimética que deriva da perda do objeto, o sentimento de culpa associado ao conflito devido à ambivalência, assim como a desvalorização de si produzida pela ação do agente crítico em conflito com o eu (Freud, 1917). Em contraposição a essa condição patológica, encontra-se o luto e todo o pesar que congrega o seu trabalho psíquico de desligamento da libido do objeto perdido, determinando uma conjuntura que, esta sim, remonta diretamente a um estado depressivo.

Retomando-se então a discussão em curso entre depressão e melancolia, parece decisivo no caminho de Freud considerar o luto como o parâmetro para estudar a melancolia, pois esse elemento funciona como um divisor de águas para construir a metapsicologia melancólica que a distingue da depressão. Segundo então o referencial abraham-freudiano, tanto a depressão quanto a melancolia são utilizados de maneira distinta, sem diluições ou substituições de uma pela outra como acontece na psiquiatria moderna. Nesse sentido, enquanto a depressão pode ser considerada um estado que perpassa qualquer quadro clínico, neurótico ou psicótico, a melancolia, esta sim, é alçada a uma categoria nosográfica específica na obra freudiana, precisamente, uma categoria psicopatológica enquadrada no grupo das neuroses narcísicas (Freud, 1924a). Berlinck e Fédida (2000:74) ratificam essa posição e, além disso, são categóricos quanto a equiparar a depressão ao luto:

Freud, por exemplo, dedicou sua atenção à melancolia fazendo pouquíssimas referências à depressão. Observa-se em seus textos que depressão e melancolia não precisam ser distinguidas de forma clara e precisa, ainda que, em 'Luto e melancolia' (1915/1969) tenha estabelecido uma clara diferença. Conceber a depressão como luto talvez seja o caminho mais claro e preciso para se pensar a melancolia como afecção psíquica específica.

No âmbito então da psicanálise, situa-se a depressão equiparada ao luto que em algum momento chegará ao fim, embora o trabalho seja árduo e sofrido posto que não seja fácil empreender o desligamento dos objetos perdidos. Por outro lado, cabe à melancolia, uma neurose narcísica, o conflito intra-psíquico entre eu e agente crítico, o conflito devido à ambivalência e o sentimento de culpa, assim como o processo identificatório após a perda de objeto pautado sobre uma escolha objetal narcísica.

Os traços específicos da metapsicologia melancólica (cf. Freud, 1917) certamente não são reconhecidos pela psiquiatria que dita o DSM-IV e a CID-10 que não teria então por que razão admitir a existência da melancolia (Berlinck e Fédida, 2000; Moreira, 2002). Esta questão toca num ponto crucial que diz respeito à avaliação diagnóstica ou à direção de tratamento na psiquiatria de pacientes, que aos olhos psicanalíticos, seriam melancólicos. Esse problema, no entanto, ainda permanece em aberto e mantém ativa a discussão depressão/melancolia no entrecruzamento desses dois campos de saberes.

2.4 – Depressão/melancolia/casos-limite: é possível delimitar os campos?

Do mesmo modo que Ehrenberg (1998), diferentes autores contemporâneos e em diferentes campos do saber defendem a depressão como uma epidemia na sociedade atual. Isto certamente faz sentido na medida em que se avança na análise das mudanças normativas pelas quais a sociedade vem passando desde a modernidade. Se, por um lado, essas mudanças impõem ao indivíduo a necessidade de auto-engendramento sem os arranjos institucionais e sociais que serviam antes de parâmetros, fossem eles a família, o Estado, a inserção social pelo trabalho, por outro lado, essas mesmas mudanças configuram uma conjuntura subjetiva que favorece a condição de desamparo e, portanto, da experiência traumática, prejudicando mesmo a organização da temporalidade numa amarração passado-presente-futuro. Saindo da lógica proibido/permitido e adentrando cada vez mais na lógica possível/impossível, o sujeito contemporâneo não mais se encontra sob os auspícios da culpabilidade, mas da tragédia da insuficiência e, envergonhado, expressa através da depressão o seu mal-estar (Ehrenberg, 1998). Nesse sentido, a depressão identificada hoje na contemporaneidade num nível epidêmico implica em concebê-la como uma face

do mal-estar na civilização atual, absolutamente legitimada pelas mudanças normativas que atravessa a sociedade e, além disso, embasada pela força com que a psiquiatria biológica se estabelece a partir dos incrementos nas pesquisas principalmente dos medicamentos psicotrópicos com destaque, nesse caso, para os antidepressivos (Ehrenberg, 1998; Coser, 2003; Aguiar, 2004).

Se a depressão corresponde efetivamente a uma face do mal-estar contemporâneo, o é sobretudo sob uma perspectiva patológica na qual o sofrimento penoso atribuído a ela indica, na pior das hipóteses, a necessidade de tratamento, e, frequentemente, medicamentoso. Talvez esta pudesse ser inclusive uma indicação de Freud se considerada a sua correspondência com Fliess (Freud, 1892-99) na qual sugere a depressão como uma manifestação sintomática das neuroses. Contudo, tendo-se como marco *Luto e melancolia* (Freud, 1917), a depressão não necessariamente comporta um viés psicopatológico na medida em que é equiparada ao luto. Este viés patológico é destinado então à melancolia que renasce no vocabulário psicanalítico vinculada à manutenção do objeto através da identificação, justamente porque o melancólico não pode abrir mão do objeto perdido, enquanto o enlutado obtém êxito nessa tarefa após certo tempo.

Uma posição não patológica quanto à depressão é defendida por Berlinck e Fédida (2000) e esmiuçada por Fédida (1999, 2001) e Delouya (2001, 2002), autores que não negam a depressão como patologia, mas que tampouco a encarceram nesse viés ao enaltecê-la sob um papel protetor e mesmo constitutivo da subjetividade. Na esteira de Grinberg e de Bucher, Fédida e Berlinck (2000) entrevêm na depressão um estado caracterizado pela letargia, lentificação, insensibilização da sensorialidade, apatia, tristeza, impotência e desesperança assim identificado:

Nela, a intensidade das cores esmaece, assim como o claro-escuro, dando lugar a uma tonalidade cinza, sem contraste. Os cheiros param de ser percebidos, as texturas deixam de ser registradas, os sons ficam amortecidos e podem até desaparecer. O processo digestivo fica prejudicado e o corpo passa a ficar pesado. Os movimentos corporais ficam lentos, os pés se arrastam. Em suma, o corpo penetra um estado de insensibilização da sensorialidade (Fédida e Berlinck, 2000:76-7).

Podendo variar de intensidade, esse estado de que falam os autores é comparável à hibernação que atravessam animais e vegetais cuja condição

vegetativo-vital se altera durante o inverno. No que tange à humanidade, especificamente, o estado de depressão acompanha a transformação da animalidade para a civilização imposta pela catástrofe glacial (Freud, 1987). A reviravolta ambiental implicada pela era glacial interfere tanto na regularidade sexual quanto faz desaparecer o objeto primitivo de satisfação lançando o sujeito às agruras do desamparo, pois o ameaça de extinção e produz ainda dor, depressão e angústia. Trata-se de um despojamento extremo imposto às raízes mais primitivas do homem pelas catástrofes geológicas já que a glaciação outorga uma forma conservadora de vida, tão fixa quanto as formas de vida vegetal e animal (Fédida, 2001).

Para suportar o vazio provocado pelo congelamento da crosta terrestre, o sujeito reage desensibilizando o seu aparato sensorial, procurando as cavernas para hibernar e se entregar à letargia ou, pelo contrário, se lança a uma incessante atividade caso não suporte a sensação daquele vazio impossível de ser preenchido ou mesmo a possibilidade de acolhê-lo como próprio (Berlinck e Fédida, 2000). Desse modo, o estado depressivo corresponde a um recuo diante do que se apresenta como uma catástrofe para a existência, ou, em outras palavras, trata-se de um mecanismo protetor para a subjetividade diante da catástrofe:

Partindo dos limites hibernais que, no humano, podem ser identificados como depressão anaclítica e como catatonia (ainda que esta seja um sintoma da esquizofrenia), a depressão pode ser caracterizada, então, como um estado inanimado do vivo, ocorrendo graças à catástrofe glacial e repetindo-se toda vez que o frio e a neve visitam certas regiões do globo (e, depois, visitam o próprio aparelho psíquico) (Berlinck e Fédida, 2000:79).

O estado depressivo assim defendido pelos autores caracteriza-se pelo aspecto protetor da subjetividade e igualmente pelo aspecto constitutivo, pois decerto as circunstâncias da catástrofe glacial requerem a constituição de um aparelho psíquico capacitado minimamente a enfrentar as adversidades ambientais. Segundo Berlinck e Fédida (2000), o estado depressivo que se abate sobre o humano por ocasião da perda do objeto primitivo de satisfação perpassa um trabalho de luto que favorece justamente a constituição de um aparelho psíquico capaz de lidar com as adversidades. Desamparado em face da ausência do objeto primitivo, o sujeito da era glacial precisa organizar narcisicamente o seu vazio no intuito de enfrentar a situação crítica à sua existência, ainda que isto

implique na necessidade de fechar-se na letargia, dessensibilização e lentificação por um certo tempo:

O aparelho psíquico seria, portanto, a parte do sistema imunológico constituída, no humano, durante a catástrofe glacial. Trata-se de uma organização psíquica do vazio correspondendo à perda do objeto de satisfação, à perda de contato com a regularidade sexual e visando proteger o humano da dor, da própria depressão e da angústia.

Esta não é uma estrutura psíquica porque é o estado próprio à estruturação do aparelho psíquico, permitindo dizer que não há estado humano a-depressivo; que a depressão, por ser constitutiva do psiquismo e porque este peculiar aparelho prossegue, continuamente, se constituindo, caracteriza o humano (Berlinck e Fédida, 2000:80).

O estado depressivo perpassa então a condição constitutiva da subjetividade e, além disso, desempenha uma função protetora da psique a cada vez que retorna o frio invernal ou, subjetivamente, a cada vez que as perdas ou separações impõem o vazio da ausência de objeto. Nesse sentido, o estado depressivo pode ser considerado uma “posição econômica” (Berlinck e Fédida, 2000:80) concernindo a um estado de ausência no qual o tempo pára favorecendo a organização do narcisismo:

“A depressão seria, então, um estado durando o tempo necessário para que o vazio inanimado do vivo se constitua como organização narcísica e retorna toda vez que o psiquismo solicita uma restauração de seu narcisismo” (Berlinck e Fédida, 2000:80).

O narcisismo, por sua vez, é sempre colocado em questão por ocasião das necessidades de separação que perpassam a vida de uma maneira geral e que sempre apontam, em última instância, para o retorno impossível do objeto (cf. Ferrant, 2007a). No estado depressivo assim concebido não se evoca a melancolia, pois a culpa em função do conflito devido à ambivalência que ocorre ao melancólico não perpassa a perda do objeto primitivo do estado depressivo associado à era glacial, e tampouco há conflito entre eu e agente crítico (cf. Freud, 1917). Estes componentes correspondem segundo Freud (1987) às neuroses narcísicas, originando-se primordialmente da opressão do pai que passa a vigorar após o término da era glacial, configurando-se, portanto, como substrato apenas numa segunda catástrofe que se abate sobre o humano e que inaugura a civilização, isto é, o assassinato do pai primevo (cf. Freud, 1913; 1987).

Além do caráter constitutivo da psique e protetor da organização narcísica, o estado depressivo associado à catástrofe glacial é ainda positivado na idéia de “depressividade ou de capacidade depressiva” defendida por Fédida (2001:28). Por esta capacidade, o autor se refere “à constituição da experiência da perda e da transformação da vivência interior por ela” (Fédida, 2001:28). Trata-se de uma depressividade fundamental da psique que deve ser reconhecida inicialmente no vazio, sendo este o espaço da organização narcísica primária ou mesmo do eu antes de ser constituído, servindo assim como metáfora primitiva da psique: “é nele que a metáfora nasce, e ele é aquilo do que a metáfora é travessia” (Fédida, 1999:95).

Para Fédida (1999), a depressividade consiste no vazio que serve à metáfora primitiva da psique. Em outras palavras, trata-se do intervalo originado nas relações primárias *entre* a mãe e seu filho, precisamente relacionado a tudo o que toma tempo nesse *entre*, como a descoberta da ausência/presença e a existência do objeto, constituindo assim um espaço que favorece a transformação e que abre, por conseguinte, à experiência da temporalidade, da linguagem e mesmo do brincar. Neste sentido então a depressividade coincide com o vazio inaugural da organização psíquica e determina a potencialidade da vida psíquica, o que capacita por excelência o sujeito à transformação, à criação e, portanto, à saída do estado depressivo no qual ele porventura se encontre.

Contudo, na medida em que depressividade é rompida ou prejudicada tem-se o estado depressivo patológico, portanto, no qual o vazio que serviria à metáfora primitiva da psique e que organizaria o narcisismo primário torna-se fonte de sofrimento¹¹ (Fédida, 1999). Nesta circunstância, ocorre uma depressão do vazio ocasionada pela estruturação deficitária da presença de objetos: “o vazio é menos a ausência do que a apresentação pelo depressivo do objeto do abandono da ausência” (Fédida, 1999:100). Em outras palavras, o deprimido presentifica no seu corpo lentificado e letárgico o desamparo e o abandono provocados pela ausência do objeto. Ele assume então na sua própria figura corporal aquilo que

¹¹ No que diz respeito ao vazio a que se remete Fédida (1999; 2001), vale a pena retomar a distinção proposta por Souza (2000) entre um vazio constitutivo e um vazio como sofrimento, sendo este frequentemente referido às patologias narcísicas: associando-se ao vazio constitutivo a idéia do vazio como espaço psíquico da metáfora e, portanto, da depressividade (cf. Fédida, 1999), reserva-se ao vazio enquanto sofrimento a idéia de vazio patológico oriundo da ruptura da depressividade e, portanto, de desencadeamento do estado depressivo (cf. Fédida, 1999).

resta na condição de desamparo quando a ausência se retira. Não por acaso, Fédida (1999:16) aponta:

“A depressão é uma figura do corpo. Figura cuja expressividade é desenhada ao vivo na impressão de um rosto, sensível como um espelho, no peso estirado ou tenso dos membros, na visibilidade aguda e dolorosa da pele... figura do corpo assim abandonada à expressividade transparente de um traço (...).”

Nessa imagem do estado depressivo, o vocábulo *depressão* encontra nitidamente a evidência do seu significado formado pelo radical *de*, que significa para baixo, e *premere*, que indica pressionar (Delouya, 2001). Essa imagem expressa a fenomenologia do estado depressivo que abrange principalmente o retraimento, a perda de contato com a realidade psíquica e, além disso, o imprensamento do espaço interno que, no limite, pressiona o espaço psíquico enquanto a tópica, o lugar, cuja configuração espaço-temporal conferiria qualidade à vivência psíquica (Delouya, 2001; 2002).

De fato, no estado depressivo, justamente o espaço psíquico não tem vez, ele é suprimido e é então o corpo que expressa, na sua imobilidade por vezes radical, o “vazio chamado psique” (Fédida, 1999:16). Os tempos internos da vida são congelados nesse estado afetando o engendramento auto-erótico das ações e de seus respectivos projetos, ou seja, do prazer suscitado com determinada ação que levaria a uma nova ação. Ao vivenciar o estado depressivo num solilóquio interminável, arrasta-se na psique a representação de que *há algo a ser feito*, numa ruminação de pensamento que esvazia o pensar e anula o desejo. Ademais, está em questão uma vivência de desposseção da imagem de si, que nenhum espelho pode devolver, posto que o objeto ausente ou perdido não é mais suporte para a mobilidade que requer os jogos identificatórios (Fédida, 1999). Ao mesmo tempo em que esta vivência reflete prejuízos nos processos identificatórios, indica danos no desenvolvimento de uma auto-percepção e de acesso a uma vida psíquica própria. Assim considera Fédida (2001:24):

A depressão é com certeza uma *doença humana do tempo* que afeta a representação e a ação, as potencialidades da linguagem assim como a comunicação com os outros.

Se a psicopatologia fenomenológica encontrou na depressão um terreno privilegiado para pensar a articulação das relações com o tempo, foi em razão da função desempenhada pelas potencialidades da representação e da ação na comunicação intersubjetiva.

As vivências engendradas pelo estado depressivo afetam, portanto, a experiência pessoal da temporalidade. Nesse contexto, é justamente o trabalho do luto que pode resgatar essa experiência de temporalidade, pois implica num tempo de recolhimento e de imobilidade capaz de conceder o sono necessário para o movimento do sobrevivente de sonhar a morte do objeto perdido (Fédida, 1999). Com a concessão desse tempo, o luto evoca a missão já indicada por Freud (1913), em *Totem e tabu*: “...estabelecer uma separação entre, de um lado, os mortos e, de outro, as lembranças e esperanças dos sobreviventes”. Requerendo então um tempo de recolhimento, o luto desempenha a missão específica de proteger o sobrevivente da sua própria morte, ou seja, de constatar a morte do objeto e a sobrevivência de si-mesmo (Fédida, 1999). A função protetora do luto atua inclusive impedindo o desmoronamento narcísico passível de ocorrer no acometimento melancólico após a perda do objeto pautado numa escolha objetal narcísica (Fédida, 1999). Talvez seja mesmo possível dizer, com Fédida (1999), que o luto protege o narcisismo.

Comparado então ou mesmo assimilado ao trabalho de luto, o estado depressivo comporta tanto a idéia de movimento quanto de imobilidade: por um lado, o estado depressivo defende a psique contra a ameaça de desmoronamento narcísico que poderia levar à eclosão da melancolia, correspondendo dessa maneira ao *movimento* agenciado pelo trabalho de luto. Por outro lado, o estado depressivo media a cura do acesso melancólico ao impor uma *imobilidade*, isto é, o recolhimento favorável à instauração do luto, o que viabiliza o reencontro da temporalidade de um projeto de ação, por mais banal que seja, silenciando o interminável solilóquio com o objeto ausente. É então uma dialética depressiva entre movimento e imobilidade que viabiliza restaurar por fim a potencialidade da capacidade depressiva (cf. Fédida, 1999).

Decerto o espectro pelo qual o estado depressivo se manifesta em muito evoca um quadro clínico, como afirma Delouya (2001:18):

“O modo maciço com que a depressão se abate sobre o sujeito e a forma densa e compacta do ‘ar’ deprimido contrastam com a expansão e o desabrochar representativo que caracterizam, na transmissão intersubjetiva, a noção imediata que adquirimos do ânimo e do viver no outro. É esse ‘fechamento do tempo’, do ‘ambiente’ humano, que confunde: uma morbidez que suscita a idéia de doença.”

Todavia, o estado depressivo comporta igualmente uma metapsicologia situada no âmbito de uma posição econômica, assim definida por Fédida (1999:39):

“Gostaria de enfatizar que aquilo que chamamos depressão define-se por uma posição econômica que diz respeito uma organização narcísica do vazio (segundo uma determinação própria à inalterabilidade tópica da psique), que se assemelha a uma ‘simulação’ da morte para se proteger da morte.”

Desse modo, Fédida e Delouya defendem a depressão no mesmo caminho de Freud e Abraham, ou seja, como fenômeno e/ou estado reservando à melancolia o estatuto de quadro clínico. Contudo, mais que isso, Fédida e Delouya defendem o valor da depressão como reguladora da constituição psíquica e mesmo protetora da organização narcísica do espaço psíquico. Esse é o esforço a que se dedica Fédida (1999, 2001) ao referir-se à depressividade da psique como a metáfora primitiva, isto é, identificando uma depressividade fundamental na psique cujo negativo constituinte, ou vazio, opera uma abertura para uma série de benefícios psíquicos como o brincar, o pensamento e a criatividade. E é também uma aposta de Delouya (1999, 2001, 2002) ao compreender a depressão como um trabalho de terraplanagem do território psíquico inicial que favorecerá a configuração da estrutura enquadrante da psique. Delouya (2001:48), ademais, discute ainda a depressão como o estado defensivo do aparelho psíquico frente à estimulação sensorial e pulsional à vida anímica:

“O estado depressivo representa, então, uma defesa do terreno psíquico, ao mesmo tempo em que reflete uma carência de dupla demanda: pela garantia de espaço, ou seja, de seus contornos e limites, e uma exigência de ser provido de um conteúdo – gozo, referências e indícios de existência. É, portanto, necessário que se apreendam os estados depressivos dentro da dialética oscilatória do narcisismo.”

Para o autor, referir-se à depressão também como um estado defensivo deve-se fundamentalmente à tarefa de matização da pulsão de morte em relação aos desinvestimentos e as retrações narcísicas que ela produz (Delouya, 2002).

Sendo assim, discutir a depressão com base num modelo econômico, isto é, considerá-la como organizadora narcísica do vazio necessário à psique, como sugere Delouya e Fédida, talvez não fique tão distante do que serve como parâmetro para o modelo da melancolia proposto por Freud (1892-1899), no

Rascunho G, de uma ferida interna que suga ou desvitaliza tudo ao seu redor. A diferença parece estar no fato de que a depressão pressupõe uma suspensão que pede tempo para o trabalho de luto acontecer, e que, embora esse tempo de trabalho seja marcado pela imobilidade física, paradoxalmente ele comporta um movimento intenso no sentido de reorganização da psique. Por outro lado, na melancolia, não apenas não há pedido de luto como também ocorre um escoamento da libido, o que a caracteriza, portanto, mais como tendência à desorganização psíquica. Daí a idéia de depressão, em contrapartida, como fenômeno e/ou estado que posiciona a psique defensivamente no sentido da sua economia narcísica, diferentemente da melancolia em que há um escoamento da libido.

Compreende-se então a depressão sob o estatuto de estado passível de estar presente nos diferentes quadros clínicos sob o viés do luto envolvido tanto na constituição da psique quanto na proteção da organização narcísica e, portanto, não necessariamente sob um viés patológico como tende a ocorrer numa perspectiva psiquiátrica. A melancolia, por sua vez, esta sim, permanece sob a condição de quadro clínico efetivamente na psicanálise e não na psiquiatria.

O problema é que, como assinala Delouya (2001), o modelo construído por Freud (1917) para a compreensão da melancolia teria arrastado consigo a depressão, sobretudo ao girar em torno dos temas perda de objeto, separação e luto. Essa construção, iniciada por Karl Abraham e trilhada por autores que privilegiam os momentos mais primitivos da organização subjetiva no contexto teórico das relações de objeto, mantém em curso a discussão depressão/melancolia, principalmente no que tange aos casos-limite. Estes pacientes evocam justamente problemas em torno do luto relacionados aos impasses primários experimentados no processo de diferenciação eu/não-eu, trazendo consigo, portanto, um núcleo depressivo central (cf. Green, 1980).

Aprisionados num luto inelaborável em função de não conseguirem realizar o trabalho do negativo no sentido de promover o apagamento do objeto primário, os casos-limites evocariam uma metapsicologia muito mais melancólica que depressiva em função da impossibilidade de realização do trabalho de luto. Na verdade, essa impossibilidade redundaria em dificuldades para esses pacientes de adentrarem no jogo narcísico-identitário que perpassa a diferenciação eu/não-eu e que precisa ser atravessada pela elaboração da perda do objeto primário. Na

medida em que este processo é deficitário nos casos-limite, percebe-se certa semelhança da metapsicologia desses casos com a organização psíquica da melancolia. Embora alguns autores, como Pinheiro (1999), defendam esta semelhança, atribui-se, em geral, a esses pacientes muito mais questões da ordem da depressão do que da melancolia. Desse modo, estende-se para dentro do campo psicanalítico uma problemática quanto à distinção depressão/melancolia/casos-limite, aparentemente encerrada no terreno psiquiátrico no que diz respeito à depressão/melancolia, mas re-colocada no entrecruzamento entre a psicanálise abraham-freudiana e a psiquiatria.

Sem a pretensão de especificar cada um desses elementos e solucionar a discussão depressão/melancolia que é inevitavelmente acirrada no estudo dos casos-limite, pretende-se trilhar a seguir nesse campo de discussão, interessando, contudo, para este trabalho, especificamente a articulação da depressão aos casos-limite, identificados inicialmente como foram na psicanálise pelas dificuldades impostas à clínica.

3 – Dos limites na clínica aos casos-limite

Os casos-limite desenham uma figura ímpar que provoca e impõe sérias reflexões à clínica e à teoria psicanalítica determinando em contrapartida uma profusão de contribuições bibliográficas a esse respeito, responsáveis inclusive pela diversidade nosográfica na referência a esses pacientes (André, 1999b). A variedade terminológica na referência aos casos-limite, no entanto, não implica necessariamente na designação de uma nova entidade nosográfica no seio da psicanálise, embora deva ser considerado que os termos encontrados na literatura sobre eles remetem a um mesmo ponto comum: as dificuldades experimentadas na clínica (André, 1999b). Se essas situações não determinam necessariamente uma categoria diagnóstica nova, elas remetem, no mínimo, a uma problemática dos limites da analisabilidade (Green, 1975a).

Inevitavelmente, a compreensão dos casos-limite na psicanálise implica então na consideração dos impasses que esses casos engendram no cotidiano da clínica. É sempre desse contexto que se originam os questionamentos que conduzem às digressões teóricas que sustentam o entendimento sobre esses pacientes: “A aparição dos estados limites, da coisa senão da palavra, é ela um acontecimento interno à história da clínica analítica, inseparável dos obstáculos, dos *limites*, encontrados por ela” (André, 1999b:3; grifo do autor; minha tradução).

De fato, a associação entre casos-limite e limites na clínica é freqüente na literatura sobre o tema, pois invariavelmente esses pacientes colocam em questão na situação analítica o conjunto dos parâmetros clínicos ou mesmo os limites da sua pertinência (Donnet, 1999). Dentre as situações limites que engendram na clínica certamente destacam-se os ataques ao enquadre e ao processo analítico, as conjunturas transferenciais paradoxais e a ênfase no aspecto delirante da transferência em detrimento da instauração da neurose de transferência, e, além disso, a reação terapêutica negativa. Cada um desses aspectos, à sua maneira, leva a clínica com os casos-limite muitas vezes a análises intermináveis em função dos limites da analisabilidade que esses pacientes imputam à situação analítica (Green, 1975a).

3.1 – Limites da analisabilidade: uma questão nosográfica?

Acreditou-se por muitos anos que o modo de organização psíquica pautado sobre o modelo edipiano-genital-superegóico, a neurose, era a única indicação plausível para um tratamento psicanalítico (Bergeret, 1974a). Pouco a pouco, no entanto, percebeu-se que o Édipo não se constitui como o motor ou laço essencial para todo modo de funcionamento psíquico. Isto ocorreu já a partir dos questionamentos de Ferenczi e de Melanie Klein e seus seguidores principalmente a partir do tratamento de pacientes considerados difíceis, os quais, hoje, incluindo os casos-limites, evocam questões muito primitivas, condizentes mesmo com os primórdios da constituição subjetiva e anteriores portanto à organização psíquica via Édipo (Bergeret, 1974a). De fato esses casos colocam em questão os limites da analisabilidade referida ao contexto da psicanálise clássica, podendo levar a tratamentos mais ou menos intermináveis.

Contudo, atrelar estritamente os limites da analisabilidade aos casos-limite pode simplificar a idéia de analisabilidade como uma questão nosográfica, uma perspectiva que, na verdade, não se sustenta, pois os limites da analisabilidade perfazem o próprio processo de construção da psicanálise. Na medida em que o trabalho de Freud avança, inevitavelmente algumas reformulações mostram-se necessárias. Isto inclui as conjecturas em torno do trauma, dos processos subjetivos psicóticos e perversos, a fixação ao trauma nas neuroses de guerra ou em outros casos em que a compulsão à repetição parece não ceder à possibilidade de prazer, objetivo princeps do aparelho psíquico que necessita de reformulação para incluir o funcionamento além do princípio de prazer.

Assim, desde os primórdios da construção do edifício psicanalítico, Freud se depara com situações limites na clínica que o fazem ir além na reformulação de seu aparato epistemológico. Basta nesse sentido mencionar a transferência, que encarna a maior resistência no tratamento, e a reação terapêutica negativa, que revira os efeitos terapêuticos já alcançados no trabalho analítico. Decerto estas e outras situações constituem limites ao processo analítico montado e sustentado sobretudo pela clínica da histeria e da neurose obsessiva e levam Freud a expandir, aprofundar, reformular seu campo técnico-conceitual dados os limites da analisabilidade experimentados naquelas circunstâncias. Esse movimento presente já em Freud evidencia, portanto, que a analisabilidade não diz respeito a uma questão nosográfica, não se restringindo então à clínica com os casos-limites.

Além disso, o fato de Freud avaliar determinados quadros clínicos como sendo ou não adequados ou elegíveis para submeterem-se a um tratamento psicanalítico, não deve ser confundido com os limites da analisabilidade. Estes se encontram antes atrelados às situações limites experimentadas na clínica, independentemente do diagnóstico em questão.

De modo geral, as situações limites remetem a experiências que, chegando a um determinado ponto crítico, são plenamente apreensíveis, permitindo inclusive o acesso a registros de funcionamento que permaneceriam latentes nas situações normais (Roussillon, 1991). Na psicanálise, especificamente, as situações limite indicam certa conjuntura transfero-contratransferencial vivenciada em seu limite, ou seja, situações que “aquecem ao extremo as condições/precondições da prática psicanalítica” (Roussillon, 1991:273). Suficientemente esclarecidas, essas situações permitem tanto o aprofundamento quanto a renovação do processo analítico. Sendo assim, embora as situações limites experimentadas na clínica tenham estreita ligação com os casos-limite, elas não se restringem a esses casos, podendo acontecer igualmente na cura de pacientes neuróticos e psicóticos.

Roussillon acredita que considerar as situações limites da clínica desvinculadas da nosografia libera a concepção de padecimento psíquico que, de outro modo, ficaria aprisionada a uma idéia de “estrutura intangível” (Roussillon, 1991:274). Nesse sentido, focalizar prioritariamente nas situações limites a organização transfero-contratransferencial ajuda a desconstruir a idéia das categorias nosográficas como estruturas em si mesmas que ocasionariam limites à clínica. Green também é enfático nesse sentido localizando os limites da analisabilidade não no diagnóstico do caso em análise, mas na incapacidade do analista de colocar o paciente em contato com sua realidade psíquica:

“Eu pessoalmente não acho que todos os pacientes são analisáveis, mas prefiro pensar que o paciente sobre quem tenho dúvidas não é por mim analisável. Estou ciente de que nossos resultados não estão à altura de nossas ambições e de que falhas e fracassos são mais comuns do que poderíamos esperar” (Green, 1975a:42).

O próprio Green acredita que sua opinião nesse sentido aponta para uma divisão, ilusória entre, por um lado, direções psicanalíticas interessadas em restringir o escopo da técnica clássica e, por outro lado, o apoio à extensão da

técnica em função dos limites impostos à clínica por pacientes que indicariam um campo teórico ainda não muito bem mapeado. Na verdade, esse debate marcou a história da psicanálise por vinte anos tendo sido fomentado justamente pelos prognósticos desfavoráveis de certos casos que, dados os limites da analisabilidade, não seriam considerados elegíveis à análise (Green, 1975a). Hoje, esse tipo de discussão não mais se sustenta, o que se deve, com efeito, às surpresas possíveis no decurso de uma análise, independentemente da categoria diagnóstica em questão, seja o aparecimento de um núcleo psicótico, regressões inesperadas, rigidez nas defesas de caráter. Tudo isso impõe limites à clínica e pode levar a tratamentos mais ou menos intermináveis. Nesse sentido, estipular limites para a analisabilidade apenas em função da nosografia, sem considerar as características do analista (cf. Green, 1975a) ou outras variáveis como a organização transfero-contratransferencial (cf. Roussillon, 1991) redundante, isto sim, num estado limite da analisabilidade.

Como observa Donnet (1999), as situações limites podem acontecer corriqueiramente na clínica, de maneira parcial ou fugaz, já que toda cura é de certa forma ameaçada pelo estabelecimento de uma convencionalização e pela dissolução do que se estabelece, indicando uma transgressão a ser elaborada indefinidamente. Segundo o autor, isto leva a crer que:

“No limite, todo paciente é virtualmente um paciente limite, um paciente nos limites do estado analítico se quisermos entender por isto o território da Psicanálise instituída, e as prescrições que, inevitavelmente o definem e organizam” (Donnet, 1999:130; minha tradução).

Desse modo, todo paciente que se arrisca na transgressão daquilo que se encontra estabelecido e que assim ocasiona um limite da analisabilidade é um paciente limite, o que, de fato, como propõe Donnet (1999), todo paciente pode chegar a ser. Sendo assim, as experiências das situações limites na clínica acabam contribuindo para “preservar a aventura analítica” (Donnet, 1999:130), pois reimpulsionam a prática e a teoria que a sustenta. Contrariamente, uma adaptação às convenções da análise arrisca-se a ser apenas superficial e, se perpetuada, levar igualmente a uma cura interminável.

Mas por que então associar os casos-limite às situações limites experimentadas na clínica, como diferentes autores sugerem? Isto não teria lógica,

pois não se poderia dizer que especialmente esses casos imputam estados limites de analisabilidade já que isto seria esperado de todo paciente ao longo do processo analítico. A questão enunciada por André (1999b:3; minha tradução) nesse sentido parece bastante pertinente: “nova entidade nosográfica ou limites do analisável, o que designa a expressão ‘estados limites’?”

Certamente o decurso de uma análise comporta a transgressão dos limites que definem o espaço analítico, isto é, o *setting* ou o enquadre, assim como a abolição das censuras moral e racional no exercício da regra fundamental da associação livre. Habitualmente considera-se o enquadre na psicanálise como a moldura que condiciona uma base silenciosa e muda para o exercício da clínica na medida em que define parâmetros que desenham o espaço psicanalítico (Bleger, 1967; Green, 1986a; André, 2002a). Ainda que o enquadre sugira certa rigidez, é a partir da delimitação desse espaço que uma análise tem início, ou seja, quando se define os horários, a duração das sessões e a frequência semanal, os custos, as férias, a regra fundamental da associação livre. Enunciadas as condições do protocolo analítico e assim estabelecido o enquadre, delimita-se o espaço no qual poderão produzir-se as trocas transferenciais e as experiências de transgressão:

(...) o *setting* é definido para se fazer a experiência de transgressão, porque ninguém vai conseguir mantê-lo. O paciente será o primeiro, de uma forma ou de outra a tentar romper esse *setting*. Quase sempre através de pequenas coisas: atraso no pagamento dos honorários, atraso no horário da sessão, uma ausência, às vezes até mesmo com um adiantamento do pagamento dos honorários, outras vezes por dificuldades em permanecer deitado... o próprio analista não vai conseguir sustentar o *setting*. Que analista não é obrigado, em situações de urgência, a cancelar uma sessão... a ausentar-se em tempo não-coincidente com o período de férias combinado? (Green, 1986a:18).

Observa-se desse modo que o estabelecimento do enquadre analítico presentifica uma espécie de lei que submete tanto paciente quanto analista na delimitação de um espaço que, a todo o momento, serve à transgressão. Algo semelhante ocorre em relação à associação livre, a condição do exercício da fala analítica, pois pedir ao paciente que fale tudo o que lhe vier à cabeça é pedir a supressão de um limite, de uma censura, o que se configura numa ameaça última aos limites da razão:

“(...) a associação livre desfaz a trama da linguagem, e desfazendo a trama da linguagem, desfaz a trama do pensamento e da lógica. Desfazendo a

trama da lógica e do pensamento, revela a loucura potencial do indivíduo, ou seja, os limites da razão são ameaçados” (Green, 1986a:19-20).

Sendo assim, as situações de transgressões tal como exemplificadas no contexto do enquadre analítico em relação à regra fundamental da associação livre constituiriam naturalmente estados limites de analisabilidade. Trata-se desse modo de situações limites que não necessariamente são constituídas por pacientes considerados sob uma determinada categoria diagnóstica, como os casos-limite, mas levam a entender que, de modo geral, os pacientes submetidos ao enquadre analítico irão transgredir em algum momento ao longo do tratamento constituindo-se, nesse limite, como pacientes limites (cf. Donnet, 1999). Essa constatação responderia à questão formulada por André (1999b) apontando os casos-limite em conformidade apenas com os estados limites de analisabilidade que podem irromper ao longo de um tratamento e não como uma entidade nosográfica específica.

Contudo, pensar os casos-limite sem uma especificidade nosográfica desconsidera uma teoria e uma prática que avaliem, segundo Donnet (1999:130; minha tradução), os “limites de pertinência e pertinência dos limites”. Isto significa que é necessário ponderar em alguma medida a diferença que existe entre pacientes que experimentam os limites já como um fato, ou seja, os limites como sendo efetivamente constituídos, e pacientes que ainda interrogam a pertinência dos limites, pois os têm constituídos apenas de maneira precária. Enquanto no primeiro caso, os pacientes têm afirmados os seus limites e engendram na clínica os limites da analisabilidade num viés transgressivo, no segundo caso, muito mais condizente com os casos-limite, os pacientes buscariam ainda a pertinência dos limites que ainda não teriam se configurado efetivamente.

Com efeito, os casos-limite podem ser compreendidos como uma “estrutura-limite” (Green, 1986a:20), ou, dito de outro modo, uma estrutura geral indeterminada, com diferentes núcleos psicopatológicos procurando apoderar-se da totalidade da psique. Estar com um caso-limite pode ser comparável a estar “diante de uma espécie de placa giratória” (Green, 1986a:21), na qual os núcleos perversos, toxicomaníacos, depressivos, psicóticos se alternam conforme as variações na relação transferencial. Na verdade, não se trata nesses casos simplesmente de um problema na pertinência dos limites do eu, mas de uma

desorganização geral dos limites no interior do aparelho psíquico e da relação eu/objeto em função de uma esclerose e enrijecimento das fronteiras intrapsíquicas ou mesmo de uma permeabilidade excessiva entre as instâncias psíquicas.

A questão dos limites psíquicos nos casos-limite implica em considerar de fato os estados limites de analisabilidade como situações limites experimentadas *incisivamente* na clínica com esses casos. Se com estes pacientes tem-se de maneira pregnante uma incerteza dos limites psíquicos, isto reverbera conseqüentemente de maneira enfática sobre o enquadre e na utilização do método analítico. Donnet (1999:129) assim atesta em relação à cura desses pacientes: “A atualização-exteriorização da transferência faz com que a flutuação da tópica interna se prolongue na tópica da situação que se pretenderia analítica”. Nesse sentido, o autor complementa:

Basta que um elemento deste conjunto encontre no paciente uma incompreensão completa, uma zona de impensável não reconhecida, para que o encontro caminhe sobre uma situação *fausse...* para que o continente da instrumentação, perdendo a sua maleabilidade que o torna funcional, torne-se disforme ou um caldeirão furado... Essa incidência corre o risco de ser particularmente pregnante com os pacientes limites (...) (Donnet, 1999:131; grifo do autor; minha tradução).

Na verdade, de modo geral os autores não restringem os estados limites de analisabilidade aos casos-limite estendendo-os inevitavelmente a qualquer tipo de paciente, basta para isso evocar as transgressões quanto ao enquadre e as dificuldades em seguir a regra da associação livre que ocorrerão em algum momento no decurso de uma análise. Contudo, os casos-limite especialmente vivenciam um modo tal de funcionamento psíquico que intensa e maciçamente os levarão a impingir esses estados limites da analisabilidade colocando em questão não apenas o enquadre, a regra fundamental e a interpretação analítica, mas também organizando certas configurações transfero-contratransferenciais e igualmente fazendo advir com freqüência a reação terapêutica negativa.

3.2 – O enquadre em questão

Segundo Bleger (1967), a situação analítica abarca todos os fenômenos envolvidos na relação terapêutica entre analista e paciente. O autor identifica o trabalho analítico, as interpretações, como aspectos variáveis que compõem o que

chama de processo, distinguindo-os do enquadre enquanto aspectos constantes que caracterizam o não-processo ou, melhor dizendo, as balizas que orientam o desenrolar do processo. Nesse sentido, o processo é investigado no espaço constituído pelo não-processo ou na não variância das constantes, um trocadilho de palavras para alegar que a análise segue seu curso na medida em que o enquadre é mantido (Bleger, 1967). A concepção de enquadre em muito extrapola o âmbito do contrato analítico e se sustenta como estratégia cuja manutenção e repetição viabiliza uma análise.

Supõe-se um ponto ideal normal almejado na manutenção do enquadre e pode tornar-se um problema nunca colocá-lo em questão no decurso de um tratamento analítico (Bleger, 1967). Esta afirmativa se justifica pelo fato de que sobre o enquadre é projetado o mundo fantasma do paciente ou a *transferência delirante* (Little, 1958), a “parte psicótica” da personalidade, isto é, a “parte indiferenciada e não resolvida dos vínculos simbióticos primitivos” (Bleger, 1967:317), que permanece clivada. Conseqüentemente, se nunca convertido em objeto de análise, o material psíquico clivado estabiliza-se na compulsão à repetição e o resultado que se conseguirá obter nessa análise será apenas a organização de uma personalidade adaptada, uma “fachada” ou o que se chama de eu “fático” ou ainda de “eu de pertinência” (Bleger, 1967:321). Trata-se nesse sentido de um eu que desempenha um papel em função de algum tipo de relação que estabeleça, seja a relação terapêutica, a relação com um grupo, com uma associação ou instituição, sem alcançar, no entanto, uma estabilidade interna ou experimentar uma autenticidade.

Bleger (1967) traça um paralelo entre a relação analítica e a relação de simbiose com a mãe no que diz respeito ao desenvolvimento e organização da diferenciação eu/não-eu. Fazendo essa analogia, o autor situa o enquadre ou os cuidados maternos como o depositário do não-eu que permanece imobilizado enquanto o eu se desenvolve. Tal como na relação de simbiose com a mãe em que os cuidados maternos são perceptíveis apenas quando falham, o material depositado sobre o enquadre na relação analítica só vem à tona quando ocorrem mudanças ou quando o enquadre se rompe:

Que não se perceba o não-eu não implica sua não existência psicológica em termos da organização da personalidade. O conhecimento de algo só se dá

na ausência desse algo, até que ele se organize como objeto interno. Mas o que não percebemos também existe. E este ‘mundo fantasma’ existe depositado no enquadramento, ainda que o mesmo tenha sido rompido, ou precisamente por isso (Bleger, 1967:314).

Assim, não perceber o enquadre não implica na sua inexistência, pois ele guarda em si um silêncio comparável ao corpo na saúde (Green, 1975a) ou, evocando Winnicott, ao ambiente facilitador. Acessar o material oculto no enquadre é nesse sentido um acontecimento benéfico e até mesmo necessário ao longo de um tratamento uma vez que a manutenção indefinidamente da simbiose, fazendo uso das palavras de Bleger (1967), não é interessante para o desenvolvimento da análise.

Identifica-se então dois modos de conceber o enquadre (Bleger, 1967). Por um lado, há o que é proposto e mantido pelo analista, aceito conscientemente pelo paciente e necessário para o estabelecimento da análise. Por outro lado, está o enquadre que corresponde às projeções do mundo fantasma do paciente, cuja manutenção, se perpetuada, não se transformará em processo, ou seja, os conteúdos psicóticos do paciente não serão convertidos em aspectos variáveis que, então como objeto de análise, convocam a interpretação analítica. Ambas as perspectivas do enquadre precisam articular-se em alguma medida a propósito do sucesso do tratamento.

Todavia, há que se ressaltar que o enquadre é depositário da parte mais regressiva do paciente (Bleger, 1967). Sendo assim, com pacientes neuróticos, os conteúdos mais regressivos do paciente mantêm baixo o nível de importância do enquadre em prol do trabalho analítico, como indica Winnicott (1955-6:395):

“Sempre que há um ego intacto e o analista pode ter certeza sobre a qualidade dos cuidados iniciais, o contexto analítico revela-se menos importante que o trabalho interpretativo. (Por contexto entendo o somatório de todos os detalhes relativos ao manejo.)”

Nesse sentido, entendendo-se que na neurose o paciente encontra-se menos prejudicado em relação à sua história de relacionamentos primários e também em relação à constituição do eu, o mais importante do tratamento é o trabalho interpretativo do analista. Corroborando esse pensamento, Green (1975a) observa como que numa análise clássica, passadas as surpresas iniciais com os elementos que definem o enquadre, o paciente os assimila e de certa forma os esquece

enquanto é absorvido pelo que se passa dentro de si e abre-se à transferência. Os elementos que compõem o enquadre serão utilizados como material para a interpretação apenas na proporção em ocorram eventuais modificações.

Diferentemente, na análise de casos-limite ou de fases ou momentos psicóticos que ocorrem nos processos analíticos de modo geral, o enquadre torna-se o mais importante no tratamento (Winnicott, 1955-6). A ênfase que recai sobre o trabalho interpretativo do analista na análise de pacientes neuróticos é direcionada na análise de casos-limite para o enquadre, a ponto mesmo de abalar o dispositivo e o método da psicanálise desalojando analista e paciente das suas zonas de definição habituais (Green, 1986a; André, 1999b). Ocorre que os casos-limite, particularmente, projetam sobre o enquadre uma enxurrada de material regressivo acarretando inúmeros problemas a respeito dos quais lançam alguma luz os avanços teóricos atentos às relações de objeto mais primitivas.

De modo geral, se o material regressivo que irrompe ao longo de uma análise remonta à fase mais primitiva da existência, isto por si só impõe dificuldades clínicas já que o eu ainda não pode ser considerado uma unidade estabelecida naquela ocasião e nem capacitado a empreender defesas contra a angústia relativa aos componentes pulsionais (Winnicott, 1955-6). Estas circunstâncias são indicativas, portanto, da necessidade de que o analista trabalhe prioritariamente o material que porventura se instale sobre o enquadre, sendo este análogo aos cuidados maternos, como sugere Bleger (1967).

Contudo, seguindo-se o pensamento winnicottiano sobre as relações iniciais mãe-bebê pautadas numa indiferenciação, acredita-se que a insuficiência adaptativa do ambiente no contexto dos cuidados primários que exerce para com o bebê redundando no estabelecimento de um falso-*self* destinado a ocultar e proteger o verdadeiro-*self*, consistindo, nas palavras de Winnicott (1955-6:394): “numa coleção de reações a uma sucessão de falhas na adaptação”. Desse modo, sem uma integração suficiente no eu, o paciente nessa condição de dissociação do *self* em verdadeiro e falso apresenta uma forte tendência regressiva na situação analítica. Esta condição de dissociação a que se remete Winnicott ocorre enfaticamente com os casos-limite, por isso com esses pacientes o trabalho clínico voltado para o material regressivo projetados sobre o enquadre torna-se imperativo. Diferentemente, então, do que ocorre com qualquer paciente em

análise, com os casos-limite o enquadre torna-se mais importante do que a direção interpretativa do analista (Winnicott, 1955-6).

Influenciado pelo modo de pensar winnicottiano e bioniano, Green (1975a) problematiza o fato de que pacientes com a tendência regressiva como os casos-limite não usam o enquadre como meio facilitador e ao contrário do que ocorre na análise com pacientes neuróticos, eles evidenciam a própria presença do enquadre:

“O sentimento é de que está acontecendo algo que atua contra o contexto. É um sentimento que se pode encontrar no paciente, porém está acima de tudo presente no analista. O último sente o efeito de uma tensão que atua como uma pressão interna, que o faz ciente de ter de agir através e dentro do contexto analítico, como que para protegê-lo de uma ameaça (...)” (Green, 1975a:51).

Green indica dessa maneira a atmosfera densa na análise desses pacientes em que o enquadre não permanece como plano de fundo, mas ocupa o centro da cena analítica em função dos ataques a ele impingidos pelo paciente, impelindo o analista a analisá-lo mais intensamente em detrimento da análise dos conteúdos. Dito de outro modo, na análise de casos-limite prioriza-se o continente ao conteúdo (Green, 1975a).

Normalmente, espera-se que o enquadre, metáfora da experiência primitiva de fusão eu-ambiente, seja atacado pelo paciente sempre que o analista ocasione uma ruptura em seus limites, através do não cumprimento dos horários, ou da chegada das férias (Bleger, 1967). Isto determina uma fresta pela qual se introduz um lapso de realidade experimentada de modo catastrófico pelo paciente que não encontra um depositário para o seu mundo fantasmático. Na verdade, as variações que ocorrem no enquadre desmentem a fusão primitiva e obrigam o eu a movimentar os seus conteúdos psicóticos no sentido de reintrojetá-los, reelaborá-los ou mesmo reprojeta-los. Trata-se nessa conjuntura do “fenômeno da reativação sintomatológica” (Bleger, 1967:320) a partir do qual o fundo transforma-se em figura, devendo então ser sistematicamente analisado. Nesse sentido, os pacientes em geral tendem a atacar o enquadre analítico em alguma medida no decurso de uma análise. Para Winnicott (1955-6), o enquadre encontra-se na verdade representado na atuação do analista. Sendo assim, rupturas no enquadre são consideradas pelo paciente como erros do analista, situações em que este não foi suficientemente bom na adaptação às necessidades do paciente. A sua insuficiência nesse sentido reativa para o paciente as falhas ambientais

experimentadas ao longo dos cuidados primários. De fato, “sempre ocorrem falhas”, lembra Winnicott (1955-6:397), “já que não há realmente tentativa alguma de proporcionar uma adaptação perfeita”.

Todavia, alguns pacientes como os casos-limite experimentaram muito precocemente as falhas dos cuidados ambientais, certamente tendo tido que reagir a elas subsequente. Esse foi o berço da dissociação entre um *self* verdadeiro e falso, a origem traumática de um desenvolvimento patológico que, por conseguinte, será projetado no enquadre como reações às variações que nele irromperem. Sem dúvida, isto deve ser trabalhado pelo analista (Winnicott, 1955-6). Ele deve poder fazer uso de suas falhas tratando-as como antigas falhas ambientais que o paciente agora, num ambiente/enquadre facilitador, encontra-se disponível para perceber e abarcar e até mesmo, quem sabe, experimentar raiva por elas pela primeira vez.

É bastante problemático o direcionamento de uma análise em que o material instalado sobre o enquadre não é reconhecido ou aceito pelo analista (Bleger, 1967). Deixado de lado como objeto de análise, o analista empreende ele mesmo uma clivagem desse material e a análise pode se configurar de modo que os limites da analisabilidade perpetuem-se num tratamento interminável, ou que interrompam bruscamente o tratamento, como lembra Donnet (1999). Isto sem mencionar que a clivagem empreendida pelo analista pode ser concomitante às clivagens estruturais inerentes a determinados pacientes como os casos-limite (Donnet, 1999). Nessas circunstâncias, produz-se então o “pacto ou a reação terapêutica negativa” (Bleger, 1967:321).

Fruto do material psíquico do paciente que permanece clivado na psique e que não é trabalhado pelo analista, o pacto consiste num conluio entre o analista e seu paciente no sentido de manter o enquadre constante, intocável, imobilizado. Mantendo-se as regras do enquadre dessa maneira praticamente obsessiva, a situação analítica pode até perdurar, mas constitui na melhor das hipóteses, o eu fático, de fachada (cf. Bleger, 1967), que talvez possa ser associado ao falso-*self* proposto por Winnicott (1955-6) ou ainda ao antianalisando de McDougall (1978a) e ao normótico de Bollas (1987).

Na figura do antianalisando tem-se o fracasso em iniciar a análise mesmo numa situação analítica claramente configurada. O analista se sente paralisado pela rede de objetos mumificados do paciente, numa situação de exclusão objetal

(Green, 1975a), na qual não consegue despertar a curiosidade do paciente sobre ele próprio e nem fazer com que suas interpretações não sejam recebidas como meros desvarios (McDougall, 1978a). O conluio pactuado com esse tipo de paciente antianalisando se estabelece pelo comparecimento regular do paciente às sessões, pela sua pontualidade com a hora e com o pagamento ao analista, pela sua fala clara e contínua ao longo do tempo da sessão relatando detalhada e inteligivelmente situações difíceis pelas quais tenha passado em momentos precoces de vida sem apresentar, no entanto, a afetividade a eles relacionados e sem sugerir algum outro sentido além daquele que parece querer transmitir. Dessa maneira, nada acontece ao longo de semanas de escuta, nem no discurso do paciente, nem em sua relação com o analista. O antianalisando permanece colado no momento presente, sem vitalidade, pobre imaginativamente e incapaz de perceber/compreender o outro (McDougall, 1978a).

A descrição do antianalisando feita por McDougall (1978a) assemelha-se à definição de Bollas (1987) a propósito do normótico. Este tipo de paciente chama a atenção pelo aspecto anormalmente normal com que se apresenta. Ele se mostra estável, seguro e extrovertido socialmente, embora desinteressado da dimensão subjetiva da vida, ou seja, do “jogo interno dos afetos e das idéias que geram e autorizam nossa imaginação pessoal, informam criativamente nosso trabalho e proporcionam uma fonte contínua para nossas relações interpessoais” (Bollas, 1987:172). O normótico se refugia nos objetos e nos fenômenos materiais pelos quais anseia buscando adquiri-los como se fossem coleções. É assim que na situação analítica ele assimila o enquadre: pelo cheiro do analista e da sala, pela sensação do divã, pelo som da voz do analista e outros sons do consultório, guardando num nível não representacional o que incorpora pelos sentidos:

“As pessoas normoticamente perturbadas alojam com sucesso diversas partes e funções de seus mundos internos em objetos materiais, e mesmo que os use e reúna em um espaço familiar não servem para nenhum propósito simbólico. Este indivíduo está vivo em uma profusão de coisas sem sentido” (Bollas, 1987:171).

Dito de outro modo, o normótico na situação analítica não tende a refletir sobre as intervenções do analista, avaliando internamente o que se passa na análise como se esperaria numa análise clássica, mas desenvolve um tipo de

relação com o enquadre através da qual toma o enquadre por objeto material, simplesmente, e nele aloja a sua subjetividade, sem simbolizá-la (Bollas, 1987).

O afeto certamente está presente no paciente normótico, embora esse paciente experimente a vitalidade de sua existência apenas parcialmente, pois falta a ele a atividade criadora que dá forma ao uso do simbólico (Bollas, 1987), num sentido mais próximo da proposta de Winnicott quanto ao viver criativo (Winnicott, 1971). A sua qualidade de vida, na verdade, prima pela ação e por isso não há lugar para estados depressivos ou de angústia. Se, todavia, estes aparecem com muita intensidade, são por ocasião de uma situação concreta como o desemprego, na qual a defesa normótica não consegue resistir e ocasiona o colapso, cuja forma mais comum é o abuso do álcool (Bollas, 1987).

Sendo assim, tanto o antianalisando (McDougall, 1978a) quanto o normótico (Bollas, 1987) parecem tender a configurar na situação analítica um pacto com o analista segundo o qual, ambos entram em conluio para manter as regras do enquadre e sua constância enquanto a subjetividade permanece clivada e nele depositada. Na proposta de Bleger (1967), não trabalhar esse material depositado no enquadre como objeto de análise, arrisca a desenhar a análise apenas como um *faz de conta* de que a análise acontece. De todo modo, através do pacto com o analista, ambos, antianalisando e normótico, estabelecem estados limites de analisabilidade, configurando situações limites na clínica que se manifestam silenciosa e friamente, sugerindo o “mais etéreo distanciamento”, pelo qual André (2002a:13) caracteriza uma das variações extremas da transferência dos casos-limite.

Diferentemente da distância afetiva, da frieza, evocada na clínica com o antianalisando e com o normótico, identifica-se num outro extremo uma relação com o enquadre que se assemelha a uma “erupção vulcânica” (André, 2002a:13). Nesse sentido, pode-se mesmo afirmar que os pacientes apresentam um modo “pouco respeitoso” (André, 1999b:9) de lidar com o enquadre, questionando a duração das sessões e a quem cabe finalizá-las. Certamente, as duas formas extremas de lidar com o enquadre, isto é, o distanciamento afetivo do paciente submerso no conluio que estabelece com o analista e a maneira pouco respeitosa para com o enquadre são reações do paciente ao que percebe ou experimenta como falhas do analista. Embora inevitáveis, essas falhas remetem os casos-limite às relações objetais traumáticas às quais já foram submetidos nos primórdios de

suas existências e, por conseguinte, à flutuação tópica que vivenciam intrapsiquicamente. O material regressivo que esses pacientes apresentam então na situação analítica é evidenciado no enquadre que se torna questão de beligerância e de ataques. Conseqüentemente, a dinâmica do tratamento dos casos-limite é estabelecida por longo tempo no sentido da pertinência dos limites (cf. Donnet, 1999), levando o analista a ter que lidar antes de tudo com o estabelecimento de um enquadre (André, 1999b).

Avançando na questão, Donnet (1999) se refere ao enquadre como a tópica da situação analítica que comporta de maneira complexa a economia e a dinâmica das relações entre dentro e fora. O “espaço-tempo” que caracteriza o enquadre, comporta a “delimitação entre o durante-a-sessão e o fora-da-sessão” (Donnet, 1999:127). Isto faz com que o enquadre constitua um espaço, materialize uma borda, uma instância terceira a partir da qual a sessão deve poder receber, acolher a vida exterior, tal como o trabalho do sonho se alimenta das cenas diurnas.

Com os casos-limite, no entanto, as relações espaço-temporais pertinentes ao enquadre são problematizadas. Isto ocorre ora pela clivagem entre o mundo da sessão e o mundo exterior, estabelecendo-se uma cisão, um fechamento, do paciente correlativo ao empobrecimento do seu fluxo representativo, ora pela falha da delimitação interno/externo, cujo efeito de confusão acaba incluindo também a realidade da transferência. Essas questões espaço-temporais que surgem em relação ao enquadre, oriunda ora da clivagem, ora da confusão interno/externo, demarcam, segundo Donnet (1999:128), a dificuldade do analista de se ater à atividade interpretativa apoiada sobre a palavra. Conseqüentemente, parece mais pertinente enfatizar no trabalho clínico com esses pacientes a construção do espaço analítico. Isto corrobora a constatação de Green (1975a) quanto à análise dos casos-limite ser privilegiadamente uma análise de continente.

3.3 – Dificuldades quanto à regra fundamental e à interpretação

A tentativa de construir, manter, redefinir o espaço analítico sofre sempre confrontações na clínica com os casos-limite. Não obstante, além do enquadre, outra questão de limites sempre se coloca clinicamente com esses pacientes quando se trata da associação livre que tende sempre a emperrar com esses casos. Com efeito: “A literatura *borderline* multiplica os exemplos de funcionamento psíquico que zombam da regra fundamental”, lembra André (1999b:11).

Dizer tudo o que vem a cabeça, condição do exercício da regra que põe em andamento a análise, consiste basicamente na verbalização de idéias, pressupondo-se nesse sentido que existe uma possibilidade de comunicação intersubjetiva relativamente preservada (Mc Dougall, 1978b). Contudo, esta afirmativa gera discussões sobre o tipo de comunicação que ocorre na situação analítica, tanto por parte do paciente quanto do analista, quando se trata de pacientes precocemente traumatizados como os casos-limite, pacientes que experimentaram acontecimentos catastróficos para a psique no contexto das falhas ambientais num momento da existência anterior à aquisição da linguagem.

Os traços referentes às experiências vividas nos primórdios da vida psíquica não são em geral acessíveis à recordação ou traduzíveis em pensamentos ou comunicações, embora a capacidade de captá-los seja anterior à aquisição da linguagem (McDougall, 1978b). Sendo assim, o discurso analítico de pacientes como os casos-limite que vivenciaram acontecimentos traumáticos na primeira infância comunica a catástrofe interna que os atingiu suscitando no analista estados afetivos que se referem àquela vivência, sem que necessariamente sejam enunciados verbalmente. Os atos são um bom exemplo nesse sentido uma vez que comunicam prejuízos aos processos de simbolização e afetos não elaborados das experiências traumáticas. Os atos podem inclusive estar associados à fala:

“Para alguns pacientes, a própria palavra torna-se esse ato no interior da situação analítica: um discurso que visa menos a comunicar algo ao analista do que fazê-lo *sentir* alguma coisa ainda sem nome, e por meio da qual o analisando tenta não ser apreendido” (McDougall, 1978b:101; grifo da autora).

Desse modo, a verbalização de idéias que acontece na associação-livre pode assumir com os casos-limite um propósito de preservar um contato ou de estabelecer um elo com o outro, ou ainda de dividir com esse outro o indizível da experiência traumática. Isto desenha uma fala que “aponta antes para a comunhão de experiências, do que para a comunicação de idéias” (McDougall, 1978b:110). Fica assim a questão de como escutar e interpretar o indizível:

Quando o analista trata com essa parte da personalidade regida por mecanismos primitivos, ele está à escuta de algo que se situa mais além dos recalques neuróticos: recusa, clivagem, retorno contra o próprio sujeito ou repúdio para fora de si de tudo o que pode ser fonte de sofrimento psíquico. Mas como escutar essa camada da psique? Reencontrar o que está foracluído do mundo das recordações e da elaboração simbólica? (McDougall, 1978b:111).

Na verdade, a palavra na comunicação primitiva empreendida pelos casos-limite é muito pouco promissora, sendo dificilmente utilizada num discurso associativo. Esses pacientes são capazes de estabelecer uma comunicação, mas deixam, no entanto, como problema para o analista a maneira de compreender e de responder ao que comunicam. Assim, as interpretações podem ser até eficazes numa sessão, revelarem-se absolutamente estéreis em outra e ainda provocarem respostas irônicas e/ou julgamentos de que o analista é indiferente ao mal-estar do paciente ou incapaz de alcançá-lo (McDougall, 1978b).

Certamente, a fala do paciente produz efeitos no analista, mesmo quando comunica o indizível, e é preciso que se escute essa comunicação. Nesse caso, a contratransferência se torna a matéria-prima da análise, a possibilidade decisiva de uma dinâmica do tratamento com os casos-limite (André, 1999a). Ainda que inicialmente a contratransferência já fosse apontada por Freud (1910b) como o resultado da influência inconsciente do paciente sobre o analista, esta noção permaneceu por longo período da psicanálise freudiana associada às dificuldades do analista, a uma resistência de sua parte, a um obstáculo que deveria ser superado e evitado tão logo irrompesse durante um processo analítico. Esta idéia, no entanto, foi bastante ampliada por autores pós-freudianos, a tal ponto que Paula Heimann (1949) a concebe abrangendo todos os sentimentos do analista em relação ao paciente. A suposição da autora é de que o analista compreende inconscientemente o inconsciente do paciente, o que indica, portanto, a contratransferência como instrumento poderoso de compreensão do que ele comunica. É claro que utilizar a contratransferência com esse propósito não libera o analista para encobrir as suas deficiências, ou seja, aquilo que lhe diz respeito acerca do seu próprio percurso de análise (Heimann, 1949). De todo modo, em se tratando da análise de casos-limite, frente à regra fundamental emperrada, a atenção flutuante e a interpretação enquanto instrumentos de trabalho analítico são sustentados apenas com muito custo, e certamente ajudados se o analista escuta com afinco as suas percepções contratransferenciais.

Contudo, mesmo afiado nas percepções contratransferenciais, o analista enfrenta dificuldades quanto à sua comunicação com tais pacientes, isto é, em fazer valer a eficácia do seu instrumento de trabalho clínico, a interpretação (André, 1999b). Esse instrumento da prática analítica mostra-se especialmente

ineficaz com esses pacientes, o que se deve a alguns aspectos intimamente entrelaçados. Um deles consiste nos processos prejudicados de simbolização, fundamentalmente no que diz respeito à constituição de representantes-representações (Green, 1986a). Outro aspecto abarca a prevalência do ato em detrimento da subjetivação (André, 1999b; Roussillon, 1991) e o seguinte se refere à intolerância desses pacientes quanto à percepção da interpretação como um terceiro termo entre dois, analista e paciente, fazendo com que seja recebida na verdade como perseguição (André, 1999b).

No que diz respeito à primeira via para discutir as dificuldades da interpretação na clínica com os casos-limite, os prejuízos nos processos de simbolização, é possível retomar a associação precisa de Green (1975a:85) entre o discurso desses pacientes e um colar de pérolas sem fio:

“O discurso do fronteiro não é uma cadeia de palavras, representações ou afetos, mas antes – como um colar de pérolas sem fio –, palavras, representações, afetos contíguos no espaço e no tempo, mas não em significado. Cabe ao observador estabelecer o elo que falta, com seu próprio aparelho psíquico”.

Essa imagem descreve a maneira pela qual o paciente expressa seu pensamento na análise. Em meio à prevalência do ato ou mesmo do silêncio mórbido e angustiados, elementos que caracterizam o que se convencionou denominar “clínica do vazio” (Green, 1988b:304), o analista se vê lançado nas agruras de um campo de objetos mal definidos, pois não existe nesses pacientes uma vivacidade representacional (Green, 1975a). Ao analista são exigidos dispendiosos “esforços de imaginação” antes de comunicar ao paciente a interpretação:

Muitas vezes acontece que o analista tem impressões até mesmo precariamente definidas que assumem a forma nem de imagens nem de lembranças de fases anteriores da análise. Essas impressões parecem reproduzir determinadas trajetórias de impulso, mediante a expressão de um movimento interno no analista.... Realiza-se um trabalho intensivo nesses movimentos, que eventualmente consegue transportá-los para a consciência do analista antes que este possa transformá-los, por uma mutação interna, em seqüências de palavras que serão usadas no momento exato da comunicação com o paciente por meio da verbalização (Green, 1975a:51-2).

Frente às impressões confusas, o analista trabalha intensivamente com sua contratransferência de modo a fazer com que o seu sentimento de confusão afetiva transforme-se em satisfação por ter sido possível alcançar alguma explicação coerente que sirva ao paciente (Green, 1975a). Na verdade, o analista se esforça para representar aquilo que o paciente não pode representar. Nas palavras de Green (1986a:65), este movimento implica em que “o analista deve fazer como se colocasse seu próprio aparelho mental em ação, como auxiliar do aparelho mental do paciente.”

O campo psíquico onde se desenrolam os processos de simbolização encontra-se delimitado face ao mundo interno/externo por um lado pelo campo somático e, por outro lado, pelo campo do ato (Green, 1986a). Dito de outro modo, o aparelho psíquico consiste numa “formação intermediária no diálogo entre o corpo e o mundo” (Green, 1986a:51). No interior desse espaço ocorrem processos intermediários de subjetivação fomentados pelo movimento de ligação/desligamento empreendido pelo trabalho pulsional: o ligar constrói as representações e o re-ligar, pautado num desligar prévio, constitui o pensar.

A representação, o conceito de maior referência do trabalho psicanalítico na opinião de Green (1982a), consiste basicamente no conteúdo de um ato de pensamento e igualmente na reprodução no interior do aparelho psíquico de uma percepção prévia (Green, 1986a). A representação é diferenciada entre representante psíquico ($R\psi$), representação de coisa (Rc) e representação de palavra (Rp). O representante psíquico consiste no representante da pulsão, isto é, da excitação pulsional que parte do soma. A representação de coisa, característica do sistema inconsciente, abarca o investimento de imagens e de traços de objetos e de acontecimentos. E a representação de palavra evoca um aspecto acústico, verbal. A identificação desses elementos permite localizar a matriz fundamental da representação no representante psíquico ligado à representação de coisa ($R\psi + Rc$). “Se quiserem chamar isto de ‘id’”, estou de acordo, diz Green (1986a:42), “é disso mesmo que estou falando. Esse conjunto chama-se realização alucinatória do desejo”.

É então da matriz fundamental $R\psi + Rc$ que se originam os representantes-representações e os afetos inconscientes. Tendo a pulsão como motor a propagar um movimento no aparelho psíquico (Scarfone, 2004), o representante-representação continua buscando satisfação. Através de deslocamentos e

condensações, o representante-representação se propaga para o eu, onde a representação de coisa agora consciente e relacionada à representação de coisa inconsciente se une à representação de palavra ($R_c + R_p$), adentrando então no domínio da linguagem (Green, 1986a). Esse novo conjunto é, portanto, mais sofisticado, mais favorável ao *insight*, embora dependa da matriz fundamental que serviu à realização alucinatória de desejo ($R_\psi + R_c$). Ambos esses conjuntos indicam que tanto os representantes-representações quanto o pensar desenhavam já uma formalização do pensamento, ou seja, formas sofisticadas das ligações/desligamentos.

Supõe-se então que a interpretação enquanto instrumento do analista deve servir à análise, ou seja, à decomposição de uma totalidade em partes, como deixa claro Green (1986a:49):

“(...) precisamente, quando estamos diante de representantes-representações, de afetos, de representações de coisa podemos analisar, isto é, reduzir uma totalidade em partes menores, que podemos recombina de outro modo.”

Contudo, nos casos-limite, os transtornos na esfera da simbolização são pregnantes enquanto a marca dos prejuízos psíquicos que estes pacientes vivenciam subjetivamente (Green, 1975a, 1977a, 1982, 1986a, 2002)¹. Esses transtornos se manifestam no empobrecimento das representações, no bloqueio das associações e nas inibições fantasmáticas sendo percebidos principalmente pelos esforços de pensamento infligidos ao analista na situação analítica. Assim, a interpretação enquanto instrumento analítico é bastante dificultada nesse contexto, pois diante de pacientes com operações psíquicas insuficientemente simbolizantes, ela serve menos ao trabalho de decomposição esperado numa análise e mais a um trabalho de vinculação. Para Green (1975a:52), na análise dos casos-limite, a interpretação visa na verdade “o êxito em vincular o incipiente e contê-lo dentro de uma forma.”

Evidentemente, os processos de simbolização prejudicados fazem com que prevaleça na clínica com os casos-limite o ato em detrimento da subjetivação (André, 1999b). A concepção metapsicológica sobre o ato corresponde à forma

¹ Green (1982a) desenvolve uma teoria sobre o pensamento no artigo *La Double-limite* no qual também inaugura sua teoria sobre o trabalho do negativo (Green, 1993a), discutindo ambas particularmente a partir da análise de casos-limite (Garcia, 2009).

composta *acting in/out* que designa uma tendência a passar à motilidade na situação analítica, no caso do *acting in*, ou fora dela, quando se trata do *acting out* (Roussillon, 1991).

Discutido em relação à dinâmica da transferência, certamente o ato comporta uma dimensão favorável à análise, pois, embora seja uma resistência, pressupõe a atividade de *pôr em ato* um material psíquico que, pela compulsão à repetição submetida ao recalque, atualiza na relação com o analista o passado em vez de rememará-lo (cf. Freud, 1912; 1914a). Todavia, discutido em relação aos processos de simbolização, o ato implica num curto-circuito em algum ponto da cadeia de representação. Roussillon (1991:199) apresenta a seqüência de elementos psíquicos sugerida por Green no trajeto que compõe a simbolização, qual seja: “*soma ↔ pulsão ↔ afeto* (representante psíquico da pulsão) ↔ *representação de coisa ↔ representação de palavra ↔ pensamento reflexivo*”. Nesse sentido, o autor aponta a *passagem ao ato* enquanto “motricidade impulsiva” (Roussillon, 1991:197) na medida em que essa cadeia sofre uma ruptura em alguma medida. Nesse caso, a passagem ao ato é então percebida pelo analista contratransferencialmente como agressão às condições de analisabilidade já que nessa circunstância o ato é definitivamente uma oposição ao trabalho analítico.

Roussillon (1991) diferencia algumas concepções sobre o ato identificando na primeira delas o atodescarga, ou ato sem tela. Essa modalidade de ato caracteriza-se pela descarga direta radicalmente subtraída dos processos simbólicos. O atodescarga obedece à intenção do princípio de prazer/desprazer, tendendo simplesmente ao zero como supõe o Princípio de Nirvana. Sem tela ou sem elemento de contenção, esse tipo de ato assume a forma muscular, alucinatória ou psicossomática. Na segunda concepção de ato destaca-se o ato-signo ou ato em busca de tela no qual já se pressupõe a existência de conteúdos psíquicos que buscam, no entanto, contenções. Através desse tipo de ato, o paciente impinge ao analista o fazer/sentir que ele não pode representar por si mesmo. No ato-signo as excitações pulsionais encontram-se desorganizadas, com a possibilidade de ligação presente porém num estado de pré-concepção, carecendo de uma transformação em afeto ou representação de coisa. Há então no ato-signo uma expectativa do paciente de que o analista o auxilie a organizar essas excitações. Nas palavras de Roussillon (1991:201), isto “não pode se realizar sem

o auxílio do analista, encarregado então da função de fornecer o aparelho a pensar ou a ‘sonhar’ o material.”

O terceiro tipo de ato consiste propriamente no ato-tela, no qual se encontra o aspecto de encenação, de recordação encobridora (Roussillon, 1991). Através do ato-tela, encena-se um roteiro fantasmático, sendo o roteiro de suicídio um bom exemplo, incluindo-se nesse contexto uma carta deixada ou o dispositivo escolhido. Nesse tipo de passagem ao ato há um movimento com função de síntese preliminar, porém sem representação metafórica, há ligações entre os elementos psíquicos que compõem os processos simbólicos, mas estas ligações estão insuficientemente simbolizadas. A ligação no ato-tela “está em busca de um símbolo dela mesma para constituir uma ligação psíquica” (Roussillon, 1991:202).

O ato-experiência de apoio consiste finalmente na quarta concepção sobre o ato (Roussillon, 1991). Nessa categoria encontra-se o ato na sua forma menos radical que consiste na atualização de experiências infantis e arcaicas como meio para elaboração. Esse é o caso do pôr em ato que compõe a transferência, contexto no qual experiências são externalizadas na situação analítica e assim sujeitas a uma elaboração ulterior:

“O agir transferencial pode então ser considerado como um modo de tornar presentes, e de desenvolver, experiências infantis e arcaicas pouco ou insuficientemente vividas em seu tempo para que uma simbolização completa (ou mais completa) pudesse se efetuar” (Roussillon, 1991:202).

Nesse sentido, o ato-experiência de apoio não é considerado anti-analítico, mas indispensável à análise (Roussillon, 1991) ou mesmo, em vez de um “inimigo” ou obstáculo ao tratamento analítico, ele poderia ser considerado um “aliado” da simbolização, como sugere a expressão utilizada por Godfrind (2008:39). Além desse quarto tipo de ato destacado por Roussillon (1991), outros podem ser ainda identificados como a fala representando o privilégio por um modo de agir verbal (cf. McDougall, 1978b) e o pensamento-ato caracterizando uma compulsão a pensar (cf. Donnet e Green, 1973). Em todos estes, diferentemente do ato sem tela, do ato em busca de tela e do ato-tela, o paciente utiliza processos mentais de agir pela palavra ou pelo pensamento, o que já

sinaliza uma capacidade de simbolização suficientemente preservada de maneira a raramente recorrer ao *acting*.

De todo modo, é possível dizer que o ato desempenha ambigualmente uma função defensiva e elaborativa, consistindo num recurso do paciente destinado a “reprimir a emergência de excitações disruptivas ou tentar conter/d Descarregar o que ameaça sua organização” (Roussillon, 1991:197). Do ponto de vista do analista e, precisamente, para a análise, o problema do ato é a dificuldade apresentada pelo paciente em retomar autoplásticamente as descargas intencionadas com o ato, ou seja, é problemático o último nível da cadeia dos processos de simbolização: a capacidade reflexiva do paciente sobre o seu *acting* (Roussillon, 1991). Isto dificulta enormemente o processo analítico, principalmente quando se trata dos atos que utilizam menos as competências simbólicas como o ato sem tela, o ato em busca de tela e o ato-tela. Estes tipos de atos especificamente tendem a romper o espaço de reflexão minimamente possibilitado pelo enquadre e método analíticos e, além disso, trazem à tona uma questão de fracasso do auto-erotismo relacionado a um comprometimento da matriz original do fantasma, isto é, a realização alucinatória do desejo (Roussillon, 1991).

Roussillon (1991) acredita que a insuficiência dos processos simbólicos que levam patologicamente à passagens ao ato derivam de uma relação anaclítica deficiente concomitante à constituição defeituosa do sistema pára-excitação. Conseqüentemente, os fantasmas originários não foram abastecidos suficientemente de modo a fomentar o seu papel organizador do auto-erotismo, engendrando então comportamentos patológicos que ameaçam a auto-conservação. Pode-se explicitar essa questão, nas palavras do autor:

Os primeiros contatos (no sentido do *handling* dos anglo-saxões) parecem ter sido irritantes, ofensivos, daninhos – primeiros olhares demasiado ausentes, banho de palavra primordial muito parcimonioso.

Nessas condições, as retomadas auto-eróticas desses modos de interações precoces insatisfatórias e insuficientemente estimulantes não puderam adquirir um valor funcional no aparelho psíquico.

O auto-erotismo, marcado pela carência de um apoio prévio, é então confundido com o masoquismo primário. Atividade de pura descarga, ele não tem a capacidade de reter a excitação, que é imperativamente expulsa num agir que chega às vezes até a exaustão (...) (Roussillon, 1991:207-8; grifos do autor).

Geralmente essas atuações são vividas pelos pacientes com muita vergonha e redundam em condutas de tal ordem autodestrutivas que parecem difíceis de serem consideradas auto-eróticas sugerindo realmente consistirem num masoquismo primário. Com efeito, os pacientes nessa condição de precária adaptação dos cuidados ambientais às suas necessidades primárias trataram de desenvolver a sua independência tão logo adquirida a sua autonomia muscular. Sendo provavelmente valorizados por essa atitude como demonstração de destreza, a atividade fantasmática desses pacientes acaba desqualificada em relação à motricidade e à ação, os quais eles tendem a usar como instrumentos contentores de si mesmos. Em vez do eu-pele, que no desempenho das suas funções constitui os envelopamentos psíquicos (Damous e Souza, 2005), esses pacientes desenvolvem através das atuações uma segunda pele forjada pela musculatura que passa a revesti-los como uma carapaça caracterial, uma “tela de prótese” (Lewin, *apud* Roussillon, 1991), sem um envelope efetivamente narcísico, como atesta André (1999c).

Padecendo então de um precário investimento objetal esses pacientes dificilmente pedem ajuda para as suas necessidades e, se o fazem, é geralmente provocando a recusa do outro, posicionando-se assim de maneira masoquista. “Essa atitude”, explica Roussillon (1991:209), “corresponde à revivescência de experiências infantis marcadas pela ausência de repostas maternas e pela desqualificação da necessidade delas (...)” Não por acaso, a sua musculatura mostra-se permanentemente tensionada e vigilante, pois é preciso manter a guarda evitando ser surpreendido, o que explica provavelmente a queixa muitas vezes proferida de sono insatisfatório e, em contrapartida, o abuso de remédios para dormir ou mesmo do álcool e outras substâncias.

Os objetivos implícitos do ato acabam contrabalançando, portanto, a insuficiência de processos simbólicos. Justamente por isto os atos comportam um aspecto paradoxal, pois tanto ameaçam a auto-conservação quanto protegem a vida psíquica. Para Roussillon (2008a), o ato pode mesmo consistir no endereçamento de uma mensagem para as pessoas significativas do entorno mais próximo. Referida às experiências arcaicas anteriores ao domínio da linguagem (cf. McDougall, 1978b), as atuações tentariam estabelecer uma comunicação, um reconhecimento e inclusive o compartilhar de experiências com as pessoas do entorno (Roussillon, 2008a).

A hipótese de Roussillon (2008a) quanto ao aspecto mensageiro do ato credita o reconhecimento e a valorização das atuações como mensagem às respostas fornecidas pelo entorno, algo que depende terminantemente da maneira como o entorno irá interpretar as atuações. Essa deve ser então a trilha do analista na clínica com pacientes que atuam patologicamente dentro ou fora da situação analítica, qual seja, reconhecer o ato como uma mensagem e valorizá-lo como tal (Roussillon, 2008a). Certamente este é um caminho que pode favorecer a retomada do ato em palavras durante a análise, isto é, fomentar a capacidade reflexiva do paciente chamando-o a pensar sobre o ato, submetendo-o dessa maneira aos processos de simbolização. Essa tarefa é sem dúvida facilitada pela instauração e manutenção do enquadre, assim como pela interpretação analítica, elementos que vão estabelecendo condições para a simbolização dos atos do paciente (Roussillon, 1991). Contudo, a organização e a manutenção do enquadre bem como a sustentação do método analítico já são suficientemente difíceis na clínica com alguns pacientes como os casos-limite. Interpretar, além disso, as atuações desses pacientes como mensagem talvez beire o impossível.

Enquanto a estrutura do ato no universo neurótico remete sempre à verbalização, pois o aparelho psíquico já se encontra demarcado pela linguagem, estruturado pela metáfora e por isso mostrando-se sempre potencialmente simbolizável e assim facilitando a interpretação analítica, a situação mostra-se inteiramente diferente no universo dos casos-limite, trabalhados por Roussillon como sofrimentos narcísico-identitários (Roussillon, 2008a). As atuações referidas aos casos-limite são repletas de ambigüidade, mergulhadas na história de desorganização pulsional (cf. auto-erotismo não organizado pela matriz original do fantasma) e no fracasso da capacidade reflexiva. Casos de abuso de drogas e automutilação (Cardoso, 2005), de anorexia (Roussillon, 2008a), de passagem ao ato sexual violenta (Chagnon, 2008) são alguns exemplos do comportamento patológico que esses pacientes podem manifestar no intuito de lutar contra o não-investimento objetal do qual padecem (cf. Roussillon, 1991). Sendo assim, redundando em incisivos limites de analisabilidade, a prevalência do recurso ao ato não deixa muito lugar para a interpretação analítica.

Além da precariedade dos processos simbólicos nos casos-limite e da tendência prevalente ao ato patológico, a interpretação é, em geral, recebida por esses pacientes como perseguição (André, 1999b). Normalmente a interpretação

presentifica na relação analítica um terceiro termo, algo de fora, que promove uma triangulação, o que, no entanto, é intolerável para esses pacientes que ainda estão no Um, no objeto único, absoluto, na indiferenciação com o objeto primário. O terceiro elemento presentificado pela interpretação insere na cena transferencial a dimensão da representação, um trabalho metafórico que alude ao processo associativo, ao deslizamento simbólico de uma representação a outra, algo desprovido de sentido para esses pacientes cuja análise confunde-se com um trabalho de luto ainda a ser feito: “trabalho ao mesmo tempo de separação-diferenciação-constituição do objeto e de traçado das fronteiras do eu” (André, 1999b:20).

A problemática da diferenciação eu/objeto, central nos casos-limite e das fronteiras intra-psíquicas, impõe à clínica com esses pacientes “a estraneidade daquilo que significa ‘o outro’” (André, 1999c:108). A questão do objeto único levantada por André (1999b) toca em cheio a discussão das relações objetais nos casos-limite, marcadas sobremaneira pela dimensão traumática. Cardozo (2005) ressalta nesse sentido a idéia de falha narcísica, já consagrada na literatura sobre esses casos, que resultaria de uma precária operação de assimilação do objeto e de totalização do eu. Todavia, na opinião da autora, o registro auto-erótico é ainda de maior importância no debate sobre os casos-limite. Enquanto estado anárquico de investimento pulsional orientado pelo aspecto parcial das pulsões desviadas do apoio na auto-conservação, o auto-erotismo constitui-se nos primórdios das primeiras relações com o ambiente “como um eu-corpo, ainda sem fronteiras, *aberto ao outro*” (Cardozo, 2005:68; grifos da autora). Falhas excessivas nesse momento prejudicam o auto-erotismo determinando um modo peculiar de relação com o objeto: uma relação passional, de fascinação, de extrema idealização do objeto, uma paixão mortífera escravizada ao domínio do objeto determinando uma radical passividade pulsional (Cardozo, 2005). Isto caracteriza as relações objetais dos casos-limite de tipo absoluto, único (cf. André, 1999b) como uma espécie de “paixão mortífera” (Cardoso, 2005:70).

A idéia do estado de paixão pelo objeto não corresponderia a uma indiscriminação entre eu e objeto como se pressupõe em função do trabalho de luto ainda a ser levado a termo, mas a uma “servidão” (Cardoso, 2005:70) ao objeto. Dessa maneira, o objeto único dos casos-limite nem de longe é dotado da contingência característica do objeto da pulsão (Cardoso, 2005). Ele é procurado

apaixonadamente para ser consumido com voracidade, até o seu esgotamento, se necessário.

Cardoso (2005) associa a hipótese de servidão ao objeto nos casos-limite ao tema da paixão desenvolvido por François Gantheret (1999, *apud* Cardoso, 2005), no qual está em jogo não a paixão-narcísica da melancolia pautada sobre uma identificação especular, mas o movimento de des-apoio que indicaria um movimento pulsional regressivo do objeto do desejo ao objeto da necessidade. Nesse sentido, enquanto o apoio na auto-conservação favorece a constituição do objeto fonte da pulsão que induz a um movimento na busca por objetos substitutos, o objeto único dos casos-limite sugere uma coisificação do objeto que deve ser consumido insaciavelmente segundo o imperativo de “*ainda-mais*” (Cardoso, 2005:71).

Em termos de delimitação interno/externo, Cardoso (2007) considera o objeto nos casos-limite uma alteridade interna radical que habita o espaço psíquico como corpo estranho impossível de perder. Trata-se de que nos casos-limite é justamente problemática a constituição da interioridade como um espaço próprio, de si mesmo: “a interioridade fica sendo privilégio do outro”, afirma André (1999c:106). O objeto, sempre excessivo, por falta ou presença maciça, configura uma alteridade que permanece estranha dentro de si, de difícil metabolização, impondo então uma servidão a ele (Cardoso, 2007).

Certamente são traumáticas as marcas deixadas pela experiência com o objeto, pois internamente um excesso pulsional invade o eu, configurando um quantitativo de força não-ligada que arromba o pára-excitação sem favorecer qualquer negociação com o eu (Cardoso, 2007). Conseqüentemente, não apenas as angústias típicas assumem um caráter paradoxal, de ameaça de intrusão e de separação do objeto (Green, 1975a), como a violência da servidão ao objeto vivida internamente é suplantada pela tendência à externalização, sobretudo pelas passagens ao ato (cf. Roussillon, 1991) e pela convocação ao corpo, orgânico mesmo, como o demonstram as auto-mutilações (Cardoso, 2005; 2007). Passar ao ato nessa condição, constitui portanto uma servidão ao objeto, tendo como pano de fundo os prejuízos auto-eróticos articulando as experiências traumáticas precoces aos estados e sensações do corpo. As atuações podem por isso comportar uma natureza erótica, própria da sexualidade infantil (Cardoso, 2005), e, além disso, mensageira (Roussillon, 2008a).

Sendo assim, os casos-limite na situação analítica, precocemente traumatizados no contexto das relações objetais primárias, sequer percebem o analista como um objeto diferente de si. Como podem então aceitar a interpretação pautada na dimensão de alteridade já estabelecida que ela pressupõe? Efetivamente, utilizar os elementos contratransferenciais na clínica com esses casos é a direção mais viável e eficaz de tratamento, como o indicam Winnicott (1947), Green (1975a), McDougall (1978b), André (1999b), Thompson (2002), uma série de autores que trabalham na perspectiva teórica das relações de objeto. Contudo, num primeiro momento e de maneira acentuada, as pistas contratransferenciais muito mais servem a construções do que propriamente a interpretações (Green, 1975a; Roussillon, 1991).

Na discussão sobre a eficácia do binômio lembrança/interpretação que estabelece no artigo *Construções em análise*, Freud (1937b) propõe que em determinadas circunstâncias o analista deve tentar completar as lacunas significativas na lembrança do paciente através de construções do que foi esquecido embora tenha deixado traços. Diferentemente da interpretação que se aplica mais a elementos isolados como a uma associação, a construção coloca para o paciente um fragmento de sua história primitiva. A perspicácia de Freud ressalta que, mesmo equivocada, a construção não causa danos ao paciente, sendo nesse caso tão logo descartada, mas, se correta, pode constituir-se convictamente como verdade histórica.

Ao trabalho de construções em análise Roussillon (1991:136) propõe denominar de “construção do originário”, indicando da seguinte forma o seu aspecto que considera mais útil:

“Certamente ela encontra sua utilidade maior quando as recordações encobridoras e o romance familiar não conseguem ser bastante elaborados e complexificados para darem uma forma aceitável ao que não pode, naquele momento, apresentar seu motivo estrutural sem culpabilidade excessiva. Ela é a ferramenta psicanalítica que se impõe quando reinam o desligamento e a pulsão de morte” (Roussillon, 1991:137).

A afirmação do autor nesse sentido aponta para a situação analítica na qual a construção do originário pode preencher não apenas as lacunas do colar de pérolas sem fio do discurso apresentado pelos casos-limite (cf. Green, 1977a), como também propõe novos significados para o vivido em termos de experiências

traumáticas que permanecem clivadas. Roussillon (1991) sugere, na verdade, uma função tríplice para o trabalho de construção do originário: preencher lacunas no processo de pensamento, sintetizar numa cena ou numa história o esparso material verbalizado ou atuado, e, por fim, dar um lugar provisório à realidade pré-histórica para que possa ser dialetizada a seguir com a realidade estrutural edípica. Importa, por isso, realmente muito menos se a explicação fornecida pelo analista é verdadeira ou não, e mais o fato de que com sua capacidade imaginativa o analista consegue dar forma ao incipiente (Green, 1975a).

No tratamento de casos-limite, portanto, o trabalho analítico sustenta-se por um longo tempo sobre o enquadre (cf. Bleger, 1967) ou, precisamente, sobre o continente, numa referência a Bion. Trata-se de uma análise comparável à atividade de fantasia da mãe, denominada *rêverie* materna (Bion, 1962), que tem por objetivo último, fomentar os elos de ligação que compõem os processos de simbolização tão prejudicados nesses casos. Numa nuance mais winnicottiana, tem-se a referência ao *holding*, à regressão e à dependência na situação analítica (Winnicott, 1954). Nessa perspectiva, Little (1985), a propósito do relato de sua análise com Winnicott, considera de alto valor a intervenção do analista que ela denomina “revelação”:

É preciso que eu diga algumas palavras sobre a minha família, senão é difícil compreender ou crer em grande parte disso que eu digo. Eu me admiro do pouco que eu disse sobre isso verbalmente a D. W., e no entanto sua observação sobre minha mãe foi como uma revelação (e não uma ‘interpretação’ analítica). Isso tornava possível e permitido compreender a maior parte do que eu já sabia, do que eu tinha observado, ou do que me tinham dito (Little, 1985:129; minha tradução).

A análise de Little com Winnicott é considerada na literatura psicanalítica um protótipo da experiência clínica com casos-limite. Nesse fragmento, Little (1985) parece sugerir o termo *revelação* como contrapartida à interpretação analítica na clínica com pacientes que experimentam uma profunda regressão na relação analítica. Independentemente do termo revelação ter o mesmo sentido do termo *construção* utilizado por Freud (1937b), a sua utilização como ferramenta analítica, se comparada a interpretação, pode ser bastante eficaz no decurso do tratamento dos pacientes com prejuízos nos processos de simbolização.

De fato, os casos-limite atacam o enquadre analítico perturbando o uso do método clássico da psicanálise. A clínica com esses pacientes se faz ouvir constantemente pelos limites que eles impingem à regra fundamental, os quais, por conseguinte, se manifestam nas comunicações primitivas (cf. McDougall, 1978b), e igualmente no impedimento à decomposição em pormenores que se espera num processo analítico (cf. Green, 1986a). Além disso, os casos-limite em geral tendem a atuar o indizível e a reagir à interpretação como um terceiro termo por estarem aprisionados ao objeto único. Diante desses estados limites de analisabilidade na clínica, a interpretação pode mesmo parecer inútil, ineficaz, inalcançável, distante das experiências vividas pelos pacientes, isto quando estes não se sentem assoberbados pela interpretação como uma violência a eles impingida, repleta de intenções persecutórias.

3.4 – A conjuntura transferencial

Em seguida às questões levantadas acerca das dificuldades quanto ao enquadre, à regra fundamental e à interpretação no tratamento dos casos-limite, é inevitável contextualizar as relações transferenciais que se configuram na situação analítica com esses pacientes. Os nós dessas relações claramente se apertam na proporção em que avança o trabalho analítico, pautado por longo tempo na proteção e manutenção do enquadre. Além das variações afetivas polarizadas entre intrusão e abandono que conduzem a relação com o analista ora ao mais etéreo distanciamento, ora à paixão mais primitiva (Green, 1979; André, 1999b), há grande dificuldade em instaurar a neurose de transferência na análise desses pacientes (André, 2002a). Deve igualmente ser ressaltado o aspecto delirante que a transferência assume na situação analítica (Little, 1958; Roussillon, 2002; Thompson, 2002).

Embora não seja exclusivo da psicanálise, a transferência é um dos conceitos fundamentais da clínica psicanalítica e quiçá mesmo emblemático, designando geralmente o processo pelo qual o material inconsciente se atualiza na relação com o analista repetindo estereótipos infantis, sendo primordial o seu estabelecimento para que ocorra um tratamento psicanalítico (Freud, 1912).

A transferência no seu aspecto necessário e inevitável deriva dos avanços de Freud em relação ao método clínico que alcança finalmente a associação livre como a regra fundamental após o abandono da hipnose como instrumento de

tratamento das neuroses. Inicialmente, transferência era para Freud (1895d:313) uma "falsa ligação" perturbadora da relação analítica na medida em que as representações e afetos do paciente associados a experiências traumáticas eram transferidas para a figura do analista e vivenciadas no tratamento em vez de rememoradas, constituindo-se como resistências. No *Caso Dora* (1905[1901]) Freud passa a considerá-la importante fator no processo analítico, embora ainda na condição de obstáculo ao tratamento. Contudo, percebe que a transferência remete ao funcionamento inconsciente tal como os sintomas ou os sonhos e que pode então ser aproveitada como "poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente" (Freud, 1905[1901]:112).

A concepção da transferência como instrumento do trabalho clínico se consolida efetivamente na conjuntura da análise do *Homem dos ratos* na medida em que Freud (1909) percebe a relação ambivalente do paciente com as figuras parentais revivida na transferência. Freud distingue então componentes positivos e negativos nessa relação que remonta ao complexo edípico estruturante dos conflitos infantis e assegura a necessidade da sua elucidação ao ser repetida na relação de transferência estabelecida com o analista. Mas de fato a consagração da transferência como instrumento da elucidação dos conflitos infantis ocorre em *A Dinâmica da Transferência* quando Freud (1912) a formaliza finalmente como "um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido – constantemente reimpresso – no decorrer da vida" (Freud, 1912:111). Na situação analítica, a transferência delinea a singularidade inconsciente do sujeito reeditando-a na relação com o analista como atuação que interrompe a associação livre e impede o recordar², já que se encontra a serviço das resistências que mantêm o *status quo* alcançado com o recalçamento.

Processualmente, portanto, a transferência vai sendo delineada no pensamento freudiano como o cenário essencial da análise a partir do qual o analista é investido pelo paciente de acordo com os seus clichês estereotípicos. Nessa circunstância, a neurose é substituída por uma neurose de transferência, uma *doença artificial*, oriunda da relação com o analista sob a proteção do enquadre na qual são atualizadas as características da doença real (Freud, 1914a).

² Vale notar que a atuação transferencial (Freud, 1912; 1914a) condiz com o ato-experiência de apoio (Roussillon, 1991) mencionado anteriormente a propósito da discussão sobre a prevalência do modelo do ato nos casos-limite em detrimento do modelo das representações.

Na medida em que a neurose de transferência ocorre, o analista é capaz de exercer alguma influência sobre a neurose:

“A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada. A nova condição assumiu as características da doença, mas apresenta uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção” (Freud, 1914a:170).

Na neurose de transferência, então, o analista é incluído na cena dos conflitos infantis, permeados de afetos ambivalentes, que são repetidos na situação analítica. Desse lugar, o analista pode prosseguir o tratamento no intuito de promover a familiarização do paciente com suas resistências até a sua elaboração efetiva (Freud, 1914a). De qualquer maneira, identifica-se na neurose de transferência uma dialética libidinal que permite um trânsito entre o investimento nos objetos e, portanto, no analista, e o investimento em si mesmo. É isto que leva Freud (1915c) a determinar nosograficamente um grupo específico denominado *neuroses de transferência* no qual inclui a histeria de angústia, a histeria de conversão e a neurose obsessiva. Decerto esses três tipos de acometimento psíquico indicam um contraponto ao pleno desenvolvimento da libido que invariavelmente regride conforme se instaura a neurose (Freud, 1915c). Todavia, a regressão da libido nesses casos não ocorre, como nas neuroses narcísicas, para fases anteriores ao encontro do objeto. Isto sugere que, a despeito do acometimento psíquico, permanece nas neuroses de transferência sempre alguma disposição libidinal para investimento em novos objetos, determinando uma possibilidade de deslocamento da libido para investir o analista numa relação transferencial e desse modo possibilitando enormemente a análise.

Ferenczi (1909), discípulo e contemporâneo de Freud, discute a possibilidade de instauração da neurose de transferência enfatizando não o jogo libido narcísica/objetal, mas a capacidade de introjeção desenvolvida no paciente. Segundo o autor, o analista é incluído na esfera psíquica do paciente através do mecanismo de introjeção, meio pelo qual os objetos do mundo passam a fazer parte dos interesses do eu (Ferenczi, 1909). Nesse viés, especificamente em relação à neurose, o processo de recalçamento disponibiliza energia para a procura de novos objetos com o propósito de substituir aqueles que foram recalçados, o que demarca no paciente uma propensão à introjeção e, portanto, à neurose de

transferência. Na verdade, Ferenczi (1909) indica este fenômeno como inerente ao psiquismo humano, sendo apenas mais acentuado entre os pacientes neuróticos. De todo modo, já desde Freud, trata-se na neurose de transferência de incluir o analista na esfera psíquica como um novo objeto investido, conferindo-lhe o poder de intervenção *desde dentro* desse espaço psíquico.

Ocorre que no tratamento de pacientes muito graves como os casos-limite verifica-se em geral o comprometimento na capacidade de investir novos objetos, *à la* Freud, ou introjetar novo objetos, *à la* Ferenczi, sejam eles de amor ou de ódio, em função mesmo das dificuldades primárias de diferenciação (André, 1999b) ou da permanente servidão ao objeto (Cardoso, 2005) acompanhada da impossível perda do objeto (Cardoso, 2007). De fato, se ainda não está em voga nos casos-limite uma distinção mais ou menos clara eu/não-eu, como seria então possível introjetar um objeto externo posto que o objeto ainda nem mesmo é reconhecido como tal? Ou na medida em que ainda não há nesses casos uma percepção de si mesmo e dos objetos como entidades mais ou menos diferentes?

Desse modo os casos-limite engendram na situação analítica variações nas relações transferenciais ditadas em termos de separação e intrusão, conforme a dupla angústia que experimentam (Green, 1975a; 1986a). Estas são passíveis de ocorrerem no curso de uma única sessão ou mesmo numa série delas, o que alude igualmente a modificações na contratransferência vivenciada pelo analista que é exigido a tornar-se mais ativo, sem muito tempo de espera para o desenrolar do processo analítico. Como indica Figueiredo (2003), o analista é constantemente provocado na clínica com esse tipo de paciente a uma implicação positiva, através da qual são solicitados proximidade, atenção, amor e maternagem, e/ou a uma implicação negativa, representada pelo distanciamento, irritação e beligerância. Oscilando de um pólo em que é desvalorizado a outro em que é idealizado pelo paciente, o analista dificilmente pode ser usado transferencialmente.

Sendo assim, justamente em função das variações típicas entre intrusão e distanciamento experimentados na relação analítica com os casos-limite, a neurose de transferência não se instaura com esses pacientes:

E o risco disso que não começa é o de que nunca termine – ou então de que seja bruscamente interrompido, o que é um outro modo de conservar o analista de preferência a se separar dele... . O que é próprio da neurose de transferência é não apenas repetir o conflito psíquico *in presentia*, na cena da

análise, mas também submeter o movimento desta à sua historicidade, sempre mais ou menos homogênea à tragédia edípica. Com a promessa no final da história, de um fim que seja um término – sob a forma de um desligamento das transferências. ‘Perdendo’ a neurose de transferência, a análise perde também seu aliado natural (André, 2002a:17).

A afirmativa de André (2002a) aponta para a impossibilidade dos casos-limite de instituir na situação analítica a neurose de transferência enquanto o campo por excelência de ocorrência do tratamento analítico, o que sem dúvida leva ao risco de uma análise interminável. Trata-se de que esses pacientes não investem o analista ou não o introjetam concedendo-lhe o poder de intervenção desde dentro que o neurótico normalmente lhe confere na transferência. Na verdade, os casos-limite reeditam na relação analítica não os padrões infantis que mantêm em operação as fantasias de desejo recalçadas como ocorre na neurose, mas dificuldades de outra ordem, traumáticas e muito primitivas, recorrentemente associadas ao mecanismo de clivagem (Roussillon, 2008b).

Roussillon (2008b) faz notar que a irrupção na relação transferencial das experiências traumáticas precoces reflete funcionamentos psíquicos pautados em mecanismos que perpassam principalmente a clivagem, a denegação, a forclusão, a projeção, o retorno no contrário e a inversão ativo/passivo. O caráter primitivo desses mecanismos fatalmente complica a transferência ocasionando então freqüentemente a reação terapêutica negativa (Freud), as transferências paradoxais (Anzieu), transferências passionais (Roussillon), delirantes (Little) ou outra forma de transferência que não comporta exatamente o termo *neurose de transferência* (Roussillon, 2008b). Nesse sentido, o autor aponta a organização psíquica em diferentes níveis de complexidade dos processos de simbolização, dentre os quais destaca a organização que deriva da prevalência do recalque e a que deriva predominantemente da clivagem. Essa diferença de organização psíquica faz com que a transferência também se organize em diferentes modelos, o que leva Roussillon (2008b:269) a propor as expressões “configuração” ou “constelação transferencial” por acreditar que refletem melhor as diferentes modalidades de organização psíquica em comparação ao termo neurose de transferência.

As expressões sugeridas por Roussillon (2008b) mantêm a definição de transferência legada por Freud (1912, 1914a) que versa sobre a transposição de uma situação histórica sobre a situação atual através da repetição e, permitindo maior amplitude, incluem mais favoravelmente outras conjunturas transferenciais

como as engendradas pelos casos-limite que não comportam propriamente o termo neurose de transferência. Nesse sentido, a sua proposta de que existem diferentes configurações ou constelações transferenciais conforme a complexidade da organização psíquica condiz com o pensamento winnicottiano a propósito de existirem diferentes formas clínicas da transferência (cf. Winnicott, 1955-6).

Decerto atestar uma incapacidade dos casos-limite para o estabelecimento da neurose de transferência traz uma definição em negativo acerca da transferência nesses casos, isto é, trabalha-se uma definição pelo que não é. Margaret Little (1958), diferentemente, identifica uma psicose de transferência ou transferência delirante na análise desses pacientes a quem não se preocupa em nomear nosograficamente, mas descrever e ressaltar o aspecto qualitativo da regressão e violência que eles estabelecem na relação analítica. Segundo Little (1958), na psicose de transferência predomina o fato de que o paciente se serve do analista como suporte de uma projeção delirante ao concebê-lo sem diferenciá-lo do objeto de origem, histórico, valorizando o analista apenas no presente da análise, sem tê-lo como representante ou substituto de objetos.

Imbuído do intuito de estabelecer relações de dependência que beiram a adição e encontrar objetos que realizem as funções do eu, o paciente tenta estabelecer com o analista na transferência delirante uma *folie a deux*. Assim esclarece Little (1958):

A relação analítica é entendida somente nestas bases, e são feitas tentativas de estabelecer com o analista uma *'folie à deux'*. Relacionamentos entre não iguais ou de 'dar e receber', estabelecidas nos termos de uma outra pessoa, parece ser algo que nunca aconteceu antes; a idéia é recebida com absoluta falta de compreensão, dando lugar à fúria quando o paciente tem que ceder; se o analista cede, isto pode passar completamente despercebido, mas, se for percebido, produz grande satisfação e culpa.

Tende a ocorrer nessa relação de dependência e de *folie a deux* a reclamação de cada uma das partes por preferência e precedência, num clima de agressividade e de alternância de papéis entre domínio e passividade (Little, 1958). A autora inventaria então alguns aspectos que podem determinar esse tipo de relação transferencial delirante, sendo alguns deles a prevalência de mecanismos de defesa primitivos, o não alcance ainda da posição depressiva e, portanto, da necessária fusão entre componentes eróticos e agressivos. Além

disso, Little (1958) ressalta a não integração entre psique e soma do paciente estabelecendo uma base pré-ambivalente para experimentar os acontecimentos que são percebidos apenas de uma única maneira, boa ou má. Ademais, por se tratar de uma questão muito primitiva, tampouco as percepções do paciente são auto-refletidas (cf. capacidade reflexiva, Roussillon, 1991).

A transferência delirante oculta um estado interno que o paciente tanto necessita quanto teme alcançar. Quando o consegue, num contexto analítico suficientemente bom, o paciente torna-se: “apenas dor, raiva, confusão, berro, etc. e é totalmente dependente do analista por existir em algum lugar uma pessoa que sente ou age” (Little, 1958).

No relato testemunhal de sua análise de sete anos com Winnicott, Little (1985) permite entrever alguns exemplos da transferência delirante que engendrou no seu processo analítico, certamente profundamente acolhido por Winnicott. Na frequência de sete vezes por semana quando, incapacitada de ir às sessões em função de crises de depressão, Winnicott vai a sua casa para sessões de uma hora e meia de duração e segura durante todo o tempo as suas mãos. Winnicott suporta as suas manifestações exasperadas dentre as quais, no consultório do analista, quebra e pisoteia o vaso de flores que ele tinha em alta conta. Por ocasião da aproximação de suas férias, Winnicott organiza a hospitalização de Little para estar certo de que ela não se suicidaria. Para ela, a atitude de seu analista significava a expressão do *holding* através do qual ele assumia total responsabilidade por ela, fornecendo-lhe a força que ela não podia encontrar em si mesma, tal como proporciona a um bebê o “cordão umbilical” (Little, 1985:124). Winnicott era para Little a sua mãe (Little, 1985). Ele era investido transferencialmente por ela, porém como objeto materno real, o que indica assim o aspecto delirante da transferência (Little, 1958).

Corroborando Little (1958), Thompson (2002) ressalta como a transferência delirante subjacente ao tratamento analítico dos casos-limite estabelece um contexto absolutamente confuso na clínica e acredita que nesse tipo de relação analítica não se diferenciam os objetos da transferência e os objetos da história de vida: “A transferência delirante é aquela na qual não tanto a relação de objeto é re-atualizada, mas a própria percepção do objeto” (Thompson, 2002:23). Sendo assim, o analista serve para o paciente como suporte para uma projeção delirante, não se distinguindo do objeto de origem aos olhos do paciente. Se os

casos-limite refletem na cena analítica o trauma das carências dos cuidados ambientais primários insuficientes e, por isso, experimentados como excesso, conseqüentemente, é estabelecida na relação analítica a demanda de maternagem, de reparação, de boas experiências (Thompson, 2002). Na verdade, sob a configuração da transferência delirante, o analista se torna o objeto de origem para o paciente a quem ele pode então destinar tais demandas.

Thompson (2002) identifica os estados limites de analisabilidade da clínica com os casos-limite com acontecimentos freqüentes na análise com crianças, principalmente a demanda de abertura à possibilidade de fusão entre libido e destrutividade implicados na ambivalência na medida em que se alcança a posição depressiva. Nessa analogia, a autora ressalta mesmo a fala de uma das crianças que tinha em análise: “Madame Thompson, tu és mamãe” (Thompson, 2002:29). Da mesma forma, Little (1985) repetia com seu analista forçosamente uma experiência traumática, um excesso, de falha ou de excitação, como teria vivido nas suas relações primitivas. No íntimo e num nível de regressão em análise aos primórdios da dependência do ambiente, o estado da paciente na transferência delirante é experimentado do mesmo modo que o bebê experimenta inicialmente: uma questão quanto à certeza da sobrevivência, da própria existência e da identidade (André, 1999b).

Segundo Roussillon (2002a), a transferência delirante associada a uma psicose de transferência (Little, 1958; Thompson, 2002) se apresenta na análise como a loucura privada descrita por Green (1988a), uma forma de loucura circunscrita, que não é de modo algum incompatível com certo sucesso social, vide o caso de Margaret Little (cf. Little, 1985), médica e psicanalista reconhecida da Sociedade Britânica de Psicanálise. Levada à transferência, a loucura privada corresponde a experiências não simbolizadas que permanecem clivadas ameaçando, por conseguinte, os parâmetros habituais de análise da transferência ao engendrar situações limites de analisabilidade (Roussillon, 2002a). Normalmente, os parâmetros que circunscrevem a neurose de transferência dizem respeito à organização da transferência como um campo de ilusão sustentado pelo paradoxo passado/presente no qual a história do paciente é vivida em ação no presente, passível de ser interpretada como representação, reedição ou ainda como recomposição de um fragmento do passado. Em se tratando da transferência nos casos-limite, esses parâmetros ficam então ameaçados:

“(...) no lugar da ilusão necessária ao desdobramento e análise da constelação transferencial, em termos de realização de desejos infantis e de sua retomada adolescente, o sítio analítico se vê invadido por formas de confusão psíquica ou de defesas contra a confusão psíquica” (Roussillon, 2002a:45; minha tradução).

A afirmação do autor se refere ao fato de que, em análise, esses pacientes se fazem perceber pelas situações limites que produzem na relação transfero-contratransferencial. A confusão que eles instauram nesse contexto é geral, fazendo com que não sejam diferenciáveis sujeito e objeto, realidade e representação, dentro e fora, eu e não-eu, pois é justamente isso que vivenciam internamente. Eles estão presos no problema de julgamento de atribuição e de existência, como Green (1993a) bem o demonstra ao teorizar sobre o trabalho do negativo. Isto impede a organização da dimensão tópica da psique e a configuração dos espaços fronteiriços entre o eu e o outro (Cardoso e Garcia, 2010). Conseqüentemente, os afetos invadem em massa a cena transferencial provocando a enorme confusão que se traduz enfim na transferência delirante (Roussillon, 2002a).

Na perspectiva clínica com os casos-limite, o analista é então fatalmente colocado numa situação arriscada no que diz respeito à organização transferencial. Se permanece preso à interpretação do jogo transferencial como fruto do desejo inconsciente do paciente, negligencia a confusão psíquica na qual o paciente se encontra, confusão que testemunha justamente a insuficiência de processos de simbolização que o capacitam a fazer emergir um desejo, seja ele libidinal ou destrutivo (Roussillon, 2002a).

3.5 – A reação terapêutica negativa

Dentre os estados limites de analisabilidade vivenciados com os casos-limite, a reação terapêutica negativa é uma manifestação freqüente e intensa (Chabert, 1999). Bleger (1967) chega a tocar nesse ponto quando menciona o pacto que irrompe na clínica entre paciente e analista estabelecendo a aliança terapêutica não com a parte mais sadia do paciente, como seria esperado, ou seja, com a parte que almeja a melhora do sofrimento, mas com a parte mais regredida, que permanece escamoteada na situação analítica ao depositar-se sobre o enquadre. Bleger não discorre ampla e diretamente sobre a reação terapêutica negativa e tampouco a associa diretamente aos casos-limite, mas indica que esse

tipo de reação “é uma verdadeira perversão da relação transferência-contratransferência” (Bleger, 1967:321).

Na reação terapêutica negativa a parte clivada do eu se apresenta na análise pelo agravamento do paciente a cada vez que o analista acredita na sua melhora ou no progresso da sua análise, configurando um tipo de limite à cura difícil de superar (Laplanche e Pontalis, 1991). Green (1979) ressalta nessa circunstância as recidivas, irrupções de agressividade e colapsos periódicos que os casos-limite podem apresentar tão logo certo progresso clínico é alcançado. Roussillon (1991) também articula a agressividade à reação terapêutica negativa ao compreendê-la como um movimento psíquico destrutivo ocasionado, posteriormente ao progresso analítico, por um sentimento de culpa inconsciente. Na opinião do autor, este movimento psíquico se assemelha ao funcionamento tóxico dos protistas que são destruídos por seus próprios dejetos (cf. Freud, 1920) sugerindo desse modo que a reação terapêutica negativa reflete “uma cultura de pulsão de morte” (Roussillon, 1991:122).

Freud (1914a) se preocupa inicialmente com o fenômeno da reação terapêutica negativa em *Recordar, repetir e elaborar*, chamando a atenção para a piora no tratamento que caracteriza esse fenômeno. Esta perspectiva destaca a proliferação de sintomas do paciente em análise ocasionada pela diminuição da força do recalque ou ainda pela intenção do paciente em mostrar ao analista como o tratamento pode ser perigoso. No caso do *Homem dos Lobos*, Freud (1918[1914]) retoma o assunto mencionando as reações negativas demonstradas através do agravamento dos sintomas do paciente na medida em que o analista os elucida. A menção a esse tipo de reação ganha mais detalhes a partir de 1923, em *O ego e o id*, quando Freud a compreende como uma reação invertida na qual o paciente prefere a manutenção do sofrimento à cura, provavelmente em função de um sentimento de culpa mudo para o paciente que de fato não o faz sentir-se culpado, mas doente:

(...) o que é conhecido como ‘reação terapêutica negativa’... Não há dúvida de que existe algo nessas pessoas que se coloca contra o seu restabelecimento, e a aproximação deste é temida como se fosse um perigo. Estamos acostumados a dizer que a necessidade de doença nelas levou a melhor sobre o desejo de restabelecimento.... percebemos que estamos tratando com o que pode ser chamado de fator ‘moral’, um sentimento de culpa, que está

encontrando sua satisfação na doença e se recusa a abandonar a punição do sofrimento (Freud, 1923:62).

A reação terapêutica negativa é retomada em 1924b, em *O problema econômico do masoquismo*, quando a manutenção do sofrimento é associada à satisfação masoquista e, em 1926, em *Inibições, sintomas e angústia*, numa discussão quanto à localizar-se no supereu a origem do agravamento indicado por essa reação. Em 1937a, em *Análise terminável e interminável*, a reação terapêutica negativa é então diretamente articulada à ação radical da pulsão de morte, o que explica enfim a sua difícil superação ou mesmo o seu abrandamento por interpretações que acabam parecendo invariavelmente inadequadas.

De uma maneira geral, o desdobramento na situação analítica da reação terapêutica negativa tal como trabalhada por Freud constituiria aos olhos de Bleger (1967) indicação precisa de que o não-processo está em pleno vigor e que, como tal, deveria tornar-se processo, ou seja, objeto de análise. Contudo, algumas questões carecem de respostas: De que forma a reação terapêutica negativa pode ser de fato articulada à pulsão de morte? E como pode tornar-se analisável? Além disso, pressupor um sentimento de culpa inconsciente na base da reação terapêutica negativa implica em também pressupor um supereu já definido e organizado? E ainda como articular esses aspectos aos casos-limite?

Roussillon (1991) trabalha longamente o tema da reação terapêutica negativa no contexto dos paradoxos e situações limites da psicanálise não acreditando de antemão que a totalidade dos casos que apresentam esse tipo de reação seja explicada por falhas técnicas ou inadequações interpretativas, como talvez pareça sugerir Bleger (1967), embora tais justificativas não possam e nem devam ser excluídas destas discussões. De todo modo, o autor alarga os dois tempos previstos por Freud acerca da reação terapêutica negativa na situação intersubjetiva da análise, a saber, melhora/agravamento, para três tempos ditados da seguinte forma: melhora/satisfação afirmada pelo analista/agravamento (Roussillon, 1991). Dessa forma, Roussillon mostra a importância da intervenção do analista expressando a sua satisfação com a melhora do paciente e o subsequente agravamento do paciente, o que representa neste ângulo a reação terapêutica negativa como uma reação ou uma resposta à expressão do analista. Nesse caso, o material elucidado pelo analista como formador de sintomas é

retomado pelo paciente de maneira auto-destruidora, em vez de ser repudiado como dejetos psíquicos. Ocorre nesse mecanismo um retorno destruidor do que não serve ou do que prejudica o funcionamento psíquico. A reação terapêutica negativa evoca assim os processos psíquicos atravessados pelo funcionamento tóxico dos protistas (cf. Freud, 1920):

“Aplicada ao funcionamento mental, essa metáfora significa que o processo de mentalização é ‘envenenado’, ‘intoxicado’, degenerado e destruído pelos efeitos (restos) de seu próprio funcionamento (teoria que os delírios paranóides tornam manifesta)” (Roussillon, 1991:122).

Roussillon (1991) retoma então a metáfora utilizada por Freud entre o funcionamento psíquico e o funcionamento tóxico dos protistas sinalizando as maneiras mais primitivas de salvar a sobrevivência do organismo e a constituição da psique que tenderiam a degenerar em face dessa toxicidade. Uma delas é através da clivagem dentro/fora visando purificar o espaço psíquico. A outra maneira é promover a complexificação do espaço interno constituindo uma tópica interna cuja dinâmica de funcionamento permite que o conteúdo tóxico/mau/desprazeroso para um grupo seja bom/prazeroso para outro. Supõe-se a partir daí um certo nível de masoquismo na psique e a abertura aos conflitos intra-psíquicos (Roussillon, 1991).

Todavia, na medida em que o funcionamento protista vigora além das tentativas de salvaguarda do organismo/psique, falta nitidez à separação eu/não-eu e complexificação à tópica interna. O organismo/psique permanece então mobilizado sobretudo pela sua própria destruição, viciosamente:

“Abandonado a si mesmo, esse processo termina em um impasse, gera um círculo vicioso. A incompletude do processo motiva sua destruição, a qual impede a continuidade do trabalho elaborativo e assim reforça a tendência a destruir; é um processo de tudo ou nada” (Roussillon, 1991:124).

Nesse sentido, a compreensão da reação terapêutica negativa remonta cada vez mais para o funcionamento psíquico arcaico, originário, cujos processos de simbolização são permeados de destrutividade (Roussillon, 1991). A hipótese do autor nesse sentido é de que a irrupção da reação terapêutica negativa após a satisfação afirmada pelo analista com a melhora do paciente evoca neste uma vivência traumática, provavelmente permeada de sentimento de culpa. A hipótese

de Roussillon nesse sentido é de que uma sedução foi vivenciada e que a manifestação do analista equivale para o paciente à realização efetiva de desejo incestuoso, despertando-lhe então um sentimento de culpa edípica. Mas como seria possível sustentar essa hipótese se está em questão o funcionamento psíquico arcaico, o que descarta, em princípio, os parâmetros edípicos envolvidos na constituição do supereu, a instância responsável pela instauração do sentimento de culpa na psique?

A associação entre a reação terapêutica negativa e o sentimento de culpa é inspirada nos textos freudianos de 1923 e de 1937a, mas já desponta em 1916b quando Freud discute o adoecimento que marca o traço de caráter dos arruinados pelo êxito. A configuração desse tipo de caráter se apresenta após uma mudança na realidade dos fatos que finalmente favorece a concretização de um desejo profundo e há muito tempo aguardado. Freud (1916b:331) se surpreende com esse tipo de caráter e assim o explicita:

Parece ainda mais surpreendente, e na realidade atordoante, quando, na qualidade de médico, se faz a descoberta de que as pessoas ocasionalmente adoecem precisamente no momento em que um desejo profundamente enraizado e de há muito alimentado atinge a realização. Então, é como se elas não fossem capazes de tolerar sua felicidade, pois não pode haver dúvida de que existe uma ligação causal entre seu êxito e o fato de adoecerem.

O padecimento em questão decorre de uma defesa ferrenhamente empreendida pelo eu já que o desejo agora pode ser realizado, diferentemente de quando existia apenas na fantasia e não merecia tanto investimento/contrainvestimento. Para Freud (1916b), arruinar-se dessa maneira é algo que deriva de um sentimento de culpa intimamente relacionado ao complexo de Édipo que priva o sujeito de qualquer fruição da realização de seu desejo, impelindo-o mesmo a recuar diante da possibilidade dessa realização. Adoecer em função do êxito é a possibilidade encontrada pelo paciente para a punição da culpa que ele inconscientemente carrega consigo de outrora.

Sendo assim, em se tratando da reação terapêutica negativa, a satisfação expressa pelo analista reativa para o paciente uma experiência de sedução antiga, arcaica, da qual provavelmente, em meio a sua onipotência infantil, ele se sentiu culpado, acreditando ter sido ele próprio a causa da sedução (Roussillon, 1991). Por conseguinte, o paciente não pode corresponder à satisfação afirmada pelo

analista melhorando de seu estado, pois isto concretizaria a realização incestuosa que outrora ele acreditou engendrar e o levaria a sucumbir frente ao sentimento de culpa. Resta ao paciente apenas o agravamento de seu quadro, através do qual parece punir-se expiando seu sentimento de culpa (cf. Freud, 1923).

A particularidade então da reação terapêutica negativa consiste na impossibilidade para o paciente de simbolizar a expressão de satisfação do analista que vivencia, na verdade, como sedução. Esta vivência o toca em cheio numa “zona traumática” (Roussillon, 1991:131) na qual a sedução é vivenciada no contexto de uma incapacidade para se inocentar, determinando o que Roussillon (1991:127) propõe nomear de “culpabilidade inocente”. A zona traumática corresponde a um registro de funcionamento psíquico marcado pela clivagem e pelo desligamento acionados pela ação da pulsão de morte, comportando uma toxicidade que se repete na relação analítica como uma reminiscência a-historicizada, desconhecida, passível de ser barrada apenas pelo trabalho efetivo de reconstrução empreendido pelo analista. É desse modo que a reação terapêutica negativa pode ser deslocada dos limites que impõe à analisabilidade para o processo analítico de fato.

Na verdade, a reação terapêutica negativa apontada por Bleger (1967) como a polaridade que congrega em si problemas da situação analítica decorrentes da não análise de material projetado no enquadre, articula-se de modo mais contundente às falhas ambientais precoces que prejudicaram o desenvolvimento do eu em seu processo de integração e personalização (Winnicott, 1945), constituindo uma zona traumática (Roussillon, 1991) que permanece clivada do eu projetando-se, no entanto, no enquadre na forma de ataques (Bleger, 1967). Seria provavelmente mais correto nesse sentido referir-se à reação terapêutica negativa como *uma resistência contra o retorno do clivado* (cf. Roussillon, 1999).

Quanto à articulação entre o sentimento de culpa e a reação terapêutica negativa, deve-se examinar o supereu no exercício da sua crueldade e severidade no interior do aparelho psíquico que se relaciona estreitamente ao sentimento de culpa. A vertente teórica mais frequentemente referida na literatura psicanalítica sobre o supereu o institui como a instância psíquica depositária das identificações com as figuras parentais no declínio do complexo de Édipo (Freud, 1923). Em função da ameaça de castração, a criança renuncia à satisfação libidinal incestuosa e interioriza no supereu a interdição exterior. Essa versão teórica do supereu

esbarra numa outra, a que aponta para um supereu pulsional, pré-edípico (Cardoso, 2002). Esse viés de supereu primitivo corresponde aos elementos inassimiláveis de uma força pulsional que excede a capacidade de simbolização, caracterizando então o supereu de maneira persecutória:

Ao seguir esta linha de abordagem, passamos de uma visão que coloca no primeiro plano da teoria do superego os interditos parentais, para uma outra, centrada numa perspectiva originária (baseada na alteridade) e centrada no sexual.

O aspecto demoníaco do superego, índice de uma dimensão de ataque pulsional, não cessará de retornar na teoria freudiana. Esta manterá, porém, a tendência, por meio do privilégio concedido ao Édipo e à castração, de neutralizar este aspecto (Cardoso, 2002:30).

Essa segunda versão teórica acerca do supereu indica a formação desta instância por reação a uma vivência de excesso, e por isso traumática, que levou à ruptura do pára-excitação (cf. Freud, 1920). Roussillon (1991) trabalha igualmente nessa linha de pensamento acerca do supereu constituído numa situação traumática, pois acredita que isto explica a crueldade que se evidencia clinicamente nos casos de paranóia, de melancolia e de neurose obsessiva, além de se relacionar estritamente ao modelo da reação terapêutica negativa identificável na análise de casos-limite. Trata-se de que a confusão tópica eu/não-eu e o retorno contra si da destrutividade/toxicidade que ocorrem nesse tipo de reação são justamente conseqüências da ruptura do pára-excitação, agravadas nesse caso, pelo sentimento de culpa impingido pelo supereu. Enquanto receptáculo dos vestígios traumáticos e, portanto, menos regulador e mais desregulador, o supereu atua de maneira patologicamente paradoxal: bloqueia o processo de purificação do eu e, ao mesmo tempo, culpa o eu por não ter conseguido alcançar a integração dos componentes ambivalentes. Assim, comenta Roussillon (1991:128): “Essa culpabilidade aparece à subjetividade (e não sem razão) como uma doença”, seja a piora do quadro clínico, como evidencia a reação terapêutica negativa, seja um adoecimento propriamente, como ocorre aos arruinados pelo êxito.

De todo modo, para além do sentimento de culpa, o problema da crueldade do supereu que envolve a reação terapêutica negativa traz para o centro da discussão a questão dos limites intra-psíquicos e as vicissitudes da pulsão de morte. Sem que uma tópica se organize minimamente expurgando inicialmente os

dejetos destrutivos/tóxicos, numa analogia ao funcionamento protista, a necessidade de punição para expiar a culpa pode ser um preço muito alto a ser pago em prol da sobrevivência psíquica:

(...) a necessidade de punição, o masoquismo moral, aparece nesse caso não como o fundo do fato clínico, mas antes como um *paliativo*, como se, no lugar de um diferenciador tópico fundado sobre a *negação*, o sujeito fosse forçado a envolver-se num sofrimento psíquico para continuar a sentir-se identificado e delimitar assim o espaço subjetivo de um ego, mantendo, a esse preço, uma diferenciação necessária à sobrevivência psíquica (Roussillon, 1991:129).

Com efeito, essas questões estão no centro das discussões acerca dos casos-limite. A associação livre incipiente, as representações empobrecidas, o silêncio, o indizível atuado, a reação terapêutica negativa e o sentimento de culpa inconsciente são elementos que prevalecem de maneira insistente na clínica com esses casos. Deles, pode-se dizer, no mínimo, que experimentaram traumas demasiado precoces em termos de diferenciação eu/não-eu e que permanecem clivados ocasionando prejuízos à organização tópica.

Clinicamente, portanto, as fronteiras mínimas do enquadre analítico com os casos-limite tomam corpo somente com sérios problemas (André, 1999b). Na verdade, a psicopatologia dos casos-limite vai se desenhando na cena analítica nos ataques contra o enquadre ou no conluio com o analista para mantê-lo intacto, nas relações transferenciais e nas dificuldades em suportar o método da psicanálise, pelo menos aquele tradicional pautado no modelo de tratamento da neurose, ponto zero do nascimento da clínica psicanalítica. Se por um lado tudo isto emperra o método clássico de análise, por outro, parece deixar apenas sorratamente como saída ao analista a sua contratransferência para escutar essas manifestações como aliados (Godfrind, 2008) que possam fomentar os processos de simbolização, se não privilegiando as interpretações, mas então as construções em análise. Nesse sentido, pode ser igualmente válido promover a extensão do enquadre como Winnicott o faz na análise de Margaret Little (Little, 1985). Isto é revolucionário na opinião de Parsons (2002), pois significa permitir a manutenção da situação analítica que favorecerá, por sua vez, não a reprodução de padrões de relações objetais, mas o nascimento mesmo de uma relação objetal. Trata-se aqui de fazer sobreviver o dispositivo analítico dos ataques a que é submetido. Para Roussillon

(1991), a sobrevivência deve mesmo ser uma meta do analista que, sem ser destruído, embora atingido pelos ataques, deve aceitar ser negado em sua alteridade e igualmente aceitar que, com isso, ainda não é de fato um objeto objetivamente percebido pelo paciente.

Assim, o estudo dos casos-limite na psicanálise é inseparável da discussão sobre os limites encontrados na clínica. Esses limites impõem ao tratamento situações extremas, na maioria das vezes derivadas de acontecimentos pertencentes à pré-história subjetiva, ou seja, de acontecimentos anteriores à emergência da linguagem e por isso ainda não simbolizados. É então de fundamental importância debruçar-se sobre essas situações para lidar com análises possivelmente intermináveis. De fato, os casos-limite contextualizam situações clínicas bastante difíceis e peculiares, capazes mesmo de produzir profundos impasses e questionamentos que alcançam os limites da analisabilidade. Por outro lado, como sugere Donnet (1999), esses casos talvez encarnem justamente a partir dos limites que impõem à clínica, uma grande possibilidade de alimentar as reflexões metapsicológicas e assim também contribuir para os avanços da psicanálise produzindo um alargamento e aprofundamento da competência psicanalítica.

4 – A constituição dos limites psíquicos e os casos-limite

A clínica com os pacientes conhecidos na literatura psicanalítica como casos-limite é marcada sobretudo pelos limites da analisabilidade. Aliás, iniciou-se uma teorização sobre os processos psíquicos desses pacientes justamente em função das dificuldades vivenciadas com eles na situação analítica. Em geral, credita-se a esses pacientes a maneira exacerbada com que as análises são atravessadas por situações limite, seja através dos ataques que impingem ao enquadre, seja através das dificuldades em submeterem-se à regra fundamental da análise e aceitarem as interpretações como tal, seja igualmente através da organização transferencial que instauram na relação analítica que, além de convocar imperiosamente a contratransferência do analista, ainda é freqüentemente travancada pela reação terapêutica negativa.

As hipóteses teóricas sobre os casos-limite avançaram então a partir dos limites experimentados na situação analítica. Referindo-se a prejuízos na constituição dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos que repercutem nos processos de pensamento, essas hipóteses se referem a experiências primárias conturbadas com o ambiente em termos de distância e tempo, que, em vez de favorecer a diferenciação eu/não-eu num contexto plausível de transicionalidade, impedem o apagamento do objeto primário via trabalho do negativo (Green, 1982a, 1988a, 1993a). Sendo assim, o objeto primário permanece constantemente presente danificando a constituição de um espaço necessário à simbolização e ocasionando as angústias paradoxais de intrusão e/ou de separação. Nesse sentido, trata-se nos casos-limite de dificuldades na constituição de um espaço psíquico pessoal que possa ser investido narcisicamente de modo mais ou menos diferenciado do mundo exterior com o qual são estabelecidas relações. Dito de outra forma, trata-se de prejuízos na constituição de uma ausência na psique da qual depende diretamente o sucesso dos processos simbólicos.

Sendo, então, a hipótese teórica central na explicação etiológica dos casos-limite referida aos prejuízos na constituição dos limites psíquicos, uma consideração teórica sobre esses casos requer um percurso sobre a maneira como se constituem tais limites e sobre as conseqüências que derivam dos transtornos nessa constituição.

4.1 – O conceito de limite em suas dimensões espaço-temporais

O alcance da especificidade dos casos-limite depende de que se considere fundamentalmente o próprio limite como um conceito. Essa posição é fortemente endossada por Green (1986a; 1999) que, numa leitura pessoal de Freud, observa o quanto o conceito de limite encontra-se presente na psicanálise: as delimitações entre as instâncias psíquicas, a definição de pulsão como um conceito-limite entre o psíquico e o somático, a conversão histérica como um salto dos limites do psíquico para o somático, o recalque impingindo um limite ao desejo incompatível com a realidade, as censuras entre o pré-consciente, consciente e inconsciente, as barreiras de facilitação discutidas no Projeto. Embora nesses exemplos os limites pareçam sugerir certa rigidez, figurando talvez como barreiras estáticas, fixas, as delimitações que eles estabelecem não são absolutamente rigorosas. De fato, algumas preocupações de Freud, especialmente quanto às delimitações topográficas que acompanham a segunda teoria das pulsões (Freud, 1920; 1923; 1933), apontam justamente para o caráter móvel e flutuante das fronteiras psíquicas pensadas então em termos de processos de transformação de energia e de simbolização.

Trabalhando sobre as indicações freudianas acerca do narcisismo, Federn (1952) desenvolve uma concepção sobre as fronteiras psíquicas com importante repercussão na psicanálise. Identificado como “um pensador dos limites” por Anzieu (1985:119), Federn dedica-se a estudar os sentimentos do eu e de flutuação das fronteiras do eu acreditando que essas fronteiras mudam freqüente e naturalmente em conformidade com o momento da vida, com as adversidades com que se tem que lidar. Mantendo-se fiel a Freud, Federn avança sobre a hipótese de que a constituição do sentimento do eu depende do sentimento de unidade no tempo (a idéia de continuidade), do sentimento de unidade no espaço no momento presente e do sentimento de causalidade (a idéia de uma historicidade de si), elementos dos quais se tem consciência somente em situações de problemas no funcionamento psíquico. Do contrário, uma vez consolidados esses sentimentos, o eu se constitui narcisicamente de maneira que suas fronteiras são elásticas, porosas e funcionais, além de determinantes simultaneamente das realidades interna e externa (Federn, 1952).

Procura-se então contemplar as dimensões espaço-temporais em relação aos limites considerando-se que sejam particularmente relevantes para conceber

os limites psíquicos como elásticos, porosos, funcionais, fluidos, justamente porque estas características se perdem ou não se constituem no contexto de experiências traumáticas tais como as que prevalecem em relação aos casos-limite. Com efeito, se mobilidade e fluidez são características atribuídas às fronteiras psíquicas desses casos, é num sentido psicopatológico referido a um esgarçamento ou frouxidão dessas fronteiras e até mesmo a um envelopamento esburacado (cf. Anzieu, 1985).

No que diz respeito ao espaço, pelo menos três exemplos evidenciam essa importância: o espaço intra-psíquico que engloba a dimensão topológica da metapsicologia, o espaço intersubjetivo e o espaço do enquadre analítico (Green, 1986a). Em todos esses aspectos, ou seja, na topologia, nas relações objetais e na clínica, o limite evoca não uma linha que separa dois territórios, mas um território em si mesmo, um espaço que se desenha como um terceiro campo congregando em si os territórios que supostamente se consideraria divididos caso o limite fosse apenas uma linha. Na concepção do limite como um espaço terceiro tem-se então um território cuja origem deriva de outros dois que nunca se diferenciam por completo, conservando as suas características naquela terceira estrutura que tanto os diferencia quanto os reúne.

Em termos espaciais, a concepção de limite pensada por Green caracteriza justamente o espaço potencial como definido por Winnicott a propósito dos fenômenos transicionais. De fato, em Winnicott (1971), a transicionalidade consiste numa terceira área de experimentação habitada pelos objetos e fenômenos transicionais. Essa terceira área deve ser essencialmente considerada como um espaço potencial para o qual contribuem as realidades interna e externa, eu e não-eu, constituindo, desse modo, um paradoxo que, uma vez aceito, assume valor extremamente positivo para o desenvolvimento do verdadeiro *self*.

Os objetos e fenômenos transicionais são a primeira possessão original não-eu (Winnicott, 1971). Contudo, embora já não façam parte do universo do objeto subjetivo, produto da experiência de ilusão, ainda não são plenamente reconhecidos como pertencentes à realidade externa. Eles delineiam a jornada do universo puramente subjetivo à objetividade, marcando seu progresso através da manipulação do objeto e não mais através do controle mágico e onipotente que ocorre por ocasião da dependência absoluta, no contexto do objeto subjetivo. A transicionalidade esboça inicialmente uma área que será desenhada com contornos

mais nítidos à medida que a mãe inicia sua tarefa de, com o passar do tempo, desiludir gradativamente o bebê. Para Winnicott (1971, 1967a), essa é uma experiência de separação e a principal função dos objetos e fenômenos transicionais consiste em, paradoxalmente, unir-separando mãe e bebê. Isto inicia todos os seres humanos numa área neutra de experiência que, por sua vez, na jornada rumo à independência, se alarga cada vez mais abrangendo todo o campo cultural sem jamais ser confrontada com a questão sobre sua natureza: se é concebida subjetivamente ou se é apresentada a partir do exterior.

Verifica-se então a riqueza da dimensão espacial dos limites, tanto no que se refere ao espaço psíquico quanto às relações intersubjetivas e ao enquadre analítico, contextos nos quais os limites constituem espaços, áreas ou zonas de experiência e não separações lineares, divisórias. Há, com efeito, uma dimensão terceira nesses espaços remetendo à idéia de intermediário que congrega eu e não-eu, realidade psíquica e realidade compartilhada, interior e exterior, dentro e fora, tal como prevê o espaço potencial e a transicionalidade pensados segundo o referencial winnicottiano. Neles se aceita a indecidibilidade quanto à origem da terceira área de experimentação remontar a um ou a outro território, e, mais que isso, a não definição de sua origem é até mesmo necessária para sustentar a experiência paradoxal de ser perpassado por um e outro território, interno e externo, o eu e o outro, algo que ocorre já nos primórdios dos processos de simbolização.

O conceito de eu-pele proposto por Anzieu (1985) mostra-se bastante enriquecedor para pensar a questão espacial dos limites. Estudando as fronteiras e continentes psíquicos a que, de modo muito próprio, denomina *envelopes*, Anzieu estabelece no conceito de eu-pele uma correspondência entre a psique e a superfície corpórea. Os envelopes psíquicos, segundo o autor, se desenvolvem fundamentados basicamente nas funções da pele de envelopar e proteger o corpo, conter os conteúdos internos, além de delimitar e separar dentro/fora e, ao mesmo tempo, mantê-los em contato. A partir de uma fantasia de pele comum vivenciada no contexto da díade bebê-círculo maternante, o eu-pele se estabelece ao longo do processo de separação mãe/bebê demarcando paulatinamente uma estrutura topográfica de base, de caráter intermediário, cuja particularidade é justamente a composição de uma dupla face, interna e externa, permeada por um espaço. Este, por sua vez, deve ser suficientemente flexível às interações com o círculo

ambiental e, do mesmo modo, suficientemente continente dos conteúdos psíquicos.

Com efeito, a configuração bidimensional do eu-pele perpassada por um espaço intersticial se organiza mediante um ajustamento suficiente do círculo maternante ao bebê (Anzieu, 1985). Posicionado excessivamente próximo, a face externa do envelope psíquico se cola à face interna e o eu nascente é sufocado e invadido. Do contrário, ou seja, o círculo maternante encontrando-se excessivamente distante ou inconstante, o envelope psíquico não se constitui de maneira consistente. Os excessos do círculo maternante prejudicam então o espaço intersticial do eu-pele podendo ocasionar graves patologias. Uma vez achatado o espaço intermediário que caracterizaria o eu-pele, a sua interface desaparece evidenciando uma condição patológica. Este aspecto patológico do eu-pele, particularmente, mostra-se proveitoso para o debate sobre existir ou não uma diferença entre os casos-limite e as chamadas personalidades narcísicas, permitindo Anzieu estabelecer então certa diferença entre esses dois campos diagnósticos:

(...) meu conceito do Eu-pele poderia trazer um argumento suplementar para distinguir as personalidades narcísicas dos estados-limite. O Eu-pele 'normal' não envolve a totalidade do aparelho psíquico e apresenta uma dupla face, externa e interna, com uma separação entre essas duas faces que deixa lugar livre para um certo jogo. Essa limitação e essa separação tendem a desaparecer nas personalidades narcísicas (Anzieu, 1985:160-1).

Segundo o autor, nos distúrbios narcísicos da personalidade verifica-se o prejuízo do sentimento de coesão de si mesmo e, conseqüentemente, esses pacientes apresentam a necessidade de se bastarem com seu próprio envelope psíquico, de modo que uma fantasia de pele comum com o círculo externo é evitada a qualquer custo para que não se sintam dependentes (Anzieu, 1985). Nesses pacientes, é abolido o espaço entre as duas faces do eu-pele que se colam e se solidificam. Fenomenologicamente, as personalidades narcísicas tendem a se colocar no centro do interesse de si mesmas e dos demais e, carecendo de flexibilidade frente aos obstáculos da vida, podem experimentar uma ruptura do seu eu-pele. Um recurso de que se valem é a sobreposição de seu eu-pele pessoal pelo eu-pele de outrem. Embora este outro eu-pele se assemelhe a um envelopamento maternante, ele não é experimentado pela personalidade narcísica

como uma pele em comum, mas como algo externo a si-mesmo capaz de lhe prover de proteção e força, a ponto de forjar uma ilusão de invulnerabilidade. Estas operações mantêm o eu-pele em parede dupla, embora suprimam o espaço entre elas. Apesar disto, a relação continente-conteúdo fica preservada, o eu psíquico permanece integrado ao eu corporal, e a atividade do pensamento e a do trabalho psíquico criador permanece possível.

Nos casos-limite, de outro modo, o sentimento de continuidade de si mesmo é facilmente perdido, pois a totalidade da estrutura do eu-pele é alterada (Anzieu, 1985). Nesses casos, as duas faces do eu-pele se confundem em uma só como também se retorcem conforme o anel de Moebius. Esta condição acarreta a diminuição da produção fantasmática e determina principalmente a dificuldade para esses pacientes distinguirem dentro/fora sem que, no entanto, caracterizem-se como psicóticos:

Uma parte do sistema percepção-consciência, normalmente localizada na interface entre o mundo exterior e a realidade interna, é deslocada deste local e colocada em posição de observadora externa (o paciente estado-limite assiste de fora ao funcionamento do seu corpo e de seu espírito, como expectador desinteressado de sua própria vida). Mas a parte do sistema percepção-consciência que subsiste como interface assegura ao indivíduo uma adaptação suficiente à realidade para que ele não seja psicótico (Anzieu, 1985:162).

Diferentemente então das personalidades narcísicas, trata-se nos casos-limite de uma questão de conteúdo mal contido que se torna continente e que, por sua vez, contém mal. De qualquer maneira, segundo a proposta de Anzieu (1985), a configuração de um espaço intermediário em meio a um círculo maternante suficientemente distante é uma grande conquista em termos narcísicos. Uma vez estabelecido e mantido esse espaço em sua interface, a constituição narcísica é favorecida de maneira tal que o sentimento de unidade de si mesmo e de continuidade de si ao longo do tempo, como sugere Federn (1952), não são questionados ou mesmo percebidos conscientemente.

Avançando sobre o conceito de limite pensado em termos espaciais, ganha-se ainda em amplitude ao introduzir-se a dimensão da temporalidade. Roussillon (1991) resalta nesse sentido a tendência na psicanálise em discutir a temporalidade em relação às experiências traumáticas de acordo com um ponto de vista quantitativo, como ocorre com a reelaboração posterior que compõe as primeiras leituras freudianas sobre o trauma. Neste caso, há um intervalo temporal

entre o primeiro tempo dos acontecimentos que consiste no momento exógeno da sedução, patológico apenas *a posteriori*, e o tempo posterior, endógeno, de rememoração da sedução que acarreta então efeitos traumáticos pelo excesso de energia investida no aparelho psíquico. O autor, entretanto, na esteira de Brette (1987, *apud* Roussillon, 1991), acredita que o aspecto qualitativo do trauma também dever ser considerado e destaca nesse sentido a temporalidade, cujo exame aponta para aspectos importantes na compreensão dos limites psíquicos nos casos-limite.

O viés qualitativo da experiência traumática em relação à temporalidade pode ser observado na eliminação da distância temporal e estrutural que separa a sexualidade adulta da infantil, como ocorre nas cenas de sedução (Roussillon, 1991). Nessa perspectiva, o tempo e o ritmo de maturação da psique infantil não são respeitados pelo adulto que implanta a sua sexualidade na criança. Por conseguinte, tem-se um excesso de excitação para o grau de organização ainda precário da libido e da capacidade de ligação do eu infantil. A confusão de línguas descrita por Ferenczi (1933) ilustra bem a desorganização que pode derivar do desrespeito aos limites entre gerações e aos interditos edípicos.

A teoria da sedução generalizada de Laplanche (1988) permite igualmente entrever a perturbação, o excesso para a psique infantil que comporta a mensagem emitida pelo adulto, atravessada que é pela sua sexualidade. Na melhor das hipóteses, lembra Scarfone (1992), a mensagem emitida pelo adulto alcançou um compromisso via recalque e aparece para a criança como enigma:

(...) a mensagem enigmática é, como indicava recentemente Laplanche, uma mensagem *compromisso*. Compromisso pela via inconsciente do adulto, precisa Laplanche, não sem lembrar que ele acorda também à palavra compromisso o seu sentido habitual: um compromisso entre duas partes, como o sintoma é um compromisso. Esse compromisso necessário supõe então que uma inibição (talvez pudéssemos dizer aqui: inibição quanto ao objetivo?) é transmitida ao mesmo tempo em que a excitação, tornando possível uma operação defensiva eficaz da parte do receptor desta mensagem (Scarfone, 1992:102; grifo do autor; minha tradução).

O autor demarca nesse sentido que sob a marca do compromisso, e, portanto, do recalque, a mensagem adulta comporta excitação/inibição favorecendo então ao receptor defender-se eficazmente dessa mensagem enigmática. Não obstante, mesmo perturbadora e excessiva pela diferença

geracional, a mensagem adulta, se atravessada pelo recalque, implanta a sexualidade na criança excitando-a, mas igualmente convidando-a a inibir-se, defender-se. Isto veicula finalmente para a criança a possibilidade de tradução do enigma emitido pelo adulto. O problema é justamente a ausência de compromisso na mensagem emitida, pois nesse caso a mensagem é recebida como intromissão (Scarfone, 1992). Nessa conjuntura de intromissão, a confusão entre o tempo sexual da criança e o tempo sexual do adulto faz com que as atividades tradutoras e recaladoras da criança sejam minadas e a excitação provocada pelo adulto não encontre atenuantes, curto-circuitando a constituição das instâncias psíquicas em vias de formação.

Além da dimensão da temporalidade relacionada aos limites violados entre as diferenças geracionais, outra experiência traumática qualitativa que evoca o aspecto temporal da concepção de limite remonta às respostas ambientais às exigências de satisfação colocadas pela criança. Na verdade, faz-se necessário um manejo adequado do tempo para as respostas visto que há um tempo ótimo de espera:

Quando esse tempo é reduzido a nada pela mãe que atende imediatamente às vontades do bebê (ou as antecipa), ela o priva da habilidade de elaborar. Se, ao contrário, sua resposta ultrapassa um certo limite, isso engendra reações catastróficas no bebê com experiências de desintegração. Aqui a distância exata vem a ser o tempo exato. A mãe suficientemente boa também é a suficientemente má (Green, 1988c:21).

Nesse sentido, o tempo das respostas deve ser cuidadosa e suficientemente manejado para que se configure no psiquismo perspectivas complexas como a possibilidade de tolerar a ausência da mãe, como diria Winnicott (1967a), ou, a possibilidade de aceder à ação do processo psíquico secundário em oposição à tendência à descarga do processo psíquico primário, como diria Freud (1911). Em contrapartida, as falhas ou inadequações no tempo de resposta das provisões ambientais são vivenciadas como intrusão e/ou abandono, interferências que exigem reações e interrompem a experiência de continuidade do ser. Se esse tempo é extrapolado para além da capacidade de manutenção da união com a mãe através dos objetos e fenômenos transicionais, dificilmente se mantém viva a representação da imago materna na realidade psíquica do bebê. Além disso, rompe-se a continuidade do ser e defesas primitivas são acionadas para fazer

frente à ameaça de desintegração, o que configura então uma experiência traumática.

De fato, Winnicott (1967a) é categórico quanto à importância do fator tempo no processo de separação da unidade primitiva mãe-bebê:

O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a imago se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade do bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em $x + y$ minutos. Em $x + y$ minutos, o bebê não se alterou. Em $x + y + z$ minutos, o bebê ficou traumatizado... o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê. O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da 'ansiedade impensável' ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego (Winnicott, 1967a:135-6).

A ruptura na experiência de continuidade do ser provocada pelo manejo inadequado do tempo das respostas ambientais reverbera em sérios prejuízos à instauração e manutenção do espaço necessário para a área da ilusão que inicialmente encontra-se na ordem do objeto subjetivo. Esta área inauguraria, por conseguinte, o espaço potencial sob a égide dos objetos e fenômenos transicionais, e fica então prejudicada frente aos traumas vivenciados em relação ao tempo ótimo de espera.

Com base na idéia de três tempos discutida por Winnicott (1967a), Roussillon (1999) define o tempo x de espera pelas respostas apenas como uma situação *potencialmente* traumática, pois as vicissitudes desse tempo podem ser estruturantes se os recursos psíquicos encontram-se capacitados a estabelecer ligações ou a descarregar o fluxo excessivo da quantidade de tensão. Isto pode ocorrer pela satisfação alucinatória do desejo, pelo auto-erotismo, pela atividade motora, ou pela destrutividade. Se estas medidas fracassam antes das respostas adequadas do ambiente, instaura-se então o tempo seguinte, $x + y$, desencadeando o estado de desamparo.

Acompanhado de traços mnésicos oriundos de experiências de satisfação com o objeto, o desamparo pode manter certa abertura a objetos dispostos a prestar socorro apaziguando assim a tensão excessiva (Roussillon, 1999). Com esses objetos será possível o estabelecimento de contratos narcísicos organizadores dos processos de socialização, inclusive das relações objetais

ambivalentes e triangulares, pois o objeto presente amado e o objeto ausente odiado instauram aos poucos o conflito devido à ambivalência.

O problema dos contratos narcísicos advém muitas vezes das exigências dos objetos apaziguadores para a manutenção desses contratos. Neles, o objeto apaziguador desempenha implicitamente um reconhecimento narcísico do sujeito, mas pode vir a cobrar um alto preço para continuar assegurando-o. Conseqüentemente, estabelecem-se alianças patológicas com o objeto das quais um bom exemplo é a dissociação do eu em verdadeiro e falso-*self*. Mobiliza-se nesse caso a raiva ou o amor servil, cujos efeitos se manifestam na degeneração do estado de falta e no estabelecimento do tempo seguinte, $x + y + z$, tempo do “estado traumático primário” (Roussillon, 1999:19) assim caracterizado:

Esses estados traumáticos primários possuem um certo número de características que os especificam. São, como os estados de desamparo, experiências de tensão e de desprazer sem representação (o que não quer dizer sem percepção nem sem sensação), sem saída, quer dizer sem recursos internos (foram esgotados) nem recursos externos (estes são falhos), estados para além da falta (...) (Roussillon, 1999:19; minha tradução).

Esses estados traumáticos descritos pelo autor estabelecem na verdade impasses para a subjetividade em função das situações vivenciadas psiquicamente caracterizadas como *sem saída* (Roussillon, 1999). Tais impasses provocam um estado de sofrimento psíquico determinado sobretudo pela agonia que, em conjunto com a intensidade pulsional excessiva envolvida nesses estados, leva ao terror inominável (Bion) ou ao medo do colapso (Winnicott). Sendo assim, nos estados traumáticos primários extrapola-se o tempo de suportabilidade do estado de desamparo e de falta, para além das exigências dos objetos para a manutenção dos contratos narcísicos, estabelecendo impasses que sem dúvida dificultam a organização da transicionalidade.

A perspectiva temporal da concepção de limite pode ser apontada ainda na diferenciação entre processos psíquicos primários e secundários, ou seja, naquilo que distancia ou distingue um processo do outro (Roussillon, 1991). Certamente, o movimento dialético entre eles é de extrema importância. Entretanto, há uma diferença a ser destacada no modo como se apresentam primeiro na infância e posteriormente na vida adulta. Nos primórdios da existência, antes, portanto, de

coexistirem dialeticamente, há que se considerar alguns elementos diferenciadores entre processo psíquico primário e secundário:

Se o *não*, que é um dos diferenciadores principais da oposição primário/secundário, é cedo construído (por volta de treze meses, de acordo com R. Spitz), o tempo cronológico – segundo dos operadores principais da oposição entre processo primário e secundário – constrói-se bem mais tardiamente – ele resulta da organização do fantasma da cena primitiva e da instauração do superego pós-edipiano, e só é realmente adquirido no limiar do período de latência (Roussillon, 1991:234).

Desse modo, antes ainda da formalização dos processos secundários, podem ser destacadas outras formas de temporalidade que contribuem à sua estruturação, como o ritmo. Orientado pela importância dos ritmos periódicos para o aparelho psíquico (cf. Freud, 1895a) e para a representação do tempo, Roussillon (1991), considera um bom período como equivalente de um bom ritmo que torna aceitável a quantidade para o sistema psíquico, permitindo-a ser elaborada como qualidade. Pensar o ritmo biológico no contexto das relações objetais implica inicialmente em considerar a satisfação oriunda do encontro entre o ritmo interno da criança e o ritmo do objeto externo, o que determina uma coincidência entre dois campos e demarca a experiência de ilusão na qual o objeto é, ao mesmo tempo, criado/encontrado.

Embora sem ser exatamente destacado por Winnicott, deve-se considerar que a atividade pulsional incide sobre o momento de ilusão, sobre os processos transicionais, fazendo com que a capacidade adaptativa da mãe suficientemente boa precise ser acompanhada de um trabalho adaptativo da criança no intuito de harmonizar o ritmo da experiência de criação/encontro do objeto (Roussillon, 1991). A percepção periférica do seio visto de perfil é uma boa ilustração nesse sentido, uma experiência de adaptação que não comporta necessariamente um aspecto traumático. Segundo a concepção laplanchiana, talvez seja mesmo necessária a ocorrência de uma certa distância espaço-temporal entre o objeto criado/encontrado que implanta na psique infantil um significante enigmático referido potencialmente à sexualidade materna ou que, pelo menos, “pré-inscreve o traço de sua futura questão” (Roussillon, 1991:237).

De todo modo, o trabalho adaptativo necessário em virtude de uma certa desarmonia rítmica entre o objeto criado/encontrado causado pelos diferentes

impulsos rítmicos internos (a atividade pulsional) estimula uma atividade psíquica futura, demarcando uma abertura para desdobramentos psíquicos posteriores. Sendo assim, o aspecto rítmico da temporalidade mais primitiva relacionada ao aparelho psíquico engloba tanto a harmonia entre a necessidade interna e a presença do objeto externo, numa visão winnicottiana, quanto a exigência de um trabalho adaptativo quando essa simultaneidade temporal não se faz presente, conforme previsto na leitura laplanchiana.

Avançando na discussão, Roussillon (1991) considera a temporalidade no que diz respeito à harmonia suficiente dos ritmos interno e externo *durante* a experiência de satisfação¹, tratando-se aqui de conceber uma harmonização dos diferentes ritmos que compõem os cuidados ambientais. O ritmo da sucção, das pressões dos toques, da continuidade e descontinuidade do fluxo de leite, da respiração, enfim, de todos os cuidados maternos mais primitivos que com o decorrer do desenvolvimento estendem-se para abarcar o ritmo compreendido entre o sono e a vigília, noite e dia.

Todavia, se em vez da harmonia primária dos ritmos a experiência primária com o ambiente caracteriza-se pela disritmia, a efração da quantidade de energia ou a sua descarga domina a psique. Conseqüentemente, a desarmonia rítmica primária conduz a uma experiência traumática, a uma experiência de *ilusão negativa* (Roussillon, 1991), marcada pela impressão de que o mundo está fora de controle ou de que dele nada pode se esperar:

Num bom ritmo, os cuidados maternos aparecerão à criança como significantes da união simbiótica harmoniosa primária. Ao contrário, a desarmonia, a disritmia darão a esta ou a impressão de um mundo incontrolável – se tudo vem muito depressa –, ou de um mundo desesperador – se tudo vem muito lentamente –, e em ambos os casos implicarão seja uma rejeição ou uma retirada, seja uma submissão passiva e uma experiência de aniquilamento da capacidade de satisfação (Roussillon, 1991:237).

A disritmia na relação primária com o ambiente desvirtua a experiência de ilusão impedindo a onipotência que marca o universo do objeto subjetivo que, do ponto de vista do bebê, é magicamente criado por ele. Por conseguinte, a sensação corporal é desqualificada como fonte segura para identificação das futuras satisfações ou insatisfações, ficando assim obstruída a “matriz da auto-

¹ Esta consideração parece semelhante ao desenvolvimento de N. Abraham (1972) sobre esta questão.

representação de si e de seus processos internos” (Roussillon, 1991:239). As conseqüências nesse sentido são bem complicadas: “O interior da criança – inclusive, e sobretudo nesse momento, o interior ‘corporal’ – é então vivido como um mundo caótico, não organizado, que deve ser dirigido e controlado de fora” (Roussillon, 1991:239). A referência para a representação de si é então configurada no ambiente e nele permanece depositada de modo que o ambiente passa a assumir o lugar de invólucro protético ou de suprimento da vivência de disritmia interna, o que requer naturalmente uma vigilância tenaz sobre ele. O grande consumo de medicamentos pelos adultos é uma medida de contra-investimento que reflete bem a vivência de caos ou de disritmia interna que acontece quando o sujeito não pode confiar nas auto-regulações biológicas.

De fato, a experiência de harmonização primária dos ritmos deve ser fundamentalmente considerada na estruturação do aparelho psíquico, tanto no que tange à satisfação alcançada no encontro entre a necessidade interna e a presença/ausência do objeto externo, quanto em relação ao encontro dos ritmos que permeiam essa experiência de satisfação. Efetivamente, assim como a pulsão encontra apoio inicial nas funções corporais de auto-conservação, o eu se apóia na sensação, na percepção interna e externa e no ritmo que elas demarcam. Há dessa forma uma dupla experiência de apoio, inter-relacional e intra-psíquica, cuja harmonização rítmica mais primitiva sedimenta para a criança a informação de que suas sensações corporais e percepções são pertinentes e que podem ser investidas (Roussillon, 1991).

Pode-se dizer enfim que o ritmo suficientemente bom na dupla experiência de apoio favorece essencialmente a experiência de ilusão e em seguida a transicionalidade. Formaliza-se dessa maneira em si, em vez de no ambiente, a matriz da percepção de si, ou seja, a possibilidade de auto-representar-se e a capacidade de reflexividade narcísica (Roussillon, 1991). Dito de outro modo, consolida-se a percepção de que a fonte da excitação pulsional remonta a si mesmo e não ao ambiente e, além disso, progressivamente organizam-se as futuras diferenciações tópica, dinâmica e econômica que estruturam o campo psíquico. Dessa maneira, percebe-se que os elementos qualitativos dos limites temporais articulam-se ao aspecto quantitativo da atividade pulsional capacitando o aparelho psíquico para elaborar as experiências de modo geral e sobretudo as que seriam potencialmente traumáticas.

A idéia de harmonia rítmica primária proposta por Roussillon (1991) caminha em conjunto com o estabelecimento da transicionalidade, cuja importância se deve à configuração de um espaço temporal transitório de separação do objeto primário a partir do qual o objeto pode sobreviver na imago infantil sem perder o seu devido valor e manter-se vivo. Caracterizada justamente pelo paradoxo, a terceira área de experimentação garante o trânsito necessário para a organização e aceitação interna de um tempo rítmico de si mesmo que, numa certa perspectiva, significa “o tempo necessário para que uma apropriação e uma organização suficientes do trajeto pulsional e de sua perenidade possam ocorrer” (Roussillon, 1991:241). Sem essas experiências, o aparelho psíquico fica geralmente propenso às clivagens e aos dilemas radicais e não ao espaço potencial e aos conflitos.

Isto quer dizer que a harmonia rítmica primária articula-se intrinsecamente à indecidibilidade paradoxal da transicionalidade que demarca o trânsito necessário para a entrada no funcionamento dialético dos processos psíquicos primários e secundários. Diferentemente, a desarmonia rítmica determina uma ruptura no paradoxo sobre o qual se organiza a transicionalidade e, em vez da indecidibilidade e da apropriação do ritmo de si mesmo, tem-se uma *certeza*: é o ambiente quem sabe de que tempo se trata, ou de que ritmo está em questão. Isto impede a indefinição quanto à origem interna ou externa da sensação ou da percepção. Sem paradoxo, e, portanto, sem indefinição, não há diferenciação possível. O fracasso da experiência de harmonia primária quanto aos ritmos compromete de maneira contundente a constituição da forma intermediária a partir da qual seria possível ascender aos processos psíquicos secundários.

Adotando-se enfim o conceito de limite nas suas dimensões espaço-temporais amplia-se a discussão quanto a constituição das fronteiras psíquicas, intra-psíquicas e intersubjetivas, e dos modos de circulação entre elas. Esta discussão é imprescindível no que diz respeito aos casos-limite, pois com estes pacientes a constituição dessas fronteiras remete-se sempre a um contexto traumático.

4.2 – A questão dos limites psíquicos e os casos-limite

O tema dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos constitui-se no problema central dos casos-limite (Green, 1975a). De imediato, identifica-se

nesses casos que o objeto é vivenciado como estando constantemente presente, comprometendo um distanciamento suficiente para que se constitua uma *ausência* na psique, ou o que se poderia chamar de espaço psíquico pessoal, necessário para o devido desdobramento de processos de simbolização como o pensamento:

O objeto que está sempre presente intrusivamente, ocupando permanentemente o espaço psíquico pessoal, mobiliza uma permanente contracetexia a fim de combater essa perturbação, o que exaure os recursos do ego ou o força a livrar-se de sua carga mediante uma projeção expulsiva. Jamais estando ausente, não se pode pensar nele. De modo inverso, o objeto inacessível nunca pode ser levado para o espaço pessoal ou, pelo menos, jamais de um modo suficientemente duradouro. Assim, ele não pode ter como base o modelo de uma presença imaginária ou metafórica (Green,1975a:47).

A necessidade de ausência do objeto referida por Green indica não a perda ou a morte do objeto, mas assinala a importância de existir um espaço intermediário entre a intrusão e a perda favorecendo justamente a representação. Trata-se nesse sentido de associar presença e ausência numa justa medida uma vez que o excesso da primeira implica em intrusão e o excesso da outra implica em perda. Além disso, trata-se ainda da necessidade de um grande esforço psíquico para tolerar a ausência, diferenciá-la da perda e transformá-la em presença potencial, requisito princeps para a construção do pensamento e que perpassa uma série de processos que evocam os mecanismos do trabalho do negativo (Green, 1993a).

O conceito de ausência *à la* Green se sustenta nos aspectos espaço-temporais que colorem a concepção acerca dos limites, englobando tanto o espaço potencial inaugurado com a transicionalidade quanto os ritmos suficientemente harmônicos que o favorecem. Na verdade, a constituição da ausência na psique é correlata da instauração de um espaço psíquico pessoal a partir do qual podem se desdobrar os processos de pensamento.

A inexistência do espaço de ausência na psique ou do espaço psíquico pessoal demonstra a fragilidade das fronteiras psíquicas tão característica dos casos-limite. Além da vivência torturante da dupla angústia de intrusão e de separação, os processos de pensamento são bloqueados nesses pacientes, a constituição das suas representações é inibida e as relações objetais que estabelecem ocorre via bi-triangulação, isto é, os objetos são ao mesmo tempo sentidos como bons ou maus e, respectivamente, considerados inacessíveis, fora

de alcance para investimento, ou invasivos e perseguidores. Esses componentes constituem o núcleo psicótico fundamental descrito como *psicose branca*, por Donnet e Green (1973), e associado à *loucura privada* nos casos-limite (Green, 1988a):

“O efeito desta dupla ansiedade [separação/intrusão], que às vezes assume formas torturantes, me parece relacionar-se em essência não ao problema do desejo (como na neurose), mas à formação do pensamento (Bion, 1957). Donnet e eu descrevemos (Donnet e Green, 1973) o que chamamos de *psicose em branco* (*psychose blanche*), isto é, o que consideramos ser o núcleo psicótico fundamental” (Green, 1975a:46).

De modo geral, a psicose branca não implica numa psicose manifesta, com vasta operação de mecanismos de projeção, nem numa depressão na qual pode ocorrer o luto (Green, 1975a). Trata-se antes da paralisia do pensamento, amiúde expressa pelo paciente como um sentimento de ter a cabeça oca ou de uma incapacidade de se concentrar e de recordar, confundida ainda mais por relações objetais vivenciadas como dilemas insolúveis entre intrusão e separação. Essa perspectiva desenha-se evidentemente de uma forma bastante diferente da indecidibilidade paradoxal própria da transicionalidade na qual as dimensões espaço-temporais são preservadas favorecendo a constituição dos limites psíquicos em sua caracterização intermediária fundamental.

De fato, os limites do campo psíquico se situam transitoriamente entre a excitação somática, por um lado, enquanto fonte da pulsão, e, por outro lado, a ação específica, enquanto a finalidade da pulsão (Green, 1977a). Segundo essa hipótese, o campo psíquico se encontra sob uma dupla influência, a pressão da pulsão induzindo à ação específica e o impacto do objeto dedicado inicialmente a satisfazer a necessidade e gradativamente facilitando a diferenciação da unidade primordial. Entre essa dupla face, fonte e ação, a configuração do espaço de ausência é fundamental para que se desenvolvam os processos de simbolização. Nesse contexto, o princípio de prazer-desprazer, articulado ao princípio de realidade, assume a responsabilidade pela circulação entre os diferentes territórios enquanto o teste de realidade julga a existência ou inexistência do objeto e, portanto, é claro, de si mesmo, pois, psiquicamente, saber se o objeto existe ou

não, já implica na diferenciação eu/não-eu, ou, preferindo, na aptidão para distinguir representação e percepção (Green, 1977a)².

Nos casos-limite, no entanto, a ausência na psique não se constitui de maneira a favorecer os processos de simbolização. As experiências traumáticas no contexto dos cuidados primários incidem sobre o eu ainda em formação como conseqüências desastrosas, ocasionando feridas não cicatrizadas que paralisam suas atividades, sobretudo em função da prevalência do recurso à clivagem (Green, 1999). A clivagem é referida principalmente pelos teóricos das relações de objeto, que seguem o referencial kleiniano, como um mecanismo de defesa utilizado normalmente pelo psiquismo e até mesmo necessário a fim de separar aspectos complementares, porém opostos, como bom e mau. Frequentemente, esses aspectos são difíceis de serem imediatamente tolerados como pertencentes ao mesmo objeto e por isso são clivados enquanto os objetos são percebidos apenas parcialmente, embora em algum outro momento e num determinado espaço psíquico possam novamente reunir-se contribuindo então para a percepção de objetos totais.

Todavia, e esse é um grande problema para os casos-limite, a clivagem perde a sua utilidade em caso de sobrecarga de tensão, torna-se radical e patologicamente provoca a amputação do eu levando à perda de contato com parte da realidade psíquica e ainda ocasionando divisões nos elos associativos que prejudicam os processos psíquicos como um todo (Green, 1977a).

Segundo Green (1977a), a tensão que redundava na clivagem patológica tão presente nos casos-limite ocorre nas organizações psíquicas primárias, pois deriva diretamente da confusão ocasionada pelos excessos do objeto:

A divisão da criança é uma reação muito básica à atitude do objeto, que pode ser dupla: (1) uma falta de fusão da parte da mãe, no sentido de que mesmo nas experiências reais de encontro a criança se depara com *seios em branco*; (2) um excesso de fusão, sendo a mãe incapaz de renunciar em prol do crescimento de seu filho ao êxtase paradisíaco reobtido através da experiência da gravidez (Green, 1977a:83).

² As considerações desenvolvidas por Green em 1975a e 1977a acerca da natureza dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos, assim como da circulação através deles certamente foram formalizadas mais adiante, em 1982a, texto em que o autor se debruça especificamente sobre uma teoria do pensamento construindo o conceito de duplo-limite e, em 1993a, quando reúne uma série de artigos que discutem o trabalho do negativo. Contudo, essas primeiras considerações de 75a e 77a são de grande importância para compreender a fragilidade da constituição das fronteiras psíquicas enquanto caracterização específica dos casos-limite.

Sendo assim, da atitude excessivamente ausente ou intrusiva do objeto resulta a clivagem patológica na criança, uma clivagem que se estende inclusive para a dissociação entre psique e soma tornando incongruentes as sensações corporais e os afetos (Green, 1977a). Neste caso, o primeiro nível da divisão interno/externo pode acontecer precariamente delineando um continente do eu que, no entanto, não funciona como um escudo protetor e não consegue ser adaptativo, o que lembra a descrição de Anzieu (1985) a propósito do eu-pele sem espaço intersticial que caracterizaria as personalidades narcísicas. Isto quer dizer que o continente é flexível para se expandir ou para se retrair conforme esteja em questão a angústia de separação ou a de intrusão, mas não quer dizer que essa variação seja experimentada como algo enriquecedor, ou seja, como algo com o qual se pode aprender (Bion, 1962a). É antes experimentado como perda de controle, como a última defesa possível ante a implosão ou desintegração.

O segundo nível da divisão agora intra-psíquica atesta de pronto uma falha na integração, pois o eu apresenta-se composto por diferentes núcleos não comunicantes entre si, semelhantes a arquipélagos isolados circundados por espaços vazios em nada favorecedores da comunicação entre eles (Green, 1977a). Nesse sentido, pensamentos, afetos e fantasias coexistem em meio a um espaço vazio, enquanto externamente tem-se a impressão de que o contato com essas pessoas é limitado e de que nelas habita indiferença, ausência de vitalidade e futilidade.

Roussillon (1999) contextualiza a clivagem nos casos-limite em meio aos estados traumáticos primários apontando-a como a única saída possível para fazer frente aos impasses experimentados na medida em que é extrapolado o tempo de suportabilidade do eu frente às respostas ambientais. A clivagem consiste desse modo numa medida de sobrevivência psíquica, mas implica igualmente numa espécie de sofrimento auto-engendrado caracterizando-se, por isso, de maneira paradoxal:

“Para sobreviver o sujeito se retira da experiência traumática primária, ele se retira e se corta da sua subjetividade. Ele assegura, este é o paradoxo, sua ‘sobrevivência’ psíquica se cortando de sua vida psíquica subjetiva. Ele não ‘sente’ mais o estado traumático, ele não se sente mais lá onde ele está, ele se descentra de si- mesmo, se desloca de sua experiência subjetiva” (Roussillon, 1999:20; minha tradução).

A clivagem permite então retirar ou cortar da subjetividade uma situação que, por conseguinte, é ao mesmo tempo experimentada pelo eu e não constituída como experiência do eu. Trata-se de que embora o estado traumático tenha sido de fato experimentado deixando traços mnésicos, ele não foi representado. Por isso, Roussillon (1999:21) defende nos casos-limite uma clivagem “ao” eu, diferentemente de uma clivagem “do” eu. A sua hipótese nesse sentido indica a clivagem de uma parte da psique que sequer chegou ao eu para que fosse então representada, o que implica numa certa variação da concepção freudiana da clivagem tal como discutida no artigo *A divisão do ego no processo de defesa* (Freud, 1940a) e no *Esboço de psicanálise* (Freud, 1940b).

A clivagem do eu é efetivamente prevista por Freud (1940a) frente à ameaça de castração e ao conflito intra-psíquico que se instaura a partir da exigência de satisfação pulsional e da proibição imposta pela realidade. A clivagem nesse contexto se manifesta por duas reações simultâneas ao conflito que, embora válidas e eficazes, são contraditórias. Por um lado, rejeita-se a realidade e se recusa a aceitar a proibição e, por outro lado, reconhece-se a realidade e o perigo que ela implica. Ou seja, diferentemente do compromisso alcançado mediante o recalque, mantêm-se ao mesmo tempo nesse tipo de clivagem duas atitudes incongruentes entre si. O eu é bem sucedido ao lançar mão dessa medida, mas paga o preço de gerar uma fenda que tende apenas a aumentar e que pode persistir durante toda a vida. Essa perspectiva freudiana da clivagem ressalta principalmente o mecanismo da recusa (*Verleugnung*) da castração como elemento determinante, referido sobretudo ao fetichismo e a outras defesas perversas.

No *Esboço*, Freud (1940b:217) retoma a questão da clivagem do eu em casos clínicos como o fetichismo, discutindo a relação que esses casos mantêm com a realidade apesar da clivagem que leva à recusa de exigências da realidade percebidas como aflitivas. Freud (1940b) considera ainda no mesmo trabalho a clivagem numa outra perspectiva, a que se refere à diferenciação topográfica na origem das neuroses em geral. Trata-se aqui da clivagem entre o eu e o isso a partir da qual uma atitude em relação à realidade é localizável no eu enquanto a outra permanece recalcada sendo localizável apenas no isso.

Para além da clivagem entre instâncias pressuposta nas neuroses e da clivagem do eu associada às perversões, Roussillon (1999) destaca em outro plano

a clivagem nos casos-limite. Para o autor, nas perversões o eu encontra-se dividido entre duas cadeias representativas incompatíveis entre si enquanto nos casos-limite a clivagem se refere a uma subjetividade dividida entre uma parte representada e outra não representável. Dessa forma, Roussillon defende a clivagem como determinante princeps das patologias do narcisismo apontando-a como a primeira medida de sobrevivência psíquica frente aos impasses vivenciados por ocasião dos estados traumáticos primários.

É verdade que lançar mão da clivagem como recurso defensivo não resolve o problema da experiência traumática e das agonias inomináveis que a acompanham, pois ela não elimina os traços dessas experiências que se conservam num funcionamento além do princípio de prazer ameaçando retornar via compulsão à repetição:

“Os traços da experiência traumática primária estão ‘além do princípio de prazer-desprazer’. É a defesa que esta sob o primado do princípio de prazer e que o representa, os traços perceptivos estão, ao contrário, submetidos à compulsão à repetição. O que quer dizer que eles vão ser regularmente reativados sob a pressão desta, que eles vão então tender a ser regularmente alucinatoriamente reinvestidos” (Roussillon, 1999:22; minha tradução).

O reinvestimento dos traços perceptivos da experiência traumática primária sob a pressão da compulsão à repetição ameaça então a subjetividade com o seu retorno. Além disso, justamente por não caracterizar-se pela representatividade, o retorno do clivado se manifesta em ato, o que redundava ainda mais incisivamente no risco de reproduzir o estado traumático. Este precisa ser evitado a todo custo, o que provoca o acionamento de defesas complementares:

“A clivagem não é então suficiente, será necessário repeti-la ou *organizar defesas contra o retorno do estado traumático anterior*. São as defesas complementares, colocadas em ação pela psique para tentar ligar e interromper de maneira estável o retorno do clivado, que vão caracterizar o quadro clínico das defesas narcísicas e as diferentes formas de patologias identitário-narcísicas” (Roussillon, 1999:22; grifos do autor; minha tradução).

Um tipo de defesa complementar frente à ameaça de retorno do clivado é a tentativa de retomar um contrato narcísico com um objeto e assim reviver o encontro primário com o objeto apaziguador ocorrido no tempo $x + y$ (Roussillon, 1999). Ainda que possivelmente alienante para a parte da psique que empreende a

tarefa defensiva, como evidenciam certas formas de masoquismo ou a constituição do falso-*self*, render-se secundariamente a um contrato narcísico mostra-se uma opção melhor que a agonia. Contudo, a clivagem constitui o que Roussillon (1999:23) denomina de “*fueros*” na psique, referindo-se a um tipo de extraterritorialidade cujos traços só podem ser re-encontrados através das modalidades de ligações primárias não simbólicas. Nesse sentido, existem também outras defesas complementares como a neutralização energética, a sexualização, a somatização, as soluções grupais e institucionais e as soluções delirantes ou psicóticas (Roussillon, 1999). Estas respostas à ameaça de retorno do clivado não são estanques em si mesmas, podendo, é claro, perpassar umas as outras. De todo modo, elas indicam segundo Roussillon (1999:24) processos de “auto-curas” ou procedimentos “auto-calmantes” que não incluem a simbolização e tampouco os lutos necessários à simbolização, mas esboçam uma sutura, isto é, uma re-ligação, secundária à clivagem.

Sinteticamente, pode-se afirmar portanto que os casos-limite são atravessados pela problemática das fronteiras psíquicas em função das experiências traumáticas primárias que tanto prejudicam os aspectos espaço-temporais constitutivos dessas fronteiras como também provocam a prevalência da clivagem e de uma série de defesas complementares para tentar estabelecer ligações primárias não simbólicas como esforço para fazer frente à ameaça de retorno do clivado. No escopo da clínica contemporânea, esta questão dos prejuízos na constituição das fronteiras psíquicas desses pacientes torna-se efetivamente evidente nos limites da analisabilidade que eles imputam na situação analítica, contexto no qual os casos-limite podem ser situados entre duas extremidades: a normalidade social e a regressão fusional ou dependência objetal (Green, 1975a).

No âmbito da normalidade social, corrobora-se a descrição de McDougall (1972a) sobre o antianalisando na qual o início do processo analítico fracassa mesmo numa situação analítica definida ou a descrição de Bollas (1987) sobre o paciente normótico. O pacto que esse tipo de paciente estabelece com o analista para manter rígidas as regras do enquadre enquanto a análise apenas aparentemente acontece (cf. Bleger, 1967) talvez possa ser inclusive relacionado aos contratos narcísicos que, pautados sobre alianças patológicas, organizam um falso-*self* capaz de assegurar algum apaziguamento frente às situações traumáticas

(cf. Roussillon, 1999). Além disso, tanto o antianalisando quanto o normótico parecem mumificar e paralisar a atividade de seus objetos fazendo com que o analista, veja a si mesmo apanhado numa situação de exclusão objetual, mesmo com todo seu esforço interpretativo (McDougall, 1978a). Por conseguinte, o analista pode vir a desinvestir o paciente e desenvolver um estado de inércia no decurso da análise com esses pacientes. Estes, por sua vez, parecem lançar mão da neutralização energética, modalidade de ligação primária não simbólica através da qual evitam investimentos objetais no intuito de não se arriscarem a reativar a zona traumática primária clivada e o confronto com o estado de falta agonístico que impeliu à clivagem (Roussillon, 1999).

No outro extremo, na regressão fusional ou dependência do objeto, agrava-se a exigência feita às capacidades afetiva e empática do analista, assim como a dependência das suas funções mentais, ou melhor, dos seus processos e esforços simbolizantes (Green, 1975a). Manifestando-se intensamente como nas paixões vulcânicas ou de maneira mais sutil, essa regressão varia da beatitude ao terror, da onipotência à impotência:

“Nós a vemos, por exemplo, em uma liberação associativa extrema, uma obscuridade de pensamento, um desempenho somático inoportuno no divã, como se o paciente estivesse tentando se comunicar através de uma linguagem corporal ou, mesmo mais simplesmente, quando a atmosfera analítica se torna pesada e opressiva” (Green, 1975a:44).

Entre essa caracterização do pólo regressivo proposta pelo autor e a normalidade social transitam os múltiplos mecanismos de defesa manifestos pelos casos-limite, especialmente a exclusão somática e a expulsão via ação enquanto mecanismos que expressam em ato o curto-circuito psíquico determinado incisivamente pelo excesso de clivagens (Green, 1975a). Na exclusão somática, ocorre uma atuação no próprio corpo através de somatizações, o que difere dos processos conversivos históricos. Particularmente nas psicossomatoses, sob o aporte teórico-clínico das obras de Marty e M'Uzan, descreve-se uma dissociação entre psique e soma que resulta numa formação assimbólica (Green, 1975a). Esta formação ocorre mediante a neutralização da energia libidinal que permanece puramente somática, colocando em perigo a vida do paciente ao alojar-se num organismo que não pode ser considerado um corpo libidinal como acontece na conversão:

“O ego defende-se de uma possível desintegração em um confronto fantasiado que poderia destruir tanto o próprio ego como o objeto, mediante uma exclusão que se assemelha a uma atuação-fora, mas que agora está dirigida para o ego corporal não-libidinal” (Green, 1975a:45).

Roussillon (1999), a seu modo, defende a hipótese de que a afecção somática pode indicar a tentativa de ligação do estado traumático clivado através do corpo uma vez que a psique não consegue fazê-lo por seus próprios recursos. O corpo seria então dessa forma sacrificado em prol do que ameaça retornar à psique. Por outro lado, a somatização pode ser também um meio de restabelecimento de vínculos objetivos se, frente ao sofrimento somático que se apresenta, os objetos se sensibilizem e se disponibilizem no sentido de firmarem contratos narcísicos apaziguadores.

A expulsão via ação, diferentemente da exclusão somática, apresenta-se em ato efetivamente. São as atuações motoras propriamente discutidas por Roussillon (1991) a propósito principalmente do ato-descarga ou sem tela, do ato-signo ou em busca de tela e ainda do ato-tela. Decerto esse mecanismo de expulsão via ação deriva de um curto-circuito psíquico, sendo o seu único objetivo o de promover a expulsão. Isto o distingue, portanto, da ação específica almejada na finalidade da pulsão que visa transformar a realidade. Além disso, o objetivo da expulsão via ação é igualmente diverso da comunicação apresentada em *actings-out* já submetidos ao recalque nos quais a realidade psíquica é evitada (Green, 1975a). Na expulsão via ação identifica-se na verdade uma cegueira psíquica, fenômeno no qual o paciente se eclipsa das fontes somáticas de seus impulsos ou de suas atuações via ação, sem que entre em contato com processos intermediários de elaboração (Green, 1975a).

A cegueira psíquica diz respeito à localização das causas de um sofrimento psíquico fora da vida anímica, seja no corpo ou no mundo externo, sem qualquer auto-questionamento que convide à responsabilização ou ao engajamento frente às causas ou conseqüências das atuações (Green, 1975a). Por isso mesmo alguns autores contextualizam estas situações sob o termo *patologia do ato*, sendo as compulsões um representante da maneira como se manifestam na atualidade (Gondar, 2001). Diferentemente das idéias ou atos compulsivos apresentados pelo neurótico obsessivo, as compulsões nessas patologias obedecem ao imperativo

pulsional, predominantemente da pulsão de morte, seguindo pelo caminho mais curto para obter satisfação. Por isso as atuações nesses casos não podem ser consideradas formações de compromisso resultantes das operações de recalque como se consideraria nos *actings-out*:

Difícilmente poderíamos pensar que o ato compulsivo de beber ou drogar-se, por exemplo, estaria representando um sujeito, ou dizendo algo sobre um desejo inconsciente. Esses sintomas não se produzem a partir de uma operação de recalque, ou melhor, não consistem num retorno do recalque; eles se formam por um caminho mais curto, no qual uma satisfação pulsional, com forte tonalidade destrutiva, se exerce mais diretamente (Gondar, 2001:30-1).

Diante então da realidade psíquica eclipsada que caracteriza as organizações defensivas dos casos-limite, tanto as somatizações quanto as atuações são superinvestidas. Green (1977a) ressalta que mesmo as fantasias e sonhos que se expressam como produtos desses mecanismos de curto-circuito psíquico desempenham a função de ação, de evacuação, numa referência a Bion (1962a), e não a expressão de satisfação de um desejo:

Como Bion (1962a) apontou, a ‘barreira do sonho’ é uma importante função do aparelho psíquico. Parece que nos casos fronteiros, muito embora a barreira do sonho seja eficaz, o propósito do sonho não é a elaboração de derivativos do instinto, mas, antes, a descarga do aparelho psíquico de estímulos dolorosos ou, na expressão de Bion, do ‘acréscimo’. Os sonhos de pacientes fronteiros não são caracterizados pela condensação mas pela concretização (Green, 1977a:86).

Difícilmente, portanto, tem lugar a atividade interpretativa do analista na clínica com os casos-limite frente às suas organizações defensivas que tendem à exclusão somática ou à expulsão via ação. Essas defesas expressam a cegueira que resulta do curto-circuito psíquico e, pensar a respeito delas como convida a fazer a interpretação analítica numa análise edipiana-genital-superegógica (cf. Bergeret, 1974a), é uma tarefa terminantemente evitada por esses pacientes que, em geral, não toleram a suspensão da experiência. Na verdade, para os casos-limite, a experiência não pode ser interrompida em razão de acreditarem que, sem ela, nenhuma criação ou conhecimento pode emergir: “A suspensão é equiparada com a inércia” (Green, 1977a:88).

Além disso, a suspensão da ação denota para os casos-limite a impressão de que se encontram passivos em relação ao objeto percebido como mau, isto é à

mercê de seus caprichos (Green, 1977a). Embora a impressão de passividade frente ao objeto possa ser superada, ou até mesmo suportada em certos contratos narcísicos secundários, o retorno do estado traumático primário que foi clivado ameaça sempre a psique tão logo se anuncie um estado de falta do objeto apaziguador (Roussillon, 1999). Explica-se também nesse sentido os limites da analisabilidade experimentados com esses pacientes particularmente na relação transferencial em função do risco que representa para eles o estabelecimento de uma relação que pode começar e nunca terminar ou parar de repente, sendo este um modo de conservar o analista de preferência a ficar sem ele (cf. André, 2002a).

Além da exclusão somática e da expulsão via ação, há o mecanismo de defesa denominado por Green (1975a, 1977a) de desinvestimento ou depressão primária, um mecanismo radical que tende a um estado de vacuidade, aspirando ao não-ser e à nulidade. Muito provavelmente esse mecanismo também pode ser associado à neutralização energética apontada por Roussillon (1999) como uma tentativa de ligação primária não simbólica para fazer face à ameaça de retorno do estado traumático primário agonístico. Levado às últimas conseqüências, o desinvestimento acarreta a indiferença, o sentimento de inexistência e de irrealidade de si mesmo e dos objetos. Em função desse mecanismo, a energia psíquica reduz-se de tal modo que não serve nem mesmo a um egoísmo, demarcando o desinteresse em si mesmo e pelos objetos. Diferentemente de uma depressão secundária na qual um luto poderia ser identificado como estando em curso, com objetivos de reparação, o desinvestimento ou depressão primária, afirma Green (1977a:85): “gera estados da mente em branco sem quaisquer componentes afetivos, dor ou sofrimento.”

Não por acaso Roussillon refere-se à neutralização energética como uma defesa que se assemelha a uma depressão fria:

No processo de neutralização energética simples, que é certamente aparentado às formas de depressão ‘fria’, quer dizer sem o cortejo de afetos depressivos, o que é uma diferença clínica notável, tudo se parece passar como se a psique, confrontada com o fracasso de suas tentativas para integrar a experiência traumática, a colocasse de lado esperando que um objeto (...) viesse, em nome do amor ou em virtude de uma forma de contrato narcísico extremo, reencontrar e vivificar ou reaquecer a parte da qual o sujeito teve que se clivar (Roussillon, 1999:26-7; minha tradução).

De fato o desinvestimento ou depressão primária proposto por Green ou a neutralização energética defendida por Roussillon indicam um caminho importante para discutir a depressão nos casos-limite. Este caminho é possível pela via da psicanálise desde que se considere a depressão nesses casos diferentemente da depressão enquanto quadro clínico psiquiatrizado como tende a prevalecer no discurso social atual.

De qualquer maneira, transitando entre a normalidade social e a regressão fusional, a patologia dos casos-limite se apresenta cruamente através de processos intra-psíquicos e intersubjetivos. O excesso de clivagens e desinvestimentos concomitantemente à presença maciça do objeto impede a constituição dos limites psíquicos como territórios transicionais, potenciais ou de ausência, o que requer o processo de diferenciação eu/não-eu e, por conseguinte, também os processos de simbolização. A constituição das fronteiras psíquicas mostra-se, portanto prejudicada nesses casos e, por conseguinte, prevalece a dupla angústia, de intrusão e de abandono, atrelada às dificuldades de diferenciação do objeto e um espaço psíquico rígido em relação ao desfrute possível da função dos objetos e fenômenos transicionais.

4.3 – Uma teoria sobre o pensamento e o trabalho do negativo

A construção teórica sobre os casos-limite estrutura-se principalmente em torno do eixo do que Green (1993a) convencionou denominar *trabalho do negativo*. Segundo Garcia (2007), é justamente a ação do trabalho do negativo tal como postulado por Green, em articulação às vicissitudes do objeto, que determina a constituição dos limites psíquicos e uma teoria sobre o pensamento. Por isso, na medida em que fracassa, seus efeitos reverberam em transtornos na constituição desses limites e no pensar, evidenciando-se então nos limites da analisabilidade com que se depara principalmente na clínica com os casos-limite. Nesse sentido, portanto, a autora endossa a tese greeniana quanto à relevância do trabalho do negativo para uma melhor compreensão desses casos, sobretudo no que tange à constituição e organização do espaço psíquico desses pacientes e aos processos de simbolização que esse espaço favorece (Garcia, 2007).

Na obra freudiana, uma teoria do pensamento é menos evidente do que as discussões sobre as pulsões, o inconsciente, o recalçamento ou a sexualidade infantil, mas certamente encontra-se presente (Green, 2002). Com efeito, tudo o

que se passa no campo psíquico a propósito dos processos de simbolização que metabolizam as relações consigo mesmo e com o outro diz respeito a uma teoria sobre o pensamento. Nesse sentido, encontra-se no texto freudiano discussões que evocam diretamente a questão da simbolização atribuída ao pensamento, sejam elas discussões sobre a interação entre percepções e representações (Freud, 1895a), sobre a transição do processo psíquico primário ao secundário ou sobre a articulação entre o princípio de prazer/princípio de realidade (Freud, 1911). Do mesmo modo também compõem uma teoria sobre o pensamento a idéia de que existem funções de julgamento, de atribuição e de existência, decidindo e sustentando o estabelecimento dos espaços psíquicos (Freud, 1925).

Além de Freud e, particularmente, Lacan, com o papel fundamental que ocupam a linguagem e a palavra no seu arcabouço teórico, é Bion que, a partir da experiência clínica com a psicose, desenvolve explicitamente uma teoria sobre o pensamento (Green, 2002). Bion (1962b) apresenta, com efeito, uma teoria original sobre o desenvolvimento da capacidade de pensar segundo a qual os pensamentos pré-existem ao pensar e, além disso, necessitam de um aparelho para pensá-los:

O primeiro desenvolvimento é o dos pensamentos. Estes requerem um aparelho que deles se encarregue. O segundo desenvolvimento, conseqüentemente, é o desenvolvimento do aparelho que provisoriamente chamarei de atividade ou faculdade de pensar. Repetindo: o pensar passa a existir para dar conta dos pensamentos. Cumpre notar que isso difere de qualquer teoria do pensamento como produto do pensar, na medida em que se considera o pensar um desenvolvimento imposto à psique pela pressão dos pensamentos e não o contrário (Bion, 1962b:128).

Concentrando-se então sobre uma teoria do pensamento cujo pilar é o desenvolvimento dos pensamentos e do pensar, Bion ressalta a importância fundamental para esse processo da função continente do objeto, desconhecida da consciência na normalidade. A continência é exercida pela capacidade de *rêverie* materna no desempenho da função alfa, um dos processos mais primitivos através do qual as sensações experimentadas pelo bebê em relação a si mesmo, impressões ainda brutas, inicialmente indistinguíveis enquanto conscientes ou inconscientes, são recebidos pela mãe e transformados em elementos alfa (Bion, 1962b). Este material é então mais adequado ao uso pelo bebê na forma de pensamentos oníricos, sonhos e mitos. A função alfa opera dessa maneira uma

função continente para o bebê imerso em impressões brutas capacitando-o para a distinção de uma consciência acerca de si mesmo e conseqüentemente para fazer uso de seus dados sensoriais, e, justamente por isso, favorecendo os primórdios de uma distinção eu/não-eu.

Green (1982a) valoriza enormemente o esforço e rigor teórico de Bion a respeito de uma teoria do pensamento assim como outras contribuições que derivam dos trabalhos de Melanie Klein e Winnicott. Contudo, acredita que alguns elementos como o limite, a representação, a ligação/desligamento e a abstração não ocupam um lugar de destaque nessas teorizações sobre o pensamento como deveriam. A sua proposta é discutir então a importância desses elementos na construção do que denomina enfim de uma teoria sobre o pensamento. Nessa perspectiva, o primeiro desses elementos, o limite, remonta à concepção do próprio limite como um conceito, abarcando tanto suas dimensões espaço-temporais quanto as divisões que se colocam duplamente, intra-psíquica e intersubjetivamente, aspecto do qual resulta a expressão *duplo-limite*.

No que diz respeito à representação, trata-se do elemento dominante da teoria psicanalítica, na opinião de Green (1982a). A representação engloba minimamente os campos da representação de coisa e da representação de palavra e compreende tanto o movimento de abstração que segue de uma a outra quanto o movimento regressivo no qual as palavras são tratadas como coisas. A referência à representação no trabalho analítico ocupa igualmente um lugar essencial e facilitá-la deve ser mesmo uma função da análise:

Quaisquer que sejam as modalidades de arranjos do enquadre analítico, é afinal de contas à representação dos processos psíquicos, intra-subjetivos e intersubjetivos, que visa o essencial da ação psicanalítica... Eu sugeriria mesmo que os arranjos do enquadre não têm outra função além da facilitação da função de representação... Para que tenha *insight*, é necessário primeiro que tenha o representável (Green, 1982a:269; minha tradução).

De fato, a impossibilidade de construir representações ou o sentimento de não conseguir dar uma forma representável a certos estados afetivos agonísticos provocam a paralisia do pensamento. Nessa conjuntura, os processos de ligação/desligamento que igualmente se constituem em elementos para uma teoria sobre o pensamento têm como finalidade mais ampla a construção do pensar (Green, 1982a). Direcionado pelo trabalho dialético das pulsões de vida e de

morte, o ligar constrói as representações e o re-ligar, pautado num desligar prévio, constitui o pensar. Nesse sentido, tanto as representações que resultam da ligação entre representação de coisa e representação de palavra quanto o pensar indicam já uma formalização do pensamento, ou seja, formas sofisticadas das ligações/desligamentos.

Finalmente, tem-se a abstração, o elemento que manifesta mais especificamente o pensamento, pois consiste na forma subjetiva mais purificada de derivados pulsionais e de cargas afetivas (Green, 1982a). Esse poder que a abstração expressa testemunha a eficácia do pensamento e a conquista da racionalidade. Na verdade, a abstração reflete a estrutura paradoxal do pensamento:

“(...) o pensamento deve obedecer à dupla tarefa de se afastar suficientemente dos derivados pulsionais dos quais nasce sem cessar de manter contato com suas raízes afetivas que lhe dão seu peso de verdade. Existe aí uma estrutura paradoxal do pensamento em psicanálise da qual não se pode descuidar” (Green, 1982a:271; minha tradução).

O caráter paradoxal do pensamento poderia pressupor operações contínuas que promovessem o movimento dos representantes das pulsões em direção à abstração (Green, 1982a). Todavia, esse processo se explica, diferentemente, por força das rupturas empreendidas pelas diferentes operações que compõem o trabalho do negativo, o que indica, portanto, que há uma descontinuidade no processo de estruturação do pensamento e, portanto, igualmente no processo de constituição psíquica.

Garcia (2009) discute a questão da continuidade e ruptura no processo de constituição psíquica contrapondo o referencial winnicottiano ao greeniano. Atribuindo a Winnicott a continuidade como postulado fundamental, a autora lembra como neste referencial não é necessariamente clara a distinção entre subjetivo/objetivo em função do paradoxo que congrega tanto a realidade interna quanto externa, diferenciando ambas as realidades, sem, no entanto, jamais fazê-lo por completo. A transicionalidade fundada sobre o paradoxo que congrega a indecidibilidade interno/externo evidencia perfeitamente a continuidade na perspectiva winnicottiana defendida pela autora. Contrastando com a posição de Winnicott, Garcia aponta que o arcabouço teórico construído por Green sobre a constituição dos limites psíquicos se sustenta, na sua formalização máxima, sobre

o trabalho do negativo. A ação do negativo consiste basicamente em diferentes maneiras de constituir limites ou de estabelecer barreiras, isto é, de dizer *não*, determinando operações de ruptura responsáveis em última instância pelo apagamento do objeto primário como condição necessária para a constituição do duplo-limite e para a capacidade de pensar. Embora esse contraponto entre continuidade e ruptura pautados nos referenciais de Winnicott e de Green os faça parecerem autores com concepções teórico-clínicas por demais dispares, isto não se confirma na medida em que ambos prezam a dimensão do paradoxo (Garcia, 2009). De fato, o caráter paradoxal da estrutura do pensamento defendida pelo próprio Green (1982a) demarca bem a direção do autor nesse sentido, embora muitas vezes isto não fique tão nítido como o parece ser no referencial winnicottiano.

O vocábulo *negativo* é fortemente polissêmico e, dentre as acepções possíveis, encontra-se as seguintes idéias: a) oposição ativa, na qual cada termo, positivo e negativo, busca suplantar o outro (sim ou não); b) oposição apenas simétrica, na qual ambos os termos são intercambiáveis, relacionando-se entre si sem um contexto de luta (sim e não); c) uma ausência latente, ou seja, algo que mantém sua existência potencial mesmo que não seja mais perceptível, como o conteúdo recalcado; d) nada, o que se refere ao que já foi e não é mais ou ao que jamais chegou a ser (Green, 1993c:31-2). Concomitantemente, o uso do negativo comporta também a idéia de um *trabalho* no sentido de que processos de transformação estão em curso no psiquismo (Green, 2002). Desse modo, o trabalho do negativo em psicanálise abrange o conjunto das operações psíquicas que exercem uma função de negativização tais como a excorporação, o recalçamento, a alucinação negativa, a clivagem e a negativa (Green, 2002). Para além de uma defesa psíquica, essas operações encontram-se diretamente articuladas a uma tomada de decisão ou a um julgamento ao fim do qual uma resposta, afirmativa ou negativa, será formulada, o que não ocorre em outros mecanismos de defesa como o retorno sobre si, a inversão no contrário ou a sublimação.

Os julgamentos de afirmação/negação envolvidos no trabalho do negativo encontram-se associados à atividade correspondente ao dualismo pulsional desenhando duas linhas de ação: afirmação/ligação/pulsão de vida (Eros) e negação/desligamento/pulsão de morte, séries diferenciadas que, no entanto, não

necessariamente implicam no sentido de que a afirmação é sempre positiva ou de que a negação é sempre negativa (Green, 2002). No que se refere especificamente à constituição do duplo-limite, os mecanismos negativizadores, embora acionados pelo desligamento da pulsão de morte, são essencialmente positivos, pois comportam uma nova ligação acionada pela pulsão de vida. Justamente o movimento entre afirmação/ligação e negação/desligamento permite o apagamento do objeto primário e sua internalização como estrutura psíquica possibilitando o desenho de um espaço psíquico pessoal capaz de comportar as produções subjetivas dentre as quais se situam os processos de simbolização.

Inspirado sobretudo no artigo *A negativa* (Freud, 1925), Green (1986b, 1988b) retraça o mito da origem pautado no trabalho do negativo postulando que a excorporação é a manifestação inaugural desse trabalho que leva à constituição dos primeiros limites psíquicos. Esse é um momento aquém da linguagem em que um *não* se expressa no nível das moções pulsionais orais e a seguinte questão é colocada: *me agradaria engolir ou cuspir?* Um julgamento inicial de atribuição então é feito por um eu-prazer originário que, em função do que é agradável ou desagradável, atrelado respectivamente ao que proporciona prazer ou desprazer, integra a si o que é bom, isto é *engole*, diz *sim*, e ejeta o que é mau, isto é, *cospe*, diz *não*.

Certamente a excorporação corresponde a uma ilusão do ponto de vista dos primórdios da psique, uma vez que ocorre no momento de dependência absoluta do bebê em relação ao ambiente, dentro do universo do objeto subjetivo, quando não é ainda possível empreender uma ação direta na externalidade para desembaraçar-se do que parece desagradável (Green, 1986b). De todo modo, o movimento de expulsão do que é desprazeroso assegura os primórdios de uma diferenciação eu/não-eu ao instaurar um espaço interno no qual o eu pode nascer como organização mais complexa: “Para poder dizer sim a si mesmo, é preciso poder dizer não ao objeto” (Green, 1986b:292).

Quanto à externalidade, é importante notar que o julgamento de atribuição determinante do movimento de cuspir ou vomitar/excorporar implica apenas no reconhecimento de um espaço externo para onde se destinam os produtos da excorporação, pois não existe ainda a concepção do objeto percebido objetivamente como não-eu que poderia recebê-los. Todavia, o objeto está lá, mesmo que, nesse momento inicial, ainda não seja percebido como tal, pois de

fato, como afirma Green (1986b:293; grifos meus): “o que é agradável ou desagradável para o eu se fundamenta naquilo que é agradável ou não agradável *pelo objeto*.”

Sendo assim, o limite originário marcado a partir da operação inaugural do juízo de atribuição articula-se ao prazeroso/desprazeroso do material ejetado ao mesmo tempo em que constitui um dentro/fora. Segundo Freud (1925), em seguida ao juízo de atribuição, outra operação faz-se necessária no nível do julgamento de existência no qual o eu-realidade definitiva deve decidir se a divisão interno/externo coincide com a diferença objetivo/ subjetivo:

A outra espécie de decisão tomada pela função de julgamento – quanto à existência real de algo de que existe uma representação (teste de realidade) – é um interesse do ego-realidade definitiva, que se desenvolve a partir do ego-prazer inicial. Agora não se trata mais de uma questão de saber se aquilo que foi percebido (uma coisa) será ou não integrado ao ego, mas uma questão de saber se algo que está no ego como representação pode ser redescoberto também na percepção (realidade) (Freud, 1925:267).

O juízo de existência implica então em julgar a correspondência entre o que é percebido internamente e o que se encontra externamente. Trata-se aqui basicamente do teste de realidade com o qual a humanidade tem que se a ver no intuito de equiparar a realidade do mundo externo e real com a realidade psíquica (Freud, 1911). Todavia, o julgamento de existência indica um trabalho ativo do pensamento já em curso, pressupondo não apenas a representação como um componente da psique como também o fato de que ela estará a postos para o trabalho de re-encontro do objeto na externalidade, momento em que é assegurada a realidade que a autoriza (Green, 1982a). É esse re-encontro que viabiliza a descarga mobilizadora da satisfação. Ora, outros processos precisam então ocorrer antes do juízo de existência vigorar, pelo menos no que diz respeito à constituição dos limites intra-psíquicos e das representações. Isto corresponde, em termos de trabalho do negativo, respectivamente ao recalque e à alucinação negativa.

O recalque então, outra operação do trabalho do negativo, vai se mostrar necessário uma vez que a excorporação do deprazeroso não impede o retorno das primeiras impressões sob a forma de experiência dolorosa (Green, 1982a). O recalque é colocado então em movimento pelo eu ainda incipiente constituindo as primeiras fronteiras intra-psíquicas. Institui-se desse modo uma

operação que se repete ao longo da existência psíquica uma vez que “o eu é obrigado a retomar periodicamente por sua conta o trabalho do negativo que antes dependia apenas de moções pulsionais” (Green, 1986b:292).

A alucinação negativa, por sua vez, caracteriza-se como “a não-percepção de um objeto ou de um fenômeno psíquico perceptível. Trata-se então de um fenômeno de apagamento daquilo que deveria ser percebido” (Green, 2002:267). A importância desse mecanismo deve-se justamente à promoção do trabalho do negativo estruturante do continente psíquico e do espaço necessário para o encadeamento dos pensamentos, ou seja, a instauração do campo psíquico e do vazio impulsionador das ligações que constituirão as representações e as abstrações do pensar. Aqui está em jogo a instauração na psique do espaçamento necessário a todo processo de pensamento e de linguagem, ou, dito de outro modo, da possibilidade da emergência do branco necessário à cadeia do pensamento que, na verdade, se estabelece na descontinuidade:

“Ela [a alucinação negativa] não é a ausência de representação, como sugere a ausência de imagem no espelho, mas *representação da ausência de representação*. A alucinação negativa é o conceito teórico que é a pré-condição a toda teoria da representação, se trate do sonho ou da alucinação” (Green, 1977b:297; grifos do autor).

Longe então de ser um fenômeno patológico, a alucinação negativa consiste em uma experiência perceptiva que perpassa tanto a normalidade quanto a patologia, configurando-se afinal numa matriz comum para ambas estas perspectivas (Green, 1977b). Na psicose, no entanto, o branco produzido pela alucinação negativa se materializa diretamente no branco ou vazio do pensamento a que a atividade delirante rapidamente vem preencher. De outro modo, na neurose, ocorre uma dupla negativização, a primeira que permite abrigar os pensamentos e a segunda que permite o pensar abstratamente (Green, 1977b) ou ainda que permite a percepção dos próprios processos de pensar (Green, 2002).

Segundo Green (2002), a atuação mais fértil da alucinação negativa na normalidade relaciona-se à função enquadrante dos cuidados ambientais primários:

“Uma das aplicações das mais fecundas do conceito de alucinação negativa, que não se aplica à psicopatologia, mas é parte integrante da

normalidade, é de conceber a situação descrita por Winnicott do *holding*, como estrutura continente, cuja memória permanecerá quando a percepção da mãe não estiver mais disponível, pelo fato de estar ausente” (Green, 2002:270).

Essa primeira negativização que ocorre em relação ao entorno ambiental é primordial para a constituição do continente psíquico capaz de abrigar os pensamentos. Em seguida, o continente enquadrante proporcionado pelo ambiente assim internalizado poderá abrigar uma nova negativização, qual seja, o apagamento da representação do objeto primário (Green, 1982a). Esta, no entanto, só é possível na medida em que o objeto é representado na psique não mais se confundido com o eu-prazer originário como o era durante a indiferenciação mãe-bebê, antes de iniciado o trabalho do negativo.

Mas por que uma vez representado o objeto primário, faz-se então novamente necessária a alucinação negativa? A resposta para esta questão indica ainda um outro movimento da alucinação negativa:

A hipótese que eu faço é que entre o jogo de representação e o nascimento de um pensamento propriamente dito deve-se instituir uma alucinação negativa da representação do objeto (a mãe ou o seio) para que advenha não apenas uma representação mais ou menos realista, como sustenta Freud, mas uma representação das relações no seio de uma representação e entre diversas representações (Green, 1982a:277; minha tradução).

A suposição de Green quanto à necessidade de uma nova alucinação negativa da representação do objeto é justificada na nota de rodapé que se segue a esta citação na qual o autor se remete à idéia sempre defendida por Freud de que existe uma atividade de pensamento inconsciente trabalhando paralelamente à atividade perceptiva:

“Daí a idéia, que Freud sempre defendeu, de um pensamento inconsciente que trabalha à distância dos restos perceptivos originários. Parece-me que o afastamento não basta para criar as condições deste trabalho, mas que é necessário postular um apagamento da representação” (Green, 1982a:277; minha tradução).

O apagamento da representação é levado a termo pelo trabalho de negativização empreendido então novamente pela alucinação negativa. Esse é o passo derradeiro necessário para o pensar inconsciente. A alucinação negativa abrange portanto a realidade externa tanto quanto a interna (Green, 2002).

Externamente, uma percepção é negativizada, como evidencia a situação de não percepção do ambiente que desempenha de modo suficientemente bom os seus cuidados continentais, e passa em seguida à estruturação continente do espaço psíquico. Posteriormente, a alucinação negativa se manifesta no apagamento do objeto primário e na sua subsequente representação na psique. Por outro lado, internamente, a alucinação negativa atua ainda sobre essa representação, configurando uma ausência de representação que é finalmente representada, daí a idéia defendida por Green (1977b:297) da alucinação negativa como a “representação da ausência de representação”. Esta forma final da alucinação negativa constitui a ausência ou o branco necessário aos processos de simbolização que perpassam a construção/reconstrução de representações em curso consciente ou inconscientemente.

Em conjunto com a excorporação e o recalque, a alucinação negativa compõe as operações do trabalho do negativo que constituem os limites psíquicos e que organizam a possibilidade de pensar os pensamentos. Nessa direção teórica, o objeto primário é de fundamental importância em relação às provisões que proporciona às necessidades do bebê (Green, 1986b). Desempenhando seu papel num contexto de cuidados suficientemente bom, o objeto não é percebido e o bebê pode continuar experimentando a ilusão na qual cria/encontra o objeto subjetivo. Nesse momento ainda de indiferenciação primária, berço do eu-ideal onipotente, são as aceitações e recusas do objeto proporcionadas num tempo adequado que estabelecem as condições de julgamento de atribuição para o eu ainda incipiente em termos de prazer/desprazer.

Na verdade, as funções que desempenha o objeto primário se estendem para além das provisões com que atende as necessidades do bebê, sendo estas sempre parciais e temporárias (Green, 2002). Dentre estas funções, inclui-se a de investir o bebê assim como de refletir para ele o seu investimento sobre o objeto, de despertar e de enquadrar a atividade pulsional e, igualmente, a função de estar presente/ausente e desse modo estabelecer modalidades de união/separação que abrem à construção de representações e ao pensar. As demais funções do objeto destinam-se, grosso modo, a sustentar a experiência de ilusão, a atrair o movimento do bebê em sua direção e a se deixar enfim substituir por outro objeto.

A presença suficientemente boa do objeto primário no entorno do bebê comporta os tempos da presença/ausência, da satisfação/privação, que qualificam

a harmonia rítmico-espacial primária facilitadora para que o bebê exerça o mecanismo de excorporação do que percebe como desagradável ou mau (cf. Roussillon, 1991). Paulatinamente, este processo inaugura uma descontinuidade dentro/fora. Contudo, o mau externalizado continua a exercer pressão indicando a força da ausência, da privação, dos limites, que serão aos poucos elaborados na construção do princípio de realidade e articulados ao princípio de prazer. Conseqüentemente, uma divisão interna provocada pelo recalque originário demarca uma nova descontinuidade, agora entre o eu e o isso (Green, 1977a).

Espera-se em contrapartida que, através da alucinação negativa, se consolide internamente o objeto bom, ou seja, aquele objeto presente no entorno do bebê cujos cuidados suficientemente bons tornam-no uma ausência em presença (Green, 1982a). Através desta operação, o objeto bom mantém-se internamente como um continente do eu, ou, dito de outro modo, como estrutura enquadrante da psique constituinte do espaço necessário de ausência. Isto capacita o eu para empreender ligações e para evocar o objeto ausente da percepção em pensamento. Os mecanismos internos que passam então a ter lugar na psique, primordialmente referidos à realização alucinatória da experiência de satisfação, operam uma continuidade em substituição à descontinuidade original ocasionada pelo movimento expulsivo da excorporação e assim possibilitam à psique o prazo, a espera ou o adiamento, condizentes com o processo psíquico secundário. É claro que o eu da realidade definitiva ainda não está em vigor, mas certamente ele se encontra a meio caminho uma vez que já está colocada em prática a capacidade de formar representações com certa eficácia e durabilidade.

O trabalho do negativo nas suas diferentes manifestações viabiliza enfim o obrigatório apagamento do objeto primário e a conseqüente constituição do duplo limite que abarca tanto o plano intersubjetivo quanto o intra-psíquico:

“(...) eu diria... que o objeto absolutamente necessário à elaboração da estrutura psíquica, deve se apagar. Ele deve se fazer esquecer como constituinte da estrutura psíquica; ele existe sob a forma da ilusão de que não é constitutivo da estrutura psíquica, mas se apresenta diferente desta, como objeto de atração ou de repulsa” (Green, 1988b:301).

Então o apagamento do objeto primário é a condição *sine et qua non* para que se construa um espaço psíquico pessoal capaz de assegurar os processos de simbolização. Decerto, do ponto de vista do bebê que experimenta a ilusão

durante a dependência absoluta, o objeto não desempenha nenhum papel fundamental na constituição da sua subjetividade porque nem mesmo o percebe como objeto. Todavia, do lado do objeto, a suficiência na sua maneira de estar presente inclui naturalmente a satisfação e, portanto, o prazer e o incentivo à atração, e, na mesma medida, a falha, o erro e daí o desprazer e um motivo para a repulsa do bebê para com o que percebe como desagradável. Isto significa que o objeto suficientemente bom o é justamente porque satisfaz e também falha de uma maneira natural, suportável, que se mantém no tempo $x + y$, sem avançar para o tempo do trauma, $x + y + z$ (Winnicott, 1967a; Roussillon, 1999).

Na conjuntura das relações primárias, Green (1988b:301; grifos do autor) é enfático quanto ao paradoxo intrínseco ao papel que desempenha o objeto suficientemente bom no que diz respeito à atividade pulsional: “*o objeto está lá para estimular, para despertar a pulsão e, ao mesmo tempo, para contê-la*”. Desempenhando então uma função paradoxal de estímulo/contenção da atividade pulsional e, além disso, perpassando necessariamente a falha, o erro, a inadequação, o objeto suficientemente bom é o ponto de partida para incentivar investimento/ligação/atração ao que é percebido como prazeroso ou o desinvestimento/desligamento/repulsa ao desprazeroso.

Concomitantemente ao incentivo à atividade pulsional, o objeto deve também conter a pulsão, tarefa na qual só pode prosseguir se respeitadas as seguintes condições:

- que o objeto continue a se ocupar do Eu da criança, descarregando-a do excessivamente desagradável;
- que o objeto substitua o espaço indiferenciado para recolher o que era designado anteriormente como excorporação e que agora merece o nome de projeção, consentindo em ser vivido como mau e, ao mesmo tempo, jogando na transformação dessas projeções e em sua restituição à criança. (A mãe não acredita mais na maldade do bebê do que na sua.) (Green, 1986b:292).

Ou seja, inicialmente o objeto dispensa cuidados em relação ao bebê por um certo tempo que recobre a indiferenciação primária durante a qual desperta a atividade pulsional. Suficientemente bons, esses cuidados sustentam para o bebê uma continuidade para as primeiras rupturas empreendidas pelo trabalho do negativo de excorporação do que é percebido como desprazeroso. Mantendo-se nesse lugar, ou seja, suportando a excorporação do bebê, o objeto facilita ao bebê

iniciar-se no trabalho do negativo que irá afinal apagá-lo e introjetá-lo como estrutura constituinte da psique, dos pensamentos e do próprio pensar. De fato, isto favorece diferentes processos subjetivos, dentre os quais os fenômenos transicionais e mesmo as vicissitudes da agressividade (Garcia e Damous, 2008). O objeto que exerce sua função de modo suficientemente bom constitui assim de maneira fluida uma ausência que é presença potencial, pois permite o seu apagamento e a sua subsequente transformação em estrutura psíquica. Figueiredo e Cintra (2004) sinalizam o duplo movimento de negação que constitui esse processo e seus resultados:

“É negado ‘para dentro’, sendo esquecido e convertendo-se em estrutura psíquica, em uma espécie de vazio interno, base da vida desejante e dos processos de procura e conhecimento; é negado ‘para fora’, deixando-se perder e distanciar-se para reaparecer como objetos da atração e da repulsão” (Figueiredo e Cintra, 2004:18).

Assim, para que o objeto primário seja estruturante do espaço de ausência na psique, ele precisa antes se deixar esquecer, ou seja, precisa se deixar apagar ou negar, para que então possa ser absorvido como ausência em estrutura. Esta manobra constitutiva dos limites psíquicos requer, portanto, não apenas a justa presença do objeto como também, e inevitavelmente, a ação do trabalho do negativo, como bem demarca Garcia (2009:84):

“Estas diferentes formas de dizer não, função *princeps* do trabalho do negativo, são cruciais na delimitação dos espaços psíquicos, mas é principalmente na sua inflexão sobre o objeto primário que o trabalho do negativo adquire toda sua enorme importância para a construção dos limites externo/interno”.

É então o apagamento do objeto primário que congrega finalmente toda a importância do trabalho do negativo para a construção não apenas de um aparelho psíquico, mas igualmente de que este seja capaz de pensar os pensamentos, numa alusão ao referencial bioniano.

4.4 – Do trabalho do negativo patológico aos transtornos do pensamento

Na medida em que fracassa o trabalho do negativo na tarefa de apagamento do objeto primário, ficam seriamente comprometidos a constituição

dos limites eu-objeto que favoreceriam uma configuração narcísica mais ou menos delimitada, assim como também a constituição dos limites intra-psíquicos que capacitariam a simbolização e, conseqüentemente, o domínio interno da atividade pulsional. Nessa conjuntura, as vicissitudes do objeto se complicam, permanecendo aprisionadas na analidade primária (Green, 1993b) e, em contrapartida, impingindo ao sujeito o estabelecimento de contratos narcísicos ou ligações primárias não simbólicas (Roussillon, 1999). Em termos greenianos, na medida em o trabalho do negativo se estabelece de maneira patológica, não se constitui o duplo limite adequadamente, o que faz com que as clivagens tendam a assumir a cena psíquica em detrimento do recalque, operando paralelamente ao mecanismo de desinvestimento radical ou depressão primária, levada a cabo pela prevalência da pulsão de morte no exercício de sua função desobjetalizante (Green, 1986c). Clinicamente, os pacientes se manifestam então sobretudo agressivamente e através de atuações, o que se faz acompanhar dos ataques ao enquadre, das dificuldades na esfera da transferência, em seguir a regra fundamental da análise e em aceitar as interpretações, além da reação terapêutica negativa, produtos basicamente de transtornos no pensamento como decorrência do fracasso do trabalho do negativo.

A dificuldade de apagamento do objeto primário no percurso do trabalho do negativo perpetua um aprisionamento na dialética expulsiva correspondente às primeiras manifestações do negativo (Green, 1986b, 1988b). O princípio do prazer-desprazer que orienta a lógica do processo psíquico primário, experimentado pelo eu como o que é agradável ou desagradável, não encontra respaldo em experiências prazerosas ou desprazerosas com o objeto insuficientemente bom. Excessivo para a psique infantil, por intrusão ou inacessibilidade, o objeto interfere no juízo de atribuição que está nas bases do trabalho do negativo de excorporação, não podendo por isso ser submetido à operação de apagamento levada a termo pela alucinação negativa estruturante do espaço psíquico. Desse modo, torna-se impossível dizer não para o que é mau ou desprazeroso, ou sim para o que é prazeroso, o que deixa as quantidades de tensão tão invasivas como extravasantes e sem possibilidade de atribuição qualitativa. Nem engolir, nem cuspir, ambos os aspectos coexistem de modo paradoxalmente patológico no fracasso do trabalho do negativo sem que uma distinção ou separação seja possível (Green, 1988b). Adentra-se então no contexto da

analidade primária (Green, 1993b) segundo a qual o objeto eterniza-se entalado como um eixo interno a forjar um narcisismo constituindo o que Figueiredo e Cintra (2004:43) propõem chamar de “objeto obstipante”.

Certamente a analidade primária é uma questão a ser discutida no universo dos casos-limite, pois tange justamente aos transtornos nos limites do eu, aos envelopamentos caóticos e precários que determinam o meio caminho entre o eu e o não-eu e assim as dificuldades de configuração narcísica tão pregnantes nesses casos (Green, 1993b). Tais aspectos não são habitualmente encontrados nos trabalhos clássicos sobre a analidade que versam geralmente sobre o controle pulsional e os destinos da libido, assim como a indecisão e a incapacidade de escolher que caracterizam o caráter anal e a neurose obsessiva. Contrariamente a estas situações clínicas, na analidade primária, não se trata de interdição ou de dúvida quanto à legitimidade do prazer ou mesmo de censura rigorosa impingida pelo supereu, mas de impossibilidade de reter ou de expulsar o objeto de maneira que pudesse tornar-se, respectivamente, uma possessão ou um objeto alheio a si mesmo (Figueiredo e Cintra, 2004). Configura-se nesse sentido um “narcisismo anal” (Figueiredo e Cintra, 2004:39) indicado pelo apego obstinado ao objeto que permanece eroticamente retido, tal como uma coluna fecal estruturada no reto servindo como eixo ou prótese interna das falhas narcísicas primárias.

Segundo Green (1993b), no âmbito da analidade primária, ao mesmo tempo em que a coluna protética estrutura um arremedo de ossatura rígida e favorece algum funcionamento social aparentemente normal, ela mantém paralisada e obstruída a dialética expulsiva do trabalho do negativo estruturante, obstipando os processos de pensamento. Daí a caracterização de objeto primário obstipante sugerida por Figueiredo e Cintra. Esse objeto fracassou desmedidamente em suas funções e as relações estabelecidas com ele estão longe de se caracterizarem de maneira ambivalente, ou seja, congregando componentes libidinais e agressivos, pois o amor logo toma a via do ódio sob a forma de um pacto fiel e eterno ao objeto que é amado odiosamente. Green (1993b:308) assim afirma em relação à ambivalência na problemática da analidade primária:

“(…) há, na base do modo de relação com o objeto, a afirmação de um direito à contradição das escolhas. ‘Eu não quero escolher; quero a coisa e seu contrário.’ Inútil dizer que, nessas condições, estamos bem além do que se convencionou chamar de ambivalência.”

Longe da ambivalência então, a relação com o objeto primário é pactuada pelo ódio e é perpetuada de tal modo que o objeto pode chegar a ser substituído por outras relações com características sadomasoquistas. Entretanto, o objeto primário jamais é esquecido nessas circunstâncias, reaparecendo a cada vez que se rompem essas relações:

O ódio sela um pacto de fidelidade eterna ao objeto primário, e este pode ser substituído por outros que, no entanto, jamais fazem esquecer-lo, apesar das aparências. Espera-se então ver o sujeito se lançar em ligações sadomasoquistas, mas estas, de fato, não têm a intensidade que se pode encontrar em outro lugar, pois a ruptura condena o sujeito ao retorno à solidão, isto é, aos objetos primários internos que, por sua vez, permanecem imutáveis. Eles continuam sendo o teatro de uma relação sadomasoquista essencialmente fundada em uma prova de força (Green, 1993b:308).

Na verdade, o objeto em questão na analidade primária não foi inicialmente esquecido para então ser reencontrado e vir a ser alvo das pulsões libidinais e agressivas. Ele é, antes de tudo o mais, retido odiosamente como dejetivo indispensável e insubstituível, como uma defesa obstinada do território subjetivo que não adentra na indecidibilidade paradoxal estruturante. Sem solução para a questão quanto a engolir ou cuspir, fundamental no trabalho do negativo, a psique nascente mergulha no fracasso do trabalho do negativo. O objeto obstipante próprio da analidade primária demonstra então um paradoxo patológico absolutamente representativo do fracasso do trabalho do negativo enunciado apropriadamente como *nem sim, nem não*. Este paradoxo patológico é marcado pela indecisão quanto à existência ou não do objeto e, é claro, de si mesmo. Indagações perfeitamente cabíveis para essa indecisão seriam: “Estou morto ou vivo?”, “O objeto está morto (perdido) ou vivo (encontrado)?” (Green, 1977a: 89).

A coexistência paradoxal *sim e não*, por si só, diz respeito à indecidibilidade originária própria da transicionalidade (Roussillon, 1991). O paradoxo sobre o qual se fundamentam os fenômenos transicionais comporta um funcionamento mais ou menos intrincado entre pulsão de vida e de morte nas suas respectivas tarefas de afirmação/ligação e negação/desligamento, conquistas louváveis do aparelho psíquico no caminho da simbolização (Green, 2002).

Na patologia, no entanto, verifica-se justamente o contrário do paradoxo sobre o qual se pauta a indecidibilidade transicional na medida em que preponderam a clivagem ou a recusa. Estas operações, embora componham o trabalho do negativo, realizam negativizações apenas intermediárias, pois se organizam sobre a coexistência patológica do sim e do não, melhor então sinalizado como *nem sim, nem não* (Green, 1986a).

Mas o que de fato determina o paradoxo patológico? Seriam os efeitos psíquicos das falhas precoces do objeto que impedem o seu apagamento pelo trabalho do negativo? Ou seria a pressão do movimento pulsional exigindo satisfação, talvez experimentada de maneira excessiva e, portanto, traumática?

Na verdade, a caracterização do paradoxo patológico instaurado pelo fracasso do trabalho do negativo em apagar o objeto primário envolve tanto o papel desempenhado pelo objeto quanto o movimento pulsional, uma vez considerado que “o objeto é o revelador das pulsões” (Green, 1986c:64). A princípio, o objeto deve estimular o movimento pulsional e lhe dar contorno, contendo-o, além de deixar-se apagar de modo que possa ser substituído por outros objetos (Green, 1988b). Numa concepção winnicottiana, isto é também o esperado em relação às provisões ambientais suficientemente boas no sentido de facilitar o desenvolvimento maturacional. Em termos bionianos, trata-se do trabalho de *rêverie* materna hipotetizado a propósito da função de continência exercida pelo objeto primário.

A presença suficientemente boa do objeto implica em não ser percebido na proporção em que exerce os cuidados primários, nos quais falha gradativamente de modo a favorecer os processos subjetivos que estão em andamento, dentre eles a destruição/sobrevivência do objeto e os fenômenos transicionais. Quando excessivo, o objeto primário não se deixa apagar, desarmoniza os ritmos que favoreceriam a organização da experiência de ilusão e de todos os seus desdobramentos (Roussillon, 1991) e provoca um amalgamento entre o objeto e a pulsão:

“Recai-se, nesse momento, em uma espécie de coalescência entre o objeto e a pulsão, e o objeto, ao invés de ser o que torna a pulsão tolerável, é o que, ao contrário, a torna ainda mais intolerável. Sem solução, sem compromisso. É abusivo falar aqui de desejo ou mesmo de nostalgia. Paradoxalmente, esse excesso de presença do objeto não dá lugar à representação, mas a todas as formas de saídas extrarepresentativas (...)” (Green, 1988b:302).

Diante do fracasso do trabalho do negativo em apagar o objeto primário, o objeto aprisionado na analidade primária não tem como exercer adequadamente o estímulo e contenção da atividade pulsional e se torna obstipante. Amalgamado à pulsão, o objeto obstipante está na origem dos transtornos na esfera do pensamento que se evidenciam através dos desenlaces extra-representativos. Antes disso, contudo, esse objeto reflete as dificuldades quanto aos destinos da pulsão que permanecem sob a categoria de excesso na psique exacerbando o desamparo fundamental e configurando cada vez mais acentuadamente um estado traumático. Certamente, o trabalho do negativo patológico tende a se agravar na medida em que não possibilita o intrincamento entre pulsão de vida e de morte levando esta última a prevalecer sobre a pulsão de vida ou ainda a empreender, sozinha, mecanismos radicais de negativização.

Especificamente quanto às pulsões, parte-se da idéia de movimento entre pulsão de vida e pulsão de morte articulando-sem conforme os mecanismos de ligação e desligamento, respectivamente (Freud, 1920). Green (1986c) retoma essa paridade entre ligação e pulsão de vida, por um lado, e desligamento e pulsão de morte, por outro, e propõe funções específicas para uma e outra entendendo que os dois mecanismos, de ligação e de desligamento, podem estar presentes em cada uma. Sendo assim, em relação à pulsão de vida, o objetivo essencial consiste em garantir uma *função objetalizante*, isto é, criar relações. A característica do trabalho psíquico nesse sentido é manter o investimento significativo:

“Este processo de objetalização não se limita a transformações de formações tão organizadas como o eu, mas pode dizer respeito a modos de atividade psíquica, de maneira tal que, no limite, é o próprio investimento que é objetalizado” (Green, 1986c:64-5).

Então, levada às últimas conseqüências, as ligações empreendidas pela pulsão de vida garantem a meta objetalizante que se apresenta principalmente nos processos de simbolização. A função objetalizante, contudo, requer uma articulação dialética entre ligações e desligamentos, daí a entrada em cena da pulsão de morte intrincada com a pulsão de vida atuando em conjunto na meta objetalizante (Green, 1986c). Com efeito, sob o domínio da função objetalizante, os desligamentos que incidem sobre as relações com o objeto e sobre o próprio

investimento produzem um movimento psíquico no sentido da re-ligação articulando, portanto, construção/reconstrução das representações, dos processos de simbolização, enfim. Todavia, uma desfusão severa entre os componentes de vida e de morte redundava na prevalência de desligamentos e, na sua radicalidade, redundava no desinvestimento como manifestação própria de uma *função desobjetalizante*, meta derradeira da pulsão de morte (cf. Green, 1986c).

Desse modo, se sim e não coexistem sob a prevalência da meta objetalizante da pulsão de vida, então o trabalho do negativo incidirá sobre o psiquismo de modo predominantemente conjuntivo (Green, 1988b). Evoca-se nesse sentido a reunião que deriva da formação de compromisso resultante do recalque, ou ainda os objetos e fenômenos transicionais preconizados por Winnicott (1971), nos quais os dois aspectos, sim e não, dentro e fora, coexistem positivamente. Contudo, na falha da função contentora do objeto, as pulsões dificilmente alcançam um intrincamento suficiente, prevalecendo nesse caso a meta desobjetalizante da pulsão de morte. Por conseguinte, o trabalho do negativo se manifesta principalmente de modo disjuntivo, separando, clivando, desinvestindo, repetidas vezes, levando finalmente na sua radicalidade ao paradoxo patológico enunciado em termos de nem sim, nem não.

As manifestações da pulsão de vida na sua função objetalizante são tão cruciais quanto as da pulsão de morte em sua meta desobjetalizante nos movimentos conjuntivos e disjuntivos que atuam imbricados no trabalho do negativo, na sua responsabilidade última pelos processos de simbolização. Com efeito, se uma das funções básicas da psique consiste em alcançar um certo nível de diferenciação eu/não-eu, é imperativo para a conquista dessa finalidade um processo disjuntivo seguido de um conjuntivo de modo que uma re-união entre os diferentes elementos divididos ou separados seja possível em alguma medida:

“Este é o trabalho da simbolização, que requer a divisão de dois elementos e a sua conjunção, a fim de criar um terceiro elemento, que se compõe dos dois elementos divididos, cada qual permanecendo o mesmo e tornando-se uma reunião de um diferente” (Green, 1977a:80).

Então, intra-psiquicamente, a simbolização se faz evidente sobretudo nos processos terciários que, para Green (1979), configuram uma terceira categoria de processos psíquicos. Os processos terciários resultam do reconhecimento dos

processos psíquicos primários articulados aos processos secundários, sem que as reivindicações de ambos sejam exatamente negadas ou repudiadas. Green (1979) lembra como os processos psíquicos primários obedecem ao princípio do prazer-desprazer, significando que, embora censurados, os processos primários se manifestam assegurando a vitória do princípio do prazer. Os processos psíquicos secundários, em contrapartida, obedecem o princípio de realidade e se apresentam através do pensamento consciente segundo uma lógica racional. A dualidade fundamental constituída pelos processos primários e secundários desenha-se então como a condição necessária para a reunião que resulta na produção do símbolo, o terceiro elemento, portanto (Green, 1979). Nessa perspectiva, entra em cena o eu conectando, ligando, formando hipóteses com certa flexibilidade de maneira a suportar que elas sejam desfeitas em proveito de outras que se mostrem mais favoráveis a determinadas situações:

(...) o ego pode provar-se capaz de reconhecer a existência dos processos primários da razão subjetiva sem reservar todas as alegações ou reivindicações aos processos secundários da razão objetiva... o ego pode ir de um para o outro sem negar a sua realidade psíquica e sem repudiar a realidade material. O ego deve ser principalmente capaz de estabelecer conexões flexíveis, que alternadamente vão ser feitas, formando hipóteses e conexões temporárias, e ser desfeitas, a fim de deixar espaço para outras que oferecem uma representação melhor da situação. Creio ser útil pensar que uma terceira categoria de processos existe. Proponho chamar esses instrumentos de ligações, ou conexões, de *processos terciários* (Green, 1979:26; grifos do autor).

Os processos terciários tal como proposto por Green (1979) para compreender os processos de simbolização representam uma maneira interessante de conceber a articulação entre o *sim*, enquanto exigência dos processos primários, e o *não* obediente às interdições impostas pela realidade, pois desse modo ambos os aspectos podem coexistir constituindo um potencial criativo e enriquecendo a psique, ou o aprender com a experiência (Bion, 1962a).

Contudo, os processos terciários são prejudicados frente ao paradoxo patológico enunciado como *nem sim, nem não* resultante do fracasso do trabalho do negativo em apagar o objeto primário. É nesse contexto que se manifestam principalmente os transtornos do pensamento e as atuações como evidência de curto-circuito nos processos de simbolização. Nesse sentido, o objeto obstipante da analidade primária (cf. Green, 1993b), produto do trabalho do negativo patológico, aponta para uma certa prevalência da pulsão de morte manifestada na

sua função desobjetalizante, embora talvez não ainda prontamente na sua incidência radical, o que provavelmente vai depender dos contratos narcísicos que, mal ou bem, se estabeleçam.

Diferentemente do que ocorre com Eros, que se faz representar pela libido, não há indícios evidentes no que tange à pulsão de morte, a menos que esteja imbricada com a pulsão de vida ou que se faça representar por seus efeitos radicalmente destrutivos (Green, 1986c). Neste sentido, Green lembra que no sadomasoquismo a pulsão de morte e de vida estão intrincadas mas ressalta que há, no entanto, formas patológicas extremas que não comportam essa intrincação e a destruição ocorre de maneira evidente como se observa nas depressões graves, que levam ao suicídio, e nas psicoses, que revelam a desintegração do eu. Em outras configurações clínicas, como neuroses graves, neuroses de caráter e casos-limite, também não é difícil identificar a destrutividade desfusionada da libido. Nesse campo clínico, a desintrincação se apresenta sob a forma das angústias catastróficas ou impensáveis, dos temores de aniquilamento, de desmoronamento, de sentimentos de futilidade, de desvitalização, de morte psíquica, de sensações de abismo e de buracos sem fundo, manifestações que expressam o trabalho do negativo patológico na sua radicalidade. Dito de outro modo, através da pulsão de morte desintrinçada da pulsão de vida a meta desobjetalizante domina o psiquismo sob a forma de um desinvestimento extremo, via trabalho do negativo patológico, que incide sobre os próprios investimentos psíquicos que capacitariam à simbolização. O silêncio no psiquismo, nesse caso, é inevitável, ou seja, o estancamento dos processos de simbolização, o que determina uma morte psíquica, portanto, mesmo que pontual (Garcia e Damous, 2009).

No plano intra-psíquico, os destinos da função desobjetalizante empreendida pela pulsão de morte se dão da seguinte maneira:

(...) ou o representante psíquico destrutivo se alia à representação de coisa, e vocês terão no material [de análise] elementos de destrutividade e de ódio visíveis que poderão sempre tentar analisar ou reverter, ou, então, o representante psíquico não vai se ligar a uma representação de coisa, mas vai destruí-la, vai destruir a capacidade representativa, de modo a romper os vínculos com a coisa, e aí vocês terão a verdadeira destrutividade: a destrutividade do vazio... do desinvestimento... do 'branco'... da 'anobjetalidade' e da ruptura da relação com o objeto externo e com o objeto interno (Green, 1986a:58).

É nesse sentido então que se manifestam os desenlaces extra-representativos, ou seja, como o que não foi possível de ser representado via processo terciário. Além da agressividade, especificamente no que diz respeito ao pensamento, os transtornos decorrentes do domínio da função desobjetalizante sobre a psique logo se manifestam de maneira evidente nos relatos dos pacientes, cujo branco do pensamento é ele próprio comunicado ao analista (Green, 1982a). Nesta circunstância, na qual prevalece menos o recalque e mais as clivagens e os desinvestimentos, os transtornos do pensamento se apresentam na dificuldade para os pacientes reconhecerem e aceitarem de maneira mutativa as interpretações fornecidas pelo analista:

Pareceu-me legítimo afirmar que não se tratava de recalçamento, pois o mais freqüente, quando a lembrança é contextualizada, é que o recalçamento é suspenso e o paciente se recorda daquilo que está em questão. No caso presente, há uma espécie de verdadeira dissociação entre a sonoridade das palavras e seu sentido consciente, de uma parte, e seu sentido inconsciente de outra, como foi proposto pela interpretação. É nesse sentido que não é nem percebido, nem reconhecido. Aqui estão os tratamentos analíticos dos casos-limites, com as mais tenazes das resistências (Green, 2002:269).

De fato, nos casos-limite a alucinação negativa na sua manifestação patológica se expressa já no enunciado do paciente de que ele *tem um branco* referindo-se ao seu pensamento como ausente de conteúdo (Green, 2002). Isto se trata de uma incapacidade para pensar que é vivenciada de maneira sempre ameaçadora por esses pacientes já que o branco necessário para o trabalho do pensamento, sem ser integrado à atividade de ligação/desligamento do pensar, fica à mercê da função desobjetalizante em função da prevalência da pulsão de morte. Por isso, repetidamente é vivenciada uma espécie de oco psíquico caracterizado pela incapacidade de se concentrar e de recordar que irrompe na vigília como um processo artificial do pensar indutor de um pensamento compulsivo, pseudo-obsessivo, ou ainda de uma tendência a divagações e rumações (Green, 1975a). Com efeito, na medida em que fracassa, “o negativo não é mais a fonte de um trabalho, ele é um resultado por si só, uma suspensão da atividade psíquica, uma morte pontual da mente” (Green, 1982a:279; minha tradução).

Em função da falência do objeto primário em exercer suficientemente as suas funções e, sobretudo, deixar-se apagar via trabalho do negativo, o objeto não é alçado à condição de ambivalência que congrega as pulsões de vida e de morte.

Neste caso, dificilmente trabalhando de maneira intrincada, a pulsão de morte em sua meta desobjetalizante pode prevalecer e, operando além do princípio de prazer, tende ainda a compelir a psique à compulsão à repetição maciça. Na clínica dos casos-limite, essa é a questão fundamental que se manifesta a todo momento.

Finalmente, no que diz respeito à constituição dos limites psíquicos, o fracasso do trabalho do negativo encontra-se estreitamente vinculado às falhas patológicas do objeto primário. De fato, é indispensável o papel fundamental que este desempenha durante as primeiras manifestações do trabalho do negativo, pois enquanto estão em curso, espera-se que ele continue se ocupando do bebê, descarregando-o de seus excessos desagradáveis e, tolerantemente, recolhendo o que está sendo descarregado, que agora merece o nome de projeção, consentindo em viver essas projeções como desprazer, porém transformando-as e restituindo-as ao bebê (Green, 1986b). Quando insuficiente por excessos de presença ou de ausência, o objeto atrapalha essas tarefas e, além de provocar a dupla angústia, de intrusão e de separação, ele não cumpre adequadamente a função alfa contentora (Bion, 1962b) e impede a instauração do branco na psique favorecedor da descontinuidade necessária para o re-ligar pressuposto no processo de pensar os pensamentos. Resta assim apenas a expressão do branco do pensamento num discurso descontínuo, vazio e sem vida entre os núcleos distintos que o compõem, comparando-se a um colar de pérolas sem fio em que falta sobremaneira a “função comprometedora de Eros” (Green, 1977a:85).

5 – Da depressão à lógica do desespero nos casos-limite

O trabalho do negativo e suas operações negativizantes organizam os limites psíquicos, e, desse modo, o pensar e as relações intersubjetivas. O sofrimento psíquico que deriva do fracasso desse trabalho negativizante, sobretudo no que diz respeito ao apagamento do objeto primário, é central nos casos-limite e, segundo a hipótese aqui construída, esse sofrimento é determinado por um núcleo depressivo cujo funcionamento psíquico se estabelece em termos de uma lógica de desespero (Green, 1979, 1980). Ora insistentemente manifesta, ora retentiva e silenciosa, a lógica do desespero nesses casos articula-se à prevalência da pulsão de morte na atividade psíquica que, dependendo da radicalidade da sua incidência, resulta, respectivamente, num narcisismo ferido ou num narcisismo de morte. Esta condição revela finalmente a malha psicopatológica complexa dos casos-limite, em geral associada ao funcionamento psíquico além do princípio de prazer que, a partir de transtornos no pensamento, se manifesta através de comportamentos aditivos, transtornos alimentares, atuações e psicossomatoses levando a clínica aos limites da analisabilidade.

Particularmente no que diz respeito à depressão, os pacientes atravessados pela condição da lógica do desespero não apresentam necessariamente um claro estado depressivo no primeiro momento de um processo analítico e tampouco buscam a análise em função de depressão. Todavia, uma configuração depressiva central existe nesses casos em decorrência do não apagamento do objeto primário via trabalho do negativo, o que impede a vivência do luto imprescindível no processo de separação eu/não-eu (Green, 1980).

Normalmente, o apagamento e a introjeção do objeto compõem a dinâmica identitária constitutiva do humano que, por sua vez, necessita do trabalho do luto a fim de que sejam suportadas a distância e a perda do objeto implicados nesse contexto (Ferran, 2007a). Decerto, o processo de separação inicial ou de diferenciação entre o eu e o objeto atravessado por uma experiência de luto demarca um estado depressivo que, além de caracterizar o processo de constituição da subjetividade, comporta igualmente a experiência da depressividade central própria do humano enquanto capacidade originária de se estabelecer o que se denomina psíquico (Fédida, 2001). Nos casos-limite, no entanto, esse processo se complica e a questão problemática parece ser a condição

obstipante do objeto primário como manifestação do fracasso do trabalho do negativo. Nessa circunstância, o luto é mantido inelaborável em decorrência da indecidibilidade patológica quanto ao objeto não se encontrar nem ausente, nem presente no espaço psíquico que só se configura com sérios prejuízos.

Nesse sentido, se a depressão pode ser incontestavelmente discutida pela via do luto, ao caracterizar-se por um estado depressivo constitutivo do humano, pelo vazio característico da depressividade ou mesmo pelo estado depressivo associado a uma perda significativa, nos casos-limite essa relação requer um exame pormenorizado. Trata-se de que justamente esses pacientes não conseguem elaborar o luto no contexto traumático das relações primárias e acabam se organizando em torno de um núcleo depressivo patológico. Este núcleo depressivo atribuído aos casos-limite não corresponde, portanto, a um estado depressivo em termos fenomenológicos, mas a problemas no processo de individuação que atravessa universalmente o jogo identitário, referindo-se então ao âmbito metapsicológico.

Alguns esclarecimentos são então necessários entre o que é da ordem do luto impossível e da configuração depressiva dos casos-limite e o que compete ao luto e à depressividade inerentes ao humano e, além disso, como essas questões podem ser discutidas em contrapartida à depressão considerada como a doença da moda pela sociedade contemporânea. E ainda, avançando na questão dos casos-limite, torna-se imprescindível uma travessia da depressão à lógica do desespero que diz respeito a esses casos, assim como dessa lógica à esperança possível para tais pacientes.

5.1 – O luto impossível nos casos-limite e o complexo da mãe morta

O trabalho do negativo na sua perspectiva patológica determinada basicamente pela falta de êxito em apagar o objeto primário é a marca central dos casos-limite. Sob a ótica de Green (1982a; 1993a; 1993b), a vicissitude obstipante do objeto primário que resulta do fracasso do trabalho do negativo aprisiona esses pacientes na problemática da analidade primária e resulta concomitantemente em prejuízos na constituição dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos que se manifestam sobretudo através de transtornos do pensamento e de atuações extra-representativas. Roussillon (1999) sustenta essa problemática primária segundo a hipótese de que esses pacientes se organizam defensivamente através de ligações

primárias não-simbólicas contra os efeitos de estados traumáticos vivenciados nos primórdios da existência que permanecem clivados e, submetidos à compulsão à repetição, ameaçam continuamente a organização psíquica e a subjetividade como um todo. Ambas as perspectivas se complementam em direção à idéia de que, em função de experiências traumáticas no contexto das relações primárias, resta prejudicada nos casos-limite a separação eu/objeto e, sendo assim, os processos de diferenciação e de constituição narcísico-identitária nos quais se pressuporia o trabalho do luto (Ferrant, 2007a).

Pode-se então dizer que a situação de separação é em geral suportada pelo sujeito se ele pode aceitar o distanciamento momentâneo ou a perda definitiva do objeto na realidade externa, o que é determinado pela possibilidade de conservar o objeto psiquicamente presente, isto é, representado. Certamente, há um *quantum* de tempo a ser suportado durante a separação de modo que seja preservada a representação do objeto. Se esse tempo ultrapassa a capacidade elaborativa, a psique se desorganiza, pois em face da ausência prolongada do objeto na realidade externa, não há meios de sustentar os laços do objeto representado mergulhando-se conseqüentemente no estado de desamparo que, exacerbado, configura um estado traumático. Uma das vias pelas quais Winnicott (1971) trabalha essa questão é a experiência da transicionalidade na qual o objeto transicional, primeira possessão não-eu, precisa se apoiar na concretude do objeto da realidade externa, desde que seja respeitado o paradoxo da indecidibilidade quanto à origem do objeto transicional remontar à realidade externa ou interna. Por outro lado, as condições necessárias para que a representação do objeto favoreça a separação são discutidas por Green (1993a) em termos de trabalho do negativo e de funções essenciais desempenhadas pelo objeto primário em relação ao bebê, dentre elas o estímulo/contenção da atividade pulsional e o deixar-se apagar para ser internalizado como estrutura enquadrante da psique e como objeto bom.

Das concepções winnicottianas e greenianas, portanto, pode-se depreender que a separação eu-objeto é tão mais fácil quando pode ser suficientemente sustentada pela representação. De fato, ainda que o objeto seja importante nesse processo em função do papel facilitador que lhe cabe desempenhar, subjetivamente, a sua representação é condição determinante para que uma experiência de separação não redunde numa desorganização traumática ocasionada pelo desamparo e agonia. A representação do objeto indica, com

efeito, a manutenção do investimento sobre ele, a despeito de sua ausência ou perda:

“Ainda que a separação gere sempre uma forma de sofrimento... o sujeito pode mais ou menos manter o laço com o objeto estando religado psiquicamente com ele. O objeto não foi perdido porque está presente dentro, e esta presença interna é simultaneamente promessa de retorno” (Ferrant, 2007a:465; minha tradução).

Sendo assim, a representação do objeto engendra psiquicamente uma promessa potencial de retorno do objeto ausente na realidade externa funcionando como um alento subjetivo frente à realidade da separação (Ferrant, 2007a). Nessa conjuntura, a perda do objeto, isto é, a sua ausência, seguida do trabalho de luto, é fundamental para estruturar a sua representação na psique. Ocorre que através do luto é possível o engajamento num processo de identificação, de transformação do eu pela integração de traços do objeto perdido na separação levando o sujeito a tornar-se um pouco como o que perdeu, assegurando a presença do objeto internamente:

A perda enfrentada na realidade é compensada por um processo de auto-transformação que ameniza a perda. Pode-se notar que se reproduz aqui a mesma operação que permite toda criança pequena a tornar-se autônoma quando ela se apropria das qualidades do objeto que lhe são necessárias: alimentar-se por si mesma, acariciar-se, limpar-se, etc. O ser humano sustenta as perdas inevitavelmente enfrentadas por meio de suas capacidades de auto-transformação (Ferrant, 2007a:465; minha tradução).

Então, o trabalho de luto atravessado pelas identificações com o objeto perdido, num processo de auto-transformação, estrutura a representação desse objeto na psique. O luto promove a internalização do objeto perdido através das identificações e, além de conservá-lo na realidade psíquica, favorece uma transformação do eu que, após a separação do objeto, pode sempre se apresentar sob uma nova versão de si mesmo. O luto, afinal, como lembra Lévesque (2005) a propósito da colcha tecida por Penélope narrada na mitologia grega¹, faz, desfaz e refaz os laços com o objeto ausente, tecendo de dia o que desmancha à noite para

¹ Na mitologia grega, Homero narra na *Odisséia* a Guerra de Tróia durante a qual Penélope, esposa de Ulisses, aguarda o regresso do esposo cujo destino era desconhecido. Penélope cede à pressão de seu pai para que casasse novamente, porém, como pretexto para prolongar a espera de regresso de seu esposo, condiciona o novo casamento à tecelagem de uma colcha, dedicando-se então a esta tarefa durante o dia e, secretamente, desfazendo toda a sua produção durante a noite.

então tudo recomeçar no dia seguinte. Nesse contexto, por um lado, a atividade de tecer durante o dia é comparável ao movimento que ocorre no luto de rememoração dos traços, das inumeráveis impressões deixadas como herança pelo objeto perdido. Por outro lado, compara-se o desmanche da colcha durante a noite à atividade de desligamento dos laços com o objeto, de enterro do passado, para então no novo dia, advir um novo começo. Sem cortar os laços com o objeto ausente, tal como o faz Penélope que não corta os fios da colcha que tece e tampouco o investimento no esposo aguardado, o luto indica o movimento psíquico de elaboração da relação com o ausente e, ao mesmo tempo, conduz a um re-nascimento, a um re-começo, no qual o enlutado, tendo elaborado o ausente, renasce como um novo sujeito, híbrido dos traços herdados do objeto ausente (Lévesque, 2005).

Lévesque (2005) assinala um trabalho paradoxal do luto na medida em que congrega morte e nascimento, ou seja, é tanto uma maneira de enterrar o passado e desfazer os laços com o objeto na realidade externa quanto favorecer um re-investimento desse objeto na realidade psíquica e assim possibilitar um novo começo para si mesmo. A concepção de Lévesque quanto ao trabalho de luto parece corresponder perfeitamente a uma dimensão dos processos terciários presididos pelo eu, tal como pensado por Green no contexto dos movimentos conjuntivos e disjuntivos que compõem paradoxalmente o trabalho do negativo. Numa ótica greeniana, isto significaria enterrar o morto como produto de uma ação disjuntiva, rememorar seus traços como fruto de movimentos conjuntivos e então possibilitar um novo começo como o resultado da ação dos processos terciários, sendo esta nova versão certamente enriquecida pelo que sobreviveu do objeto perdido nas identificações.

Contudo, a relação entre luto, identificação e representação frente ao objeto perdido pode não ser imediatamente aparente. Em *Luto e melancolia*, Freud (1917) trabalha sobre os temas da perda e do luto parecendo de certo modo conduzir uma discussão sobre uma dicotomia entre o luto normal, enquanto o trabalho que tece a separação possível do objeto amado perdido, e o luto patológico, enquanto o quadro melancólico. Nesse sentido, diante da separação ou perda do objeto, a capacidade de realizar ou não o luto insere o sujeito na normalidade ou na patologia. A superação da perda do objeto, a sublimação das pulsões em jogo nessa perda, o êxito em estabelecer novamente contato com a

realidade são tarefas esperadas ou mesmo circunscritas num trabalho bem sucedido de luto e demarcam implicitamente uma linha tradicional entre alcançá-lo ou não e, conseqüentemente, entre o normal e o patológico.

Decerto, compreender a normalidade ou a patologia em função do êxito ou fracasso em realizar o luto tem o seu valor, mas ao mesmo tempo parece simplificar a discussão. Na verdade, Freud (1917) parece mesmo romper com uma possível dicotomia nesse sentido ao abordar a questão da identificação. Embora Freud se refira à identificação narcísica como o epicentro da melancolia (a sombra do objeto perdido cai sobre o eu), a identificação é também um mecanismo que na sua obra assume progressivamente um valor constitutivo da subjetividade. De fato, o jogo identificatório que marca a chave do quadro clínico melancólico, é, ao mesmo tempo, uma etapa prevista na constituição psíquica de modo geral: “a identificação é uma etapa preliminar da escolha objetual, que é a primeira forma – e uma forma expressa de maneira ambivalente – pela qual o ego escolhe um objeto” (Freud, 1917:255).

O processo de identificação consiste basicamente num “laço emocional com outra pessoa” (Freud, 1921:115). Nesse sentido, caracteriza-se ou pré-edipicamente de maneira oral canibalística, ou de maneira regressiva substituindo uma perda de objeto, ou ainda como meio de partilhar uma determinada situação com um objeto não libidinal como por exemplo num contexto grupal (Freud, 1921). De todo modo, a identificação se refere à assimilação pelo sujeito de um aspecto, propriedade ou atributo do objeto, resultando com isso na transformação total ou parcial de si mesmo. Embora este resultado corresponda justamente ao que se produz ao fim do trabalho de luto na medida em que o objeto pode ser perdido na realidade externa, pois já se encontra suficientemente internalizado na psique, isto é, representado, em 1917, Freud compreende a finalização do luto normal caracterizado apenas pela liberação da libido para novos investimentos, sem necessariamente associá-lo diretamente ao processo identificatório, salvo na condição regressiva verificada na melancolia.

Em 1923, no artigo *O ego e o id*, Freud também ainda não aponta exatamente uma relação entre os processos identificatórios e o trabalho do luto, mas talvez o trabalho de luto seja efetivamente facilitado pelos processos identificatórios:

Quando acontece uma pessoa ter de abandonar um objeto sexual, muito amiúde se segue uma alteração de seu ego que só pode ser descrita como instalação do objeto dentro do ego, tal como ocorre na melancolia; a natureza exata dessa substituição ainda nos é desconhecida. Pode ser que, através dessa introjeção, que constitui uma espécie de regressão ao mecanismo da fase oral, o ego torne mais fácil ao objeto ser abandonado ou torne possível esse processo. Pode ser que essa identificação seja a única condição em que o id pode abandonar os seus objetos (Freud, 1923:42).

Sendo assim, a identificação com o objeto perdido leva o eu a assumir as características desse objeto que é desse modo conservado internamente. Esta operação facilita o enfrentamento da perda já que o novo eu, fruto das identificações, pode ser investido pela libido que antes investia o objeto. É verdade que, em 1923, Freud não articula diretamente os processos identificatórios ao luto, mas parece que, de fato, a internalização do objeto ou de seus traços pelas identificações favorece justamente a liberação de libido objetal e, nesse sentido, a perda do objeto implicada no trabalho de luto. Ainda que sempre ocorra a dessexualização após a identificação, ou seja, um abandono de fins sexuais demarcando, por isso, uma espécie de sublimação, a libido fica novamente livre para realizar novos investimentos. Assim, os processos identificatórios, além de transformarem a si mesmo pelos traços internalizados do objeto, facilitam o trabalho do luto possibilitando a perda do objeto e também a dessexualização da libido que a libera para novos investimentos.

Os próprios jogos infantis que instrumentalizam a psique na simbolização da distância do objeto primário podem evidenciar essa articulação entre identificação e o trabalho de luto. O *fort-da* (Freud, 1920) é claro nesse sentido. Trata-se do jogo através do qual, com todas as variáveis e preâmbulos que lhe cabem (Roussillon, 1991; 2007), a criança fantasia brincando de separação. Ela realiza na verdade o trabalho de luto no brincar. Diante da confrontação com a distância do objeto que poderia ser traumática, ela brinca com posições ativa e passiva e assim supera naturalmente a perda do objeto ou o seu afastamento, tal como indica André (2002a):

A criança com o carretel, aquela que faz o jogo do fort-da, proporciona a melhor ilustração dessa idéia da fantasia como tratamento psíquico do trauma – neste caso a separação da mãe. Auto-erotismo de uma brincadeira que entretém à vontade, ao ponto do regozijo, as posições identificatórias (quem, da criança que atira, do carretel que é atirado, é a mãe, é a criança?), as satisfações sádica e masoquista (eu te atiro, eu sinto a tua falta), os funcionamentos ativo e passivo.

Uma criança brinca de separação, ri-se dela ao mesmo tempo que inventa a ausência e seu correlato: a linguagem. Sem dúvida, é preciso poder permitir que o objeto seja perdido 'antes' de poder nomeá-lo (André, 2002a:18-9).

O jogo do carretel adentra a psique infantil na dialética pulsional de vida e morte, ou seja, no processo de ligação/desligamento, construção/desconstrução. O *fort-da* é um verdadeiro ato criativo da criança diante da ausência do objeto, a brincadeira na qual ela própria pode praticar o controle ativo e passivo sobre os seus investimentos libidinais. Ela atira para longe o carretel como se atirasse a própria mãe e o puxa de volta quando sente a sua falta. Ela atira também o carretel como se ele fosse ela própria, ou seja, a criança imita a mãe que ativamente afasta a criança de si. Ela realiza um jogo identificatório no qual pode ser ativa e passiva, inversa e reversamente, apreendendo e deixando escapar.

O jogo do carretel que simboliza a distância do objeto primário, permitindo a sua perda e a sua representação, como lembra André (2002a), é repleto de identificações e pertence claramente ao plano da normalidade. Do mesmo modo, tem-se o papel de espelho da mãe no desenvolvimento do bebê na medida em que ela funciona para ele como um reflexo dele próprio (Winnicott, 1967b). Dessa maneira, durante os primórdios da dependência absoluta, coloca-se em jogo processos de imitação e empatia essenciais para as identificações que facilitam para o bebê o seu auto-reconhecimento e o desenvolvimento da sua capacidade criativa. Efetivamente, a identificação talvez seja o melhor exemplo da abrangência das discussões freudianas sobre o luto, sendo um conceito que, apesar de referido à melancolia na condição de identificação narcísica, não se restringe de modo algum à patologia, pois perpassa igualmente os caminhos da constituição identitária e, portanto, da normalidade.

A propósito então do processo de separação da unidade primordial mãe-bebê, é fundamental o trabalho do luto, facilitado, sem dúvida, pelos processos identificatórios, seguido da construção de representações tal como discutido por Green (1993a; 1982a) no contexto do trabalho do negativo e da teoria do pensamento. Trata-se de que no processo de diferenciação, os mecanismos negativizadores disparados com os juízos de atribuição e de existência realizam o apagamento do objeto primário e a sua internalização como estrutura enquadrante da psique, desenhando então o espaço psíquico pessoal próprio, capaz de comportar as produções subjetivas como as representações, e, igualmente, as

fronteiras intersubjetivas que capacitam as relações interpessoais. Isto significa conquistar um plano do desenvolvimento do eu no qual o objeto pode ser representado e de certo modo garantir a presença materna para a criança mesmo na sua ausência, prolongando a sua suportabilidade de espera da satisfação ou mesmo de separação temporária, em vez de deixá-la à mercê de estados agonísticos de desamparo e, por isso, traumáticos. Assim, a certeza de abrigar a mãe internamente é então fruto de processos identificatórios implicados na construção de representações para as quais é imprescindível o trabalho do luto, um processo na verdade articulado diretamente à alucinação negativa.

A alucinação negativa bem sucedida na tarefa de apagar o objeto primário e internalizá-lo como representação constitui a matriz primordial, o espaço de ausência, ou simplesmente o campo vazio necessário para os investimentos eróticos e agressivos dos trâmites intra-psíquicos e intersubjetivos (Green, 1980). Esse espaço de ausência proporciona à psique a dimensão do paradoxo que abriga simultaneamente o sim e o não, a presença e a falta, o objeto ou o fenômeno tanto subjetivo quanto objetivo, o espaço que proporciona enfim a separação e a reunião dos elementos intrínsecos à simbolização. É justamente esse espaço que permite a entrada da criança no jogo do carretel e assim no trabalho do luto que elabora a perda, a separação, a distância, complexificando os jogos identificatórios. Diante da constituição dessa matriz primordial à simbolização, isto é, da ausência, o objeto pode finalmente ser perdido, pois já se encontra presente onde mais importa que esteja: no campo das representações.

Fundamentalmente, portanto, o sucesso da diferenciação da unidade primordial encontra-se atrelado à perda do objeto primário apagado via trabalho do negativo, com destaque para os processos identificatórios e para o trabalho do luto desencadeado com essa perda. O devido estabelecimento dos jogos identificatórios e a elaboração do luto, por que não dizer *originário*, estruturam a representação do objeto perdido e favorecem à psique uma nova relação com a realidade. Trata-se, em última instância, da estruturação do princípio de realidade em sua articulação ao princípio de prazer e a ascensão ao domínio dos processos psíquicos secundários (Green, 1980).

Na medida em que os excessos do objeto primário prejudicam o seu apagamento via trabalho do negativo, ocorrem transtornos ao longo do processo de diferenciação. Insuficientemente bom por excesso de presença ou de ausência,

o objeto primário produz igualmente na criança a experiência de excesso que se manifesta nas angústias paradoxais de intrusão e de separação. Ambos os aspectos impedem a perda do objeto primário via trabalho do negativo, não sendo possível, portanto, referir-se nessa conjuntura à realização do trabalho do luto.

Green (1980) discute a impossibilidade de realização do trabalho de luto no contexto do *complexo da mãe morta*, uma metáfora condizente com o desinvestimento central por parte do objeto primário que atravessa as patologias narcísicas em geral, entre elas os casos-limite. As características mais proeminentes desse desinvestimento são o abandono, a ausência ou simplesmente a distância afetiva decorrentes não da morte real da mãe, posto que ela permanece viva, mas da mãe que parece morta psiquicamente aos olhos da criança em consequência de uma depressão que ela própria atravessa, de uma tristeza ou mesmo de uma diminuição ou ausência do seu interesse pela criança. O autor se refere, sobretudo, a um esfriamento materno, um excesso de ausência e de distanciamento que é vivenciado pela criança como uma catástrofe, um trauma narcísico, dada a desilusão antecipada que demarca para ela a perda de amor e igualmente de sentido uma vez que ela não dispõe de recursos para explicar o que ocorreu (Green, 1980).

A mãe morta determina marcas mnêmicas alternando-se entre a nostalgia e a dolorosa vacuidade de um *luto branco* ou *inelaborável* que assola a vivência psíquica (Green, 1980). *Luto*, uma vez que se trata de perda, e, *branco*, na medida em que evoca a angústia das perdas sofridas no nível narcísico, ou seja, a angústia dos estados de vazio originados da interrupção do investimento materno, bastante diferente da angústia de castração que evoca o vermelho de um ato sangrento, de uma ferida a ser infringida ao corpo sob uma lógica triangular de desejo e proibição já operantes. E *luto inelaborável* em função da impossibilidade de elaboração da perda metafórica do objeto primário, justamente o trabalho de negativização empreendido pela alucinação negativa responsável pela instauração da ausência ou do espaço psíquico pessoal que abrigaria os processos de simbolização.

Embora o luto inelaborável associado ao complexo da mãe morta sugira a existência de um seio mau como resultado de um acúmulo de experiências de desapontamentos, não é possível afirmar que o seio da mãe morta tenha de fato o

colorido afetivo do ódio, da destrutividade. Ele é antes de mais nada um seio ausente, mesmo quando presente:

O luto branco da mãe morta remete ao seio que, superficialmente, está carregado de projeções destrutivas. De fato, trata-se menos de um seio mau que não se dá do que de um seio que, mesmo quando se dá, é um seio ausente (e não perdido), absorto pela nostalgia de uma relação lamentada. Um seio que não pode ser nem preenchido nem preenchedor... 'Nunca fui amado' torna-se uma nova divisa à qual o sujeito vai se agarrar e que vai fazer esforços para verificar na sua vida amorosa posterior. Compreende-se que estamos lidando com um luto impossível e que a perda metafórica do seio torna-se por isto inelaborável (Green, 1980:268).

O desinvestimento materno engendra assim na psique o complexo da mãe morta que, em vez de se deixar apagar via trabalho do negativo e assim favorecer a diferenciação, impele o sujeito a um luto branco, inelaborável, o que se constitui na problemática central dos casos-limite. Segundo Green (1980), o complexo da mãe morta suscita uma ampla gama de defesas contra a angústia branca experimentada na catástrofe sofrida narcisicamente pelo desinvestimento do objeto primário. Considerando-se onipotentemente o centro do universo materno, a criança procura inicialmente despertar a mãe do luto no qual ela provavelmente se encontra absorva, atribuindo a si própria a causa da decepção materna. Revelando-se esta uma inútil tentativa de reparação, a criança começa a sentir o peso da sua impotência, agita-se, tenta expressar uma alegria artificial, apresenta problemas no sono como insônia ou terrores noturnos até que outra série de defesas se estrutura (Green, 1980).

A primeira modalidade de defesa diz respeito ao desinvestimento afetivo pela criança em relação ao objeto materno seguido da identificação com a mãe morta (Green, 1980). Ocorre nesse caso uma espécie de assassinato psíquico, no qual, no entanto, não há ódio, pois a imago materna já é concebida por demais aflita, interditando então a emergência de componentes agressivos que poderiam prejudicá-la ainda mais. Desenha-se apenas um buraco na trama das relações objetais com a mãe.

Concomitantemente ao desinvestimento do objeto materno, ocorre a identificação inconsciente com a mãe morta segundo um modelo especular primitivo. Trata-se de uma simetria reativa, mimética, alienante, numa tentativa de restabelecer uma união com a mãe: não podendo mais ter o objeto, renuncia-se a

ele conservando-o canibalisticamente, ou seja, continua-se a possuí-lo tornando-se ele mesmo. Nas relações objetais futuras, o desinvestimento dos objetos será então uma tendência importante visto que na experiência primitiva com a mãe morta a criança se identifica exatamente com o seu desinvestimento (Green, 1980).

A segunda defesa que compõe o complexo da mãe morta é a perda de sentido, de prazer, pois ao se atribuir a responsabilidade pelo desinvestimento materno, a criança tenta explicar a mudança materna pelo seu próprio jeito de ser e assim passa a acreditar que *lhe* é interdito *ser* e que só a morte *lhe* resta já que nem mesmo sua agressividade pode ser expressa em função da vulnerabilidade materna. Uma triangulação precoce pode ser ensaiada se o pai é intuído como o objeto do luto materno ou como salvador do conflito vivenciado entre a criança e a mãe. Todavia, essa triangulação tende a se configurar de forma defeituosa já que freqüentemente o pai não adentra de fato nesse circuito:

“Ora, na realidade, com mais freqüência, o pai não responde à aflição da criança. Eis o sujeito preso entre uma mãe morta e um pai inacessível, seja porque este está sobretudo preocupado pelo estado da mãe sem socorrer o filho, seja porque deixa o par mãe-criança sair sozinho dessa situação” (Green, 1980:257).

Green ressalta então o desencadeamento de um ódio secundário apresentando-se como uma terceira via defensiva que evoca desejos de incorporação e posições anais sádicas no intuito de dominar, macular e vingar-se do objeto. Instala-se ainda a excitação auto-erótica como uma quarta defesa voltada para a procura de um amor sensual puro, de órgão, porém marcada pela dissociação entre sensualidade e ternura. Sob a marca de uma reticência a amar, o objeto pode ser procurado apenas pelo prazer que pode proporcionar às zonas erógenas isoladamente. Finalmente, uma quinta defesa desponta na estimulação precoce do fantasiar e do intelecto, apresentando-se como uma obrigação de imaginar ou de pensar, muitas vezes, com atividades projetivas que, independente de serem verdadeiras ou falsas, denotam o esforço para adivinhar ou antecipar o que se passa com o objeto e assim evitar estar à mercê de seus excessos (Green, 1980).

Todas essas defesas, embora tenham seu valor, são de certo modo ineficazes no equilíbrio da economia psíquica na medida em que se adentra no

campo amoroso, pois a ferida branca do complexo da mãe morta ameaça sempre retomar o centro da cena levando à dissolução do que fora a muito custo adquirido:

(...) logo a destruição ultrapassa as possibilidades do sujeito, que não dispõe dos investimentos necessários para o estabelecimento de uma relação objetal durável e para o progressivo engajamento numa implicação pessoal profunda que exige a preocupação com o outro. É, portanto, necessariamente, ou a decepção do objeto, ou a do Eu, que põe fim à experiência, com ressurgimento do sentimento de fracasso, de incapacidade. O paciente tem a sensação de que pesa sobre ele uma maldição, a da mãe morta que não acaba de morrer e que o mantém prisioneiro (Green, 1980:260).

Prisioneiro da maldição do desinvestimento materno, o sujeito está ocupado pela mãe morta. O contato perdido com ela é mantido profundamente na psique encoberto pelo luto impossível do objeto primário que na verdade não pode ser perdido. Com efeito, o complexo da mãe morta mantém cativo o objeto primário no psiquismo nascente, em vez de apagá-lo via trabalho do negativo como requer o processo de diferenciação. Verifica-se mesmo um grande empenho contra o seu desaparecimento:

“De fato, por trás do complexo da mãe morta, por trás do luto branco da mãe, vislumbra-se a louca paixão de que ela é e continua sendo objeto, que faz de seu luto uma experiência impossível. Toda a estrutura do sujeito visa uma fantasia fundamental: nutrir a mãe morta, para mantê-la num perpétuo embalsamento” (Green, 1980:270).

Desse modo, todas as possíveis substituições de objetos estão destinadas ao fracasso em prol da manutenção da imagem da mãe na psique, mesmo morta. É preferível nesse caso nutrir a mãe morta sepultada na psique em função da separação primitiva mal-sucedida e, identificando-se com o seu investimento afetivo congelado, impingir a si próprio um esfriamento da libido. O sujeito tende então a desinvestir os objetos tal como a mãe morta o desinveste, manifestando desse modo a prevalência de componentes destrutivos desfusionados dos componentes eróticos, que exercem sua função desobjetalizante livremente em face do enfraquecimento ou congelamento do investimento libidinal.

O sujeito do complexo da mãe morta até dispõe de um reservatório de amor, mas este se encontra congelado como resultado da identificação com o congelamento do investimento materno. Por isso, contrariamente ao que o sujeito

imagina, o objeto primário permanece hibernando, conservado pelo esfriamento da libido, e assim impedindo o seu apagamento de fato e a sua subsequente substituição:

Conscientemente, pensa que sua reserva de amor está intacta, disponível para um outro amor quando for a ocasião. Declara-se pronto para investir num novo objeto se esse se mostrar amável e se puder se sentir amado por ele. O objeto primário, supõe o sujeito, não conta mais para ele. De fato, vai encontrar a incapacidade de amar, não apenas por causa da ambivalência, mas porque seu amor continua tão hipotecado à mãe morta. O sujeito é rico, mas não pode dar nada de sua generosidade, pois não dispõe de sua riqueza. Ninguém tomou sua propriedade afetiva, mas ele não pode gozar dela (Green, 1980:263).

Portanto, a despeito de conseguirem de certa forma prosseguir numa vida normal, trabalhando, constituindo família, os pacientes atravessados pelo complexo da mãe morta não tardam a experimentar perturbações nas relações amorosas, sexuais e sobretudo na comunicação afetiva: “O amor, por fim, é sempre incompletamente satisfeito. Seja, no extremo, totalmente impossível, seja, na melhor das hipóteses, sempre mais ou menos mutilado ou inibido” (Green, 1980:264).

O esfriamento do amor nas relações objetais talvez seja a manifestação mais concreta da angústia branca relacionada ao desinvestimento massivo do objeto materno. Não há como desconsiderar no trabalho clínico com os casos-limite a mácula primitiva das relações objetais que remonta ao complexo da mãe morta e, portanto, ao congelamento da libido, ao luto branco ou inelaborável. Esse desinvestimento primário é central na psique e torna prevalentes as manifestações destrutivas, de desligamento/disjunção, obedientes à função desobjetalizante, meta derradeira da pulsão de morte que passa a presidir mais ou menos radicalmente o funcionamento psíquico.

Green (1980) ressalta então a questão do luto impossível como o traço comum de patologias cuja problemática narcísica encontra-se em primeiro plano como ocorre com os casos-limite. A sua hipótese é de que existe uma configuração depressiva central nesses casos, nem sempre aparente como estado depressivo sintomático propriamente. Esse núcleo depressivo, no entanto, não é associável ao luto decorrente da perda de objeto, pois justamente esta perda não houve nos casos-limite, o que leva o autor à seguinte constatação: “*O traço essencial dessa depressão é que ela se dá em presença de um objeto (...)*” (Green,

1980:255; grifos do autor). O que não está presente, na verdade, é o investimento do objeto e daí o único luto possível para esses casos é mesmo o luto branco.

Provavelmente o complexo da mãe morta deixou como rastro na história de vida do sujeito algum estado depressivo que ele mesmo não menciona (Green, 1980). Todavia, se ele a percebe ou não, esse estado depressivo acaba se revelando na transferência através da repetição por revivescência da experiência traumática de desinvestimento do objeto primário. Em vez de uma repetição por reminiscência, o paciente revive na transferência o estado depressivo provável pelo qual passou, ainda que seu comportamento fora da análise não seja claramente perceptível como um estado depressivo. Nessa circunstância, no decorrer da depressão de transferência, porém fora do enquadre, o paciente pode simplesmente interromper subitamente uma sexualização intensa que expressava como atividade sintomática. O paciente explica uma interrupção como essa pelo fato de que tal atividade não lhe proporciona mais satisfação ou de que ninguém mais desperta o seu desejo:

Uma vida sexual profusa, dispersa, múltipla, fugaz, não traz mais nenhuma satisfação.

Parados na sua capacidade de amar, os sujeitos que estão sob o domínio de uma mãe morta só podem agora aspirar a autonomia. O compartilhamento lhe continua interdito. Então, a solidão, que era uma situação angustiante e a ser evitada, muda de sinal. De negativa, torna-se positiva. Fugia-se dela, ela se torna procurada (Green, 1980:263).

Marcado principalmente pelo esfriamento da libido para novos investimentos e pela configuração narcísica prejudicada que se desenha pela imagem esburacada de si mesmo, desinvestida, o núcleo depressivo vinculado ao complexo da mãe morta aponta diretamente para o que se convencionou chamar na contemporaneidade de clínica do vazio (Green, 1980). Trata-se de um vazio que reflete o desinvestimento como núcleo central da problemática psicopatológica em função da identificação ao desinvestimento do objeto primário a que o sujeito se encontra ainda aprisionado. Impedido de perder o objeto e por isso enlaçado num luto impossível, inelaborável, o sujeito é, portanto, mal-sucedido na experiência de separação primária.

Com efeito, o sujeito do complexo da mãe morta traz sempre consigo a marca do desinvestimento que, no limite, fragiliza o seu narcisismo. No âmbito

fenomenológico, isto se traduz no sentimento de vazio, apontado por Green (1980:276) como característico do núcleo depressivo e “sempre o resultado de uma ferida narcísica com desperdício libidinal”.

Decerto a configuração depressiva decorrente do complexo da mãe morta pode ser mais branda conforme a experiência traumática tenha sido menos intensa ou conforme as competências da criança já a permitissem suportar melhor as suas conseqüências. Para Green (1980) isto é inquestionável. Vale notar que o autor tampouco confunde a aposta nessa configuração depressiva central atribuída aos casos-limite com a posição depressiva defendida por Melanie Klein:

“A situação, no complexo da mãe morta, não pode ser vinculada à posição depressiva comum, nem assimilada aos traumatismos graves da separação real. Não houve, nos casos que descrevo, ruptura efetiva da continuidade das relações mãe-criança” (Green, 1980:277).

No complexo da mãe morta verifica-se efetivamente a evolução das relações objetais primárias da posição esquizo-paranóide para a depressiva, ocorrendo, no entanto, uma perturbação das vivências pertinentes a essa posição. Assim, continua o autor:

“(...) houve, independentemente da evolução espontânea em direção à posição depressiva, uma contribuição materna importante que vem perturbar a liquidação da fase depressiva, complicando o conflito pela realidade de um desinvestimento materno suficientemente perceptível pela criança para ferir seu narcisismo” (Green, 1980:277).

Nesse sentido, no complexo da mãe morta a posição depressiva é alcançada, mas não é superada, restando o aprisionamento ao objeto primário morto, entalado e assim revivido repetidamente. A problemática da analidade primária é aqui prontamente evocada no sentido do objeto obstipante que não pode ser excorporado, nem introjetado (cf. Green, 1993b). Isto é diferente, portanto, de uma regressão oral, tal como ocorreria na melancolia, para onde pareceria tender a libido, em função do complexo da mãe morta atrelar-se à impossibilidade da perda metafórica do seio:

“Convém acrescentar uma precisão sobre as fantasias orais canibalísticas. Ao contrário do que acontece com a melancolia, aqui não há regressão a esta fase. Aquilo a que assistimos sobretudo é a uma identificação com a mãe morta ao nível da relação oral, e com as defesas que ela suscitou, o sujeito temendo ao

máximo tanto a mais completa perda do objeto, quanto a invasão pelo vazio” (Green, 1980:268).

Assim, a configuração depressiva central que se organiza em função do complexo da mãe morta está relacionada ao luto branco, inelaborável, em função da falta de êxito em apagar o objeto primário que não pode ser perdido de fato e assim representado. Este núcleo depressivo atribuído aos casos-limite não se trata, portanto, de um estado depressivo relacionado a conflitos psíquicos identificáveis como decorre do alcance da posição depressiva, e tampouco se refere à melancolia (Green, 1999).

De fato, o estado depressivo concebido segundo o referencial kleiniano se estabelece na medida em que o sujeito experimenta o conflito devido à ambivalência de afetos em relação ao mesmo objeto, sentindo-se então culpado ao perceber que atacou o objeto amado e, preocupado, tende a empreender movimentos reparatórios (Klein, 1952). Uma vez alcançada a posição depressiva, a culpa, a tendência a reparar, assim como a necessidade de preservar ou de fazer reviver o objeto amado atacado, corresponde, segundo Klein (1952), a estados de luto e a defesas para superá-lo. Ora, não é disso que se trata no núcleo depressivo dos casos-limite que sequer desenvolveram o que Winnicott (1962-3) denomina a capacidade de se preocupar (*concern*). O núcleo depressivo referido aos casos-limite evoca efetivamente o mecanismo de desinvestimento ou de depressão primária que ocorre lado a lado com a clivagem (cf. Green, 1975a).

Para Green (1999), o núcleo depressivo central dos casos-limite é algo próximo da depressão essencial defendida pelos autores da psicossomática:

Oposta à clivagem, eu postulo um segundo mecanismo que eu descrevi sob o nome de depressão e que não tem relação com a depressão clínica. Para se ter uma idéia, eu acredito que seria necessário pensar na depressão atmosférica, alguma coisa de fato da ordem de uma baixa de tónus que não responde aos mecanismos psicopatológicos que se evidencia na depressão e na melancolia. Sobre esse ponto eu me aproximo de Pierre Marty que descreveu a depressão essencial. Ele a chamou essencial porque precisamente é uma depressão que aparece sem conflito identificável (Green, 1999:41; minha tradução).

Pois bem, na opinião do autor, o núcleo depressivo dos casos-limite se aproxima mais da depressão essencial defendida pelo referencial psicossomático do que do sintoma psicopatológico que se expressa como resultado de conflitos intra-psíquicos. Green (1999) também deixa claro que o desinvestimento nuclear

dos casos-limite se distingue da melancolia, o que se evidencia pela regressão da libido nesses casos não a fase oral canibalística como seria pertinente à melancolia, mas a fixações da fase anal. Nesse sentido, ainda que a metapsicologia da melancolia evoque questões referentes aos casos-limite, principalmente no que diz respeito à dificuldade em fazer o luto e ao modelo identificatório atravessado por questões narcísicas (Pinheiro, 1999), esta idéia não parece se sustentar efetivamente.

Com efeito, as auto-acusações que se verificam na melancolia, veiculadas pela ferocidade do supereu e atravessadas pela culpa, situam o sujeito melancólico de maneira ativa em relação à ferida narcísica impingida pelo objeto, indicando de certo modo que um combate é travado entre eu e o objeto, porém *na realidade psíquica habitada pela sombra do objeto que tombou sobre o eu* (Cardoso, 2007). Em contraponto à melancolia, *nos casos-limite, o objeto tende a ser procurado externamente à realidade psíquica*, via compulsão à repetição, como se ainda fosse almejado um modelo identificatório arcaico (Cardoso, 2007), o que lembra o objetivo do ato mensageiro, tal como concebido por Roussillon (2008a).

Na verdade, segundo Ferrant (2007a), o objeto é imperdível nos casos-limite porque nunca é suficientemente encontrado e por isso o luto nesses casos não seria nem mesmo da ordem do inelaborável, mas simplesmente impossível. Fazer o luto do objeto perdido é possível, afinal, na medida em que há objeto para ser perdido. Se na realidade psíquica ele nunca esteve presente em função do desinvestimento que sempre o caracterizou, ele não poderá jamais ser perdido. É isto que leva Cardoso (2005; 2007) a defender a impossível perda do objeto como problemática central nos casos-limite, determinando um estado de dependência e passividade radical, caracterizado basicamente pela servidão ao objeto.

Avançando na idéia de servidão ou de dependência ao objeto, Ferrant (2007a) considera inerente aos pacientes no quadro dos sofrimentos narcísico-identitários a exigência sintomática de que um objeto esteja imperativamente presente, pois dessa maneira mantém-se uma ilusão de solidez interna: seja um objeto de amor, de ódio, um ideal, uma doença, comportamentos aditivos, as atuações. Esses objetos podem até ter uma concretude definida como um parceiro, um amigo, uma atividade profissional, mas certamente não são investidos dessa maneira. Na verdade, o objeto assume para esses pacientes o caráter fundamental de compensador externo, encarregado de servir e apoiar, desde que permaneçam

presentes e disponíveis. Todavia, enraizadas na história de ausência de representação do objeto primário, a perda desse objeto ou a mera perspectiva de que isto ocorra atualiza para eles o desamparo e desencadeia, agora sim, a depressão clínica (Ferrant, 2007a).

Bergeret (1972, 1974b, 1975) defende igualmente a posição de que a depressão sintomatológica nos casos-limite é uma ameaça constante, pronta a eclodir em função de experiências traumáticas que comprometeram o narcisismo e determinaram arranjos psíquicos precários, pautados sobretudo em relações objetais que tamponam as feridas narcísicas. Tal ameaça da depressão é tão proeminente nesses pacientes segundo o autor que usualmente se refere a eles como *organizações depressivas limítrofes*. Sem uma estruturação autêntica como a que se verifica na psicose e na neurose, e por isso mesmo constituindo anestruturações, essas organizações configuram arranjos duráveis e estáveis como as patologias de caráter ou as perversões, mas em geral precários nos quais a depressão permanece um acometimento potencial.

As organizações depressivas limítrofes caracterizadas por Bergeret se estruturam em torno de defesas custosas ao psiquismo para assegurar o narcisismo, já que uma falha nesse nível está fundamentalmente colocada e, nesse sentido, o permanente risco de mergulho no estado depressivo. Frente ao passado narcísico inglorio, a relação de dependência estabelecida com o objeto proporciona o que o autor considera uma normalidade patológica ou uma pseudo-normalidade, isto é, uma patologia com ares de normalidade. E, quanto à depressão, não seria possível, portanto, atribuí-la a essas organizações como um sintoma efetivo, pois este irrompe apenas na medida em que abalos mais ou menos intensos venham comprometer a organização, precária, é verdade, e com muito custo alcançada. Decerto a depressão como manifestação sintomática está sempre presente nestes casos como ameaça, mas como manifestação verdadeiramente patológica, ela irrompe apenas em caso de perda do “objeto tampão” (Ferrant, 2007a:475; minha tradução).

Com o fracasso do trabalho do negativo, os casos-limite expressam, portanto, a impossibilidade de fazer o luto pela perda do objeto primário que sequer foi representado e assim constituído de fato como objeto da realidade psíquica. Em função do desinvestimento por parte desse objeto, esses casos permanecem aprisionados no complexo da mãe morta, sem experimentar a mãe

efetivamente como perda e sem, por isso mesmo, ter a possibilidade de um luto a ser trabalhado. É então a imagem do desinvestimento, o branco, que a criança vê refletida no rosto materno durante a experiência primária na qual a mãe desempenha o papel de espelho para ela, experiência identificatória que seria na verdade precursora para a criança da percepção narcísica (Winnicott, 1967b). Por conseguinte, a reserva libidinal tende a esfriar-se ao ponto do congelamento, configurando finalmente o núcleo central depressivo atribuído aos casos-limite (Green, 1980).

Se os casos-limite, aprisionados ao luto branco, empreendessem a tecelagem de Penélope, a colcha desses pacientes retrataria apenas a imagem em branco do desinvestimento materno, quiçá mais desmanchada que tecida, mas de qualquer modo aprisionada a essa imagem de desinvestimento.

5.2 – Duas faces da lógica do desespero nos casos-limite

Efetivamente, não se encontra na literatura psicanalítica o desespero como um conceito propriamente tal como é considerado na filosofia, como indica o *Traité du désespoir*, de Kierkegaard. Não obstante, o desespero também é evocado na psicanálise² pela literatura referida aos casos-limite.

Roussillon (2002b) refere-se ao desespero como um estado subjetivo associado aos estados de agonia experimentados pelos casos-limite no contexto dos estados traumáticos primários que permanecem clivados como *fueros* na psique (cf. Roussillon, 1999). Para o autor, trata-se de pensar o desespero principalmente em relação aos estados de falta que se prolongam numa espera sem satisfação e que, alcançando o tempo $x + y + z$ (cf. Winnicott, 1967a), engendram o desamparo exacerbado e afetam a construção do primeiro laço com o objeto:

O desespero concerne sempre ao estado que acompanha a agonia psíquica implicada na manutenção prolongada de um estado de falta sem satisfação, de um estado de falta que ‘degenera’ então em estado agonístico, pelo encontro com o que, embora preconcebido, não advém. O desespero resulta da experiência agonística, da experiência de fracasso da satisfação, resulta das modalidades de encontro com um objeto ‘inutilizável’ como objeto de socorro (...) (Roussillon, 2002b:93-4; minha tradução).

² A coleção Petite Bibliothèque de Psychanalyse dedicou um número sob o título *Le temps du désespoir* (André, J., Dir., 2002c) no qual apresenta diferentes discussões de psicanalistas sobre o desespero.

Nesse sentido, na sua leitura sobre o desespero, Roussillon enfatiza a decepção prolongada sofrida durante a espera pela satisfação em função de um objeto que se ausenta do encontro primário estético (cf. Birman, 1995; N. Abraham, 1972). Sem encontrar sustentação no objeto para um contrato narcísico primário, o sujeito não dispõe de um estado de esperança nem mesmo vagamente determinado para obter satisfação através de outros meios como a realização alucinatória ou o auto-erotismo. No extremo, a agonia pela inconstância, indisponibilidade e/ou insensibilidade do objeto é experimentada como um sofrimento interminável e para o qual não há representação. Sem possibilidade de socorro interno ou externo, configura-se, portanto, um desespero sem fim (Roussillon, 2002b).

Sem dúvida no desespero de que fala Roussillon (2002b) prepondera o trabalho do negativo patológico decorrente do fracasso da tarefa de apagamento do objeto primário. O objeto na verdade não se permite ser apagado e tampouco oferece continência para o excesso pulsional de maneira suficientemente boa. Conseqüentemente, é vivenciado o estado traumático de desamparo repleto de agonia. Esta situação demonstra então o aprisionamento do sujeito ao objeto primário num luto impossível, o prejuízo da organização dos limites intrapsíquicos e intersubjetivos e, por conseguinte, o trânsito entre os diferentes campos que compõem a subjetividade, do soma à realidade externa.

Desamparado, o sujeito não dispõe de recursos subjetivos para simbolizar e conter suficientemente sua experiência traumática de modo a articular sua existência segundo uma lógica temporal atravessada por passado, presente e futuro (Ferrant, 2007a). Verifica-se então um curto-circuito da dimensão da temporalidade subjetiva:

Cada momento da existência se inscreve numa trama composta de todas as experiências passadas. Tudo o que acontece é mensurado, julgado, tomando-se como elemento de comparação a história. Se as experiências foram suficientemente simbolizadas e contidas, se elas não mergulharam o sujeito num desamparo indizível, a situação presente pode ser suportada. Inversamente, se o sujeito encontra-se neste momento invadido pelo retorno de experiências que não foram suficientemente subjetivadas, então as categorias temporais são abolidas e o presente existe apenas à luz de uma dor que não passou (Ferrant, 2007a:462, minha tradução).

Essa dor sempre presente atrelada à abolição das categorias temporais relaciona-se então à agonia atribuída ao desespero sem fim dos casos-limite ocasionado pela impossibilidade de encontro primário satisfatório (Roussillon, 2002b). O tempo de espera pela satisfação que excede a capacidade do sujeito de suportar engendra o estado traumático e determina o *tempo morto*, tal como nomeado por Green (1975b) para designar o excesso de espera como equivalente ao vazio de investimento por parte do objeto que, para o sujeito, é então considerado morto.

O tempo morto consiste assim numa “espera na qual não se espera nada” (Green, 1975b:107; minha tradução) e que atesta apenas uma paralisia, um abandono de luta, uma desistência em muito associada à paralisia depressiva sem angústia, fria, dominada pela inibição e sem nem mesmo auto-acusação (Green, 1975b). No tempo morto, o eu acaba simulando a morte retirando-se de cena por ordem de um supereu cruel, pois não acredita estar ainda vivo para o objeto:

Esse movimento de desinvestimento que o Eu opera entre um Isso destruidor e um Real hostil ou cúmplice é vivenciado como um *fatum*. Ele é seguido de um remanejamento imediato no qual o tempo morto sucede a voz de um Supereu persecutório. A retirada é de fato vivenciada como se um objeto terceiro excluísse o sujeito da cena. Não sou eu que me ausento; não querem que eu esteja lá. Eu-Me expulsam [Je-On m’expulse]. O tempo morto é o tempo da morte dada ou recebida (Green, 1975b:107; minha tradução).

O tempo morto tal como caracterizado por Green (1975b) é nesse sentido inerente ao desespero que caracteriza a agonia dos estados traumáticos primários atribuídos aos casos-limite (cf. Roussillon, 2002b). Diferentemente do tempo potencial, aquele que oscila de modo suficientemente bom entre o momento da presença e o da ausência do objeto, o tempo morto refere-se a um objeto morto para o sujeito conduzindo-o a investir essa ausência não de maneira potencial, mas “como ausência de esperança” (Green, 1975b:107; minha tradução). Essa é a face da morte psíquica, por excelência (Bion, *apud* Green, 1975b).

Numa perspectiva diferente de Roussillon (2002b) que associa o desespero à agonia dos estados traumáticos primários vivenciados pelos casos-limite, Green (1979), no artigo *A psicanálise e modos comuns de pensamento*, se refere ao desespero contrapondo-o à esperança para designar uma lógica de funcionamento psíquico em relação a esses casos e não propriamente um estado afetivo. Nesse

artigo, o autor aborda a dificuldade já aventada por Freud (1940c) quanto à possível admiração da psicanálise ou à sua popularização em função de ser estranha aos modos *comuns* de pensamento. A hipótese psicanalítica sobre a existência de um funcionamento psíquico inconsciente já seria um exemplo bastante evidente nesse sentido, pois aponta na verdade para modos *extraordinários* de pensamento pautados sobre dois processos psíquicos, primários e secundários, orientados por uma “lógica de esperança” (Green, 1979:29).

Enquanto os processos secundários se referem ao processo lógico-racional e seguem o princípio de realidade, os processos primários ignoram o aspecto temporal e a negativa, funcionam por movimentos de condensação e deslocamento, não toleram a espera e, embora cerceados por certas proibições, são sempre bem sucedidos em se expressar (Green, 1979). Para Green, a orientação do funcionamento psíquico guiado por esses dois processos psíquicos de maneira competitiva e complementar caracteriza-se então por uma lógica de esperança supondo-se nesse sentido que os desejos inconscientes sempre obtêm êxito em alcançar certa forma de realização:

A lógica antes explicada, a dos processos primários, como a definia Freud, era – de certo modo – uma lógica baseada na idéia de um par de opostos formado pelo desejo, de um lado, e a proibição, por outro. Caso a proibição fosse suspensa, poderíamos presumir que nada impediria uma união feliz com o objeto. Em suma, não era concebível que o objeto não poderia amar o sujeito, ou odiá-lo. Nesta perspectiva, a lógica dos processos primários é uma lógica de esperança, um caso oposto àquilo que chamei de a lógica do desespero (Green, 1979:29).

Nesse sentido, a lógica da esperança é aquela própria aos processos psíquicos primários, revelando-se mais ou menos facilmente nas realizações substitutivas de desejo expressas no retorno do recaiado. De fato, há sempre esperança de realização dos processos psíquicos primários que se expressam nos atos falhos, nos lapsos do discurso, nos sonhos, nos sintomas, nas associações livres. Green (1979) acrescenta aqui a hipótese de que a articulação promovida pelo eu entre processos secundários e primários caracteriza os processos terciários, através dos quais pressupõe-se as ligações, conexões, suposições construídas pelo eu capacitado a utilizar criativamente a coexistência dos processos psíquicos já conhecidos.

Ao contrário da lógica da esperança que aponta sempre para um *final feliz*, a lógica do desespero reflete a pane do funcionamento psíquico, na qual esse final feliz não se realiza, pois o eu encontra-se capitulado à influência da pulsão de morte. Ocorre desse modo uma inversão nos termos do princípio de prazer/desprazer que governam a atividade psíquica:

“(...) o princípio de prazer-desprazer que governa a atividade psíquica inverteu a ordem desses termos. A busca de prazer substitui-se a si própria pela busca de desprazer, e a evitação do desprazer tornou-se a evitação do prazer. É como se o sujeito dissesse ‘sim’ ao desprazer e ‘não’ ao prazer” (Green, 1979: 27-8).

A lógica do desespero no sentido dessa inversão dos valores da vida é perfeitamente evidenciada na reação terapêutica negativa (Green, 1979) ou no tipo de caráter dos arruinados pelo êxito (cf. Freud, 1916). Concomitantemente a essa inversão, outro aspecto que caracteriza a lógica de desespero tal como proposta por Green (1979) diz respeito aos desapontamentos e desprazer impingidos pelo objeto excessivamente intrusivo ou ausente, pois provocam o ódio do sujeito, o desejo de vingar-se do objeto e, ao mesmo tempo, a necessidade de protegê-lo de seus desejos hostis. Esta, aliás, é uma das conseqüências determinadas pelo desinvestimento do objeto que, preenchendo a realidade psíquica pelo vazio, remonta ao complexo da mãe morta e ao luto branco, produzindo uma ferida que incapacita o investimento narcísico (cf. Green, 1980). Desse modo, as relações objetais presididas pela lógica do desespero manifestam muitas vezes a intenção de produzir provas de que o objeto é mau:

Essa lógica do desespero tem um objetivo constante: produzir prova de que o objeto é realmente mau, incompreensivo e rejeitador em virtude da extensão até a qual suplicam por rejeição de outros. Quando alcançam seu objetivo, têm prova não somente de que não são capazes de instalar amor, mas de que o amor dos outros é meramente uma face superficial por trás da qual esconde seu ódio. Em suma, o amor é sempre incerto, o ódio é sempre certo (Green, 1979:28-9).

A forma de relacionamento sadomasoquista se estabelece então desde que os pacientes submetidos à lógica do desespero encontrem um objeto que desempenhe esse papel esperado (Green, 1979). Trata-se de uma modalidade de relações objetais que evoca os contratos narcísicos descritos por Roussillon (1999)

a propósito das ligações primárias não simbólicas como tentativa de fazer frente à ameaça de retorno dos estados traumáticos clivados. E, por conseguinte, os contratos narcísicos evocam sempre o desespero associado à agonia (cf. Roussillon, 2002b) na medida em que é sempre presente a ameaça de rompimento desses contratos e, portanto, de desencadeamento da depressão (cf. Bergeret, 1975). De todo modo, rejeitando a passividade radical pela qual se sentem subjugados pelo objeto que concebem como rejeitador, por inversão ativo/passivo (cf. Roussillon, 1991), os pacientes rejeitam eles próprios o objeto ou embutem nele o desespero no intuito de fazê-lo ser de fato rejeitador (Green, 1979).

Assim, enquanto a lógica da esperança se organiza entre desejo e proibição, a lógica do desespero coloca o objeto no centro da cena psíquica e sem que o sujeito possa experimentar o sentimento de ser amado por ele ou de poder amá-lo (Green, 1979). Ocorre que o conflito entre desejo e proibição se distancia em muito do conflito relacionado ao amor e ao ódio que prevalece na lógica do desespero entre eu, supereu e objeto. Na verdade, as fixações ao ódio são tenazes nos pacientes submetidos a essa lógica de funcionamento psíquico, como bem o demonstra na clínica a reação terapêutica negativa, o que se deve a duas razões interligadas. A primeira delas consiste na convicção do sujeito de ter sofrido privação de um amor a que acredita ter direito, o que o mantém aprisionado ao objeto no intuito de tentar obter esse amor. A outra justificativa para a tenacidade da fixação ao ódio nessas circunstâncias deve-se ao fato de que o ódio é acompanhado pela culpa:

Desistir do objeto é desistir de odiar; porém, descobrir uma possibilidade de amor com outro objeto não só significa deixar que o objeto primitivo da fixação siga seu próprio destino, também significa fazê-lo literalmente desaparecer do *self*, e, de certo modo, abandoná-lo. Há culpa em odiar o objeto, mas há tanto mais culpa, se for o caso, quando o sujeito já não mais odeia o objeto a fim de amar um outro objeto (Green, 1979:30).

Frente então ao ódio e à culpa em relação ao objeto, a solução é manter cativo o laço interno com ele: “é melhor ter um objeto interno mau do que arriscar-se a perdê-lo para sempre”, afirma Green (1979:30). É, portanto, por estas razões que o objeto encontra-se no centro da cena psíquica na lógica do desespero que rege o funcionamento psíquico dos casos-limite.

Decerto a lógica do desespero pode ser explicada pelo fracasso do trabalho do negativo em promover o apagamento do objeto primário e, portanto, ao núcleo depressivo que consiste na principal característica desses casos. Green não afirma isto de fato (em 1979) quando trabalha sobre os modos de pensamento. Entretanto, a teoria do duplo-limite e do pensamento (1982a), a função desobjetalizante (1986c) e o trabalho do negativo (1993a) tornam compreensível a inversão do princípio de prazer/desprazer característica da lógica do desespero que rege a atividade psíquica dos casos-limite. Esta inversão refere-se diretamente a prejuízos na constituição dos limites psíquicos subentendendo-se nesse sentido que falhou a função contentora do objeto primário, o seu apagamento como estrutura constituinte e a sua representação como objeto bom em relação ao qual teria sido possível alcançar a ambivalência. Conseqüentemente, ocorrem os transtornos na esfera do pensamento que refletem a prevalência de movimentos disjuntivos enquanto manifestação da função desobjetalizante, sobretudo de mecanismos de desinvestimento e de clivagem a que os casos-limite permanecem submetidos levando para a clínica os limites da analisabilidade.

Com efeito, segundo a perspectiva da lógica do desespero (Green, 1979), as clivagens incidem de tal maneira no aparelho psíquico que o eu tende a esgotar as suas capacidades de empreender a comunicação entre as suas diferentes partes divididas. Desse modo, afirma Green (1979:30): “nenhum terceiro termo é criado, nenhuma simbolização ocorre efetivamente. Faltam processos terciários.” Ocorre que a regência da atividade psíquica pela lógica do desespero distorce e deforma o eu a ponto de comprometer a sua capacidade de simbolização.

As distorções ou deformações no eu tornaram-se objeto da preocupação freudiana sob a ótica da segunda metapsicologia, desde as evidências apresentadas pela psicose, pela perversão e pela compulsão à repetição associada às experiências traumáticas. De fato, em 1937a, discutindo a propósito do prolongamento interminável de uma análise, Freud tece diferentes hipóteses na tentativa de explicar essas deformações no eu. Uma delas discute os mecanismos de defesa adotados diante das exigências pulsionais oriundas do isso, que a todo custo compelem ao prazer, e a contínua manutenção das resistências contra o retorno do recalado, que enfraquecem o eu em função do dispêndio econômico que exigem.

As alterações no eu podem também ser originadas pela adesividade libidinal e pela conseguinte dificuldade em deslocar a libido, ou, de outro modo, pela grande mobilidade do investimento libidinal em que cada novo investimento é logo abandonado (Freud, 1937a). Aposta-se ainda no esgotamento da plasticidade do eu determinando fixidez e rigidez psíquicas responsáveis pela incapacidade de modificação e desenvolvimento ulteriores. Este caso, em particular, diz respeito a pacientes cuja dinâmica pulsional é reticente a mudanças, o que sugere a existência de resistências profundas. Observa-se então certa inércia psíquica, o que também ocorre nos casos de funcionamento por adesividade libidinal, porém, diferentemente daquele, este se deve mais a uma espécie de entropia psíquica cujo aprofundamento teórico não foi de fato empreendido por Freud (1937a) que arrisca apenas a suposição de que se trata de uma alteração de ritmo no desenvolvimento da vida psíquica.

Considerando então diferentes possibilidades para as distorções e deformações do eu, Freud (1937a) examina a ação das pulsões de vida e de morte anunciadas em 1920 e aposta na prevalência da pulsão de morte como a causa mais poderosa dessas alterações do eu. As manifestações que se desdobram da prevalência desta força agressiva ou destrutiva têm para Freud nos fenômenos do masoquismo, na reação terapêutica negativa e no sentimento de culpa a expressão inequívoca de que os eventos psíquicos não são governados exclusivamente pelo prazer. Sendo assim, é possível pensar que, uma vez tendo capitulado à influência prevalente da pulsão de morte (cf. Freud, 1937a), o eu dificilmente articula os processos terciários no sentido do final feliz previsto na lógica de esperança, fazendo prevalecer, ao contrário, a lógica do desespero (cf. Green, 1979). Trata-se de que, dominado pela lógica do desespero, o eu não é suficientemente capaz de estabelecer as conjunções e disjunções que correspondem à ação simbolizante dos processos terciários, o pensar propriamente, o que se evidencia claramente nos transtornos do pensamento e nas atuações extra-representativas.

Não obstante a prevalência da pulsão de morte na lógica de desespero determinando a atividade psíquica principalmente sob a ênfase disjuntiva, em casos de imbricação incipiente entre as pulsões de vida e de morte, novos vínculos ou ligações podem ser estabelecidos, embora a manifestação clínica destas construções psíquicas tenda à beligerância (cf. Green, 1986a). Nesse caso, a despeito da prevalência da função desobjetalizante como meta da pulsão de morte,

a função objetalizante ainda favorece a ligação entre representante psíquico e representação de coisa, construindo representantes-representação (R-R). Esta ligação, no entanto, ocorre entre um representante psíquico destrutivo e representação de coisa, o que explica as manifestações de agressividade e atuações invariavelmente intensas que se originam desse tipo de ligação (cf. Green, 1986a:58). Essas expressões indicam um curto-circuito no âmbito das cadeias de pensamento e, nos termos cunhados por Roussillon (1991; 2008a), demonstrariam a lógica do desespero através de atos-mensageiros ou auto-calmantes que parecem impelir à simbolização. Nesse sentido, a lógica do desespero seria um aliado até ativo da simbolização em vez de inimigo (cf. Godfrind, 2008).

De outro modo, considerando-se a manifestação *radical* do aspecto disjuntivo do trabalho do negativo patológico, prevalece o mecanismo de desinvestimento extremo em que a meta destrutiva, essencial da pulsão de morte, exerce maciçamente no psiquismo a sua função desobjetalizante, desfundada da meta objetalizante, incapacitando-o por fim à simbolização (Garcia e Damous, 2009). No âmbito então da radicalidade do trabalho do negativo patológico, o representante psíquico não se liga à representação de coisa, constituindo desse modo a destrutividade em si mesma, o vazio, o branco, o desinvestimento (cf. Green, 1986a:58). Esse nível de destrutividade é encontrado finalmente nas depressões graves que conduzem ao suicídio ou na desintegração das psicoses (cf. Green, 1986c). A lógica do desespero nessa perspectiva parece assumir então um viés mais próximo da desistência, da indiferença (cf. Green, 1979).

A lógica do desespero nos casos-limite parece distinguir-se então em duas faces, conforme as vicissitudes da destrutividade em articulação ao fracasso do processo de apagamento do objeto primário, o que, em última instância, prejudica a ação dos processos terciários que afiançariam a lógica da esperança. Por um lado a lógica do desespero é ativa/insistente/barulhenta e, por outro, é desistente/indiferente/silenciosa. No primeiro caso, as operações negativizantes que a pulsão de morte coloca em prática na lógica do desespero através da função desobjetalizante não comportam necessariamente uma dimensão puramente destrutiva. Nessa circunstância, as afirmações autorizadas pela pulsão de vida sustentam alguma objetalização, em função de uma imbricação incipiente entre as

pulsões de vida e de morte. Nesse sentido, a função objetalizante, meta da pulsão de vida, encontra-se de alguma forma presente exercendo seu papel.

Quanto à face desistente, indiferente, da lógica do desespero, a função desobjetalizante, à serviço da pulsão de morte, exerce um desinvestimento extremo incidindo radicalmente sobre os próprios investimentos psíquicos que capacitariam a simbolização. A morte psíquica é inevitável nessa conjuntura indicando uma paralização da simbolização que evoca o tempo morto descrito por Green (1975b) ou o que Golse (2002) assinala como a *esperança perdida*.

Lendo o tratado de Kierkegaard sobre o desespero, Golse (2002) propõe pensar esse tema como des-esperar, isto é, como desistência de esperar ou de nutrir expectativa, uma esperança perdida, o que se evidencia facilmente numa situação de doença mortal, em função do risco de vida que esse tipo de doença suscita. Todavia, o autor propõe ainda outra dimensão para compreender o desespero considerando as *esperanças perdidas* em crianças autistas e em bebês depressivos. Nesses casos, o desespero se estende para além da esperança perdida frente à morte anunciada e inevitável, pois comporta uma esperança residual: “ele seria muito mais da ordem do último combate antes da morte (psíquica)” (Golse, 2002:38).

À luz de Tustin, Bion e Aulagnier, Golse (2002) localiza a esperança perdida da criança autista na nostalgia dolorosa de um narcisismo primário pressentido, mas nunca experimentado. Já em relação à esperança perdida do bebê depressivo, Golse propõe, na esteira de Bowlby, que o desespero consiste na reação ativa frente a uma situação de separação repentina e brutal dos objetos de apego. Esse desespero em particular é então associado às forças do bebê para reagir. Se elas se esgotam, advém um estado depressivo propriamente, caracterizado sobretudo pelo desencorajamento e desaparego. Trata-se de considerar, segundo Golse, duas dimensões para o desespero: a do combate (crianças autistas e bebês depressivos) e a da desistência (perda de esperança frente à perspectiva real da morte).

Além de Golse, André (2002b) distingue igualmente duas grandes figuras do desespero, uma maníaca e outra depressiva, embora não defenda que estas sejam as únicas. A figura maníaca do desespero refere-se a uma forma excitante, exaltada, que parece “colocar fogo no eu” (Kierkegaard, *apud* André, 2002b:16; minha tradução), demarcando sempre um certo acento de luta na qual a vitória é

esperada. Quanto à figura depressiva, trata-se do desespero através do qual se afirma que não há nada a esperar, parecendo que o eixo do tempo foi invertido e que a morte futura se revela já tendo um lugar no presente (André, 2002b).

A abordagem sobre o desespero proposta por Roussillon (2002b), Golse (2002) e André (2002b) tende a conceber o desespero como um estado subjetivo, contextualizado por situações traumáticas de desamparo e associado, portanto, ao estado de agonia que irrompe nessas situações. Green (1979), diferentemente, discute o desespero segundo uma *lógica* de funcionamento psíquico caracterizada pela inversão nos termos do princípio de prazer/desprazer, enfatizando nesse sentido um modo de funcionamento psíquico e não propriamente um estado subjetivo. Contudo, principalmente Golse e André caracterizam o desespero sob duas perspectivas que talvez possam ser incorporadas à hipótese aqui sugerida de que existem duas faces da lógica do desespero pensada por Green (1979). Nesse sentido, distingue-se enfim duas faces da lógica do desespero: a) uma face combativa, insistente, exaltada, maníaca e, portanto, ainda esperançosa de simbolização, e b) uma face indiferente, desistente, mortífera, na qual a esperança foi perdida³.

Ambas as faces da lógica do desespero aqui propostas referem-se à configuração depressiva central dos casos-limite, configurada em torno do complexo da mãe morta, isto é, do objeto que não se deixa apagar. Nesse sentido, a lógica do desespero atribuída aos casos-limite diz respeito à configuração depressiva contextualizada pelo branco do luto impossível, do desinvestimento, não se manifestando, portanto, necessariamente pela sintomatologia depressiva, mas principalmente pelos transtornos na esfera do pensamento e pelos desenlaces extra-representativos. As duas faces da lógica do desespero correspondem na verdade a um aspecto metapsicológico, configurado conforme a incidência e prevalência da pulsão de morte na atividade psíquica.

5.3 – Narcisismo ferido, narcisismo de morte

As duas faces do desespero propostas como vicissitudes da falta de êxito do trabalho do negativo em apagar o objeto primário se articulam diretamente ao narcisismo primário prejudicado, sobretudo em função da incidência prevalente da

³ Nesta caracterização das duas faces da lógica do desespero, refere-se à presença ou à ausência da esperança também no sentido de uma lógica de funcionamento psíquico, precisamente a lógica da esperança, que afiança sempre alguma possibilidade de simbolização.

pulsão de morte que o configura negativamente (cf. Green, 1988d). Propõe-se então decompor o narcisismo primário negativo em narcisismo ferido e narcisismo de morte, associando estas configurações às duas faces da lógica do desespero.

Na coletânea conhecida no Brasil pelo título *Sobre a loucura pessoal*, Green (1988a) mostra-se preocupado com a loucura privada dos casos-limite, referindo-se ao narcisismo ferido ou mesmo incapacitado desses pacientes na medida em que o eu capitula frente à influência da pulsão de morte e a lógica de desespero preside doravante o funcionamento psíquico (cf. Green, 1979). Entretanto, Green não aprofunda a discussão sobre a mácula narcísica dos casos-limite naquele momento, retomando-a no livro intitulado *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* (Green, 1988d)

Embora o narcisismo seja um aspecto sempre importante nas diferentes manifestações psicopatológicas, os casos-limite certamente trazem-no como núcleo problemático predominante em função de feridas ou carências decorrentes de decepções primárias com ambas as figuras parentais, de modo que as marcas que daí derivam persistem ao longo da vida em carne viva (Green, 1982b). A imagem de ferida em carne viva, aliás, como referência aos prejuízos narcísicos dos casos-limite é apontada por diferentes autores além de Green. Com certa frequência também Bergeret, Anzieu e Roussillon a utilizam para caracterizar esses casos.

Efetivamente, o narcisismo é um conceito que remete à unidade do eu e ao devido reconhecimento reflexivo desta unidade (Green, 1982b). Entretanto, a unidade do eu enquanto entidade separada resulta do trabalho de Eros num percurso inaugurado no narcisismo primário e que prossegue até a sexualização das pulsões do eu:

É uma das realizações de Eros ter conseguido esta unificação de uma psique fragmentada, dispersa, anárquica, dominada pelo prazer de órgão das pulsões parciais antes de conceber a si mesma, pelo menos em parte, como ser inteiro, limitado, separado (Green, 1982b:28).

Desse modo, a partir da leitura de Green, tem-se num primeiro momento o narcisismo primário e posteriormente o equivalente à constituição do eu narcísico referido a um sentimento de unidade. Este sim é então produto da diferenciação

eu-objeto na medida em que a libido é direcionada para si mesmo como forma de compensar a perda do objeto primário: “O narcisismo é, portanto, menos um efeito de ligação do que de re-ligação” (Green, 1982b:28).

A concepção de narcisismo primário se caracteriza então para Green como uma forma primitiva de investimento, confusa e ampla, diferente do auto-erotismo que já seria destinado a determinadas zonas erógenas do corpo:

Inclino-me a pensar que o narcisismo primário mais antigo engloba de maneira confusa todos os investimentos, inclusive o amor objetal primário, e mesmo o que poderíamos chamar simetricamente o ódio objetal primário, pois é a indiscriminação primitiva sujeito-objeto que caracteriza o tipo e a qualidade dos investimentos. É, portanto, quando a separação se realiza que podemos legitimamente opor o narcisismo primário mais tardio como aquele que designa somente investimentos do Eu, opostos aos investimentos objetais (Green, 1980:275).

O posicionamento de Green em relação ao narcisismo primário se insere numa certa controvérsia psicanalítica a respeito do tema, freqüentemente lembrada pelo autor (Green, 1966-7; 1975a; 1980; 1982b). Segundo a perspectiva freudiana de 1914b, o narcisismo é situado em relação ao desenvolvimento da libido ocupando uma posição entre o auto-erotismo e a escolha objetal. Desse modo, o narcisismo primário resultaria de uma certa orientação dos investimentos libidinais no sentido de realizar uma unidade. Green (1980) considera, no entanto, que esta concepção de narcisismo primário levaria a supor dois modos distintos de investimento, o narcisismo primário e o amor objetal, que estariam centrados em polaridades opostas e distintas, desconsiderando-se então a indiferenciação primordial eu-objeto. Por isso, Green defende o narcisismo primário como um investimento original do eu indiferenciado, sem referência inicialmente, portanto, ao eu como uma unidade.

De todo modo, a hipótese de um narcisismo primário sendo mais antigo e abrangendo os investimentos mais primitivos é ampliada com a proposta de Roussillon (2008c) sobre existir uma base de experiência de prazer e de satisfação primitivos caracterizando o narcisismo primário. Sem esta base, manifestam-se clinicamente os comportamentos aditivos e a violenta oposição à instauração da dependência na relação analítica, condizentes com as formas de sofrimento dos casos-limite. Por isso, segundo Roussillon (2008c), devem sempre ser consideradas as questões aquém da diferenciação, ou seja, as que englobam a

experiência de dependência absoluta para onde remonta as origens do narcisismo primário.

A proposta de Roussillon (2008c) para uma compreensão da experiência primitiva do narcisismo primário desenha-se através de uma coreografia de encontro entre o bebê e o objeto primário na qual supõe-se que o objeto deva aceitar desempenhar para o bebê a função de espelho (cf. Winnicott, 1967b). Nessa coreografia, o objeto ajuda o bebê a construir e a encontrar um objeto duplo de si experimentando uma relação de dependência primitiva denominada homossexualidade primária em duplo:

Um duplo é um outro, se o duplo não é um outro, ele não pode ser um duplo; a referência ao duplo exclui a confusão psíquica. Não se trata aqui de uma forma de indiferenciação nem de uma forma de 'fusão'. Mas um duplo é um semelhante, ele se torna, é tornado semelhante num encontro e nas condições desse encontro. Para que exista certa qualidade do prazer 'homossexual em duplo', o outro deve ser encontrado como um semelhante, naquilo que ele é semelhante, mas também naquilo que ele se 'propõe' a ser semelhante, naquilo que ele se 'faz' semelhante, no que aceita se tornar semelhante, que ele aceite partilhar os mesmos estados de ser, os mesmos estados de espírito (Roussillon, 2008c:114; minha tradução).

Desenvolvendo desse modo o conceito de homossexualidade primária em duplo para caracterizar o narcisismo primário, Roussillon (2008c) propõe decompor a primeira experiência de satisfação em quatro fios de prazer que, ao final, constituem uma trança de prazeres primitivos. O primeiro desses fios consiste no prazer da pulsão de auto-conservação, da satisfação da tensão orgânica associada às necessidades somáticas. O segundo fio é o prazer das zonas erógenas. Fundamentado na teoria do apoio, esse prazer perpassa em geral as mesmas zonas corporais que servem ao apaziguamento das necessidades de auto-conservação, como a boca.

O terceiro fio da trança de prazeres que compõe a experiência de satisfação do narcisismo primário diz respeito ao prazer do encontro com um objeto e das condições desse encontro (Roussillon, 2008c). Nesse contexto, supõe-se ao bebê um aparato perceptual e competências que o favorecem perceber a mãe segundo a sua capacidade pré-conceptiva inata da existência de um outro com quem irá construir um vínculo de apego. Para que aconteça o prazer do encontro é necessário então um objeto presente para ser investido, um objeto que consinta em dar à pulsão um valor mensageiro organizando dessa maneira um vetor para o

estabelecimento de um vínculo suficientemente seguro entre eu e objeto. Dessa maneira, o objeto poderá ser progressivamente percebido, construído e concebido como um duplo de si. Além disso, Roussillon pressupõe nesse terceiro fio da trança de prazeres primitivos um compartilhamento de prazer sob dois aspectos em particular, o estésico e a sintonia afetiva. O compartilhamento estésico compreende a imitação (o ajustamento mimo-gesto-postural), a antecipação (o ritmo e suas variações) e o júbilo com a coesão e harmonia da coreografia primitiva. O compartilhamento afetivo, por sua vez, condiz com o ajustamento materno, a adaptação da mãe ao bebê conforme a expressão emocional dele, proporcionando uma diferenciação entre um afeto passional, intenso, e um afeto-sinal.

Finalmente, o quarto fio da trança de prazeres na experiência da homossexualidade primária em duplo se refere ao prazer do objeto, com toda a implicação do enigma que esse prazer introduz para a criança, principalmente em relação à diferença entre a sexualidade adulta e a infantil. Roussillon (2008c) ressalta nesse sentido que uma parte do prazer do objeto é compartilhado enquanto a outra permanece enigmática podendo evocar para a criança o objeto do objeto, ou seja, um terceiro elemento, que então remete à organização da cena primária.

No encontro suficientemente bom com o objeto conforme o modelo da homossexualidade primária em duplo garante-se a base necessária para a organização narcísica do sujeito:

No seio dessa complexidade, o papel desempenhado pela organização e pela regulação da homossexualidade primária em duplo é determinante: é ela que condiciona a ‘mutualidade’, a reciprocidade suficiente que torna a dependência tolerável, que atenua a ferida que ela representa para o Eu, que alivia o sentimento de impotência e mesmo o desamparo que ela às vezes implica. É apenas sobre essa base que as ‘dissimetrias’ da vida, as ‘desigualdades’, as diferenças que as situações de dependência exacerbam, podem adquirir um valor estruturante e organizador, e que pode ser ultrapassado e integrado o componente de destrutividade que elas mobilizam (Roussillon, 2008c:134; minha tradução).

Assim, uma vez complexificado o narcisismo primário com a leitura de Roussillon (2008c) acerca de uma experiência homossexual primária em duplo, prossegue-se com a proposta de Green (1982b) de reler o narcisismo primário à luz da segunda teoria pulsional (Freud, 1920). Com a virada de 1920 e seus

desdobramentos, o novo dualismo pulsional inscreve as pulsões de morte oposta às pulsões de vida reunindo como subconjuntos de Eros as pulsões de auto-conservação, as pulsões sexuais, a libido de objeto e o narcisismo. Estes elementos assim reunidos encontram-se direcionados à mesma função de defesa e de realização da vida “contra os efeitos devastadores das pulsões de morte” (Green, 1982b:13).

À luz então do novo dualismo Green (1982b) propõe distinguir um narcisismo primário, enquanto estrutura, que se apresenta como narcisismo positivo e narcisismo negativo. O primeiro, com tendência unificadora, originário da libido do eu; o segundo, com referência às pulsões destrutivas, almejando a redução do investimento do eu a zero, ao Nada, provocando uma existência subjetiva que expressa fundamentalmente os efeitos da função desobjetalizante, meta essencial da pulsão de morte.

A distinção entre narcisismo primário positivo e negativo parece subsidiar plausivelmente a compreensão dos prejuízos narcísicos dos casos-limite, destacando-se especialmente nesses casos o narcisismo negativo. Nessa perspectiva, propõe-se a hipótese de que o narcisismo negativo se desdobra nesses pacientes ora como ferido, em face de alguma imbricação entre pulsão de vida e de morte, ora como um narcisismo de morte, dada a radicalidade da ação da pulsão de morte, desfusionada então da pulsão de vida.

Há que se notar, contudo, que parece haver certa contradição quanto ao narcisismo negativo: como conceber o narcisismo que, por sua própria definição, indica investimento/ligação, concomitantemente ao exercício da pulsão de morte que implica em desinvestimento/desligamento? Trata-se de investir pelo desinvestimento? Como, afinal, combinar efetivamente narcisismo e pulsão de morte? Green (1979) se refere a uma inversão de termos no princípio de prazer/desprazer a propósito da lógica do desespero, através da qual o paciente passa a buscar o despreazer e evitar o prazer. Isto pode ser uma maneira de indicar o narcisismo negativo combinando investimento e desinvestimento, pois há ainda algum sinal de esperança no desespero que embasa a atividade de busca do despreazer. Pensa-se nesse sentido ainda na presença de Eros, em alguma medida, intrincado à pulsão de morte. Mas como sustentar a hipótese sugerida de que existe um narcisismo de morte, ainda mais radical que o narcisismo ferido por estar em ação unicamente pela incidência radical da função desobjetalizante e,

portanto, da pulsão de morte? A dessexualização da libido (cf. Freud, 1923) ajuda a pensar essa questão?

Segundo Scarfone (1997b), a dessexualização não chega propriamente ao estatuto de conceito na obra freudiana, embora esteja presente em uma série de conceitos importantes como a identificação, a sublimação e o narcisismo. Segundo o autor, essa operação resulta na constituição de uma energia deslocável, indiferente às moções destrutivas ou libidinais, posto que esteja transformada de seu objetivo sexual, podendo por isso mesmo, associar-se a uma ou outra.

De fato, Freud (1923) supõe a existência de uma energia deslocável como fruto da dessexualização da libido de objeto associada primeiro à sublimação e, em seguida, à desintrincação pulsional:

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... que começa por transformar a libido objetual sexual em narcísica e, depois, talvez, passa a fornecer-lhe outro objetivo. Posteriormente, teremos de considerar se outras vicissitudes instintuais não podem resultar também dessa transformação; se, por exemplo, ela não pode ocasionar uma desusão dos diversos instintos que se acham fundidos (Freud, 1923:43).

Sendo assim, na dessexualização, a libido objetual passa à condição de libido narcísica e o seu objetivo sexual é transformado. Essa energia pode então dirigir-se a outros objetivos, isto é, ser sublimada ou ocasionar a desintrincação pulsional (Freud, 1923). De todo modo, através da dessexualização, produz-se uma energia livre que pode ser associável às moções eróticas e destrutivas, se imbricadas, ou a cada uma diferentemente, se desfusionadas. Nessas condições, a imbricação pulsional é localizável no narcisismo positivo sob a prevalência da pulsão de vida, a força de Eros. Do contrário, se na imbricação pulsional prevalece a pulsão de morte, estabelece-se o âmbito do narcisismo negativo. Este, por sua vez, se caracterizará como narcisismo ferido, se a pulsão de vida ainda tem sucesso em manter investidas as ligações no aparelho psíquico, ou como narcisismo de morte, no caso da pulsão de morte desvinculada da pulsão de vida expressar-se radicalmente. A dessexualização da libido objetual transformada em libido narcísica sustenta, portanto, a teoria greeniana de um narcisismo positivo e negativo e, além disso, a hipótese aqui formulada de um narcisismo ferido menos radical e de um narcisismo de morte.

Embora a questão da dessexualização não pareça relevante no texto greeniano, ela talvez sustente de fato a concepção de um narcisismo negativo. Mas, de qualquer maneira, o raciocínio de Green (1975a, 1982b) sobre o narcisismo primário enquanto estrutura apresentando-se positiva ou negativamente segue por outros caminhos. Para explicá-lo, o autor aposta principalmente na alucinação negativa da estrutura enquadrante, isto é, dos cuidados maternos suficientemente bons. Uma vez internalizado como estrutura enquadrante, esse entorno constitui estruturalmente o narcisismo como o espaço pessoal neutro capaz de conter as identificações.

Com efeito, o narcisismo primário em seu aspecto positivo se apresenta como o estado de saciedade, de satisfação, de restabelecimento da quietude (Green, 1982b). Isto ocorrendo, pode-se pressupor nas experiências primárias a ausência do objeto como presença potencial garantindo a continuidade do sentimento de existência, o que significa o sucesso no curso do trabalho do negativo. Conjectura-se nesse sentido algum êxito alcançado nas soluções encontradas frente às falhas ambientais constitutivas, ou seja, aquelas relativas ao tempo x de espera pela satisfação (cf. Winnicott, 1967a e Roussillon, 1999). O trabalho do negativo nessa circunstância prossegue sob a prevalência da função objetualizante na constituição dos limites psíquicos e, portanto, configura um espaço psíquico com o qual é bom para o sujeito entrar em contato. Na medida em que predominam as forças de Eros no narcisismo primário, é possível a conquista de uma configuração narcísica positiva, organizada a partir de uma coreografia de encontro com o objeto primário, satisfatória o suficiente para estabelecer uma base segura favorável à diferenciação e à constituição identitária.

De modo oposto, no narcisismo negativo, pressupõe-se nas experiências primárias a ausência, o abandono, insatisfações e decepções (Green, 1982b). Aqui, diferentemente de um duplo-limite bem constituído e, por conseguinte, de um espaço psíquico pessoal, constitui-se um vácuo, “um buraco sem fundo” (Green, 1975a:60), pautado na tendência a uma quietude similar à morte e com o qual é insuportável entrar em contato. As falhas objetais precoces prejudicam as operações negativizantes do trabalho do negativo que constituiriam os limites psíquicos. Dessa forma, a atividade pulsional permanece sem contenção adequada e o narcisismo primário é ferido, se re-organizando apenas patologicamente. Ocorre que o fracasso do trabalho do negativo prejudica os processos de

diferenciação eu-objeto e o estabelecimento de fronteiras intra-psíquicas que favoreceriam, por sua vez, a configuração de um espaço psíquico, ou espaço de ausência necessário aos processos de simbolização. A lógica do desespero passa então a presidir a realidade psíquica, calcada sobretudo no desprazer e nos prejuízos da capacidade de representação. Desse modo, o investimento de si mesmo como um objeto total, uno, singular, dificilmente é alcançado sob um aspecto positivo, determinando de fato um narcisismo negativo.

No que diz respeito aos casos-limite, uma vez aprisionados na lógica de desespero, seja ela a face insistente/ativa/combatente ou mesmo a face desistente/indiferente/silenciosa, o seu narcisismo primário é engendrado na prevalência da pulsão de morte. Diante desse quadro, indica-se como hipótese a configuração, respectivamente, de um narcisismo ferido ou, em função da incidência ainda mais radical da pulsão de morte, um narcisismo de morte. Dito de outro modo, o aspecto negativo do narcisismo primário predomina na lógica de desespero experimentada pelos casos-limite, tanto na sua face insistentemente ativa quanto na que desiste passivamente, configurando ora o narcisismo ferido, na primeira situação, ora o narcisismo de morte, na segunda.

Efetivamente, os casos-limite lutam contra qualquer confronto com os horrores do vazio de investimento a que foram submetidos precocemente (cf. Green, 1980), pois isto remete à estagnação da experiência e, finalmente, à própria morte psíquica (cf. Green, 1977a). De forma muitas vezes agressiva entremeada por colapsos periódicos, esses pacientes se agarram a todo custo a relações com o objeto interno mau, fazendo-o reaparecer a todo custo, pois não vêem possibilidade de substituí-lo por um objeto bom e tampouco ficar sem ele, em função do perigo de submergirem na vacuidade de investimento. Há desse modo um ciclo desesperado de destruição e reaparecimento, repetido compulsivamente, que não leva, como se poderia pensar, à construção da externalidade (Winnicott, 1969), mas à vacuidade básica que só pode ser investida negativamente:

Porquanto alguma coisa não tenha sido fornecida pelo objeto, não há outra escolha senão esse vôo para a nulidade. É como se fosse uma questão de achar o estado de paz e quietude que acompanha a satisfação mediante seu oposto, a inexistência de toda esperança de satisfação (Green, 1975a:61).

Nesse sentido, a expressão radical do desespero para os pacientes entalados com o objeto obstipante sob a égide de um narcisismo negativo, é, em última análise, o abandono da luta, é a aspiração do não-ser, é a lógica de desespero na sua face mais radical, o narcisismo de morte. Acredita-se então que a proposta greeniana de ler o narcisismo primário à luz da segunda teoria pulsional permite compreender a lógica de desespero nos casos-limite associada ao narcisismo ferido assim como, na sua radicalidade, associada ao narcisismo de morte.

Os estados de vácuo psíquico e de desinvestimento do eu que assolam estes pacientes manifestando-se através de atuações auto-destrutivas são, portanto, a demonstração própria do narcisismo negativo, a expressão real da pulsão de morte, sendo a agressividade apenas uma de suas conseqüências na medida em que Eros ainda esteja atuante. Na verdade, tanto as irrupções agressivas quanto as dificuldades de representar e de concentração e ainda os estados em branco na mente, freqüentemente presentes nos casos-limite, são manifestações precisas da lógica do desespero inerente a esses pacientes mergulhados no complexo da mãe morta cuja marca do desinvestimento radical no eu deriva essencialmente da função desobjetalizante, meta da pulsão de morte.

Se, contrariamente, o ritmo das relações primárias extrapola o limite de suportabilidade passando para o tempo $x + y + z$, ou a justa distância do objeto se perde por excesso de intrusão ou de inacessibilidade e indiferença, adentra-se no contexto das situações traumáticas primárias. Nesse sentido então o terreno das falhas do objeto não é mais aquele simplesmente das falhas do *holding* ou de uma carência mais ou menos contornável por algumas soluções como os contratos narcísicos que atestam a possibilidade de existência criativa, do sentimento de que a vida vale a pena de ser vivida, da lógica de esperança, enfim. Os rumos que se desenham nesse caso são os caminhos tortuosos e mal delimitados da falta do objeto, do não encontro de um duplo de si, do abandono, da inexistência do objeto morto e do próprio tempo morto, cuja realidade é maior do que qualquer presença.

Desse modo, na falta última do objeto, a estrutura narcísica primária pode apenas se constituir negativamente embolada nos componentes pulsionais à deriva, desfusionados que, na melhor das hipóteses, determinam uma lógica de desespero ativa/insistente/barulhenta, condizente com um narcisismo ferido, em que ainda existe um resíduo de esperança. No seu extremo, determinam uma

lógica de desespero passiva/desistente/indiferente, própria de um narcisismo de morte, restando então apenas o retorno para o vazio, o Nada.

5.4 – A lógica do desespero como uma faceta da depressão

Quando os deuses condenaram Sísifo a empurrar sem cessar uma pedra até o topo de uma montanha de onde a pedra sempre cairia por seu próprio peso, eles pensaram, assim afirma Camus (1942:163), “que não há punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança”. Será então que, tal como o aprisionamento de Sísifo, os casos-limite estariam também aprisionados à ausência de esperança tendo como núcleo central da constituição subjetiva o aprisionamento ao luto branco e, portanto, ao desespero e ao narcisismo negativo?

Figueiredo (2003), no capítulo *O paciente sem esperança e a recusa da utopia*, concebe a esperança inspirado principalmente em Klein e Winnicott apontando-a como um princípio que condiciona fundamentalmente o bom funcionamento do aparelho psíquico em termos metapsicológicos e fenomenológicos. A sua concepção da esperança nessa perspectiva corresponde à lógica da esperança tal como sugerida por Green (1979). Em ambas as referências teóricas, a esperança diz respeito não a um estado subjetivo, mas à realização sempre possível dos processos psíquicos primários defendidos por Freud. Desse modo, os sintomas neuróticos e a instauração da neurose de transferência no decurso de uma análise evidenciam o funcionamento psíquico orientado pelo princípio da esperança.

Continuando seu texto, Figueiredo (2003) delimita igualmente o campo da utopia, embalado por Kellner e Bloch. Segundo o autor, a utopia refere-se basicamente à abertura e disponibilidade para o futuro, independentemente de um projeto político social determinado, mas como vivência temporal possível, isto é, a utopia como uma implicação de futuro possível. A partir então dessa delimitação de territórios – da esperança e da utopia – Figueiredo procura defender a seguinte tese:

“(...) a esperança como princípio decorre de um particular encontro com o objeto primordial; mais precisamente falando, ela deriva da possibilidade desse encontro ocorrer nas condições em que as funções primárias do objeto mais são necessárias (...) (Figueiredo, 2003:161).

Contudo, na medida em que essa dimensão da esperança encontra-se ausente da constituição subjetiva e que há um colapso da utopia no plano social, o autor se remete então aos *pacientes sem esperança* caracterizando-os sobretudo pela capacidade de sobreviverem à morte da esperança, como ocorre com os pacientes que sofreram privação (cf. Winnicott, 1956), ou mesmo pela capacidade de sobreviverem ao não-nascimento da esperança, como os pacientes que sofreram desilusão precoce (cf. Winnicott, 1939).

A questão do paciente sem esperança defendida por Figueiredo (2003) se articula, portanto, aos traumas precocemente experimentados a partir dos quais a única possibilidade de abertura para o futuro é a antecipação de um novo colapso. Fazendo uma leitura de Winnicott (1963), Figueiredo (2003:165) assinala que esse tipo de paciente “se deixa paralisar pelas expectativas traumáticas projetadas sobre o futuro de forma indiscriminada”, portando intimamente uma desesperança congênita, que não é herdada, mas adquirida no contexto das falhas ambientais precoces:

“Há na desesperança congênita uma radical retirada de investimento do mundo, mesmo quando isso se disfarça em uma atividade febril e em uma pretensa intensificação de experiências de prazer e de dor. Uma hiperssexualização ou uma desenfreada agressividade são maus disfarces para a apatia, o tédio, a melancolia (...)” (Figueiredo, 2003:188).

Decerto a caracterização do paciente sem esperança proposta por Figueiredo (2003) destina-se igualmente aos casos-limite e equivale às duas faces da lógica do desespero relativas a esses casos com seu núcleo depressivo associado ao complexo da mãe morta. Anna Pontamianou (1992, *apud* Figueiredo, 2003) identifica nesses pacientes exatamente a incapacidade para sustentar os vínculos, os investimentos objetais, que constituiriam uma lógica de esperança. Presos num eterno presente, sem esperança nem utopia, esses pacientes continuam o trabalho de Sísifo interminavelmente, fazendo subir a pedra sobre a montanha para logo retomar a mesma tarefa. Corinne Enaudeau (2002) refere-se ao desespero para caracterizar essa repetição infeliz de Sísifo cuja tarefa não pode ser terminada e o associa ao desespero que atravessa o estado do moribundo que, mesmo tendo a morte como a última esperança, esta ainda falha à medida que tarda a chegar. Encerrados na desesperança congênita, ou na lógica do desespero, ou na tarefa sem esperança de realizar um luto encruado, inelaborável, os casos-

limite corresponderiam a pacientes moribundos marcados pelo desamparo e pelo trauma patológicos, aprisionados numa dimensão continuada do tempo presente, parecendo extraviados de uma abertura para o futuro.

Figueiredo (2003) questiona então se seria a imagem do estado depressivo que melhor retrataria os pacientes sem esperança. Inversamente, trata-se de questionar se seriam os casos-limite, ou pacientes sem esperança, melhor identificáveis clinicamente pelo estado depressivo. Na verdade, o próprio autor conclui que não há equivalência entre o estado depressivo e a desesperança congênita:

“Creio que, embora a imagem do deprimido seja a que mais facilmente nos ocorra se ouvimos falar em ‘pacientes sem esperança’, as experiências do aflito e desesperado atingido por aquela desesperança congênita não se resumem nem coincidem com as imagens da depressão” (Figueiredo, 2003:168-9).

O autor recorre às contribuições de Winnicott e Klein, segundo as quais se pressupõe principalmente o ingresso e a manutenção na posição depressiva como uma conquista primordial da constituição subjetiva, o que certamente o leva a pensar a depressão correspondendo justamente a uma centelha de esperança e não à desesperança:

“(…) como o próprio Winnicott nos alertou, a possibilidade de sustentar um humor deprimido é, ao menos em certas circunstâncias, um bom sinal, um pequeno sinal de esperança. São os casos em que o indivíduo consegue ingressar e manter-se na posição depressiva, no sentido kleiniano, o que significa uma efetiva esperança de reparação dos objetos internos e de recomposição narcísica” (Figueiredo, 2003:169).

De fato, as referências psicanalíticas sobre a esperança derivam em geral das contribuições kleinianas e winnicottianas em prol do alcance da posição depressiva. Em Klein, a esperança é concebida como um afeto associado à capacidade de manter relações com objetos internos bons, adquirida, portanto, na posição depressiva e logo se tornando um princípio organizador do bom funcionamento psíquico. Klein (1952) atrela inclusive a esperança à expectativa de êxito na reparação dos danos causados ao objeto:

“Outra perturbação da capacidade de reparar e, conseqüentemente, de sublimar surge se, devido ao fracasso em superar a posição depressiva, a esperança de reparar fica prejudicada ou, em outras palavras, se houver desalento quanto à destruição infligida aos objetos amados (Klein, 1952:108).

A esperança é então no viés kleiniano relacionada às angústias depressivas e às defesas acionadas pela psique para lidar com elas, consistindo sempre numa possibilidade de alento na medida em que há sucesso na travessia da posição depressiva e êxito em empreender a reparação. Se há ausência de esperança nessa perspectiva, parece ser justamente na impossibilidade de empreender a reparação e de assim elaborar o luto que permita a instalação do objeto bom dentro do eu: “(...) a essência da posição depressiva consiste na ansiedade do bebê de que seu objeto amado não seja danificado ou destruído por seu sadismo” (Klein, 1952:117).

A lógica do desespero ou a ausência de esperança, relacionada ao desinvestimento do objeto primário, ou seja, ao objeto morto discutido nos termos do complexo da mãe morta, significa no âmbito da posição depressiva que o objeto está morto porque foi destruído pelo seu sadismo. Desse modo, o que desespera nesses pacientes é a impossibilidade de reparar esse objeto e de internalizá-lo e assim superar a posição depressiva. A posição depressiva em si mesma não é, portanto, desesperadora. Alcançá-la e superá-la é, pelo contrário, fonte inestimável de esperança para assegurar o bom funcionamento psíquico.

Winnicott (1960), a seu modo, é categórico ao apontar o desencadeamento do estado depressivo na medida em que a reparação não pode ser efetuada. Decerto a tendência à reparação requer o confronto com a experiência da ambivalência enquanto produto da fusão das pulsões eróticas e agressivas e a conquista da capacidade de se preocupar. Estas aquisições referem-se ao alcance da posição depressiva e se articulam a uma facilitação do ambiente, sem a qual, o esforço construtivo infantil no sentido da reparação é vão e torna-se intolerável o sentimento de culpa que emerge da percepção de que o objeto atacado pode ser destruído (Winnicott, 1960). Conseqüentemente, tem-se como resultado a depressão ou a projeção:

“Digamos que, de algum modo, bloqueia-se a reparação; nesse caso, em certa medida, essa pessoa torna-se incapaz de assumir a responsabilidade por seus impulsos destrutivos e o resultado, clinicamente é a depressão ou então a busca de alívio pela descoberta da destrutividade em outro lugar, ou seja, através do mecanismo de projeção” (Winnicott, 1960:161).

Nos referenciais winnicottiano e kleiniano, portanto, o estado depressivo se encontra associado fundamentalmente à impossibilidade de empreender a reparação, ou seja, na medida em que o objeto é percebido como morto, não podendo por isso ser reparado. Diferentemente, as conquistas adquiridas com o alcance e superação da posição depressiva implicam na manutenção de investimentos objetais e na internalização de objetos bons. Esta condição constitui a subjetividade pautada sobretudo na esperança característica da capacidade de simbolização sedimentando na verdade as bases para uma vida construtiva, espontânea e genuinamente criativa, nos moldes do verdadeiro *self*.

A posição depressiva defendida por Klein e Winnicott é colorida de esperança tal como a correspondência sugerida por Fédida (2001) entre a depressividade e a influência da era glacial sobre a humanidade. Impondo ao homem primitivo o despojamento da sexualidade, a glaciação teria imputado formas conservadoras de vida, responsáveis pela concepção do psíquico sob uma forma fixa, tal como as formas animais e vegetais, sendo as neuroses os meios para manter o homem em vida, ativo, entre o início e o fim da era glacial. A depressividade então seria correlativa, segundo o autor, a uma neurose glacial protegendo a vida do que é vivo, garantindo uma capacidade de equilíbrio e de regulação à vida diante dos mais violentos perigos. Nesse sentido, a depressividade consiste numa capacidade originária de estabelecer o psíquico, na criatividade que emerge das trocas humanas primordiais. Preservar ou restituir a depressividade é determinante, portanto, da esperança de reapropriação da subjetividade viva, ou seja, da subjetividade “capaz de experimentar os desejos e sentimentos mais simples e de acolher a ressonância do mundo” (Fédida, 2001:13).

Diferentemente da depressividade que assinala a esperança na atividade psíquica, o estado depressivo corresponde à derrocada da capacidade depressiva, à conservação do sujeito numa forma inanimada, imobilizada, à identificação de fato com a morte ou com um morto (Fédida, 2001). O estado depressivo corresponde então a um estado patológico, que, apesar dos prejuízos que invariavelmente provoca na vida cotidiana, instaura um pedido de tempo que possibilita a reorganização da economia psíquica.

A ausência de esperança ou a lógica do desespero que caracteriza o funcionamento psíquico dos casos-limite não diz respeito, portanto, à posição

depressiva ou à depressividade relacionada à influência da era glacial. Ambas encontram-se associadas sobretudo à esperança relativa de um funcionamento psíquico adequado e não à lógica do desespero equivalente de pane no funcionamento psíquico. Isto não quer dizer, no entanto, que não se possa atribuir o estado depressivo aos casos-limite ou mesmo a presença da esperança. O estado depressivo nos casos-limite ocorre efetivamente como manifestação clínica a partir do rompimento de contratos narcísicos (cf. Roussillon, 1999) ou da perda de relações objetais anaclíticas (cf. Bergeret, 1975) que tamponam secundariamente os buracos causados pelos estados traumáticos primários. Já a esperança encontra-se presente nesses casos na perspectiva de uma das faces da lógica do desespero, ou seja, a face ativa/barulhenta/combattente/maníaca. Nesta, encontra-se uma esperança residual, em função de algum intrincamento entre pulsão de vida e de morte determinando assim um destino aparentemente manifesto para a destrutividade, como o ato em busca de tela ou os atos mensageiros (cf. Roussillon, 1991; 2008c).

Assim, a lógica do desespero referida aos casos-limite, pacientes sem esperança segundo a caracterização de Figueiredo (2003), não encontra equivalência clínica propriamente no estado depressivo, mas nos transtornos do pensamento e nos desenlaces extra-representativos que esses pacientes expressam. Contudo, a lógica do desespero corresponde a uma faceta metapsicológica da depressão, isto sim, pois é uma lógica engendrada no contexto do núcleo depressivo central que se estabelece nos moldes de um desinvestimento determinado pela identificação com o desinvestimento do objeto primário. Este núcleo depressivo é discutido no contexto do complexo da mãe morta e, portanto, do luto branco ou inelaborável que perturba o processo de diferenciação desses pacientes. A lógica do desespero ou ausência de esperança desses casos indica a lógica de um funcionamento psíquico dominado pela ação da pulsão de morte e, por isso, marcado principalmente pelo excesso de clivagens e desinvestimentos, em detrimento do recalque, daí os transtornos do pensamento e as atuações. Sem possibilidade de diferenciação e, portanto de separação, os casos-limite dificultam o curso da análise tradicional e podem até mesmo provocar o desespero no analista.

Portanto, a lógica do desespero relacionada ao contexto conturbado do narcisismo primário em que se enquadram os casos-limite se manifesta

cl clinicamente como estado depressivo efetivamente somente em condições específicas, a saber, a ruptura de relações objetais anaclíticas ou os contratos narcísicos. Afirmar então que a imagem do estado depressivo é a que caracteriza mais fielmente a lógica do desespero atribuído aos casos-limite, não é, de fato, verdadeiro. Isto seria mesmo comparar categorias não equivalentes, pois a lógica do desespero consiste num modo de funcionamento psíquico e o estado depressivo corresponde a uma manifestação clínica. Além disso, inferir que os casos-limite seriam, por excelência, a face clínica da depressão considerada a doença da moda no contexto atual (basicamente cf. Ehrenberg, 1998), seria cabível apenas no caso da sociedade contemporânea ser engendrada no complexo da mãe morta (cf. Green, 1980) ou no contexto de ruptura de contratos narcísicos ou de relações objetais anaclíticas.

5.5 – Uma esperança possível para a lógica do desespero

A esperança é um tema amplo, discutido em diferentes campos do saber, decerto familiar à religião cristã, contexto no qual tende a ser contemplada em conjunto com a fé e o amor constituindo assim um tripé de virtudes teológicas (Rocha, 2007). Além disso, na filosofia, Spinoza, no século XVII, trabalha a esperança indicando-a como um afeto no âmbito das paixões humanas do mesmo modo que o amor e a generosidade (Boros, 2009). Na esteira de Descartes, Spinoza naturaliza a esperança, assim como as demais emoções, pois acredita que elas não dependem da vontade divina, transcendental, desvinculando-as, portanto, de uma perspectiva moral e ao mesmo tempo religiosa. Numa nuance filosófica diferente, a esperança é inferida em Heidegger, já no século XX, como um elemento constitutivo da existência humana no tempo (Rocha, 2007). Esse autor, aliás, é algumas vezes visitado por psicanalistas interessados na abordagem da esperança ou mesmo do desespero (cf. André, 2002b; Golse, 2002; Enaudeau, 2002). Numa perspectiva temporal, então, a esperança remonta ao tempo das possibilidades cuja finitude é indicada apenas pela morte:

“Na dialética da existência ao ‘não mais’ imposto pela morte das possibilidades, contrapõe-se o ‘ainda não’, como tempo da esperança. O ‘ainda não’ da esperança volta-se para o futuro, mas sem deixar de fincar suas raízes no presente, como solo revigorado do ter sido, tempo de nossas decisões e escolhas” (Rocha, 2007:264).

Existe nesse sentido um futuro sempre possível, pelo menos até o tempo finito da morte, por isso a esperança é sustentada nessa concepção como uma abertura para o futuro. E mesmo que esse horizonte futuro se desenhe de maneira vasta e indeterminada, posto que nele tudo é possível, e que seja ainda marcado pela insegurança e incerteza na medida em que, no possível, nada é impossível, a esperança na concepção heideggeriana indica portanto o caminhar, a coragem de dar um passo adiante, um passo a mais no sentido do viver humano (Rocha, 2007).

Enquanto a esperança indica movimento, caminhada, em direção às possibilidades, a ausência de esperança remete ao estado de paralisia entre a história de vida passada e a que está por vir (cf. Rocha, 2007). Em se tratando dos casos-limite, percebe-se que é exatamente nesse estado que se encontram esses pacientes, na ausência de esperança, pois a dimensão espaço-temporal encontra-se seriamente prejudicada nesses casos. Os estados traumáticos agonísticos que esses pacientes vivenciaram precocemente é a única expectativa possível de futuro e acaba sempre re-atualizada no presente (cf. Ferrant, 2007a). Este é um dos aspectos característicos da lógica do desespero que preside a realidade psíquica nesses casos (cf. Green, 1979) cuja imagem representativa é mais o trabalho inútil e sem esperança de Sísifo (cf. Camus, 1942) do que a imagem do estado depressivo.

Na mitologia grega, a esperança é encontrada no mito de Prometeu, no poema *Trabalhos e Dias*, de Hesíodo, poeta do fim do século VIII a. C. (Brandão, 1986). Conta o mito que Prometeu, benfeitor da humanidade, tendo enganado Zeus por duas vezes em favor dos homens, recebe a punição de ser acorrentado enquanto uma águia devora durante o dia o seu fígado que volta a crescer durante a noite (Brandão, 1986). Para punir também os homens que viviam ao abrigo do mal, da fadiga e das doenças, Zeus ordena a modelagem de Pandora, a quem os deuses imortais devem presentear e ornamentar com seus dons para torná-la tão bela e fascinante quanto as deusas imortais. Oferecendo então Pandora como presente a Epimeteu, Zeus envia com ela uma jarra como presente de núpcias para o esposo. Curiosa, Pandora abre a tampa da jarra de onde saem todas as calamidades e desgraças que passam a atormentar os homens, restando apenas nas suas bordas a esperança já que Pandora, assustada com o que viu, tornou a fechar a jarra: “Eis aí porque o homem, rico de misérias nesta vida, não obstante, se

agarra a Pandora, o ‘mal amável’, que os deuses ironicamente lhe enviaram” (Brandão, 1986:178).

No mito de Prometeu, em meio às calamidades encontra-se a esperança na borda da jarra de Pandora. Localizada entre o interior e o exterior da jarra, entre dentro e fora, na borda, no limite, esse lócus da esperança parece interessante para pensar a lógica da esperança que rege normalmente a realidade psíquica. De fato, pode-se dizer a partir de Winnicott (1971) que a esperança germina da experiência inaugural do objeto criado/encontrado no campo da ilusão, no limite entre o bebê e sua mãe, na borda dessa relação primordial. Na experiência paradoxal de ilusão que recobre esse limite dotado de uma dimensão espaço-temporal brota a esperança que seguirá como o fio condutor da continuidade do ser. Uma continuidade que, como lembra Figueiredo (2003:171), não é mecânica ou repetitiva, mas transformadora por excelência justamente porque compreende “o encontro feliz do objeto e do si mesmo exatamente onde e quando eles precisavam se encontrar”. Por isso o paradoxo inaugural da experiência de ilusão é o facilitador primeiro para a irrupção do gesto espontâneo, origem da esperança, para a expressão genuína da criatividade intuída por Winnicott: “O que funda o viver criativo é a apercepção criativa que, por sua vez, se funda na experiência de fusão com a mãe.” (Abram, 1986:89).

Além da experiência inaugural de ilusão no limite espaço-temporal entre mãe/bebê, lócus do paradoxo do objeto criado/encontrado, o referencial winnicottiano parece brindar a vida a todo momento com uma conotação de esperança subjacente em sua obra referida em geral à dimensão de experiências paradoxais que acontecem exatamente entre, por um lado, o campo do bebê, e, por outro, o campo do ambiente. É assim no que diz respeito à conquista da capacidade de se preocupar e também no que se refere ao comportamento que manifesta uma tendência anti-social. Mas talvez a construção winnicottiana mais preciosa no sentido da esperança seja a conquista da capacidade de estar só: “um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional” (Winnicott, 1958:31).

Ficar só, segundo Winnicott (1958) é uma habilidade que precisa ser desenvolvida e que se refere fundamentalmente a uma sofisticação cuja base é a experiência precoce de *estar só na presença de alguém*. Nesse sentido, estar numa situação de confinamento solitário não implica necessariamente em ter alcançado

a capacidade de estar só. Há desse modo pelo menos dois momentos da capacidade para estar só: um mais sofisticado condizente com um nível maturacional desenvolvido, cujas relações se estabelecem de maneira triangular, e um menos sofisticado, primitivo e essencial para o desenvolvimento maturacional. Estar só nesse nível mais primitivo do desenvolvimento emocional implica em estar só, como lactente, na presença de alguém. Trata-se de experimentar a ausência em presença no sentido do paradoxo fundante da constituição subjetiva alcançado via trabalho do negativo bem sucedido na tarefa de realizar o apagamento do objeto primário (cf. Green, 1993a).

A discussão winnicottiana sobre a capacidade para estar só gira em torno das relações de objeto anaclíticas, em termos do que o autor chama de *ego relatedness*, ou seja, no âmbito da pulsão de auto-conservação que se dá com base no cuidado parental, no apoio que esse cuidado oferece (Winnicott, 1958). Esse é um tipo muito especial de relação e bastante valorizado dentro do escopo teórico-clínico winnicottiano. Implica numa provisão ambiental que oferece um *holding* confiante e consistente, suficientemente bom e capaz, por isso mesmo, de operar como facilitador do longo percurso do desenvolvimento e amadurecimento emocional do bebê. No contexto *ego relatedness* de relação a presença do objeto é importante, assim como a sua disponibilidade consistente, no sentido de facilitar a expressão do gesto espontâneo e assim uma verdadeira experiência pessoal. Para Winnicott, a descoberta de uma vida pessoal própria ocorre justamente na *presença* do objeto que *se permite* e permite *ao bebê* não ser percebido. É desse modo que a criança relaxa, pois pode estar não integrada e até mesmo devanear.

Há que se ressaltar ainda o aspecto precioso para Winnicott (1958) de que a compreensão de si mesmo como *eu estou só* decorre já de um sentimento estabelecido de *eu*, ou seja um *eu sou*. O sentimento de ser é um nível de crescimento emocional em que a integração do indivíduo como uma unidade que contém um mundo interno diferenciado do mundo externo já é um fato. Nos primórdios do eu sou “o indivíduo é, por assim dizer, cru, não defendido, vulnerável, potencialmente paranóide” (Winnicott, 1958:35) e por isso precisa do ambiente protetor, disponível e consistente, em toda sua suficiência, adaptado às suas necessidades, o que naturalmente também implica em falhas. Onde é possível dizer que, além do ponto de vista do bebê em que estar só na presença da mãe implica em não perceber a mãe que está presente, do ponto de vista da mãe, é

necessário que ela permita ao bebê não ser percebida, ou seja, que ela *suporte* não ser percebida. É essa perspectiva da experiência, no decorrer do processo maturacional, que proporciona o estabelecimento de um meio interno, de um sentimento de eu.

Sendo assim, conseguir estar só na presença do objeto nos momentos mais arcaicos da existência, e por um grande número de vezes, significa assegurar “a base para uma vida que tem realidade em vez de futilidade” (Winnicott, 1958:36). Estar só na presença de alguém, portanto, como fruto de uma experiência paradoxal entre mãe/bebê é absolutamente determinante da constituição dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos de maneira que a subjetividade seja presidida por uma lógica de esperança (cf. Green, 1979; Figueiredo, 2003). Trata-se de que, além de marcar especificamente a possibilidade de uma vida genuína em toda a sua potencialidade, o alcance dessa capacidade indica o sucesso do trabalho do negativo na sua tarefa princeps de realizar o apagamento do objeto primário e sua internalização como estrutura enquadrante da psique. A capacidade para estar só na presença de alguém demonstra na verdade o sucesso do processo de diferenciação e consiste, por isso, no melhor exemplo da esperança no sentido de um funcionamento psíquico orientado pelo princípio de prazer/desprazer.

Como pensar então nos casos-limite uma borda, um limite, um campo de ilusão e, ainda mais sofisticadamente, a transicionalidade e um espaço potencial como lócus para a capacidade de estar só e, enfim, para a esperança? Em meio às calamidades que assolam esses pacientes, da desarmonia rítmica primária durante a dependência absoluta a todas as dificuldades que perpassam o processo de diferenciação, qual seria o caminho possível para a esperança frente à lógica do desespero que rege a realidade psíquica desses casos? Em que limite seria possível encontrar a esperança com os casos-limite se o cerne de suas questões diz respeito justamente à constituição prejudicada das suas bordas, ou seja, das suas fronteiras psíquicas, em função das experiências traumáticas primárias?

Mal sucedidos no trabalho negativizante de apagamento do objeto primário, os casos-limite permanecem numa relação de objeto obstipante, no contexto da analidade primária, tendo o narcisismo revestido negativamente e a realidade psíquica guiada pela lógica do desespero, expressando-se então nos transtornos do pensamento ou nos desenlaces extra-representativos, ou ainda, na sua radicalidade, no silêncio psíquico provocado pela ação da função

desobjetalizante enquanto meta derradeira da pulsão de morte. Trata-se portanto nesses casos de prejuízos nas experiências de base que possibilitariam a constituição dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos e da instauração da transicionalidade em suas dimensões espaço-temporais. Toda essa constelação de problemas leva finalmente às complicações da análise tradicional, pautada fundamentalmente sobre o modelo da neurose.

Na neurose, a transferência e a contratransferência tendem a *ganhar corpo* na relação analítica em função das repetições reeditadas de padrões infantis inconscientes. O paciente constitui por assim dizer o analista, dá a ele um corpo segundo os seus modelos do passado e orientado por um funcionamento psíquico sob a égide do princípio de prazer/princípio de realidade. Na análise de casos-limite, no entanto, a conjuntura transfero-contratransferencial *dá corpo* a esses pacientes marcados pelo que Figueiredo (2003:134) denomina “malogros na procura e no encontro de objetos primordiais.” Nesse sentido, os casos-limite ganham corpo, consistência subjetiva espaço-temporal, lá onde os limites da analisabilidade se fazem ouvir por um psicanalista que, como assinala Fédida (2002), necessita continuar sendo psicanalista ao mesmo tempo em que o paciente se comunica com ele em diferentes níveis e numa simultaneidade instantânea.

Ora, seria então nos limites da analisabilidade que se encontraria a esperança para a lógica do desespero que rege a atividade psíquica desses pacientes?

Mas como supor a esperança justamente nos ataques ao enquadre, nas dificuldades de fazer vigorar a regra fundamental e, portanto, na expressão dos transtornos do pensamento seguidos das atuações e da reação terapêutica negativa? Num tratamento em que a interpretação analítica é experienciada persecutoriamente pelo paciente e em que, em detrimento da neurose de transferência, instaura-se a psicose de transferência ou a transferência delirante, não parece haver espaço intra-psíquico ou intersubjetivo que, na condição de limite em suas dimensões espaço-temporais, configure uma borda da qual possa emergir a esperança. No contexto dos limites da analisabilidade infere-se justamente pelos sinais contratransferenciais a questão dos prejuízos na constituição dos limites psíquicos que assolam os casos-limite. Nesse sentido, a questão principal desses pacientes é que não há borda na qual seja possível encontrar a esperança, diferentemente de como ocorre na jarra de Pandora. Nesses

pacientes, trata-se nem mesmo de equivaler a psique a uma jarra, mas a um poço profundo, disforme, permeado de solidão e de desperdício libidinal.

Duparc (2001), no artigo *Análise com borda e análise sem borda*, acredita que a esperança se conserva no tratamento dos casos-limite, e também de certas psicoses, perversões e psicossomatoses, desde que se compreenda que existem diferentes níveis de representação, qual sejam, o nível verbal, o da figuração imaginária e um mais arcaico, o da motricidade e do afeto. Conseqüentemente, segundo o autor, existem também diferentes níveis do irrepresentável, ou seja, do que se apresenta como limite do analisável, como negativo, algo que, interno ou externo, se deposita em geral no enquadre analítico (cf. Bleger, 1967) ou num objeto que ajude o paciente a se isolar da realidade externa:

Cada nível de representação comporta seu tipo de limite, sua bordadura, seu negativo, graças ao qual pode entrar em contato e se ligar tanto com o nível que o precede quanto com aquele que o sucede e o contém... Este limite pode ser tanto interno, constituindo então uma barreira elaborada, psiquizada, integrada no pára-excitações; quanto externo, apelando a um enquadre, a um apoio externo do qual o sujeito está, então, extremamente dependente para seu equilíbrio narcísico, e mesmo vital (Duparc, 2001:47).

Sendo assim, Duparc indica que no nível verbal de representação, o irrepresentável, isto é, o limite do analisável se expressa no silêncio natural entre uma fala e outra, na respiração que entremeia o discurso abrindo-se acolhedoramente às representações desconhecidas, oriundas de si ou do analista, e também dialogando com as representações anteriores (Duparc, 2001). É fecunda a regressão experimentada nesse nível, pois se supõe o atravessamento pela castração simbólica e, frente ao irrepresentável, a técnica adequada é mesmo a interpretação. No nível seguinte, o da figuração imaginária, a representação depende da sua colocação em imagem de modo que, tornando-se visível, seja perceptível, tal como ocorre na figuração do sonho e no pensamento por imagens (Duparc, 2001). O irrepresentável nesse nível consiste em zonas de sombra, no invisível que se fixa em uma imagem fetiche, praticamente uma percepção alucinatória, ou que simplesmente expressa uma carência imaginária. No limite, o irrepresentável significa nesse contexto o esgotamento da capacidade de representação imaginária, visual, sendo experimentado como uma catástrofe, ocorrendo com freqüência nos casos-limite. Torna-se então essencial tecnicamente

conseguir figurar o negativo: “A representação do mau, do horrível, do monstruoso, é sempre uma conquista em relação à ausência de representação” (Duparc, 2001:50).

Finalmente no nível de representação motora e afetiva, adentra-se no contexto confuso que caracteriza o nível primário, pois estas representações não possuem um conteúdo visual, são “brancas” segundo Duparc (2001:53). Elas decorrem da imitação, da incorporação dos afetos do objeto, de identificação à sua mímica e ao seu gestual num contexto de empatia que será em seguida assimilado e interpretado pelo objeto no desempenho da sua capacidade de *rêverie* (cf. Bion). É então no face a face que o rosto do analista pode “conter e auxiliar a representação dos afetos irrepresentáveis para o próprio sujeito, ajudando-o a figurar-se o bom e o mau, o prazer e a dor” (Duparc, 2001:52). O autor assinala nesse sentido a importância do olhar do analista para o paciente como um ponto de ancoragem para os núcleos de irrepresentável que não podem ser tratados pela fala e que acabam tendendo por isso à descarga. O irrepresentável nesse nível de representação precisa, na verdade, da capacidade de organização em imagem que se supõe acontecer no analista para que possa em seguida ser refletida em espelho para o paciente⁴. O face a face fornece dessa maneira para o paciente um enquadre, uma cena, o espaço do olhar, onde pode ocorrer também o psicodrama, o jogo teatral (Duparc, 2001).

De todo modo, Duparc (2001) ressalta a importância da presença estável do analista para a representação possível do objeto amado: “A ausência do objeto não pode se projetar senão sobre uma presença estável, a única permitindo o luto” (Duparc, 2001:55). O objeto estável, suficientemente bom e, por isso não excessivo, é nesse sentido um objeto presente e disponível para ser encontrado/criado e em seguida apagado via trabalho do negativo. Somente dessa maneira o objeto pode ser internalizado, *à la* Green, como estrutura enquadrante da psique e como representação. É nesta condição, portanto, que se realiza o trabalho do luto primário, é nesse contexto que o luto é elaborável.

A borda na qual se encontra a esperança para o tratamento de pacientes como os casos-limite depende então que primeiro se construa uma borda na figura presente e disponível do analista. Esta presença se faz no olhar disponível, atento

⁴ Green (1975a) se refere a esta atividade que se passa no analista como esforços de imaginação para tentar dar forma ao que emerge de uma confusão expressa pelo paciente.

e vivo do analista, assim como na fala do analista investida muitas vezes pelo paciente como uma imagem sonora que lhe banha de sons e desempenha, também como o olhar do analista, o papel de espelho. Duparc ressalta, aliás, como o modo do analista estar presente chega a funcionar para o paciente como uma “transfusão fantasmática” (Duparc, 2001:56). Ele observa atentamente o paciente, comenta sobre os seus atos, descreve o que lhe parece que o paciente sente, imita empaticamente as suas atitudes. Estando então presente dessa maneira, o analista favorece ao paciente a experiência subjetiva de tentar destruir efetivamente o objeto. Trata-se de que, para ser encontrado/descoberto/utilizado de fato, o objeto precisa antes ser destruído e, ao mesmo tempo, sobreviver na continuidade da sua presença e estabilidade (cf. Winnicott, 1969). Como assinala Roussillon (1991:147):

“O objeto, pois, dever ser ao mesmo tempo atingido (destruído) e não destruído, atingido para dar valor e realidade à destrutividade – reconhecê-la –, e não destruído para localizá-la no domínio da vida psíquica. Eis aí o sentido de sobreviver.”

Para Roussillon (1991), o trabalho analítico nos limites da analisabilidade direcionado no sentido da facilitação para o paciente da experiência paradoxal do objeto encontrado/criado e do objeto destruído/descoberto não deve ser considerado uma particularidade específica de intervenção destinada a determinados pacientes. O autor considera na verdade que esta direção de tratamento é sempre um recurso para situações limites em geral vivenciadas na clínica, embora no contexto da análise com os casos-limite esse trabalho adquira uma importância maior. Especificamente então com esses pacientes, Roussillon estabelece uma equivalência entre o enquadre analítico, na sua condição de espaço-tempo delimitante entre um dentro e um fora, e o meio maleável concebido por Marion Milner (1950, 1977, apud Roussillon, 1991).

O meio maleável caracteriza-se por sua indestrutibilidade, sensibilidade, capacidade indefinida de transformação, disponibilidade e vivacidade encarnando dessa maneira o papel de “*objeto transicional do processo de representação*” (Roussillon, 1991:165; grifos do autor). Nesse sentido, equiparado ao enquadre analítico, o meio maleável consiste num objeto concreto que pode ser apropriável como representação de objeto. Para tal, o objeto deve poder ser atacado e

destruído e, mesmo mudando de forma, deve sobreviver, podendo assim ser finalmente utilizado (cf. Winnicott, 1969). A água empregada freqüentemente nos jogos de crianças autistas é um meio maleável apenas parcial, pois não conserva sozinha a forma que a criança lhe dá, não adentrando no processo de destruição/sobrevivência autonomamente como seria necessário ao meio totalmente maleável ou, nesta equiparação, ao enquadre analítico (Roussillon, 1991).

Roussillon parece trabalhar assim o meio maleável como uma espécie de protótipo da análise esperançosa para os casos-limite, pois se comparado ao enquadre analítico, é no processo de destruição/criação do enquadre como a própria matéria a modelar que o paciente pode dispor de uma base anímica para iniciar-se numa atividade representativa. O analista pode deixar fazer-se igualmente de massa de modelar pelo paciente, sem se retirar e sem interpretar excessivamente.

“(...) evoquei a atitude ‘meio maleável’ então freqüentemente exigida, sobretudo quando a destrutividade está em primeiro plano, mas também quando se trata de restituir ao analisando sua capacidade de sentir, de representar ou de remodelar seu ambiente” (Roussillon, 1991:284).

Podendo assim experimentar na análise a remodelagem do ambiente primário através da modelagem do enquadre ou do analista enquanto meio maleável, o paciente tem a chance de experimentar outras modalidades de utilização de objeto, pois, nesse contexto, o enquadre e o analista assumem um caráter vivo, animado, capaz de relançar o paciente à transicionalidade. Nesse sentido, Roussillon (2007) indica certos tipos de jogos que podem perpassar a interação transfero-contratransferencial desde que compatíveis, é claro, com a idade do eu do paciente. Os jogos podem consistir em fazer da interpretação/construção um jogo de esconde-esconde primitivo no qual o paciente é escondido/encontrado onde se escondeu/se perdeu, ou mesmo um jogo da espátula em que uma interpretação/construção é disponibilizada podendo ser mordiscada ou arremessada longe. Dessa maneira, Roussillon acredita abrir para os casos-limite através da análise a possibilidade de desconstruir postulados que levaram a um enquistamento de experiências do narcisismo primário conturbado e restabelecer a possibilidade de diferenciação eu/não-eu.

Decerto, as técnicas apontadas por Duparc e Roussillon são apenas iniciais para o tratamento que pode, a partir dessas medidas, evoluir e progredir para um tratamento regido pela lógica da esperança, no qual o paciente, estando mais capacitado à verbalização, associa livremente e recebe as interpretações do analista associadas à sua história de vida. As técnicas que ambos os autores propõem rumo ao irrepresentável certamente propiciam um passo adiante na clínica com os casos-limite. Nos limites da analisabilidade, eles oferecem nas suas contribuições alguma borda na qual se pode encontrar a esperança e então convidam a que se dê um passo a mais no sentido de facilitar o viver humano. É preciso ter coragem para caminhar, como assinala Rocha (2007), e por que não dizer, é preciso ter esperança.

Os limites da analisabilidade correspondem, portanto, ao último limite onde se conserva a esperança para o tratamento dos casos-limite. Trata-se é claro de limites em negativo por assim dizer, pois os limites da analisabilidade são constituídos justamente pelo irrepresentável, pelo negativo. Todavia, esses limites devem ser tomados eles próprios como ponto de partida para o trabalho analítico desde que se respeite, como recomenda Duparc, o nível de representação acessível àquele paciente. Os limites da analisabilidade não são, nesse sentido, a borda da jarra de Pandora, mas certamente se constituem num meio de fazer finalmente da análise *sem* borda uma análise *com* borda. Esta pode ser justamente a diferença frente à lógica do desespero atribuída ao funcionamento psíquico dos casos-limite.

6 – Conclusão

Segundo o discurso dominante na sociedade atual, a depressão prevalece em proporções epidêmicas, consistindo mesmo na doença da moda. Desenhou-se então como objetivo principal desta pesquisa identificar, sob a ótica da psicanálise, algumas especificidades que pareciam diluídas no todo abarcado por esse diagnóstico psiquiatrizado e, portanto, psicopatologizante que engloba nuances metapsicológicas, inclusive algumas referidas aos casos-limite.

Assim, questionou-se num primeiro momento se de fato a depressão desponta como a face do mal-estar na sociedade contemporânea em detrimento da neurose, como freqüentemente é aventado no contexto psicanalítico atual. A justificativa que sustentou esta hipótese remonta ao declínio da importância concedida atualmente ao conflito como referência para a constituição subjetiva, diferentemente de como acontecia na modernidade.

Inicialmente, considerando-se o desamparo, o trauma e a temporalidade enquanto categorias psicanalíticas, discutiu-se os parâmetros normativos em voga na modernidade, identificando-se a importância da presença de objetos disponíveis à satisfação e à contenção da atividade pulsional para o processo civilizatório. Foi sugerido então que, apresentando-se disponíveis, os objetos interditam, oferecem anteparos, contorno, para os impulsos agressivos e sexuais, favorecendo desse modo uma série de processos psíquicos. Destaca-se dentre esses processos o recalque que, tendo a interdição do incesto como eixo central, funciona como organizador significativo dos universos intra-psíquico e intersubjetivo (Freud, 1913; 1930).

Interditado, o sujeito da modernidade, atravessado pelo recalque, vivencia o mal-estar principalmente em função da proibição à realização de desejo, frente à qual precisa encontrar satisfações substitutivas, aceitas socialmente. Além disso, o mal-estar deriva igualmente do sentimento de culpa originário da internalização no supereu da autoridade punitiva e intensificado pelo cerceamento à expressão da agressividade que nele se aloca. O recalque, embora sempre associado a um mal-estar, arregimenta a vida em comum sob uma determinada ética, mas, além disso, na sua qualidade retencio-protetional (cf. Abraham, N., 1972), instaura na subjetividade a dimensão da temporalidade atravessada por um passado relativo ao voto desejante, pelo momento presente da realização de desejo e por um futuro

a advir. Trata-se de que, via recalque, a realização de desejo no momento presente nunca se faz de fato tal como o voto desejante, o que coloca o presente sob a rubrica da utopia, pois relança o sujeito sempre a uma nova tentativa de realização, instaurando por conseguinte um futuro para o qual caminhar e a esperança, portanto, de um devir. Decerto o recalque é mesmo o principal instrumento de compreensão da neurose enquanto sofrimento psíquico emblemático da modernidade, pois a partir dele é possível alcançar uma solução para o conflito intra-psíquico, entre princípio de prazer e de realidade, ainda que resulte num mal-estar.

Contudo, na contemporaneidade, principalmente com Ehrenberg (1998), verifica-se que as transformações normativas iniciadas já na modernidade atreladas a um projeto de liberdade individual se intensificam sobremaneira. Frente a um esgarçamento ou afrouxamento dos anteparos e interditos, o indivíduo contemporâneo sai de uma normatividade forjada na lógica proibido/permitido e adentra numa lógica ditada em termos de possível/impossível, sendo impelido desse modo a tornar-se si mesmo frente a um excesso de exigências de excelente desempenho e sucesso, porém sem as balizas que lhe serviam antes de parâmetros. Inserido por isso mesmo muito mais na conjuntura da situação traumática de desamparo do que no campo do recalque, o indivíduo vivencia atualmente uma relação brutal com o tempo, da qual se esvai a idéia de continuidade entre passado e futuro mediados pelo presente (cf. Bezerra Jr., 2000; Kehl; 2009). Além disso, cansado diante da sua tarefa hercúlea, de tamanha responsabilidade individual, o indivíduo contemporâneo sai da esfera da culpabilidade e adentra no campo do déficit, da incompetência e da insuficiência vivenciados como tragédia. Em pane, ele tem a depressão como a patologia da sua época e a drogadição/medicalização o recurso mais direto para fazer frente à sua vida fatigante, apática e esvaziada.

Decerto as mudanças normativas verificadas no contexto da sociedade contemporânea são sustentadas pelas promessas de bem-estar e de cura anunciadas pelos medicamentos na esfera psiquiátrica, principalmente pelos antidepressivos, encontrando um reforço estupendo dessas promessas nas campanhas midiáticas e laboratoriais. Essa perspectiva acerca da depressão tende, no entanto, a expressar a impregnação de um olhar objetivante sobre o sofrimento psíquico que remete, com frequência, a um enquadramento psicopatológico

superficial, tão bem demonstrado pela lista de sintomas enumerados nos manuais diagnósticos da psiquiatria que atualmente circunscrevem a depressão, sem qualquer preocupação etiológica.

Contudo, a depressão que parece hoje tão bem enquadrada no contexto psiquiátrico, tem a sua origem na melancolia. Desde a teoria dos humores na Antiguidade em que a melancolia é caracterizada por uma dor moral cujo principal aspecto é a tristeza, tendo sempre como contraponto a mania, ela é em seguida associada à possessão demoníaca, sendo apenas alçada à condição de doença da razão no século XVIII pelo alienismo nascente. Em seguida, até a primeira metade do século XIX, o ponto de vista racionalista da psiquiatria considera a alienação mental uma doença do julgamento ou da razão, daí derivando a concepção de loucura, que inclui a melancolia, como uma condição de desrazão.

Na verdade, a dualidade mente/corpo inaugurada com Descartes opõe loucura e razão, sendo a loucura considerada praticamente uma doença única composta por muitos sintomas determinando, sem dúvida, uma visão generalista que impede as especificidades diagnósticas. Frente a essa conjuntura, os alienistas desmembram então a loucura em diferentes doenças mentais e inaugura-se desse modo um espaço propício para inúmeras reformulações nosográficas e para embates entre diferentes escolas psiquiátricas. Nesse contexto, a referência à depressão que, embora a princípio não se resume à melancolia, indica já no âmbito da psiquiatria moderna, sobretudo com Kraepelin, um dos aspectos característicos da melancolia, principalmente quanto à diminuição ou baixa da vivacidade afetiva. Gradativamente, a depressão se sobrepõe à melancolia no âmbito psiquiátrico, até finalmente ocupar o seu lugar.

A discussão entre melancolia e depressão que parece se encerrar na psiquiatria reaparece com o advento da psicanálise, contexto teórico-clínico no qual a melancolia é considerada uma categoria diagnóstica enquanto a depressão é vista como um estado depressivo discutido sob diferentes aspectos, até mesmo benéficos. Sem dúvida, a literatura que trata sobre a depressão é bastante ampla atualmente, embora nem sempre a coerência predomine. De todo modo, sob o ponto de vista psicanalítico, o estado depressivo consiste em geral numa manifestação afetiva podendo ser remetida a qualquer quadro clínico em que se configuram situações de perda significativa que requerem um tempo para desfazer

e refazer os laços que mantinham investido o objeto agora perdido (cf. Freud, 1917; K. Abraham, 1911; Delouya, 2001; Fédida, 1999, 2001). Neste caso, o estado depressivo é necessário e benéfico, consistindo numa medida protetora da psique que se apresenta a cada vez que o vazio da perda objetal se impõe, tal como o vazio imposto pelo frio invernal das catástrofes glaciais (Freud, 1987; Berlinck e Fédida, 2000). Equiparado desse modo ao luto e à possibilidade de elaborá-lo, o estado depressivo comporta em si mesmo tanto uma imobilidade (física, sobretudo), quanto um movimento (referido a uma intensa atividade psíquica). Por outro lado, a melancolia expressa o caráter patológico do sofrimento decorrente do luto não elaborado em relação ao objeto perdido, seguido de uma escolha objetal narcísica e de um processo identificatório mimético. Estes aspectos são associados ao sentimento de culpa em função do conflito devido à ambivalência e à desvalorização de si como efeito do conflito entre eu e supereu (Freud, 1917).

O estado depressivo comporta ainda, na leitura psicanalítica, a idéia de uma depressividade como uma capacidade originária de promover abertura à vida, pois demarca um vazio fundamental que possibilita os processos de simbolização (Fédida, 2001). Num nível primário, o estado depressivo se organiza como uma posição subjetiva ao ser alcançada a ambivalência, ou a fusão, dos componentes eróticos e agressivos nas relações objetais (Klein, 1952). Superar as angústias depressivas nesse sentido é sempre uma conquista do amadurecimento psíquico, pois indica a elaboração da posição depressiva e enfim a internalização do objeto bom. Além disso, o estado depressivo também é parte integrante do processo de diferenciação da unidade primordial mãe-bebê, contexto no qual um luto precisa ser elaborado em relação ao objeto/continente para a consolidação da entrada no jogo narcísico-identitário (Green, 1980; Ferrant, 2007a). É justamente neste contexto, quando surgem empecilhos, que se constitui o núcleo depressivo referido aos casos-limite, efeito do luto primário inelaborável, o que demarca, portanto, uma faceta constitutiva patológica da depressão que ainda pode ser confundida com aspectos metapsicológicos da melancolia.

Na verdade, a confusão entre casos-limite e melancolia se coloca principalmente em função da perda de objeto em ambos os casos ser referida ao âmbito narcísico. Embora alguns autores defendam de fato uma semelhança entre a organização psíquica de casos-limite e de melancolia, Green (1980) é categórico

em diferenciá-los segundo o ponto de vista regressivo da libido afirmando que nos casos-limite a libido não regride para a fase oral canibalística como ocorre na melancolia. Nos casos-limite trata-se muito mais de uma problemática de analidade primária do que de uma regressão oral.

A imprecisão conceitual entre depressão, melancolia e casos-limite traz questões teórico-clínicas que requerem delicadeza para serem compreendidas, pois, de outro modo, corre-se o risco de diluição de suas especificidades no diagnóstico de depressão que ganha a cena no discurso social contemporâneo. A retomada desta discussão em curso ao longo da história, inicialmente entre depressão e melancolia e, posteriormente, abrangendo também os casos-limite, não se deu na intenção de contrapor psiquiatria e psicanálise ou medicalização e psicoterapia. O propósito foi sempre o de interrogar, do ponto de vista psicanalítico, o modismo referido à depressão na contemporaneidade sustentado veementemente pela psiquiatria biológica e pelas mudanças normativas identificadas no contexto social, esmiuçando a categoria depressão. Esta intenção resultou então na hipótese defendida neste trabalho que aponta para a articulação entre depressão e casos-limite *via* lógica do desespero.

Assim, investigando a hipótese de uma possível articulação entre depressão e casos limite, adentrou-se no universo desses casos *via* limites da analisabilidade, campo onde primeiro se fizeram conhecer pela psicanálise. Independentemente de uma questão nosográfica, posto que as situações limites vivenciadas na situação analítica ocorrem com qualquer caso clínico, podendo levar todo tratamento à condição de mais ou menos interminável, deve-se considerar fundamentalmente a questão quanto à constituição efetiva dos limites psíquicos (Donnet, 1999). Trata-se de que para alguns pacientes os limites impostos pelo enquadre analítico ou os limites oriundos das censuras intrapsíquicas podem ser, em alguma medida, alvo de transgressão. Nestes casos, os limites psíquicos estão configurados sendo, portanto, possível usar o enquadre e o analista, assim como submeter-se à regra fundamental, para permitir-se ao longo da análise suspender certos limites psíquicos e trabalhar os conteúdos. Diferentemente, para outros pacientes, como os casos-limite, as fronteiras psíquicas foram fragilmente constituídas e configurá-las é justamente grande parte do trabalho clínico. Por isso a análise desses pacientes é antes de tudo uma análise de continente.

Além disso, os casos-limite apresentam inegavelmente uma malha metapsicológica específica perceptível na intimidade da relação transfero-contratransferencial onde os limites da analisabilidade são vivenciados intensa e incisivamente. É nessa intimidade analítica que esses pacientes colocam em jogo o enquadre tendendo a atacá-lo ou, como o antianalisando (McDougall, 1978a) e o normótico (Bollas, 1987), tendendo a estabelecer um pacto com o analista com o objetivo de manter intangíveis as regras do enquadre. Desta forma, entram em conluio com o analista de modo que a análise parece que está acontecendo quando efetivamente não está. É também na conjuntura analítica que emperram a regra fundamental e a interpretação enquanto instrumentos analíticos, pois, além dos casos-limite receberem as interpretações de forma persecutória os seus processos de simbolização encontram-se prejudicados prevalecendo as atuações. Estabelecendo uma configuração transferencial polarizada entre intrusão e distanciamento afetivo, pautada sobretudo numa psicose de transferência, delirante (Little, 1958; Roussillon, 2002a; Thompson, 2002), em vez da neurose de transferência e, frequentemente apresentando a reação terapêutica negativa (Roussillon, 1991), os casos-limite exigem contratransferencialmente enormes esforços do analista.

O processo de constituição dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos mostrou-se então fundamental enquanto referência metapsicológica dos casos-limite a partir da constatação dos limites da analisabilidade que irrompem na intimidade analítica com esses pacientes e expressam na verdade prejuízos na constituição desses limites. Destacou-se nesse sentido, o conceito de limite congregando as dimensões espaço-temporais. Enquanto a dimensão espacial remonta ao espaço potencial que, atravessado pela transicionalidade, supõe uma justa distância entre o eu e o objeto como uma terceira área de experimentação (Green, 1988a; 1986a; 1999), a dimensão temporal de limite articula-se a uma harmonia rítmica suficientemente boa que, no contexto das relações primárias, é pautada sobretudo no encontro rítmico entre o bebê e o objeto e igualmente no ritmo durante as experiências de satisfação (Roussillon, 1991). As dimensões espaço-temporais dos limites oferecem, portanto, um aspecto qualitativo para pensar as situações traumáticas que já comportam o aspecto quantitativo. Constata-se dessa forma que uma desarmonia rítmica primária determina um estado de enorme agonia e uma experiência de ilusão negativa que desvirtua a

onipotência e provoca a desqualificação de si mesmo como avaliador competente da pertinência e do valor em investir as próprias sensações corporais e percepções. O centro de si mesmo é então deslocado para o objeto, ou para o ambiente, em relação ao qual é necessário doravante escravizar-se servilmente, perdendo-se no objeto.

Engendradas sobretudo em situações traumáticas primárias, as dimensões espaço-temporais dos limites psíquicos nos casos-limite estabelecem-se, então, com sérios prejuízos. Principalmente as contribuições de Green (1982a; 1988a; 1988d; 1993a) demonstram que os casos-limite se caracterizam justamente pela impossibilidade de configuração de um espaço de ausência na psique que favoreça os processos de simbolização como o pensamento ou de um espaço psíquico pessoal que configure adequadamente o narcisismo. Esta impossibilidade se deve à presença excessiva do objeto primário que, por intrusão ou distanciamento e indiferença, não se deixa apagar pelo trabalho do negativo. O objeto primário permanece então entalado obstinadamente na psique infantil, determinando a figura caricatural de objeto obstipante que, como uma coluna fecal a estruturar o narcisismo, remonta à problemática da analidade primária.

O trabalho do negativo compreende principalmente os mecanismos de excorporação, recalque originário e alucinação negativa que, acionados pelos juízos de atribuição e de existência, estruturam os limites psíquicos. O efeito negativizante empreendido por esses mecanismos é responsável pelo apagamento do objeto primário assim como pela sua subsequente assimilação como estrutura psíquica, o que então possibilita estabelecer as primeiras fronteiras psíquicas e, posteriormente, dar lugar à representação e ao pensar. Contudo, em função das situações traumáticas vivenciadas com o objeto primário excessivo, o trabalho do negativo não é bem sucedido na sua tarefa. Em vez de estabelecer na psique um paradoxo enunciado como *sim e não*, evidenciado na reunião da formação de compromisso que resulta do recalque e na indecidibilidade que marca a transicionalidade, o fracasso do trabalho do negativo estabelece um paradoxo enunciado em termos de *nem sim, nem não*, patológico, portanto.

No caso então do trabalho do negativo patológico, predominam os movimentos disjuntivos empreendidos pela ação da pulsão de morte, que não alcança uma imbricação suficiente com a pulsão de vida, o que possibilitaria a experiência da ambivalência em relação ao mesmo objeto. Sendo assim, em

detrimento da função objetalizante, meta da pulsão de vida, prevalece na psique a função desobjetalizante, meta da pulsão de morte, cuja ação impinge as repetidas incidências das clivagens e dos desinvestimentos como mecanismos psíquicos negativizadores. Estes mecanismos impedem a configuração de um duplo-limite no aparelho psíquico (intra-psíquico e intersubjetivo) e perturbam a sistematização da esfera do pensamento, principalmente no que se refere aos processos terciários, produzindo conseqüentemente toda a sorte de desenlaces extra-representativos como as atuações, somatizações e compulsões. Decerto estas manifestações indicam o esforço da psique no sentido da descarga ou de estabelecer ligações primárias não simbólicas contra o retorno dos estados traumáticos agonísticos (Roussillon, 1999). Embora estes permaneçam clivados em territórios extraterritoriais, ameaçam continuamente a psique posto que funcionam além do princípio de prazer submetidos à compulsão à repetição.

Em decorrência do não apagamento do objeto primário *via* trabalho do negativo, é impossível para os casos-limite realizarem o trabalho de luto necessário ao processo de diferenciação primária eu/não-eu que redundaria, por sua vez, na simbolização da separação. O trabalho de luto envolve na verdade processos identificatórios com o objeto perdido que, estruturando a representação desse objeto, permitem um processo de auto-transformação no sentido de uma autonomia que ameniza a perda (Ferrant, 2007a). O luto elabora dessa maneira, através do jogo identificatório, a relação com o objeto ausente sem cortar os laços de investimentos com ele, mas reinvestindo esse objeto na realidade psíquica onde é finalmente representado, o que certamente possibilita um novo começo para si mesmo, e uma independência do objeto (Freud, 1917, 1923; Lévesque, 2005). Contudo, em se tratando do objeto primário insuficientemente bom, excessivo por intrusão ou por ausência, que não se permite ser perdido, ou apagado, adentra-se no luto branco ou inelaborável dos casos-limite (Green, 1980). O luto impossível dos casos-limite, encruado, é então articulado ao complexo da mãe morta e referido nesse sentido à identificação com a ausência de investimento materno, causado não pela perda real da mãe, mas pela ausência de investimento que aprisiona esses pacientes a um núcleo depressivo.

Nem sempre expressando-se fenomenologicamente pelo estado depressivo, a configuração depressiva central atribuída aos casos-limite deve ser enunciada em termos de funcionamento psíquico presidido principalmente por

clivagens e desinvestimentos. Este funcionamento psíquico remete portanto a um vazio constitutivo, a um buraco interno, oco e profundo, que, na tentativa de ser compensado ou tamponado, redundando no desperdício da libido em comportamentos extra-representativos ou contratos narcísicos freqüentemente patológicos. Esse vazio indica o prejuízo que representa para o narcisismo o desinvestimento do objeto primário refletido no rosto da mãe, que desempenha em primeiro lugar o papel de espelho para a criança (cf. Winnicott, 1967b).

Entalados com um objeto de cuja existência não se pode afirmar se está dentro ou fora, constituindo-se por isso às voltas com um objeto obstipante, os casos-limite permanecem mergulhados no paradoxo patológico expresso como nem sim, nem não. Nessa perspectiva, o eu capitula sob a pressão da pulsão de morte e o princípio de prazer-desprazer é invertido configurando-se a lógica de desespero como a única realidade psíquica possível para esses pacientes. Trata-se de que a decepção que o objeto engendrou, assim como o vazio, o ódio e o prejuízo narcísico impingem falhas constitutivas de uma realidade psíquica desesperadora que se torna muito mais consistente do que qualquer esperança de realização como a que se verifica nos processos psíquicos primários. De fato, a realidade psíquica, referida aos fenômenos inconscientes, não comporta dúvida, contradição ou mesmo a dimensão da temporalidade, sendo regida pelos processos psíquicos primários a cuja atividade pode-se atribuir, ao menos na neurose, uma lógica de esperança no sentido de que, mesmo em face das exigências impostas pela realidade externa, há uma possibilidade de realização do desejo inconsciente (Green, 1979, 1999). Então, ante a impossibilidade última de experimentar a união feliz com o objeto pela via da esperança, como aquela que se configura na realização alucinatória de desejo, ou na harmonia rítmica primária que permeia o encontro de satisfação da experiência de homossexualidade primária em duplo, ou na transicionalidade, é a lógica do desespero que vigora nos casos-limite.

Segundo a hipótese que se procurou defender, trata-se nos casos-limite de duas faces da lógica do desespero articuladas à atividade psíquica regida principalmente sob a ênfase disjuntiva, fruto da ação da pulsão de morte em sua função desobjetalizante. Se a despeito da prevalência da pulsão de morte ainda há alguma imbricação com a pulsão de vida, propõe-se uma lógica de desespero caracterizada de maneira insistente, barulhenta, ativa. Nesse caso, a função

objetalizante ainda garante a construção de representantes-representação, porém o representante psíquico destrutivo liga-se à representação de coisa tendo como efeito manifestações violentas como muitas vezes se percebe na análise desses pacientes através do clima de beligerância nas sessões, dos ataques ao enquadre e da reação terapêutica negativa. Em outros casos, no entanto, sob a radicalidade do trabalho do negativo patológico, a ação prevalente da pulsão de morte faz-se perceber na sua desimbricação da pulsão de vida através da função desobjetalizante exercida maciçamente no psiquismo, sem possibilidade mesmo de construção de representantes-representação. Sob esse aspecto, a lógica do desespero se caracteriza então pela desistência, indiferença, pelo vazio radical que pode mesmo conduzir ao suicídio.

Assim, se uma das faces da lógica do desespero nos casos-limite demonstra a impossibilidade de uma atividade psíquica paradoxo-conciliadora capaz de sofisticados processos de simbolização como o pensar, a outra face da lógica do desespero, na sua radicalidade, demonstra a indiferença, a desistência, a morte psíquica. Estendeu-se então a lógica do desespero nos casos-limite para pensar o narcisismo primário à luz da segunda teoria pulsional que, nesses casos, sob a condição de capitulação do eu frente a influência da pulsão de morte, configura-se negativamente, isto é, investido pela pulsão de morte. Nesse sentido, por um lado, atribuiu-se um narcisismo ferido à face da lógica do desespero ativa e insistente e, por outro lado, na radicalidade da função desobjetalizante, atribuiu-se um narcisismo efetivamente de morte à face do desespero desistente, indiferente.

Para finalizar e retomando a articulação entre casos-limite e depressão, percebe-se que o estado depressivo é o que menos representa os casos-limite. No que tange a esses pacientes, cujo funcionamento psíquico é regido pela lógica do desespero, os pacientes sem esperança (Figueiredo, 2003) são muito mais representativos. Clinicamente, a lógica do desespero se apresenta na verdade pelos transtornos na esfera do pensamento e pelas atuações qualificadas como extra-representativas. Estas manifestações sintomáticas resultam dos prejuízos na capacidade de simbolização em função do excesso de clivagens e desinvestimentos na esfera psíquica desses pacientes. No que tange à relação da depressão com os casos-limite então, propõe-se que a lógica do desespero, característica do funcionamento psíquico dos casos-limite, deve ser compreendida

categoricamente enquanto uma faceta metapsicológica da configuração depressiva patológica em torno da qual esses casos se constituem. Trata-se nesse sentido de relacionar a lógica do desespero ao luto inelaborável constitutivo dos casos-limite engendrado no não apagamento do objeto primário via trabalho do negativo. De outro modo, o estado depressivo clínico-patológico propriamente dito irrompe apenas como sintoma efetivamente nos casos-limite em situações de ruptura dos contratos narcísicos (Roussillon, 1999) ou de perdas de relações objetais anaclíticas (Bergeret, 1975).

Enfim, frente à lógica do desespero, por que não pensar a esperança? Foi nesse sentido que se fez menção sobretudo à imagem mitológica da jarra de Pandora que, em meio a tanta calamidade, manteve a esperança em sua borda. Entre o dentro e o fora, no limite da jarra, jaz a esperança que permite a humanidade suportar e enfrentar as dificuldades que perpassam a sua existência. Associando-se esta imagem então à análise de casos-limite construiu-se a hipótese de que justamente nos limites da analisabilidade encontra-se alguma possibilidade de esperança para eles. Considerou-se nesse sentido que esse tipo de paciente comunica ao analista diferentes níveis do irrepresentável (Duparc, 2001) e muitas vezes numa simultaneidade assustadora (Fédida, 2002), o que exige em contrapartida que o analista continue sendo analista, trabalhando contratransferencialmente, tecendo construções e produzindo até mesmo uma transfusão fantasmática para o paciente através da qual o observa, comenta sobre seus atos, descreve o que ele possivelmente sente e ainda o imita empaticamente. Dessa forma, o analista pode mostrar-se presente enquanto objeto para o paciente e então facilitar a entrada nas experiências paradoxais do objeto encontrado/criado e do objeto destruído/descoberto. Estando presente, portanto, e permanecendo estável, o analista relança para o paciente a possibilidade de adentrar na transicionalidade e principalmente de empreender efetivamente a diferenciação do objeto primário.

Decerto os limites da analisabilidade presentes na análise de casos-limite não se equivalem aos limites da jarra de Pandora, ou aos limites intra-psíquicos e intersubjetivos de pacientes neuróticos, mas constituem-se em negativo, pelo irrepresentável, pelos *fueros* clivados que permanecem enquistados subjetivamente (Roussillon, 1999). Aqui é sugerido que justamente esse material projetado no enquadre na análise desses pacientes deve, isto sim, ser analisado

pelos esforços de pensamento do analista, numa perspectiva semelhante àquela proposta por Bleger (1967) e por Green (1975a). Mas, além disso, é sugerido que, sob a condição de meio maleável (Roussillon, 1991), o enquadre e o próprio analista possam servir ao paciente de matéria para modelagem, como massa de modelar, ou seja, sustentando-se como base anímica para o início de uma atividade representativa.

De fato, talvez, numa análise *sem borda*, isto é, em que os limites da analisabilidade refletem os prejuízos na constituição dos limites psíquicos nas suas dimensões espaço-temporais, repouse efetivamente a esperança de fazer uma análise *com borda*. Isto certamente poderá facilitar a esses pacientes a conquista da capacidade para estar só na presença de alguém (Winnicott, 1958), o que significa ter alcançado a diferenciação do objeto primário e a sua representação, e ter conquistado o *eu sou*. A conquista da capacidade para estar só na presença de alguém é finalmente a imagem precisa de que pode ser tranqüilo alcançar e habitar o *eu sou*, fonte preciosa para uma vida autêntica, genuína e potencialmente criativa, que realmente vale a pena ser vivida e que, portanto, em muito se distancia da depressão.

7 – Referências bibliográficas

- ABRAHAM, K. (1911) Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins. In: *Teoria Psicanalítica da libido. Sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Trad. Christiano Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, p.32-50, 1970.
- ABRAHAM, N. (1972) O tempo, o ritmo e o inconsciente. In: Abraham, N. e Torok, M. (1987) *A casca e o núcleo*. Trad. Maria José Coracini. São Paulo: Escuta, p.85-115, 1995.
- ABRAM, J. (1996) *A linguagem de Winnicott. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Trad. Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AGUIAR, A. *A psiquiatria no divã*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2004.
- AMARANTE, P. (2007) *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- ANDRÉ, J. (1999a) *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse?* Paris: PUF, 1999.
- _____ (1999b) Introduction. L'unique objet. In: André, J. (Dir.) *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse?* Paris: PUF, p. 1-21, 1999.
- _____ (1999c) Entre angústia e desamparo. Trad. Pedro Henrique Rondon. In: *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica IP/UFRJ, v. IV, n.2, p.95-109, jul/dez 2001.
- _____ (2002a) Transferência borderline. In: Cardoso, M. (org.) *Limites*. São Paulo: Escuta, p.71-80, 2004.
- _____ (2002b) Introduction: Présence du désespoir. In : André. J. (Dir.) *Le temps du désespoir*. Paris : PUF, p.9-24, 2002.
- _____ (2002c) *Le temps du désespoir*. Paris : PUF, 2002.
- ANZIEU, D. (1985) *O Eu-pele*. Trad. Zakie Rizkallah e Rosaly Mahfuz. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) – DSM-IV – (1990) *Manual Diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*, 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BALINT, M. (1968) *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão*. Trad. Francisco F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- BAUMAN, Z. (1997) *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BERGERET, J. [et al.] (1972) *Psicopatologia: teoria e clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- _____ (1974a) Limites des états analysables et états-limites analysables. In : *Nouvelle Revue de la Psychanalyse. (Aux limites de l'analysable)*, n° 10, p. 107-122, 1974.
- _____ (1974b) *A personalidade normal e patológica*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- _____ (1975) *La dépression et les états limites*. Point de vue théorique, clinique et thérapeutique. Paris: Payot, 1992.
- BERLINCK, M. T.; FÉDIDA, P. (2000) A clínica da depressão: questões atuais. In: Berlinck, M. T. (Org.) *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, p.73-91, 2008.
- BEZERRA JR., B. (2000) A retomada do futuro: tempo e utopia na subjetividade contemporânea. In: Jobim, S. (org.). *Mosaico: imagens do conhecimento*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p.81-95, 2000.
- BEZERRA JR., B.; PLASTINO, C. A. (Orgs) (2001) *Corpo, afeto e linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- BION, W. (1959) Ataques à ligação. In: *Estudos psicanalíticos revisitados. (Second thoughts)*. Trad. Wellington Dantas. Rio de Janeiro: Imago, p.109-126, 3ª ed, 1994.
- _____ (1962a) *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- _____ (1962b) Uma teoria sobre o pensar. In: *Estudos psicanalíticos revisitados. (Second thoughts)*. Trad. Wellington Dantas. Rio de Janeiro: Imago, p.127-137, 3ª ed, 1994.
- BIRMAN, J. (1993) Entre o inconsciente e a pulsão. Notas introdutórias sobre a categoria de estrutura no discurso freudiano. In: *Ensaio da teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1993.
- _____ (1995) Sujeito e estilo em psicanálise. Sobre o indeterminismo da pulsão no discurso freudiano. In: Moura, A. (org.) *As pulsões*. São Paulo: Escuta, 1995.
- _____ (2006) *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

- BLEGER, J. (1967) Psicanálise do enquadramento psicanalítico. In: *Simbiose e ambigüidade*. Trad. Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed. p.311-328, 1985.
- BOLLAS, C. (1987) Doença normótica. In: *A sombra do objeto*. Trad. Rosa Maria Bergallo. Rio de Janeiro: Imago, p.169-194, 1992.
- BOROS, G. (2009) A secularização dos afetos religiosos nos escritos de Spinoza: esperança e medo, amor e generosidade. In: *Cadernos Spinosanos. Estudos sobre o século XVII*. São Paulo: n.21, p.11-40, jul-dez/2009.
- BRANDÃO, J. (1986) *Mitologia Grega*, vol. I, 10ªed. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.
- _____ (1987) *Mitologia Grega*, vol. III. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- BREUR, J.; FREUD, S. (1893-5) Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1893) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, p.39-53, 1996.
- CAMUS, A. (1942) *Le mythe de Sisyphe. Essai sur l'absurde*. Paris: Gallimard, 2010.
- CARDOSO, M. R. (2002) *Superego*. São Paulo: Escuta, 2002.
- _____ (2005) A servidão ao “outro” nos estados limites. In: *Psychê*. São Paulo: Ano IX, n.16, p.65-75, jul-dez/2005
- _____ (2007) A impossível “perda” do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade. In: *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte: v.13,n.2, p.325-338, dez/2007.
- CARDOSO, M. R.; GARCIA, C. A. (2010) *Entre o eu e o outro. Espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá, 2010.
- CHABERT, C. (1999) Les fonctionnements limites: quelles limites? In: André, J. (Dir.) *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse?* Paris: PUF, p. 93-122, 1999.
- CHAGNON, J.Y. (2008) Distúrbios de comportamento, narcisismo fálico e luta contra a passividade na adolescência. In: Cardoso, M. R. e Marty, F. (Orgs.) *Destinos da adolescência*. Rio de Janeiro: 7 Letras, p.121-138, 2008.
- COSER, O. *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

- COSTA, J. F. (2004) *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- DA POIAN, C. (Org.) A psicanálise, o sujeito e o vazio contemporâneo. In: ____ *Formas do vazio: desafios do sujeito contemporâneo*. São Paulo: Via Lettera Editora, p.7-23, 2001.
- DAMOUS, I.; SOUZA, O. (2005) A dor nos casos-limite e as funções do eu-pele. In: *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*. Rio de Janeiro: v.21, n.24, p.181-197, 2005.
- DELOUYA, D. (1999) Depressão, metáfora primitiva da psique. Introdução. In: Fédida, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta, p.7-14, 2003.
- _____ (2001) *Depressão*. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- _____ (2002) *Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro*. São Paulo: Escuta/PAPESP, 2002.
- DEUTSCH, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly* 11: 301-321.
- DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- DONNET, J. L. (1999) Patients limites, situations limites. In : André, J. (Dir.) *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse?* Paris: PUF, p.123-149, 1999.
- DONNET, J. L. ; GREEN, A. (1973). *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1973.
- DUPARC, F. (2001) Análise com borda e análise sem borda. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Trad. Monica Seincman. São Paulo: Vol.4, n.4, p. 43-60, dez/2001.
- EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 2000.
- ENAUDEAU, C. (2002) Entre deux désespoirs. In : André. J. (Dir.) *Le temps du désespoir*. Paris : PUF, p.137-155, 2002.
- ESQUIROL, E. (1820) Da lipemania ou melancolia. Trad. M^a Vera Camargo Pacheco. In: *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, v. VI, n. 2, p.158-166, junho/2003.

- FAIRBAIRN, (1940) Fatores esquizóides na personalidade. In: *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Trad. Eva Nick. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, p.3-22, 1980.
- FEDERN, P. (1952) *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris : PUF, 1979.
- FÉDIDA, P. (1999) *Depressão*. São Paulo: Escuta, 2003.
- _____ (2001) *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2009.
- _____ (2002) Un patient de rêve pour un psychanalyste? In : André, J. (Dir.) *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse?* Paris: PUF, p.69-77, 1999.
- FERENCZI, S. (1909) Transferência e introjeção. In: *Obras completas, Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes, p. 77-108, 1992.
- _____ (1933) Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Obras completas, Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, p. 97-106, 1992.
- FERRANT, A. (2007a) Pôle d'organisation narcissique-identitaire du psychisme. In : Roussillon, R. et al. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p.459-483, 2007.
- _____ (2007b) Modèle structural, processus représentatif, pôles d'organisation. In: Roussillon, R. et al. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Elsevier-Masson, p.251-260, 2007.
- FIGUEIREDO, L. C. (2003) *Psicanálise: Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.
- FIGUEIREDO, L. C.; CINTRA, E. (2004) Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In: Cardoso, M. (org.) *Limites*. São Paulo: Escuta, p.13-58, 2004.
- FORTES, I. (2004) O sofrimento na cultura atual: hedonismo versus alteridade. In: Peixoto Jr., C. A. *Formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Contra Capa, p.69-93, 2004.
- FOUCAULT, M. (1972) *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- FREUD, S. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____ (1950[1892-1899]) Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Vol. I.
- _____ (1894) Rascunho E. Vol. I, p.235-241.

- _____ (1950[1895a]) Projeto para uma psicologia científica. Vol I, Parte I, p.333-400.
- _____ (1895b[1894]) Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. Vol.III, p.91-118.
- _____ (1895c) Rascunho G. Vol. I, p.246-253.
- _____ (1895d) A psicoterapia da histeria. Vol. II, p.271-316.
- _____ (1905[1901]) Fragmento da análise de um caso de histeria (Dora). Vol. VII, p.15-116.
- _____ (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Vol. VII, p.119-229.
- _____ (1909) Notas sobre um caso de neurose obsessiva (O Homem dos Ratos). Vol. X, p.137-215.
- _____ (1910a) Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. Vol. XI, p.243-244.
- _____ (1910b) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. Vol. XI, p.143-156.
- _____ (1911) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Vol. XII, p.233-244.
- _____ (1912) A dinâmica da transferência. Vol. XII, p.109-119.
- _____ (1913[1912-13]) Totem e tabu. Vol. XIII, p.13-162.
- _____ (1914a) Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). Vol. XII, p.161-171.
- _____ (1914b) Sobre o narcisismo: uma introdução. Vol. XIV, p.77-108.
- _____ (1915a) Os instintos e suas vicissitudes. Vol. XIV, p.117-144.
- _____ (1915b) Reflexões para os tempos de guerra e morte. Vol. XIV, p.285-312.
- _____ (1915c) Repressão. Vol. XIV, p.147-162.
- _____ (1916a[1915]) Sobre a transitoriedade. Vol. XIV, p.315-319.
- _____ (1916b) Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. Vol. XIV, p.325-348.
- _____ (1917[1915]) Luto e melancolia. Vol. XIV, p.245-263.
- _____ (1918[1914]) História de uma neurose infantil (O Homem dos Lobos). Vol. XVII, p.15-127.
- _____ (1920) Além do princípio de prazer. Vol. XVIII, p.13-75.
- _____ (1921) Psicologia de grupo e análise do ego. Vol. XVIII, Cap.7, p.115-120.
- _____ (1923) O ego e o id. Vol. XIX, p. 15-80.

- _____ (1924a[1923]) Neurose e psicose. Vol. XIX, p.165-171.
- _____ (1924b) O problema econômico do masoquismo. Vol. XIX, p.175-188.
- _____ (1925) A negativa. Vol. XIX, p.263-269.
- _____ (1926[1925]) Inibições, sintomas e ansiedade. Vol. XX, p.81-170.
- _____ (1930) O mal-estar na civilização. Vol. XXI, p.67-148.
- _____ (1933) Conferência XXXI: A dissecação da personalidade psíquica. Vol. XX, p. 63-84
- _____ (1937a) Análise terminável e interminável. Vol. XXIII, p.225-270.
- _____ (1937b) Construções em análise. Vol. XXIII, p.273-287.
- _____ (1940a) A divisão do ego no processo de defesa. Vol. XXIII, p.291-296.
- _____ (1940b) Esboço de psicanálise. Vol. XXIII, p.153-221.
- _____ (1940c[1938]) Algumas lições elementares da psicanálise. Vol. XXIII, p.299-306.
- _____ (1987) Neuroses de transferência: uma síntese. Manuscrito recém-descoberto. Trad. Abram Eksterman. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- GARCIA, C. (2005) Trauma e narcisismo negativo: questões para a clínica contemporânea. In: *Trieb*. Nova série. Vol IV, n^{os} 1 e 2, 2005.
- _____ (2007) Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea. In: *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza: v. 7, n.1, p.123-135, 2007.
- _____ (2009) Continuidade e ruptura na constituição psíquica. *Revista Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro: v. 21, n. 1, p. 73-89, 2009.
- GARCIA, C. A.; COUTINHO, L. (2004) Os novos rumos do individualismo e o desamparo do sujeito contemporâneo. In: *Psychê*, ano VIII, n^o 13. São Paulo, 2004.
- GARCIA, C. A.; DAMOUS, I. (2008) A agressividade no contexto dos cuidados primários: a liberdade suficientemente boa. *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*. Rio de Janeiro: SPCRJ, v.24, n. 27, p.119-139, 2008.
- _____ (2009) O silêncio no psiquismo: uma manifestação do trabalho do negativo patológico. In: *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*. Rio de Janeiro, ano31, n.22, p.105-115, 2009.
- GIOVACCHINI, P. (1972) Le soi « blanc ». In : *Nouvelle Revue de Psychanalyse. Figures du vide*. Paris : n.11, p.63-78, 1975.

GODFRIND, J. (2008) L'acte, allié ou ennemi de la symbolisation. In : Chouvier, B. et Roussillon. R. (Dir.) *Corps, acts et symbolisation. Psychanalyse aux frontières*. Bruxelles : De Boeck, p. 39-50, 2008.

GOLSE, B. (2002) Le désespoir chez les très jeunes enfants ou « tant qu'il y a du désespoir, il y a de la vie ». In : André. J. (Dir.) *Le temps du désespoir*. Paris : PUF, p.25-41, 2002.

GONDAR, J. (2001) Sobre as compulsões e o dispositivo analítico. In: *Revista Agora: estudos em teoria psicanalítica*. Pós-graduação em teoria psicanalítica / UFRJ. Vol. IV, n.2. Rio de Janeiro: Contra-Capa, p. 25-35, jul-dez, 2001.

GREEN, A. (1966-7) O narcisismo primário: estrutura ou estado? In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Editora Escuta, p.91-147,1988.

_____ (1975a) O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: *Sobre a loucura pessoal*. Trad. Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, p.36-65, 1988.

_____ (1975b) Le temps mort. In : *Nouvelle Revue de Psychanalyse. Figures du vide*. Paris : n.11, p.103-109, 1975.

_____ (1977a) O conceito do fronteiroço. In: *Sobre a loucura pessoal*. Trad. Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, p.66-89, 1988.

_____ (1977b) A alucinação negativa. In: *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, p. 295-300, 2010.

_____ (1979) A psicanálise e modos comuns de pensamento. In: *Sobre a loucura pessoal*. Trad. Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, p.23-35, 1988.

_____ (1980) A mãe morta. In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Editora Escuta, p.247-282,1988.

_____ (1982a) La Double limite. *Nouvelle Revue de Psychanalyse* (Le trouble de pensée). Paris: n° 25, p.267-283, 1982.

_____ (1982b) Prefácio. O narcisismo e a psicanálise: ontem e hoje. In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Editora Escuta, p.11-31,1988.

_____ (1986a) *Conferências brasileiras de André Green*. Metapsicologia dos limites. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ (1986b). O trabalho do negativo. In: *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, p. 289-294, 2010.

_____ (1986c) Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. In: Green, A. [et al.] *A pulsão de morte*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Editora Escuta, p.59-68, 1988.

_____ (1988a) *Sobre a loucura pessoal*. Trad. Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____ (1988b) Seminário sobre o trabalho do negativo. In: *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, p. 301-305, 2010.

_____ (1988c) Introdução. In: *Sobre a loucura pessoal*. Trad. Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, p.9-22, 1988.

_____ (1988d) Narcisismo de vida. Narcisismo de morte

_____ (1993a) *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____ (1993b) A analidade primária. In: *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, p. 306-313, 2010.

_____ (1994) *Um psicanalista engajado. Conversa com Manuel Macias*. Trad. José Martins Canelas Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

_____ (1999) Genèse et situation des états limites. In : André, J. (Dir.) *Les états limites. Nouveau paradigme pour la psychanalyse?* Paris: PUF, p. 23-68, 1999.

_____ (2002) *Orientações para uma psicanálise contemporânea. Desconhecimento e reconhecimento do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP. Depto. De Publicações, 2008.

GUREWICH, J. (1998) The new disorders of the unconscious. In: Gurewich, J. F. and Tort, M. with Fairfield, S. (Editors). *The subject and the self – Lacan and American psychoanalysis*. New Jersey: Jason Arosen, p.37-41, 1998.

HEIMAN, P. (1949) Sobre a contratransferência. Tradução: Teresa da Costa. In: *A contratransferência à luz do desejo do analista*. Rio de Janeiro: Publicação da Escola Letra Freudiana, Ano XXI – nº 29, 2002.

HAYNAL, A. (1977) Le sens du désespoir. In : *Revue Française de Psychanalyse*. Paris : PUF, p.5-186, janvier-avril, 1977.

JURANVILLE, A. *La mélancolie et ses destins. Mélancolie et dépression*. Paris : Éditions in Press, 2005.

KEHL, M. R. (2009) *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

- KHAN, M. (1960) Aspectos clínicos da personalidade esquizóide: afetos e técnica. In: *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Trad. Glória Vaz. Rio e Janeiro: Francisco Alves Ed, p.23-38, 1977.
- KLEIN, M. (1952) Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: *Inveja e gratidão*. Coord. trad. Liana Chaves. Rio de Janeiro : Imago, p.85-118, 1985.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS (1982) *Vocabulário de Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LAPLANCHE, J. *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- LÉVESQUE, N. (2005) *Le deuil impossible nécessaire. Essai sur la perte, la trace et la culture*. Québec : Éditions Nota Bene, 2005.
- LIMA, L. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.2,n.3, p.44-96, nov.1995-fev1996.
- LITTLE, M. (1958) On delusional transference. *International Journal of Psychoanalysis* 39, p.81-91.
- _____ (1985) Lorsque Winnicott travaille dans des zones où dominant les angoisses psychotiques – un compte-rendu personnel. Trad. Caroline Thompson. In : André, J. et Thompson, C. (Dir.) *Transfert et états limites*. Paris: PUF, p.105-155, 2005.
- MAIA, M. S. (2003) *Extremos da alma*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MAYER, H. (2001) Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: Cardoso, M. (org.) *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: NAU Editora: FAPERJ, p.81-101, 2001.
- McDOUGALL, J. (1978a) O antianalisando em análise. In: *Em defesa de uma certa anormalidade. Teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.83-97, 1983.
- _____ (1978b) A contratransferência e a comunicação primitiva. In: *Em defesa de uma certa anormalidade. Teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.98-114, 1983.
- MILLER, J. A. (Org.) (1997) *A conversação de Archon – Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica*. Trad. Luis de Souza Forbes. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998.

- MIZRAHI, B.; GARCIA, C. (2007) A capacidade de estar só: um contraponto winnicottiano ao ideal contemporâneo de autonomia absoluta. In: *Psicologia em Revista*, v.13, n.2, p.267-280, dez.2007.
- MORAES, C. (2008) *Eu tomo antidepressivo, graças a Deus!* Rio de Janeiro: Best Seller, 2008.
- MOREIRA, A. C. G. *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta/EDUFPA, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) / ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) (2001) Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (1992) Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PARSONS, M. (2002). Le cadre. Utilisation et intervention. In: André, J. et Thompson, C. (Dir.) *Transfert et états limites*. Paris : PUF, p.69-84, 2005.
- PEIXOTO, C. A. (2004) *Formas de subjetivação*. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2004.
- PEREIRA, M. E. (1999) *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta, 1999.
- PERES, U. T. (1996) Dúvida melancólica. Dívida melancólica. Vida melancólica. In: ____ (Org.) *Melancolia*. São Paulo: Escuta, p. 11-71, 1996.
- ____ (2003) *Depressão e melancolia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- PINHEIRO, T. (1999) Em busca de uma metapsicologia da melancolia. In: Birman, J. (Org.) *Sobre a psicose*. Rio de Janeiro: Contra-Capa, p. 29-44, 1999.
- ____ (2005) Depressão na contemporaneidade. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*, v.18, n.182, p.101-109, junho/2005.
- PLASTINO, C. A. (Org.) (2002) *Transgressões*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.
- ROCHA, Z. (2007) Esperança não é esperar, é caminhar. Reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Vol.10, n.2, p. 255-273, jun/2007.
- ROSOLATO, G. (1975) L'axe narcissique des dépressions. In : *Nouvelle Revue de Psychanalyse. Figures du vide*. Paris : n.11, p.5-33, 1975.
- ROUDINESCO, E. (1999) *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2000.

- ROUSSILLON, R. (1991) *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. Trad. Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Editora Unisinos, 2006.
- _____ (1999) *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF, 1999.
- _____ (2001) *Le plaisir et la répétition*. Paris: Dunod, 2001.
- _____ (2002a) Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction. In: André, J. et Thompson, C. (Dir.) *Transfert et états limites*. Paris: PUF, p.41-58, 2005.
- _____ (2002b) Agonie et désespoir dans le transfert paradoxal. In : André. J. (Dir.) *Le temps du désespoir*. Paris : PUF, p.67-95, 2002.
- _____ (2007) *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris : PUF, 2007.
- _____ (2008a) Corps et acts messagers. In : Chouvier, B. et Roussillon. R. (Dir.) *Corps, acts et symbolisation. Psychanalyse aux frontières*. Bruxelles : De Boeck, p. 23-37, 2008.
- _____ (2008b) Complexité et paradoxes du transfert. In: Marty, F. (Dir.) *Les grands concepts de la psychanalyse*. Paris: Dunod, p.263-278, 2008.
- _____ (2008c) L'entreje(u) primitif et l'homosexualité primaire « en double ». In : *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : PUF, p.107-148, 2008.
- SCARFONE, D. (1992) « Ma mère, ce n'est pas elle. » De la séduction à la négation. In : Jacques, A. (Dir.) *Actes du Colloque de Montréal (3-5 juillet 1992). Colloque international de psychanalyse. Nouveaux fondements pour la psychanalyse. Jean Laplanche et collaborateurs*. Paris : Presses Universitaires de France, p.97-106, 1994.
- _____ (1997a) *Jean Laplanche*. Paris : PUF, 1997.
- _____ (1997b) La déssexualisation. In : *Trans – Revue de Psychanalyse*. Montréal : n. 8, p. 127-144, 1997.
- _____ (2004) *As pulsões*. Trad. Paulo Neves. São Leopoldo/RS: Unisinos, 2005.
- SOLOMON, A. (2001) *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Trad. Myriam Capello. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
- SOUZA, O. (2000) Os continentes psíquicos e o vazio em psicanálise. In: Da poian, C. (Org.) *Formas do vazio: desafios do sujeito contemporâneo*. São Paulo: Via Lettera Editora, p.131-141, 2001.
- _____ (2003) Trauma, defesa e criatividade. In: *Tempo psicanalítico: revista da Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, nº 35*, p.115-135, Rio de Janeiro.

- _____ (2007) Defesa e criatividade em Klein, Lacan e Winnicott. In: Bezerra Jr.; Ortega, F. (Orgs.) *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, p.315-344, 2007.
- SPCRJ (2009) *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ. Mal-estar na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: v.25, n.28, 2009.
- STERN, A. (1938) Investigação psicanalítica e a terapia do grupo de neuroses limítrofes. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Trad. Alain François. São Paulo: Vol. II, nº 2, p.159-176, 1999.
- THOMPSON, C. (2002) Le contre-transfert est-il un cadre? In: André, J. et Thompson, C. (Dir.) *Transfert et états limites*. Paris: PUF, p.23-40, 2005.
- TRILLAT, E. (1986) *História da histeria*. Trad. Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991.
- VERTZMAN, J.; PINHEIRO, T. (2003) As novas subjetividades, a melancolia e as doenças auto-imunes. In: Pinheiro, T. (Org.) *Psicanálise e formas de subjetivação contemporâneas*. Rio de Janeiro: Contra Capa, p.77-104, 2003.
- VERTZMAN, J. *Tristeza e depressão: pensando nos problemas da vida*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1995.
- WINNICOTT, D. (1939) Desilusão precoce. In: *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Trad. José Octavio Abreu. Porto Alegre: Artmed, p.17-19, 1994.
- _____ (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, p.218-232, 2000.
- _____ (1947) O ódio na contratransferência. In: *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, p.277-287, 2000.
- _____ (1954) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, p.374-392, 2000.
- _____ (1955-6) Formas clínicas da transferência. In: *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, p.393-398, 2000.
- _____ (1956) A tendência anti-social. In: *Privação e delinqüência*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, p.135-147, 2005.

_____ (1958) A capacidade para estar só. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo C. Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, p.31-37,1983.

_____ (1960) Agressão, culpa e reparação. In: *Privação e delinqüência*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, p.153-162, 2005.

_____ (1962-3) O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo C. Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, p.70-78,1983.

_____ (1963) O medo do colapso (Breakdown). In: *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Trad. José Octavio Abreu. Porto Alegre: Artmed, p.70-76, 1994.

_____ (1967a) A localização da experiência cultural. In: *O brincar e a realidade*. Trad. José Octávio de A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, p.133-143, 1975.

_____ (1967b) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. Trad. José Octávio de A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, p.153-162, 1975.

_____ (1969) O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: *O brincar e a realidade*. Trad. José Octávio de A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, p.121-131, 1975.

_____ (1971) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *O brincar e a realidade*. Trad. José Octávio de A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, p. 13-44, 1975.