

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 silenciosas 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 angustiante, 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 salvaguardar 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.