

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica

**O lugar do analista na clínica atual:
da fixidez da fantasia à mobilidade psíquica**

Ana Bárbara de Toledo Andrade

2013



UFRJ

**O lugar do analista na clínica atual:
da fixidez da fantasia à mobilidade psíquica**

Ana Bárbara de Toledo Andrade

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Regina Herzog

Rio de Janeiro

Julho/ 2013

O lugar do analista na clínica atual: da fixidez da fantasia à mobilidade psíquica

Ana Bárbara de Toledo Andrade

Orientadora: Regina Herzog

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Profª. Dra. Regina Herzog

Profª. Dra. Josaida Gondar

Profª. Dra. Perla Klautau

Profª. Dra. Marta Rezende Cardoso

Prof. Dr. Julio Verztman

Rio de Janeiro

Julho/ 2013

Andrade, Ana Bárbara de Toledo

O lugar do analista na clínica atual: da fixidez da fantasia à mobilidade psíquica

Ana Bárbara de Toledo Andrade. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2013.

133f.; 29,7 cm

Orientadora: Regina Herzog

Tese (Doutorado) – UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2013.

Referências bibliográficas: f. 125-133.

1. Clínica atual. 2. Fantasia. 3. Mobilidade psíquica. 4. Função do analista. 5. Tese (Doutorado). I. Herzog, Regina. II.

Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Psicologia/ Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. III. Título

Agradecimentos

A Regina Herzog, por todas as trocas tão frutíferas, pelo estímulo em momentos fundamentais e pela aposta em nosso trabalho em conjunto ao longo dos últimos anos de mestrado e doutorado. Agradeço, sobretudo, por ter me ensinado, de forma delicada e em um tempo processual, o ofício de pesquisa em psicanálise.

A Catherine Cyssau, por ter me recebido tão gentilmente como sua orientanda em Paris, pela disponibilidade generosa, tendo se tornado uma interlocutora fundamental, apontando novos caminhos possíveis para esta pesquisa.

A toda a equipe do NEPECC, pelas discussões estimulantes, essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa, e, também, pelo prazer compartilhado ao pensar a teoria associada à clínica psicanalítica. Agradeço, especialmente, a Julio Verztman e Teresa Pinheiro, professores com quem muito aprendi.

Às professoras Marta Rezende e Jô Gondar, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos professores Joel Birman e Isabel Fortes, pelas ideias estimulantes no início deste percurso de pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, pela qualidade da formação em psicanálise que me ofereceram desde a graduação em Psicologia e, principalmente, ao longo do curso de mestrado e doutorado.

Ao Jonas, por todo o seu amor e por sua infinita paciência, acompanhando de perto todo este percurso. E também por sua leveza e seu senso de humor, tornando tudo mais prazeroso, mais colorido. Pelo que vivemos hoje e pelo futuro que vamos inventar juntos.

Aos meus pais, por tudo aquilo de positivo que souberam me transmitir e pela presença muito amorosa. As minhas irmãs, Isabel e Constança, e a meu cunhado, Leandro, por estarem sempre perto, dividindo comigo experiências de crescimento mútuo.

A Camila Farias, por ter sido uma interlocutora muito importante no final do percurso da pesquisa, pelas sugestões valiosas e pela amizade preciosa que ganhei desde o início do mestrado.

A Paloma Espínola, pela amizade desde sempre, pelas ideias criativas e por termos tido a sorte de estarmos na mesma hora e no lugar certo para compartilharmos uma parte de nossa temporada parisiense.

Aos amigos queridos que fiz em Paris, pelo compartilhar de uma experiência enriquecedora. Em especial, Bianca Lima, Erika Zerwes, Marcus Duarte, Mauricio Resende, Bianca Spohr, Geovana Soncin, Maria Thereza David João e Maria Lazaridou.

As amigas Fabiana Gaspar, Olívia Castro, Karen Swanborn, Luciana Hemais e Maria Paula Macedo, pela amizade carinhosa e pelo estímulo de sempre.

A Marilia Sodré, pelo ritmo com que conduziu nossa experiência compartilhada, pelo importante crescimento que me propiciou.

A Rachel Sztajnberg, por ter indicado novos sentidos para minha experiência clínica, apontando a importância do movimento interpretativo em análise.

Aos pacientes, que muito me ensinaram, dando espessura às reflexões elaboradas.

A CAPES, pela bolsa de doutorado no Brasil e pela bolsa PDSE, a qual me permitiu estudar e viver em Paris durante o ano de 2012.

Resumo

O lugar do analista na clínica atual: da fixidez da fantasia à mobilidade psíquica

Ana Bárbara de Toledo Andrade

Orientadora: Regina Herzog

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

O objetivo central desta tese é o de examinar a especificidade do papel do analista na clínica contemporânea, abordando uma problemática comum aos casos difíceis com os quais nos deparamos na clínica atual. O fantasiar penoso de desvalia narcísica revela-se uma problemática que não só dificulta a mobilidade psíquica do sujeito, como também coloca obstáculos à própria mobilidade da prática psicanalítica. Indicamos que a fixidez da fantasia decorreria de uma relação traumática de submissão absoluta ao objeto primário. A esta questão, articula-se uma fantasia materna que buscaria manter intocável e imodificável o estado psíquico de indiferenciação eu-outro. Diante das dificuldades impostas por esses pacientes no âmbito da condução do tratamento, empreendemos uma discussão a respeito da particularidade da dinâmica transferencial, visando compreender como essa configuração subjetiva inscreve-se no contexto clínico. Deste modo, desenvolvemos uma reflexão teórico-clínica a propósito da condução do tratamento analítico com os casos difíceis. Propomos uma dialética temporal e rítmica para o manejo transferencial e para o movimento interpretativo em análise.

Palavras-chave: clínica contemporânea; fantasia; mobilidade psíquica; função do analista; psicanálise.

Rio de Janeiro

Julho/ 2013

Résumé

Le rôle de l'analyste dans la clinique actuelle: De la fixité de la fantaisie à la mobilité psychique

Ana Bárbara de Toledo Andrade

Directeur de recherche: Regina Herzog

Résumé de Thèse de Doctorat présenté au Programme de Doctorat en Théorie Psychanalytique, Institut de Psychologie de l'Université Fédérale de Rio de Janeiro – UFRJ, ceci étant une des exigences pour l'obtention du titre de Docteur en Théorie Psychanalytique.

L'objectif fondamental de la recherche est d'analyser la spécificité du rôle de l'analyste dans la clinique contemporaine, évaluant une problématique commune aux cas difficiles auxquels est confronté la clinique actuelle. La fantaisie pénible de discrédit narcissique se révèle une problématique que non seulement entrave la mobilité psychique du sujet, mais, en outre, fait obstacle à la mobilité de la pratique psychanalytique. Nous signalons que la fixité de la fantaisie découle d'une relation traumatique de soumission absolue à l'objet primaire. À cette problématique, on découvre associée un fantasme maternel dont l'effort est de maintenir intouchable et immuable l'état psychique d'indifférenciation. Face aux difficultés imposées par ces patients-là au sein de la cure psychanalytique, nous proposons une discussion en ce qui concerne à la particularité de la dynamique transférentielle, afin de comprendre comment cette configuration subjective s'engage dans le contexte clinique. En effet, nous développons une réflexion théorique et clinique à propos du maniement de la cure analytique des cas difficiles. Nous proposons une dialectique temporelle et rythmique au maniement du transfert et au mouvement interprétatif en analyse.

Mots-clés: clinique contemporaine ; fantaisie ; mobilité psychique ; fonction de l'analyste ; psychanalyse.

Rio de Janeiro

Juillet/ 2013

Sumário

Introdução	10
Capítulo 1 - Relações entre o materno arcaico e a fantasia	18
I. 1. O estatuto da fantasia em Freud	18
I.2. O traumático no narcisismo primário	24
I.2.1. Entre o excesso e a falta do objeto	24
I. 2. 2. O tempo rítmico da relação primária	27
I. 2. 3. Autoerotismo e fantasia	31
I. 2. 4. O traumático em Ferenczi	33
I. 2. 5. A submissão ao outro: uma contribuição de Winnicott	37
Capítulo 2 - A fantasia materna canibalesca	43
II.1. A fantasia de apagamento da diferença	44
II.1.1. A organização secreta do espaço íntimo.....	44
II.1.2. O desejo materno de indiferenciação.....	48
II.1.3. Regressão ao estado fusional.....	54
II.1.4. O ódio e sua expressão pelo ato.....	57
II.2. A mãe arcaica como obstáculo à fantasia	61
II.2.1. Uma ilustração clínica.....	61
II.2.2. A ilha deserta como imagem prototípica da relação fusional.....	66
Capítulo 3 - A transferência na clínica dos casos difíceis.....	69
III.1. A especificidade da dinâmica transferencial.....	69
III.2. Os obstáculos à análise na perspectiva freudiana	72
III.2.1. Compulsão à repetição e reação terapêutica negativa.....	72
III.2.2. A subjetividade do analista no processo de análise	75
III.3. A força de confrontação	82
III.3.1. O caráter afirmativo da reação terapêutica negativa	82
III.3.2. O excesso de desprazer do lado do analista	85
III.3.3. A contratransferência na frente da cena	87
III.4. A disponibilidade psíquica do analista.....	93
III.4.1. O método psicanalítico de <i>abandono</i> ao seu próprio inconsciente	93
III.4.2. Um campo subjetivo inaugural.....	95
Capítulo 4 - Tempos da interpretação e modalidades de intervenção	99
IV.1. A criação de uma <i>língua inédita</i>	100
IV.1.1. Para início de conversa	100
IV.1.2. O movimento interpretativo em análise.....	102
IV.2. Por uma metapsicologia dos processos psíquicos do analista	104
IV.2.1. Os tempos da interpretação.....	104
IV.2.2. A temporalidade da interpretação em Freud.....	106
IV.3. O tempo rítmico entre analista e analisando.....	110
IV.3.1. O ritmo do manejo clínico: entre a consonância e a dissonância	110
IV.3.2. Fantasiar com: a mobilidade psíquica como fonte de prazer.....	115
Considerações finais.....	121
Referências bibliográficas.....	125

Introdução

O objetivo central da presente tese de doutorado será o de indagar sobre o papel do analista na clínica contemporânea. Esta pesquisa é um desdobramento das indagações levantadas na dissertação de mestrado realizada neste Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, quando foi realizada uma pesquisa sobre o conceito de contratransferência na obra de Freud (ANDRADE, 2009). O objetivo da dissertação foi o de analisar o papel dos afetos do analista na condução do tratamento analítico. Com efeito, esta pesquisa de doutorado se propõe a desenvolver determinadas questões concernentes a uma discussão sobre os limites colocados pelas subjetividades atuais à prática psicanalítica. De forma mais específica, nossa intenção aqui é a de pesquisar o modo particular de fantasiar dos chamados *pacientes difíceis*, o qual impõe desafios à prática clínica atual. O interesse por este campo de pesquisa se justifica não apenas pela intenção de aprofundar a leitura teórico-clínica já iniciada por ocasião da dissertação de mestrado, mas se deve, sobretudo, à minha inserção no âmbito da pesquisa teórico-clínica do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC/UFRJ)¹. As discussões e elaborações teórico-clínicas empreendidas neste laboratório de pesquisa foram essenciais para que as ideias presentes nesta tese ganhassem forma e fossem desenvolvidas.

Deste modo, diante dos impasses clínicos trazidos por determinadas formas de sofrimento psíquico na atualidade, os quais interrogam quanto aos limites do tratamento, somos levados a certa especificidade da prática clínica psicanalítica, especificidade essa que procuraremos delinear ao longo desta pesquisa. Para começar, convém assinalar que a literatura psicanalítica evoca frequentemente o fato de que a clínica contemporânea se vê cada vez mais confrontada com modalidades subjetivas refratárias ao dispositivo psicanalítico clássico. Recorre-se comumente a um recenseamento extenso e complexo desses tipos clínicos, enumerando e delineando suas características. Todos eles seriam, por natureza, refratários à análise – tipos clínicos denominados, de modo genérico, “subjetividades contemporâneas”, designação pouco

¹ A pesquisa desenvolvida pelo NEPECC – núcleo coordenado pelos professores Julio Verztman, Regina Herzog e Teresa Pinheiro – vem se dedicando a projetos de pesquisa que conjuguem teoria e clínica, voltando-se a uma investigação sobre as modalidades de padecimento psíquico na atualidade.

específica que engloba uma grande variedade de configurações clínicas com sintomatologias as mais distintas. É possível notar que as diversas apreciações recaem sobre um ponto central: trata-se de sujeitos que sofrem devido a uma inconsistência básica na certeza de si, isto é, sentem uma fragilidade quanto à certeza de sua própria existência – fragilidade da qual decorre uma vida psíquica que pode ser sentida pelo próprio sujeito como artificial, vazia ou falsa. Seu sofrimento psíquico está intimamente associado à necessidade que eles têm de se assegurar de sua própria existência pois, como veremos, seu psiquismo se vê constantemente ameaçado pela indiferenciação, forçado a se defender do risco de se perder e desaparecer na relação com o outro.

Embora muitas tenham sido as nomenclaturas conferidas a esses pacientes, optamos pela designação de casos difíceis², opção que se explica não tanto em função de sua sintomatologia, mas por remeter notadamente às dificuldades suscitadas por esses pacientes na dinâmica clínica psicanalítica, além de dar ênfase aos problemas de manejo clínico que pretendemos discutir ao longo desta pesquisa. Se vemos esta discussão ganhar cada vez mais corpo na clínica atual, é preciso lembrar que os limites impostos ao processo analítico por pacientes deste tipo já eram notados por Freud e assinalados mais direta e enfaticamente por autores como Ferenczi e Winnicott. A estes dois autores cabe o mérito e, a eles devemos o reconhecimento, de terem sido os analistas que começaram a dar mais atenção aos pacientes difíceis, os casos clínicos refratários à análise. Essa discussão se iniciou, de forma mais direta, com eles e se seguiu até os dias atuais.

Entre os autores que mais recentemente deram continuidade a essa discussão, destacamos alguns deles. André Green, desde o início da década de 70, reconhecia a existência de uma notável transformação na clínica psicanalítica trazida pelas chamadas “estruturas narcísicas” e pelos “estados-limites”, que exigiriam uma extensão do campo psicanalítico para além da análise clássica. É interessante observar que, para o autor, mais do que a qualidade dos pacientes, o que teria se modificado substancialmente na clínica contemporânea seria a escuta do psicanalista, mais sensível aos conflitos carregados de potencial arcaico (GREEN, 1990). Na mesma década, Joyce McDougall

² A opção pela terminologia de “pacientes difíceis” reflete nossa inserção em determinada linha da psicanálise influenciada pela perspectiva ferencziana. Lembremos que esta designação foi empregada mais enfaticamente por Ferenczi, ao considerar-se a si mesmo um especialista em “casos difíceis”. Além disso, não podemos deixar de assinalar o caráter de eufemismo implícito na expressão. Como indica Pontalis (1995): “*Difíceis* é um eufemismo. Deveríamos dizer: que causam sofrimento, aqueles precisamente de quem se sente a imperiosa necessidade de falar (...)” (PONTALIS, 1995, p. 221, grifos nossos); e poderíamos complementar: aqueles sobre quem se sente a imperiosa necessidade de pesquisar, teorizar.

também chamava atenção para a questão. Assinalava uma mudança no contexto clínico psicanalítico relativa a um aumento da demanda de análise de pacientes que, segundo a autora, não poderiam ser classificados pela tipologia do “bom neurótico clássico” (MCDOUGALL, 1978, p. 8). Na década de 1980, Didier Anzieu (1985) também reafirmava a mudança significativa na natureza do sofrimento psíquico dos pacientes que recorriam ao tratamento analítico, assim como inúmeros outros analistas, que começavam a se voltar efetivamente para essa problemática clínica específica. O que parece estar em questão nessas constatações é o fato de que os quadros clínicos qualificáveis como puramente neuróticos tornaram-se cada vez mais raros na prática clínica. Acrescenta-se a isso o fato de os analistas estarem cada vez mais atentos a uma problemática de ordem narcísica (PONTALIS, 2005).

Nesta tese, pretendemos voltar nossa atenção para determinado aspecto da sintomatologia dos casos difíceis, a saber, as possibilidades e a amplitude de seu campo fantasmático, tendo em vista a grande dificuldade para forjarem fantasias que sejam fonte de prazer. Como resultado, não manifestam expectativas favoráveis ou positivas em relação a si mesmos e ao mundo, sendo possível notar em seus conteúdos imaginários um *sentimento de si* extremamente desvalorizado e desprestigiado.

Observamos nestes pacientes uma tendência a forjar mentalmente, de forma exclusiva, cenas imaginárias em que protagonizam experiências desprazerosas. Devido a uma autopercepção profundamente desvalorizada, o sentimento de menos valia comparece como sofrimento privilegiado, muito embora tal sofrimento apareça no discurso de forma pouco matizada, sem colorido afetivo. São sujeitos, como observa Costa (2012), pouco providos de amor próprio e autoestima, cujos conteúdos psíquicos comportam uma “dificuldade de se perceber como um suporte de narrativas positivas e não apenas de narrativas por subtração: eu não sou; eu não posso; eu não sei; eu não desejo; eu não quero; eu não penso e assim por diante” (COSTA, 2012, p. 12). Deste modo, eles conferem ao próprio *sentimento de si* uma intensa indignidade, cuja concretude é capaz de emperrar a plasticidade e a mobilidade da fantasia. A repetição incoercível de enredos estereotipados de caráter penoso, fabulando cenas em que se imaginam duramente ridicularizados ou desvalorizados, são uma característica comum da vida psíquica desses pacientes. As cenas imaginárias de *desvalia narcísica* perfilam em seu mundo psíquico, incapazes de produzir fantasias cujo enredo mais prazeroso pudesse atenuar seu sofrimento. A natureza repetitiva e duramente martirizante dessas

cenar imaginárias confere ao seu funcionamento mental um caráter de compulsão à repetição, o que aponta para a dimensão traumática dessas organizações psíquicas.

Convém esclarecer que esse modo de sofrimento psíquico resiste a toda tentativa de enquadramento nas categorizações psicopatológicas da psicanálise, uma vez que essa singularidade penosa e compulsiva do fantasiar pode tanto ser remetida ao modelo clínico da neurose obsessiva, assim como ao da histeria e, ainda, ao quadro melancólico. A respeito de sua possível ressonância com o quadro obsessivo, mais evidente, vemos nessas configurações clínicas um sofrimento psíquico relacionado à incerteza sobre si, antecipações mentais de autoacusação, entre outros sintomas muito semelhantes àqueles da neurose obsessiva. Contudo, à diferença do neurótico, o sofrimento subjetivo predominante destes pacientes não pode ser atribuído a um sintoma a que remeteríamos um material recalado e um mecanismo de formação sintomática através do qual se expressaria um esboço de elaboração psíquica. Embora apresentem sintomas neuróticos, estes parecem ter valor secundário. Isso porque a origem de seu sofrimento não se encontra prioritariamente atrelada a questões em que a dinâmica do desejo e do recalque se fariam presentes. A problemática narcísica, por sua vez, se apresenta em primeiro plano como questão privilegiada na vida psíquica desses pacientes.

Quanto à comparação com o modelo clínico da melancolia, não podemos deixar de considerar que esses pacientes dão sinais, ainda mais evidentes, de sua semelhança com o sujeito melancólico. As autorrecriações, sintoma típico da melancolia, sobre o qual nos fala Freud (1917[1915]/1974), que se manifesta sem que o sujeito tenha qualquer constrangimento, é indicativo desta correlação.³ Entretanto, nossa intenção aqui não é a de estabelecer comparações com um determinado modelo nosológico, mas, antes, a de evidenciar um modo de sofrimento psíquico que pode transitar entre diferentes quadros clínicos, apresentando sinais diversos tanto de sintomatologias neuróticas quanto melancólicas. Isto é, pretendemos nos centrar na natureza desse fantasiar de desvalia narcísica, entendendo-o como a especificidade de um mundo imaginário penoso que pode se apresentar em pacientes com configurações clínicas heterogêneas, ainda que todos apresentem uma problemática narcísica predominante.

³ O estudo comparativo entre a melancolia e os casos difíceis, mais especificamente quanto à natureza da fantasia centrada em um sentimento de desvalia narcísica, mereceria uma pesquisa à parte, embora não seja nossa intenção desenvolvê-lo na presente tese. Quanto a uma leitura comparativa entre estes dois modelos clínicos, remetemos o leitor à produção do NEPECC (Verztman, 2012; Pinheiro, 2012; Pinheiro et al., 2010; Verztman et al., 2007; Pinheiro et al., 2006; Verztman et al., 2006).

De maneira geral, propomos que as dificuldades referidas ao campo fantasmático nesses casos diz respeito a uma dificuldade de ter prazer ao criar fantasias. Esta problemática parece se afinar com a observação de Green (1979) quanto ao modo de funcionamento psíquico dos pacientes-limite, cujos transtornos na esfera do pensamento, bastante frequentes, indicam um funcionamento marcado por uma prevalência da pulsão de morte sobre o princípio de prazer. O funcionamento psíquico desses pacientes, segundo Green, estaria orientado de maneira inversa à lógica descrita por Freud (1911) quanto aos dois princípios básicos do funcionamento mental. No lugar de buscar o prazer, o psiquismo buscaria o desprazer; ao invés de evitar o desprazer, o psiquismo evitaria o prazer.

“Pode-se dizer que o sujeito diz Sim ao desprazer e Não ao prazer. Há casos em que o analista poderia pensar que o “Não ao prazer” do sujeito é apenas superficial e que ele obtém satisfações ocultas nesse compromisso com o sofrimento, mas há outros casos em que o sofrimento psíquico é de tal ordem que parece difícil acreditar que o sujeito obtenha qualquer satisfação” (GREEN, 1979, p. 56, tradução nossa).

Esse quadro clínico, ao sugerir uma dominância da pulsão de morte sobre seu psiquismo, inviabiliza a instauração da atividade fantasmática em seu aspecto mais essencial. Isso porque a noção de fantasia, se nos pautarmos, de início, na definição de Aulagnier (1990), apresenta como característica central o fato de “preservar um prazer em pensar que não tenha outra razão que o puro prazer de *criar* esse pensamento” (AULAGNIER, 1990, p. 263). O vínculo entre o princípio de prazer e a atividade de fantasiar é, portanto, indissociável, fato que poderemos constatar ao retomarmos a construção teórica freudiana relativa à noção de fantasia. Veremos, no primeiro capítulo, como Freud buscou assinalar, ao longo dos textos que abordam essa noção, a natureza prazerosa do fantasiar.

A questão que se coloca, portanto, é a de compreender por que os pacientes difíceis não podem recorrer, em seu psiquismo, à natureza plástica e prazerosa da criação imaginativa. Para responder a esta indagação, buscaremos seguir a hipótese de que a fixidez da fantasia, nesses casos, parece decorrer de uma relação de submissão absoluta ao objeto materno, evidenciando um modo particular de relação com o outro em que os limites fundamentais de separação eu-outro não são respeitados. Assim, a impossibilidade de dar às suas fantasias um movimento dinâmico e plástico parece resultado de dificuldades para atravessar a experiência de separação e interiorização do

objeto materno. Nesta perspectiva, a problemática subjetiva central se articula à dificuldade de aquisição de um *sentimento de si* em que estaria garantida a separação do outro – problemática da qual decorre um sentimento de integridade narcísica tíbio e vacilante.

Nossa intenção é a de situar essa estereotipia penosa da fantasia entendendo-a, mais precisamente, como um modo de afirmação subjetiva de um aparelho psíquico *engolido* pelos efeitos de uma relação de submissão ao objeto primário. Procuraremos defender a hipótese de que o caráter estático do fantasiar penoso desses pacientes implica em uma tentativa de atribuir sentido, sob a forma de compulsão à repetição, ao excesso pulsional traumático, em um esforço contínuo de ligá-lo a representações, mesmo que dolorosas. Desse modo, nosso propósito é o de marcar uma positividade desse fantasiar penoso nos casos difíceis, contrariamente ao que habitualmente postula o discurso psicanalítico, que os define apenas pela negatividade. “Não sonham, não fantasiam, não simbolizam” – este é o discurso mais ou menos corriqueiro que se usa para referir-se aos pacientes difíceis. Buscaremos apostar em uma via distinta, apontando o caráter afirmativo de um fantasiar no qual, ao contrário de uma recusa ou ausência fantasmática, há uma fixidez e estereotipia da fantasia; mesmo que fantasiem sempre o mesmo, esses sujeitos fantasiam, ainda que essas fantasias se movimentem de forma restrita e compulsiva na circularidade fechada de seu campo fantasmático.

Nessas condições, a técnica psicanalítica clássica, privilegiando a interpretação do recalcado, parece não ter os mesmos efeitos daqueles esperados na clínica da neurose. As dificuldades impostas por esses pacientes no âmbito da condução do tratamento apontam a necessidade de uma discussão a respeito tanto da especificidade da dinâmica transferencial, quanto dos recursos técnicos a que se pode lançar mão na clínica atual. Conforme aponta Roussillon (2002):

“É quando não dispomos de conceitos e processos *ad hoc* para trabalhar na análise da transferência, que então somos levados a jogar com o dispositivo. (...). Quando se sabe o que fazer ou dizer “analiticamente”, quando se reduz a confusão ou mesmo o desamparo do analista diante da transferência a qual é confrontado, as modificações da situação analítica (...) se reduzem igualmente, ou tomam outro sentido” (ROUSSILLON, 2002, p. 43-44).

Com efeito, diante das dificuldades enfrentadas pelo analista na clínica atual, nossa intenção é a de elaborar nesta tese algumas balizas teórico-clínicas que nos inspirem a empreender o trabalho analítico com esses pacientes. Cabe aqui uma

ressalva: longe de nós pretender desenhar aqui o esboço de um dispositivo clínico que, de forma estabelecida e assegurada, pudesse apontar o modo de condução clínica mais indicado para os casos difíceis. A nosso ver, uma pretensão como esta, além de ilusória, restringiria em muito a disponibilidade do analista para aquilo que há de singular em cada sujeito.

No primeiro capítulo da tese, abordaremos mais especificamente o modo de sofrimento subjetivo desses sujeitos, aprofundando a natureza traumática da relação com o objeto primário, à qual fizemos referência acima. Apresentaremos uma contraposição entre o fantasiar móvel e plástico, tal como proposto na obra freudiana quanto ao modo privilegiado de fantasiar do neurótico, e a fixidez fantasmática dos casos difíceis. Para compreender por que esses sujeitos não podem recorrer, em seu mundo psíquico, à natureza prazerosa da vida imaginativa, vamos mostrar a correlação entre a *presença excessiva* do objeto primário e a fixidez do fantasiar. Desenvolveremos uma reflexão sobre o percurso psíquico necessário para o ensejo da vida fantasmática, evidenciando a importância de uma temporalidade rítmica materna que seja consonante com a temporalidade psíquica do bebê. Além disso, estabeleceremos as relações entre o autoerotismo e a fantasia, indicando que problemáticas relativas ao desenvolvimento da atividade autoerótica são determinantes para o enrijecimento da dimensão imaginativa do sujeito. Recorreremos ainda à teoria do trauma ferencziano para explicar a centralidade da problemática narcísica dos casos difíceis, assim como às proposições de Winnicott concernentes ao fantasiar criativo. Ambos os autores poderão contribuir para a inteligibilidade das dificuldades de acesso fluido e prazeroso à atividade imaginativa.

No segundo capítulo, começaremos apontando a importância da organização psíquica do espaço de intimidade, espaço do *segredo* onde podem ser criadas as fantasias, o que asseguraria ao sujeito a experiência psíquica de separação e diferenciação eu-outro. Com efeito, vamos propor que a fixidez do fantasiar desses pacientes estaria relacionada à impossibilidade de estruturação do espaço do segredo, problemática que decorreria de uma fantasia fusional com o objeto primário. Indicaremos que esta fantasia de indiferenciação eu-outro remete mais propriamente a uma problemática narcísica materna, a qual seria projetada para a criança. Delinearemos, assim, as correlações entre a fixidez da fantasia penosa e a fantasia estática materna, em sua tentativa de manter intocável e imutável o estado psíquico de indiferenciação eu-outro. A fixidez da fantasia de desvalia narcísica do paciente difícil, assim como o apelo ao ato, poderão ser entendidos igualmente como recursos

defensivos utilizados pelo sujeito para se opor à uma relação de submissão absoluta à alteridade materna.

Nos dois últimos capítulos, nos dedicaremos a uma investigação eminentemente clínica. No terceiro capítulo, apresentaremos a especificidade da dinâmica transferencial com os pacientes difíceis, a fim de mostrar como essa organização subjetiva particular faz sua entrada no contexto clínico psicanalítico e, mais particularmente, no espaço de intimidade instaurado pela relação transferencial entre analista e analisando. Com base na apreciação da dinâmica transferencial particular que se estabelece com esses pacientes, buscaremos explicitar a natureza dos impasses colocados à prática clínica, impasses relacionados à compulsão à repetição, à reação terapêutica negativa e à contratransferência. Ao valorizarmos a experiência afetiva do analista como veículo para a análise desses casos clínicos, nosso posicionamento teórico-clínico se tornará mais evidente, na medida em que propomos a ideia de que a afetividade do analista é um instrumento essencial da escuta analítica. A relação entre analista e analisando, ao instaurar um campo de afetação mútua, revela-se capaz de produzir um material psíquico novo, inédito – *matéria psíquica* que se mostrará essencial para o trabalho analítico.

No último capítulo desta tese, empreenderemos uma discussão teórico-clínica a respeito das condições de possibilidade para a experiência analítica favorecer a ampliação da mobilidade psíquica dos pacientes difíceis. Nesta perspectiva, nossa intenção é a de sublinhar uma dialética temporal e rítmica para a condução clínica com esses pacientes, centrando-nos especialmente em um exame das características do movimento interpretativo produzido em análise. O desafio colocado para a direção do tratamento de pacientes que nunca obtiveram prazer com seus pensamentos e fantasias, cuja vida interior é constantemente tomada pela fixidez e estereotipia de um fantasiar de desvalia narcísica, será o de favorecer a experiência inaugural de criar fantasias com prazer. Dessa maneira, esses sujeitos poderão inventar uma nova narrativa sobre si mesmos, graças a um acesso mais livre à matéria plástica e mutável de sua vida imaginativa.

Capítulo 1

Relações entre o materno arcaico e a fantasia

Da minha própria mãe ao materno em mim: que trajetória! Difícil, mas necessária para que haja vida psíquica, mobilidade interna, jogo
(Pontalis, 1988, p. 126).

O objetivo deste capítulo é o de compreender a fixidez e estereotipia penosa da fantasia dos casos difíceis a partir da especificidade da relação arcaica que se estabelece entre o sujeito e a figura materna. Buscaremos examinar a particularidade de um fantasiar de desvalia narcísica que se manifesta de forma privilegiada nesta clínica e os aspectos que o determinam. Começaremos por Freud, examinando suas elaborações teóricas a respeito da noção de fantasia, a fim de sublinhar a positividade da atividade prazerosa do fantasiar como condição de possibilidade para o desenvolvimento de uma maior mobilidade psíquica, inserindo o sujeito em sua própria temporalidade psíquica. Pretendemos mostrar que as dificuldades desses sujeitos para fantasiar com prazer decorrem de uma relação traumática com a figura materna, cujo excesso de presença impede que os limites entre eu-outro se estabeleçam de forma consistente. Com base no exame da teoria do trauma ferenciano, procuraremos ressaltar a centralidade da problemática narcísica apresentada por esses sujeitos, enfatizando que o recurso à clivagem narcísica se apresenta como um modo de o sujeito se defender de uma relação objetal de caráter absoluto. Analisaremos ainda, a partir de uma discussão a respeito das contribuições teórico-clínicas de Winnicott, a especificidade de uma relação primária de submissão à figura materna. Deste modo, sublinharemos que a impossibilidade desses pacientes de dar às suas fantasias um movimento dinâmico e plástico configura-se como resultado de dificuldades para atravessar a experiência de separação e interiorização do objeto materno.

I. 1. O estatuto da fantasia em Freud

Para compreender a importância da fantasia para a constituição subjetiva, vamos começar assinalando o fato de que, na obra freudiana, a definição de fantasia admite uma estreita correlação com o princípio de prazer, fato que poderemos constatar ao

longo dos textos que abordam esta noção. Para Freud (1911/1974), a capacidade de fantasiar abre para o sujeito todo um campo de experiências criativas onde ele pode, na imaginação, prescindir das exigências da realidade, as quais exigem dele uma renúncia da satisfação e o adiamento do prazer. Na dimensão da fantasia, ao criar uma encenação imaginária na qual pode figurar como um dos participantes da cena, o sujeito afasta-se das impressões aflitivas e tem assegurada a realização de um desejo. Deste modo, vemos sublinhada a prevalência do princípio de prazer na definição da noção de fantasia nas *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (FREUD, 1911/1974). A atividade de fantasiar é definida neste artigo como uma modalidade de pensamento que prescindiria do teste de realidade, permanecendo subordinada ao princípio de prazer. Nesta perspectiva, as fantasias seriam a condição de possibilidade das brincadeiras infantis, na medida em que, ao brincar, a criança daria ensejo aos primeiros traços de atividade imaginativa, sendo capaz de criar um mundo próprio, ajustando-o do modo que mais lhe agrada.

Laplanche e Pontalis (1977), baseando-se nesta concepção freudiana de 1911, procuram ressaltar o antagonismo entre realidade e imaginação implícito na acepção do termo. A fantasia, provinda do mundo interno do sujeito, estaria do lado da imaginação, a qual, graças a uma recusa deliberada da realidade, é capaz de produzir um material ilusório que é fonte de prazer. Deste modo, o mundo das fantasias se situaria no quadro de uma oposição entre um mundo interior que tende à satisfação pela ilusão e um mundo exterior que impõe progressivamente ao sujeito o princípio de realidade (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988).

Como ilustração da prevalência, na fantasia, do princípio de prazer, vale destacar a organização do “romance familiar”, tão caro aos neuróticos, como uma das modalidades típicas de encenações fantasmáticas. Na criação de seu romance familiar, o sujeito neurótico consegue modificar imaginariamente, a seu bel-prazer, o enredo de sua própria história familiar infantil. Freud (1909/1974), no artigo consagrado ao tema, descreve diversas variantes desta fantasia, entre as quais, aquela em que a criança imagina que não é filha de seus pais reais, mas de outros pais mais prestigiosos e valorizados. Para alcançar o prazer em seu mundo íntimo da fantasia, a criança não submete o conteúdo de suas produções imaginativas ao teste de realidade. Constrói seu romance familiar de modo a tornar mais satisfatória a imagem das figuras parentais.

As teorias sexuais das crianças também se configuram como expressão da dimensão imaginativa infantil. Diante das questões sobre a sexualidade, as crianças

passam a desenvolver suas próprias investigações imaginárias para elucidar questões não suficientemente esclarecidas pelos adultos. Essas teorias pretendem dar uma resposta àquilo que, para a criança, se apresenta como um importante enigma a respeito de sua origem. A indagação sobre o nascimento – “De onde vêm os bebês?” – exige uma explicação, uma teoria, à qual a criança se esforça por responder e, para isso, recorre ao fértil reino da fantasia, apoiando-se em observações extraídas da realidade para dar forma às suas investigações (FREUD, 1908/1974). “As pesquisas sexuais destes primeiros anos da infância são sempre realizadas na solidão”, assevera Freud (1905/1974, p. 202-203). E acrescenta: “Constituem elas um primeiro passo no sentido de assumir uma atitude independente do mundo” (ibid.). Dessa forma, deixa subentendida a exigência de separação eu-outro para a instauração da fantasia, sugerindo que a criança, quando passa a forjar suas próprias fantasias sobre a sexualidade, o faz de modo autônomo e independente. Este ponto específico vai se revelar uma questão fundamental para a nossa discussão, questão que retomaremos mais adiante, por apontar a necessidade de instauração do espaço psíquico do segredo, espaço íntimo necessário para que o sujeito possa criar, de forma prazerosa, suas fantasias.

O reino da fantasia, contudo, não se restringe à infância, mas conserva-se presente e atuante na vida adulta. Freud (1911/1974) sugere que, como substituto das brincadeiras infantis, o devaneio pode ser entendido como uma continuação do brincar das crianças, sendo capaz de preservar ao longo da vida psíquica uma forma de atividade do pensamento independente do teste de realidade. Isso se verifica quando o sujeito, em seus devaneios, é capaz de montar uma reconstrução fantasmática de uma situação já vivida, procurando representar uma cena, que outrora teria sido penosa, por outra mais prazerosa, com fins de compensação narcísica. A percepção da realidade histórica podendo ser assim modelada e modificada pelo sujeito através de seu fantasiar (BOKANOWSKI, 2012).

O fantasiar do adulto pode ser entendido, dessa maneira, como uma atividade herdeira daquilo que, originalmente, era o único mundo do sujeito, submetido exclusivamente ao princípio de prazer (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988). O que justifica a comparação de que “o mundo das fantasias assemelha-se àquelas “reservas naturais” que as nações civilizadas criam para aí perpetuar o estado natural” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988, p. 17). Herda-se, assim, da vida imaginativa infantil, a capacidade de acessar, de forma fluida e plástica, um estado psíquico em que há o domínio do princípio de prazer. Deste modo, a fantasia, na vida adulta, passa a

funcionar como uma zona de passagem entre a realidade e a dimensão imaginativa, ou, ainda, entre a realidade externa e a realidade interna. Compreende-se, assim, o fantasiar como uma zona de transição entre o princípio de realidade e o princípio de prazer.

Em 1908, em *Escritores criativos e devaneios*, Freud examina mais uma vez a noção de fantasia, noção através da qual busca diminuir a distância entre a criatividade imaginativa dos escritores e a vida imaginária ordinária. Ao tecer uma análise sobre a estrutura básica do conteúdo de novelas, romances e contos – cujos enredos seriam daqueles menos pretenciosos, embora bastante aclamados por grande número de leitores – assinala nela características semelhantes aos devaneios das pessoas comuns. O enredo dessas histórias contaria com um herói, figura central, sendo este sempre, de alguma maneira, glorioso, figura que estaria protegida de todos os perigos ao longo das inúmeras aventuras e riscos pelos quais ele transitaria invulnerável. “Nada me atinge” poderia ser considerada, neste sentido, a frase que definiria a posição tanto do herói como do devaneador. Na invulnerabilidade heroica, reconhece-se as expressões de onipotência do narcisismo infantil, aspecto que se manifesta notadamente nos devaneios (FREUD, 1908 [1907]/1974). Como esclarece Green (1976), a fantasia seria uma das figuras mais eloquentes entre as formações do inconsciente que vem atestar a natureza onipotente do pensamento, modo privilegiado de manifestação do narcisismo infantil sobre o qual se sustenta a estrutura das fantasias.

A noção de fantasia também se apresenta, na obra freudiana, em conexão estreita com a noção de sonhos diurnos, como indicam Laplanche e Pontalis (1977) em sua definição de fantasia: ambas noções podendo ser consideradas sinonímias. Trata-se de cenas, enredos ou histórias imaginadas no estado de vigília que têm uma estrutura comparável à dos sonhos, podendo ser conscientes ou inconscientes. Essa imprecisão tópica confere às fantasias um lugar metapsicológico relativamente fluido, podendo tanto designar uma tópica consciente, pré-consciente ou inconsciente.

Assim vemos Freud explorar as diversas variantes da fantasia, procurando realizar seu inventário e descrever suas formas mais típicas. As fantasias originárias, é preciso lembrar, também estão incluídas nesse inventário, sendo uma noção que designaria estruturas fantasísticas típicas, cuja universalidade se explicaria por uma transmissão filogenética (FREUD, 1917 [1916-1917]/1974). O ponto que parece central nesta noção é a ideia de existir, na dimensão da fantasia, certas estruturas irreduzíveis às contingências da vivência individual, tais como as fantasias sobre a cena originária, a sedução e a ameaça de castração, todas elas repetindo conteúdos similares que

remeteriam à configuração edípica (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988). Essa uniformidade do conteúdo das fantasias primitivas é o aspecto que as distingue das demais modalidades fantasísticas repertoriadas nos textos de Freud.

A despeito de todas as diferenças entre as várias concepções de fantasia, o elemento em comum é a sua função primitiva de encenação do desejo. As fantasias podem ser entendidas, segundo Freud (1908 [1907]/1974), como realizações de desejos, as quais seriam representadas conscientemente (ou em um nível pré-consciente) sob a forma de cenas ficcionais, devaneios fabulados pelo sujeito, mas também compareceriam como conteúdo latente tanto na origem da formação dos sintomas neuróticos, como na formação dos sonhos.

A nosso ver, o que mais merece destaque na análise da noção de fantasia em Freud é sua natureza mutável e maleável, claramente presente na noção de devaneio, modelo prototípico da fantasia. “Não devemos supor”, diz ele, “que os produtos dessa atividade imaginativa – as diversas fantasias, castelos no ar e devaneios – sejam estereotipados ou inalteráveis” (FREUD, 1908 [1907]/1974, p. 153). Ao contrário, o conteúdo das fantasias seria constantemente alterado, infinitamente variável em função das diferentes vivências do sujeito, ganhando novos enredos a cada mudança de situação – “recebendo de cada nova impressão ativa uma espécie de ‘carimbo de data de fabricação’” (FREUD, 1908 [1907]/1974, p. 153).

Esse movimento dinâmico do fantasiar, sua extraordinária plasticidade, vai dar suporte e consistência ao prazer de existir. Sendo assim, a organização da fantasia pode ser entendida, por definição, como uma figuração da relação do sujeito ao desejo e ao prazer (AULAGNIER, 1979). A contínua remodelagem da fantasia – suas figurações sucessivas – confere ao psiquismo toda a sua potencialidade de metamorfose, capaz de conduzir o sujeito em direção à realização de desejo, quando pode flutuar entre os três tempos abrangidos pelo pensamento. A consideração sobre a importância da temporalidade na construção da fantasia se justifica pelo fato de que nela, “o passado, o presente e o futuro são entrelaçados pelo fio do desejo que os une” (FREUD, 1908 [1907]/1974, p. 153). O presente modificado pela fantasia remete, de um lado, para o passado do narcisismo infantil e, de outro, para a expectativa do futuro, estimulado pelo desejo de mudança. Sendo assim, as fantasias teriam a função de aspirações que, mobilizadas por uma experiência de onipotência narcísica e dispendo de plasticidade e mobilidade psíquica, podem ser constantemente transformáveis, impelindo no sentido

da mudança. Através de seu fantasiar ou de seu pensamento, como bem observa Roussillon (2006), o sujeito é capaz de mudar-se a si mesmo, pondo-se em movimento.

Ora, se os neuróticos são capazes de criar encenações tão móveis e férteis, não vemos a mesma exuberância, profusão e fluidez fantasmática nos pacientes difíceis. Como indicamos, a dificuldade apresentada por esses pacientes, mais do que uma ausência da fantasia, refere-se precisamente a uma paralisia de sua plasticidade e mobilidade fantasística. Em suas fantasias não se nota, ao contrário do que asseverava Freud a respeito do fantasiar do neurótico, uma imbricação entre passado, presente e futuro “pelo fio do desejo que os une” (FREUD, 1908 [1907]/1974, p. 153). A paralisia da fantasia parece estar associada, nesses casos, a uma experiência psíquica do tempo congelado, petrificado, como se não houvesse abertura para modificações pleiteadas para um tempo futuro, modificações que seriam vislumbradas a partir de seu mundo imaginário. Nessas condições, suas fantasias são estáticas, sem mobilidade psíquica, não fazendo conexões com o passado, por um lado, e mantendo-se fixadas numa narrativa penosa sobre o cotidiano da vida atual, por outro. Além disso, a onipotência do narcisismo infantil, característica também central do fantasiar prazeroso, não comparece nessas configurações psíquicas, as quais manifestam, ao contrário, uma fantasia de desvalia narcísica, oposta a qualquer ideia de onipotência. Sendo assim, cabe indagar: o que estaria na base da fixidez do fantasiar penoso observada nessa clínica? Por que esses pacientes não podem recorrer em seu mundo interior à natureza maleável e prazerosa da criação imaginativa? A nosso ver, tal problemática nos leva obrigatoriamente aos primórdios da vida psíquica que seriam determinantes para a constituição dessas subjetividades.

A hipótese que buscaremos defender neste capítulo é a de que essa constelação psíquica, cuja dificuldade central se situa em uma fixidez da fantasia de desvalia narcísica, decorreria de um traumatismo precoce e silencioso em sua relação com o ambiente. Este traumatismo apresenta como elemento chave um modo de relação primária em que a *presença excessiva* do objeto materno exerce um papel fundamental em sua constituição narcísica, determinante para as dificuldades encontradas pelo sujeito para fantasiar com prazer. Este modo particular de relação com o outro indica uma problemática de fronteiras, isto é, uma modalidade de relação com a alteridade em que os limites fundamentais de separação entre o sujeito e o outro não estão assegurados. Deste modo, pretendemos apresentar a seguir uma discussão sobre a

etiologia traumática destas organizações psicopatológicas, sublinhando o papel absoluto da mãe em sua constituição psíquica.

I.2. O traumático no narcisismo primário

I.2.1. Entre o excesso e a falta do objeto

Muito se discute no campo psicanalítico a respeito do papel-chave da *mãe* como figura central para a constituição psíquica dos pacientes difíceis, na medida em que se assinala a necessidade inexorável de se estudar clinicamente a função da alteridade na economia identificatória desses pacientes. Podemos identificar entre os autores certa divergência quanto aos elementos de análise desta questão, concernente ao papel decisivo do ambiente inicial, ou mais especificamente, de perturbações na relação objetal primitiva.

Importa esclarecer que, ao nos remetermos à realidade da história infantil desses pacientes, não deixamos de considerar seu valor de realidade psíquica, e, deste modo, não pretendemos incorrer em um discurso causal. Não se trata de associar, em uma relação causal, como denuncia Pontalis (1988a), “seu estado de miséria interior a uma realidade social ou familiar que seria demasiadamente assim ou insuficientemente assado” (PONTALIS, 1991, p. 60). É preciso considerar que, sobreposto ao trauma ocorrido na realidade externa, depende do sujeito o modo como ele se apodera ou não do fragmento de realidade para nela se aprisionar (PONTALIS, 1988a).

Em contrapartida, convém reconhecer que, com certos pacientes, a intensidade do trauma ocorrido na realidade externa é de tal magnitude que nos impede de considerar sua organização subjetiva somente em função dos seus movimentos pulsionais. Como bem assevera Roussillon (2012), nesses casos “é preciso raciocinar em função da pulsão do sujeito e da resposta do objeto” (ROUSSILLON, 2012, p. 116). Isso porque, com certos pacientes, não podemos pensar “apenas sobre o desejo do sujeito e seus mecanismos de defesa, mas também sobre aquilo a que foi confrontado da perspectiva de um outro sujeito” (ibid.). Tal perspectiva exigiu que a comunidade psicanalítica passasse a considerar, além dos movimentos do próprio sujeito, aquilo a que ele foi confrontado em sua realidade histórica e como isso se introduziu em sua vida psíquica (ROUSSILLON, 2012).

Feitas essas observações, retomemos a questão. A relevância da figura materna na história primitiva destes pacientes parece se circunscrever na literatura aos termos de uma oposição entre carência e excesso. Vemos, de um lado, uma construção teórica que dá ênfase à falta ou carência da figura da mãe no desenvolvimento psíquico precoce do sujeito, a qual teria sido determinante para o modo com que este se constituiu subjetivamente. E, por outro lado, vemos uma teorização que assinala o caráter invasivo ou excessivo da presença materna, o que também teria tido papel decisivo para a ordenação da mesma configuração clínica. Vale aprofundar, por conseguinte, essas duas perspectivas teóricas.

A figura materna ausente é descrita com nitidez por Green, em seu ensaio sobre a *Mãe morta* (1980). Neste texto, o autor discorre acerca das consequências psíquicas de uma imagem materna que se apresenta ao sujeito como “figura distante, átona, quase inanimada” (GREEN, 1980, p. 239) – imagem que se explicaria por um estado depressivo da mãe. Esta figura materna que aos olhos da criança pequena estaria morta psiquicamente, viria a pesar sobre o destino libidinal, objetual e narcisista destes sujeitos.

A imagem da mãe morta, ao contrário de ter se apresentado como uma constante na vida precoce do sujeito, seria a consequência de uma mudança dos investimentos da mãe sobre a criança. O que teria acontecido é que, por uma brusca interrupção, a relação satisfatória mãe-bebê se modificou e, desse momento em diante, a mãe teria desinvestido brutalmente seu filho. Esta experiência é vivida como uma catástrofe, produzindo uma desilusão antecipada diante da qual a criança não consegue atribuir sentidos para explicar o ocorrido. Desse modo, a criança passaria a lutar para reter o objeto primário e reviveria repetidamente sua perda. O caráter traumático dessa experiência de desinvestimento massivo por parte da figura materna é assinalado com ênfase pelo autor – trauma do qual derivaria a natureza narcísica da problemática central desses sujeitos (GREEN, 1980).

Assim como a *mãe morta*, a figura materna psiquicamente *invasiva* também é associada à configuração psíquica precoce dos pacientes considerados refratários à análise. As observações de Pontalis (1988a) acerca da figura materna *absoluta* servem bem aos nossos propósitos, no sentido de permitir a caracterização desse contexto inicial invasivo.

Encontramos na história infantil de certos pacientes cuja dificuldade de fantasiar é notória, e cuja história é despojada de lembranças e revivescências, uma dominação irrestrita da imagem materna (PONTALIS, 1988a). O autor descreve a presença da mãe

nos termos de uma *possessão*: “possessão por um corpo estranho interno que invade incessantemente, que violenta sem trégua, e que exerce sua dominação de dentro, como se a mãe fizesse as vezes de uma pulsão” (PONTALIS, 1988a, p. 64). Mais do que uma relação simbiótica, a especificidade radical dessa relação objetal poderia ser entendida como um “incesto entre aparelhos psíquicos que procuram apoderar-se um do outro, possuir-se mutuamente” (ibid., p. 65). O poder de dominação por parte da figura materna absoluta levaria o sujeito a uma passividade radical.

A aparente oposição entre carência e excesso materno pode ser apresentada de maneira diversa, se seguirmos, com André (1999), sua proposição acerca do *objeto único*. Podemos supor que, partindo do ponto de vista da experiência psíquica do lactente, quer se trate de uma ausência excessiva, quer se trate de um investimento excessivo por parte da mãe nos primeiros tempos, essa experiência vai ser sempre vivida como *invasão*. Diz o autor: “No fundo, nunca há carência para o lactente; para este, sempre é demais, sempre traumático. A carência é um ponto de vista de observador. Aquilo que para este último é falta, carência, para o bebê é intrusão, arrombamento (dos limites do eu)” (ANDRÉ, 1999, p. 78-79).

Na mesma perspectiva, Green (1980a) defende a ideia de que a função primordial da mãe, após favorecer a eclosão da vida pulsional, é a de torná-la tolerável para a criança. A mãe que não teve êxito em exercer essa função produziria, nos cuidados dispensados à criança, um excesso de excitação ou um excesso de frustração. Ambos os excessos seriam passíveis de provocar o mesmo efeito na criança: o de produzir uma excitação pulsional que ultrapassaria as possibilidades de elaboração, ou seja, a integração das pulsões numa atividade de ligação (GREEN, 1980a).

Com base nas indicações dos dois autores, podemos depreender que não há diferença, em termos de economia psíquica, entre uma mãe excessivamente excitante ou ausente – ambas indicam a dimensão de um excesso traumático que produz uma efração no aparelho psíquico da criança. Ambas as posições sugerem uma problemática na qualidade da relação objetal, uma vez que tanto uma quanto a outra não teriam possibilitado que a criança simbolizasse sua perda, o que, em última instância, sinalizaria a presença invasiva de um objeto primário de caráter absoluto (PACHECO-FERREIRA et al., 2013). Trata-se, nesses casos, de uma figura materna não-descartável, que não pode ser definitivamente perdida, cuja perda não é elaborada (GREEN, 1980).

Quando as condições são favoráveis no sentido da separação entre mãe e criança, a criança pode vir a abdicar do objeto materno em seu caráter de objeto

primário da fusão. Desse modo, a criança pode investir em novos objetos, processo fundamental para sua constituição narcísica. Green (1980) sublinha a importância crucial da experiência da perda do objeto, elevando-a à categoria de experiência fundamental para a estruturação psíquica do sujeito.⁴ Quando isso não acontece, o eu primário da criança permanece confundido com o objeto, devido ao fracasso da experiência de separação e diferenciação. Sendo assim, o sujeito não consegue renunciar ao objeto, na medida em que ele é a única garantia de manutenção de sua frágil integridade narcísica (GREEN, 1980).

Desta maneira, o fracasso do processo de separação eu-não-eu pode ser tributário, portanto, tanto de uma relação com o objeto primário marcada por uma ausência de investimento libidinal, quanto decorrente de uma relação com o objeto que, ao contrário, teria investido maciçamente a criança – ambas as vivências comportando um caráter *excessivo*. Desse modo, nossa hipótese é a de que o caráter excessivo da relação com o objeto primário, marcado por sua *presença em excesso*, será determinante para as dificuldades de mobilidade e fluidez do fantasiar do sujeito. Pretendemos identificar as relações entre a imobilidade do fantasiar e o excesso de presença do objeto primário em sua constituição subjetiva. A nosso ver, é precisamente a impossibilidade da mãe de se ausentar ou de se fazer presente no tempo apropriado, isto é, de *dar tempo ao tempo* da criança, que traz problemas à vida psíquica infantil no que tange à liberdade para fantasiar com prazer.

I. 2. 2. O tempo rítmico da relação primária

A qualidade rítmica própria à relação mãe-bebê tem papel determinante para o estabelecimento de uma temporalidade psíquica propícia à instauração da possibilidade de fantasiar. Para o bebê, como bem esclarece Winnicott (1987), o tempo se mede, em suas primeiras experiências, pelos ritmos maternos. O coração e a respiração da mãe, a elevação e queda das tensões pulsionais possibilitados pelos cuidados maternos, entre outros dispositivos, são os eventos que marcam sua temporalidade psíquica. Nessa perspectiva, a alternância entre a presença e a ausência materna, numa fase em que a

⁴ Para uma compreensão mais aprofundada quanto à posição de Green concernente à importância do processo de separação e diferenciação do objeto primário, remetemos o leitor às suas formulações sobre o *trabalho do negativo*, expressão criada pelo autor para referir-se à exigência de trabalho psíquico instaurada pela perda e conseqüente interiorização psíquica do objeto primário (GREEN, 1986; 1988).

criança pode começar a prescindir da dependência absoluta que outrora estabelecia com a mãe, marca uma temporalidade cujos intervalos, inicialmente breves, abrem um espaço psíquico onde a vida imaginativa pode vir a se esboçar.

Fain (1971) discorre sobre o prelúdio necessário para o nascimento da vida fantasística ao explorar as particularidades da relação materna nos casos em que há pouca fluência do movimento de fantasiar. Um de seus exemplos são os bebês insones que só conseguem dormir à condição de serem embalados nos braços de suas mães. Sua observação é a de que essas mães teriam negligenciado a potencialidade calmante dos seus bebês, isto é, não teriam dado a eles tempo de criar uma forma de atividade psíquica favorável ao sono, colocando-se, elas próprias, no lugar de guardiães do sono; o corpo real das mães ocupando, aí, o lugar do objeto primário que não teria sido suficientemente interiorizado. O que se supõe é que essas mães apresentariam certa exacerbação do investimento que dirigem ao seu bebê. É como se expressassem um desejo de criar em torno do recém-nascido um ambiente à semelhança da realidade intrauterina, acreditando-se capaz de exercer continuamente a função de para-excitação (MCDUGALL, 1974). Esse investimento ininterruptamente presente impediria a criança de perceber-se na ausência da mãe. Com isso fica faltando o tempo psíquico que indicaria os intervalos do investimento materno, tempo essencial para a criação de um mundo objetual interno. Tempo em que a criança cria a capacidade de manter o objeto primário vivo na realidade psíquica interna.

A tensão originada pela insatisfação institui, para o *infans*, a primeira exigência de trabalho psíquico. Através do grito, recurso primário de descarga pulsional, o bebê pode expressar a tensão da insatisfação e dirigir seu chamado à mãe com vistas a repetir a experiência de satisfação. Este é o modelo da vivência de satisfação apresentado por Freud (1900/1974) em *Interpretação dos sonhos*. É o acúmulo de excitação que, sentido como desprazer, coloca o aparelho psíquico em movimento, cujo impulso procurará reinvestir a imagem mnêmica do objeto com a finalidade de reproduzir a satisfação original, isto é, recorrendo ao movimento psíquico que propiciará o investimento alucinatorio da lembrança de satisfação (FREUD, 1900/1974).

No caso de uma mãe que poupa excessivamente seu filho desse tempo de espera pela satisfação, ela acaba por poupá-lo também do trabalho psíquico no sentido de um investimento alucinatorio da vivência de satisfação – trata-se das situações em que “ele [bebê] precisa fazer pouco, quase nada, para que a mãe compareça” (KEHL, 2009, p. 228). A precipitação por parte da mãe em atender a demanda do bebê, precipitação que

pode ser continuamente repetida, dá pouca oportunidade ao filho de se movimentar psiquicamente para realizar alucinatoriamente seu desejo.

Do mesmo modo, a demora excessiva em atender à demanda do bebê, devido a uma inacessibilidade materna que se traduz por um investimento insuficiente, conduz igualmente a uma experiência psíquica que não permitirá à criança experimentar prazerosamente a realização alucinatória do desejo. O tempo de intervalo de satisfação de suas demandas, quando se prolonga por mais tempo do que seu psiquismo poderia suportar, conduzirá a uma experiência traumática, experiência psíquica da ordem de um excesso pulsional. A ausência de resposta materna, decorrente de um investimento insuficiente, produzirá uma frustração excessiva que impossibilita a continuidade do investimento alucinatório da vivência de satisfação. São, portanto, os intervalos ritmados de ausência e presença de investimento materno – quando sua presença não excede seja em precipitação, seja em atraso em responder à demanda de satisfação – que possibilitam ao bebê a experiência inaugural de sua própria temporalidade psíquica. Sendo assim, uma consonância entre o ritmo do bebê e o ritmo materno revela-se crucial nesta fase inicial da sua constituição psíquica. Nestes momentos a criança, na magia de seu mundo interior, pode dar asas à imaginação para preencher o tempo de espera, quando pode recordar a experiência de satisfação e produzir seus esboços de fantasia.

Winnicott (1971), em sua teoria sobre o brincar, confirma a importância deste tempo de espera na ausência do objeto, um tempo em suspenso possibilitado por uma mãe suficientemente boa que não se precipita nem se atrasa demasiadamente a satisfazer as necessidades da criança para que esta possa experimentar colocar em ação seus próprios recursos psíquicos para obter a satisfação.

“Em algum ponto teórico, no começo do desenvolvimento de todo indivíduo humano, um bebê, em determinado ambiente proporcionado pela mãe, é capaz de conceber a ideia de algo que atenderia à crescente necessidade que se origina da tensão instintual. Não se pode dizer que o bebê saiba, de saída, o que deve ser criado. *Nesse ponto do tempo*, a mãe se apresenta. Da maneira comum, ela dá o seio e seu impulso potencial de alimentar. A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua capacidade de criar” (WINNICOTT, 1971, p. 27, grifos nossos).

A consonância entre o ritmo psíquico do bebê e o ritmo dos cuidados maternos possibilita este momento de ilusão, tão fundamental para o processo de constituição

psíquica que está em andamento. Quando a mãe se adianta ou se atrasa demais a esse *ponto do tempo*, ela impede que a criança dê ensejo aos primórdios de sua atividade prazerosa de fantasiar. A sua capacidade de criar – “para sentir-se plenamente o agente do que nela se passa” (ROUSSILLON, 2006, p. 244) – depende dessa possibilidade materna em atender ao ritmo próprio da criança. Dito de outro modo, caberia à mãe assegurar à criança, no respeito ao seu ritmo próprio, a capacidade imaginativa de iludir-se em seu movimento de inventar algo (WINNICOTT, 1971).

A brincadeira do *fort-da*, da criança com o carretel, descrita por Freud em seu artigo *Além do princípio de prazer* (1920/1974) funciona como modelo prototípico para o entendimento da importância de o objeto primário se ausentar. Para brincar com o carretel, a criança descrita pela teoria freudiana precisa vivenciar gradualmente a experiência da ausência materna. Suas breves ausências, em um momento em que a criança pode prescindir da dependência absoluta à mãe, devem ser entendidas como condição de possibilidade para a atividade de fantasiar.

Como se sabe, a brincadeira da criança consistia em arremessar para longe um carretel, fazendo-o desaparecer de sua vista, para depois fazê-lo reaparecer, puxando seu fio de volta e saudando jubilosamente seu reaparecimento. Essa brincadeira de desaparecimento e retorno, tão prazerosa para o psiquismo infantil, é interpretada por Freud como uma encenação da breve ausência materna e seu reaparecimento – experiência que permitiria a simbolização da ausência da mãe. Nas palavras de Freud, trata-se aí da “grande realização cultural da criança” (FREUD, 1920/1974, p. 27).

No contexto de uma relação objetal em que o investimento que a mãe faz da criança é benéfico, as experiências de ausência do objeto possibilitam que a criança comece a atribuir sentidos a esta ausência. Desta maneira, a criança busca elaborar a perda do objeto através de sua capacidade de pensar e de representar sua ausência, imaginando que o objeto ausente perceptivamente está presente em outro lugar, representado junto a um outro (ROUSSILLON, 2003). Daí decorreria o início da atividade fantasística da criança, quando esta passa a relacionar os momentos em que a mãe se ausenta à figura paterna ou a outras figuras significativas, representando sua ausência junto a um outro objeto. É neste sentido que Green (1976) afirma:

“A dupla ausência-presença não pode estar dissociada. Mas é preciso fazer um esforço considerável para tolerar a ausência, diferenciá-la da perda e dar ao mundo da representação seu papel integral: imaginação e pensamento. Somente a ausência do objeto pode estimular a imaginação e o pensamento, em outros

termos, a criatividade e a vitalidade psíquicas” (GREEN, 1976, p. 162, tradução nossa).

No tempo intervalar em que a mãe se ausenta a criança poderá forjar suas primeiras formas de obter prazer independentemente do objeto materno. É assim que o prazer autoerótico, tempo fundamental da sexualidade infantil – tempo em que a criança pode obter satisfação no próprio corpo sem recorrer a um objeto exterior –, poderá ser vivido mais plenamente, com base em uma atitude independente em relação ao objeto.

Para um maior entendimento desta questão, a discussão que desenvolveremos a seguir buscará definir mais precisamente as relações entre o autoerotismo e o surgimento da fantasia. Pretendemos mostrar que o excesso de presença do objeto primário no psiquismo da criança implicará em consequências para o seu desenvolvimento autoerótico que, por sua vez, será determinante para os entraves subsequentes relativos à mobilidade do material psíquico da fantasia.

I. 2. 3. Autoerotismo e fantasia

Para compreender as relações entre autoerotismo e fantasia, detenhamo-nos primeiramente nas observações de Laplanche e Pontalis (1988) no livro *Fantasia originária, fantasias das origens, origens da fantasia*. Este último elemento explorado pelos autores, a saber, *as origens da fantasia*, permite estabelecer essas relações, na medida em que procuram defender a ideia de que a fantasia é o tempo por excelência do autoerotismo.

Muito embora reconheçam que o autoerotismo não é somente uma fase, mas um modo privilegiado pelo qual o *eu* pode se oferecer ao aparelho psíquico como fonte de satisfação – modo que perdura ao longo da vida –, os autores insistem em determinar um começo, uma entrada no autoerotismo. Para tanto, vão sugerir, primeiramente, que “o mito de origem” da fantasia se encontraria na satisfação alucinatória do desejo, quando o bebê, na ausência do objeto real, buscaria reproduzir sob forma alucinada a experiência de satisfação original – questão que discutimos anteriormente. No entanto, se esse é considerado o momento mítico do surgimento da fantasia, os autores se propõem a reencontrar a origem da dimensão fantasística situando-a no que chamam de “curso real da história da criança” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988, p. 79), em um ponto determinado localizado no desenvolvimento de sua sexualidade, quando a criança recorre ao prazer que pode advir de seu próprio corpo.

Nesta perspectiva, fazem referência a Freud (1905/1974) para definir o momento de instauração do autoerotismo, sublinhando que a pulsão torna-se autoerótica quando perde seu objeto. A formulação de Freud é precisa neste sentido:

“Na época em que a satisfação sexual estava ligada à absorção dos alimentos, a pulsão encontrava seu objeto fora da sucção do seio da mãe. Este objeto foi posteriormente perdido, talvez precisamente *no momento em que a criança se tornou capaz de ver em seu conjunto a pessoa a quem pertence o órgão que lhe proporciona satisfação*. A pulsão torna-se, a partir de então, autoerótica” (FREUD, 1905, p.132, grifos nossos).

Sendo assim, o autoerotismo se instauraria no momento da perda do objeto, momento em que a criança poderá se entregar, de forma mais consistente, à experiência de criar fantasias com prazer. O autoerotismo pode ser assim entendido como ponto de origem do jogo fantasmático, momento em que a criança prescinde do objeto na busca da satisfação na medida em que pode interiorizá-lo e reencontrá-lo na fantasia (PONTALIS, 2005a). Ao prescindir do objeto, a criança encontra os próprios meios de obter prazer de forma autônoma: descobre a experiência erótica recorrendo ao próprio corpo e dando consistência ao prazer autoerótico ao encená-lo imaginariamente, meio que lhe permite reencontrar o objeto em suas próprias fantasias.

O vínculo estreito entre autoerotismo e fantasia é asseverado por Winnicott (1941), quando pontua que o bebê, ao se devotar ao prazer ligado ao autoerotismo, produzirá toda uma gama de material imaginativo. Essa produção imaginária característica do autoerotismo é considerada pelo autor como “fundações sobre as quais será erguida mais tarde toda a vida de fantasias” (WINNICOTT, 1941, p. 121). O autor se refere à fase das fantasias orais primitivas, por exemplo, como um período fértil em que o bebê pode criar fantasias que, embora não sejam ainda ligadas à representação de palavras, “são repletas de conteúdos e emocionalmente ricas” (ibid.).

No entanto, as dificuldades de diferenciação eu-outro e de aquisição da própria autonomia psíquica vão refletir, conseqüentemente, em problemáticas no desenvolvimento da atividade autoerótica da criança. Isso porque a organização da dimensão autoerótica depende fundamentalmente das características das primeiras relações objetais, sendo que as eventuais perturbações dessas relações comprometerão o desenvolvimento do circuito erógeno do sujeito (VOLICH, 2012). A este respeito, Fédida (1991) refere-se à ocorrência de um “déficit fundamental do autoerotismo” (FÉDIDA, 1991, p. 157) verificável no tratamento de pacientes os quais designa como

borderlines – entre estes, estariam compreendidos certos casos de bulimia, anorexia, toxicomanias e transtornos psicossomáticos. Segundo o autor, diante da impossibilidade de abdicar do objeto primário, “ali onde o abandono do objeto primário que nutre deveria ter permitido a produção autoerótica de formas sexuais (pensamento, fantasia, sensações, ação, fala)” (FÉDIDA, 1991, p. 160), esses casos, ao contrário, testemunhariam um autoerotismo gravemente impedido, privado do movimento de Eros.

A circulação erótica propiciada pelo autoerotismo conferiria ao psiquismo, segundo Fédida, “a capacidade que possui uma forma (fantasia) de engendrar novas formas” (FÉDIDA, 1991, p. 167). É justamente essa plasticidade erótica do autoerotismo de engendrar novas formas que faltaria às configurações psíquicas a que Fédida se refere. Neste sentido, podemos indicar, do mesmo modo, que a imobilidade do fantasiar penoso dos pacientes que são objeto desta pesquisa se explicaria, entre outros elementos, por uma impossibilidade de acesso ao prazer autoerótico que daria forma, consistência e plasticidade – graças ao movimento de Eros – à atividade fantasmática. Como sugere Reis (2003), nos casos clínicos em que a dimensão autoerótica é esvaziada, “o registro libidinal e erógeno, responsável pelas ligações criadoras de si e do mundo, permaneceria como uma dimensão por vir, como virtualidade não atualizada” (REIS, 2003, p. 198). A nosso ver, essa “virtualidade não atualizada”, a que se refere a autora, remete à origem traumática dessas organizações psíquicas, capaz de produzir uma vivência infantil de *não-história* (AULAGNIER, 1989). O que não pode se atualizar, isto é, não pode inserir-se numa temporalidade e produzir uma historicidade, é a experiência traumática *clivada*, capaz de promover uma desintração pulsional de tal ordem que impõe limites à potencialidade e mobilidade eróticas do sujeito. Este tema será explorado no tópico subsequente, quando poderemos examinar a teoria do trauma em Ferenczi, teoria que nos oferece novos elementos para a discussão.

I. 2. 4. O traumático em Ferenczi

Visando dar continuidade à descrição da configuração subjetiva desses pacientes, convém assinalar um elemento de sua dinâmica psíquica que os distingue do paradigma da neurose. Trata-se de uma organização psíquica que remete mais a uma prevalência do mecanismo de defesa da clivagem narcísica, do que ao processo de recalçamento. A nosso ver, se por um lado o conceito de recalque parece ser

insuficiente para a inteligibilidade da organização subjetiva dos *casos difíceis*, por outro o conceito de clivagem revela-se muito mais fecundo.

A clivagem narcísica pode ser entendida como resultado de um trauma desestruturante vivido precocemente pelo sujeito. Tal como formulada por Ferenczi (1933), nos parece elucidativo recorrer à descrição metapsicológica do sujeito traumatizado por considerarmos que suas formulações a respeito do trauma desestruturante trazem subsídios para a compreensão dessas formas de sofrimento psíquico. Assim, propomos apresentar, ainda que de forma bastante abreviada, a teoria deste autor acerca do trauma desestruturante.

O trauma é descrito por Ferenczi em *Confusão de línguas entre os adultos e a criança* (1933) através de um roteiro que obedece a uma sequência determinada de acontecimentos, tendo como eixo central uma violência sexual: um adulto agressor que abusa de uma criança. Esse ato de violência instaura uma confusão de línguas: confusão entre a *linguagem da ternura*, modo pelo qual a criança expressa seu amor terno pelo adulto, e a *linguagem da paixão*, modo de expressão que sugere o caráter apaixonado da sexualidade adulta. A criança é impactada pela linguagem da paixão do adulto, cuja autoridade esmagadora a impede de protestar, mesmo em pensamento⁵, sentindo-se física e moralmente indefesa (FERENCZI, 1933).

Depois da agressão, a criança não pode sentir ódio por aquele adulto, pois precisa mantê-lo como objeto idealizado, idealização fundamental para sua constituição narcísica. Se abrisse mão dessa qualidade do objeto, poria em risco a organização psíquica precária cuja constituição está em andamento (PINHEIRO, 1989). Ela é então invadida por um medo intenso, e para preservar o objeto idealizado, esquece completamente de si e se identifica com o agressor. Ao identificar-se com o agressor, o adulto passa a ocupar, de forma invasiva, seu espaço psíquico (FERENCZI, 1933).

Em um segundo momento, a criança, sem entender a linguagem da paixão, incapaz de atribuir sentido ao que viveu, recorrerá a outro adulto para contar o ocorrido. Este reagirá com descrença, desmentindo o relato da criança. É este desmentido que teria toda a potencialidade desestruturante do trauma. O desmentido invalida a fala da criança, impossibilitando a inscrição psíquica da experiência de violência – o que fará vacilar sua capacidade autêntica de reconhecimento de si e de seus sentidos. Nas

⁵ A impossibilidade de protestar em pensamento, aspecto característico, como afirma Ferenczi (1933), das subjetividades que passaram por um trauma desestruturante, nos remete à interdição do espaço do *segredo*, espaço em que a criança pode opor-se ao olhar e desejo materno e dar ensejo às suas próprias fantasias. Este tema será explorado no segundo capítulo da tese.

palavras de Ferenczi, “sua confiança no testemunho de seus próprios sentidos está quebrada” (FERENCZI, 1933, p. 352). Conforme esclarece Verztman (2002), o fator traumático não é a confusão de línguas, mas sobretudo a negação da experiência vivida e relatada pela criança. Assim, esta experiência não pode ser assimilada pelo psiquismo, sendo isolada por meio da clivagem narcísica, separada do espaço psíquico do *eu*. O desmentido, então, de acordo com Verztman (2002), seria a expressão de uma “linguagem da indiferença”, esta sim, traumática.

Neste sentido, o trauma desestruturante não precisa ser necessariamente de natureza sexual. Quando um aspecto essencial da singularidade da criança é desmentido pelo outro, a capacidade de reconhecer sua própria existência seria abalada. O desmentido do trauma pode ser entendido como um ato de descrédito por parte do outro, resultando no próprio descrédito em relação a si, naquilo que viveu, sentiu, percebeu. “Quando o desmentido atinge uma área onde a afirmação de si seja prioritária, neste caso a verdade das próprias sensações, o que é desmentido é o próprio sujeito” (VERZTMAN, 2002, p. 8).

Em seu artigo póstumo “Reflexões sobre o trauma”, Ferenczi (1934) afirma que o “choque” traumático tem como consequência o aniquilamento do *sentimento de si*. Trata-se, diz ele, de “um choque inesperado, não preparado e esmagador, que age por assim dizer como um anestésico” (FERENCZI, 1934, p. 113). O trauma provoca uma agonia psíquica e física, cuja dor é incompreensível e insuportável. Para escapar ao sofrimento provocado pelo traumatismo, a única saída é a autodestruição, a partir da qual ocorre uma divisão no espaço do *eu*.

A autodestruição corresponde ao que Ferenczi (1934) descreve como processo de *clivagem narcísica*, mecanismo de defesa que teria a função de libertar o sujeito da angústia traumática, isto é, o “sofrimento mudo” (FERENCZI, 1934) produzido pelo trauma. Neste sentido, a clivagem é o meio pelo qual a criança procura proteger-se, o que se realiza mediante o auto-abandono da *parte sensível* de si mesma (KUPERMANN, 2008). Segundo Ferenczi (1931), ocorre a “clivagem da pessoa numa parte sensível, brutalmente destruída, e outra que, de certo modo, sabe tudo, mas nada sente” (FERENCZI, 1931, p. 77). Essa parte *sensível* clivada, podemos supor, é precisamente aquela onde se situaria a vida psíquica criativa e fantasística do sujeito, a qual teria sido privada de meios de expressão e de satisfação.

Vemos assim a concepção do trauma desestruturante ferencziano se aproximar do modelo de relação objetal que ora descrevemos. A noção de clivagem narcísica nos

leva a uma maior inteligibilidade da questão. O objeto primário que não confere ao infante o reconhecimento de sua singularidade, cujo excesso de presença impossibilita uma gradual separação eu-outro, acaba por *desmentir* o próprio sujeito, impedindo-o de criar expectativas positivas a respeito de si mesmo e de sua existência. Dessa maneira, a fixidez da fantasia penosa desses pacientes pode ser entendida como resultado de uma dissociação e enquistamento de um núcleo traumático não assimilável pelo psiquismo que se esforça por se reapresentar. Nesta perspectiva, convém recorrer aqui à proposição de Roussillon (2006), com sua hipótese de um “retorno do clivado”. À diferença do retorno do recalado, mecanismo psíquico próprio às configurações neuróticas, que se apresenta através do sintoma ou outras formações do inconsciente, todas expressando um conflito inconsciente recalado, o retorno do clivado pode ser entendido, por sua vez, como o retorno de um elemento traumático, remetido a uma vivência que não pôde ser integrada ao psiquismo. No esteio desta hipótese, depreendemos que a fixidez do fantasiar penoso dos casos difíceis comportaria, de forma semelhante, as características de um “retorno do clivado”, de que fala Roussillon.⁶ Ao fantasiar de forma repetitiva um enredo estereotipado de desvalia narcísica, esses sujeitos apontam a dimensão de um traumático que retorna, isto é, de uma vivência psíquica de *desmentido* ou de invalidação de sua existência que tende a se repetir compulsivamente nesse fantasiar, comportando uma função de descarga ao excesso pulsional.

O fantasiar penoso desses pacientes tem a potencialidade de revelar, de forma bruta, o conteúdo clivado. Nessa fantasia, é como se um conteúdo clivado concernente a uma singularidade não reconhecida, não valorizada pelo outro, não deixasse de se reapresentar, de se dar a ver (PACHECO-FERREIRA et al., 2013). É a ausência da certeza de si que promove a repetição incoercível de enredos estereotipados duramente martirizantes, impondo ao *sentimento de si* uma intensa indignidade e desvalia.

Do mesmo modo, a confusão de línguas de que trata Ferenczi (1933) parece implicar em um poder de dominação da linguagem do adulto sobre a linguagem da criança, experiência da ordem de uma violência traumática a qual só resta responder pela identificação ao objeto e por uma intensa idealização – qualidade do objeto

⁶ Roussillon (2006) explora a hipótese da existência de um retorno do clivado através da ideia de uma “transferência por retorno”, própria às configurações clínicas marcadas por uma problemática narcísico-identitária. A nosso ver, sua proposição parece mais interessante na medida em que podemos circunscrevê-la para explicar o fantasiar penoso dos casos difíceis, entendendo essa particularidade do fantasiar como um modo pelo qual a zona traumática enquistada busca se reapresentar e fazer sua entrada no mundo imaginário do sujeito.

primário a qual a criança não pode abrir mão. Vemos assim se desenhar o quadro de uma relação objetal em que o sujeito se posiciona submissa e passivamente diante do objeto primário. Poderíamos acrescentar, com Cardoso (2010), que nesses casos, mais do que uma indiferenciação entre o eu e o outro, tratar-se-ia de um estado psíquico de *servidão*. Escravizados ao domínio do outro, *servindo* ao desejo do objeto, esses sujeitos estariam atrelados de forma radical ao objeto primário, como consequência de uma dominação de natureza masoquista (CARDOSO, 2010). As proposições da autora nos conduzem a uma discussão a respeito da especificidade dessa posição de submissão absoluta ao outro e de sua relação com a fixidez da fantasia nos casos difíceis, discussão que será desenvolvida à luz das contribuições teórico-clínicas de Winnicott.

I. 2. 5. A submissão ao outro: uma contribuição de Winnicott

A natureza de uma relação objetal que não reconhece a existência singular do infante, contra a qual sobrevém uma resposta defensiva por parte do sujeito que buscará salvar a parte *sensível* de seu psiquismo, justamente aquela onde se encontraria a matéria plástica e móvel do seu fantasiar criativo, é um tema de discussão que atravessa a obra winnicottiana. Sobreposta a esta discussão, encontramos igualmente em Winnicott a constatação de um modo de relação objetal que inscreve o sujeito em uma posição de submissão radical ao outro, posição observada nos casos difíceis aqui contemplados. Este autor nos oferece uma valiosa contribuição no que tange à inteligibilidade das dinâmicas subjetivas que impõem limites à prática psicanalítica, observação assinalada e enfatizada por grande parte da comunidade psicanalítica, notadamente os autores pós-freudianos atentos ao papel da relação de objeto na constituição subjetiva.

Um tema bastante recorrente em seus escritos é precisamente a problemática clínica decorrente de uma dificuldade em fantasiar criativamente. Esta questão é amplamente desenvolvida no artigo *Sonhar, fantasiar e viver* (WINNICOTT, 1971a), onde são discutidas as diferenças qualitativas sutis entre modos distintos de atividade fantasmática.⁷ Nesse artigo, o autor apresenta o caso clínico de uma paciente com

⁷ Convém fazer uma ressalva a respeito da terminologia empregada por Winnicott (1971a) neste artigo. O autor utiliza os termos “sonhar” e “fantasiar”, contrapondo-os, a fim de indicar que o primeiro implicaria uma atividade criativa e o segundo, uma atividade estática. Preferimos manter o enfoque na noção de fantasia, e, desse modo, à luz das contribuições de Winnicott, contrapomos a fantasia móvel e plástica, de um lado, a qual corresponde ao “sonhar” winnicottiano, e a fantasia estática, de outro.

dificuldades em fantasiar de forma móvel e plástica, caso que vale uma reflexão mais aprofundada.

As possibilidades de produção fantasmática da paciente se expressavam por uma atividade de devaneio estéril de natureza compulsiva, ocupando toda sua economia psíquica. A esterilidade de seu fantasiar se revelava, entre outros fatores, no sentimento de que sua vida não tinha sentido; tratava-se de fantasias vazias que não se relacionavam com os objetos de sua realidade, já que nada em sua existência tinha valor significativo para ela. Para Winnicott (1971a), a problemática clínica da paciente, uma mulher de meia-idade, estaria relacionada a questões decorrentes do que ele designa como “dissociação primária”, mais do que ao recalque – concepção próxima a de clivagem narcísica proposta por Ferenczi (1931). O modo de sofrimento psíquico da paciente de Winnicott (1971a) corresponde, de forma muito próxima, ao modo de sofrimento psíquico que analisamos na pesquisa, dada à grande dificuldade para criar fantasias que sejam fonte de prazer – sujeitos cuja vida imaginária penosa permanece como fenômeno isolado, exigindo trabalho psíquico, mas funcionando como uma atividade estática.

Ao longo do trabalho de análise com Winnicott, a paciente descobre que a parte principal de sua existência se realizava precisamente nesses devaneios *estéreis*, que ocorriam “onde ela não fazia absolutamente nada” (WINNICOTT, 1971a, p. 53). Enquanto este ‘não fazer absolutamente nada’ se disfarçava em certas atividades fúteis, a paciente se entregava a uma atividade fantasmática dissociada, em um estado de ausência de si que só lhe confirmava o sentimento de que não existia. O sentimento de ausência de si era descrito “como se não pudesse ficar em sua pele” (ibid., p. 53) ou como se não pudesse “possuir-se a si mesma” (ibid., p. 54).

É possível destacar do argumento de Winnicott (1971a) uma oposição entre o *fantasiar estático* – mesmo que dotado de um movimento compulsivo – e o *fantasiar criativo*, este sim positivado pelo autor e considerado como atividade criadora. Para o autor, a capacidade de fantasiar criativamente implicaria a possibilidade fértil da imaginação, isto é, uma forma de exploração imaginária do mundo que pode enriquecer a vida psíquica, um lugar em que “sonho e vida são a mesma coisa” (WINNICOTT, 1971a, p. 46). Em outros termos, na fantasia criativa, o material se comunicaria com a vida e os objetos investidos pelo sujeito, de tal modo que o material fantasiado seria carregado de valor simbólico. O material fantasiado teria “camada sobre camada de significado relacionado ao passado, ao presente e ao futuro” (ibid., p. 56), podendo

tanto referir-se a experiências da vida precoce infantil do sujeito, como a projeções futuras. Essa indicação quanto à temporalidade inerente ao fantasiar nos remete diretamente à definição freudiana, já assinalada acima, sobre a noção de fantasia, em sua afirmação de que nela “o passado, o presente e o futuro são entrelaçados pelo fio do desejo que os une” (FREUD, 1908/1974, p. 153).

A atividade fantasmática da paciente de Winnicott (1971a), ao contrário, não parece abrir-se seja para o passado, presente ou futuro, mas permanece enquistada, incomunicável, restringindo-se à parte do eu dissociada. Como observa Pontalis (1988), ao referir-se ao artigo de Winnicott (1971a), essa paciente incorreria em uma *superprodução de fantasias* que pode ser entendida justamente como o oposto da capacidade de fantasiar. Essa superprodução ganha caráter compulsivo na paciente de Winnicott, cuja função seria, segundo Green (1979), referindo-se também ao mesmo artigo, a de preencher seu vazio psíquico. Estas observações, vale sublinhar, nos dão elementos para compreender a fixidez compulsiva do fantasiar penoso dos casos difíceis. Trata-se igualmente, nesses casos, de um fantasiar estático, desprazeroso, de caráter compulsivo, opondo-se à mobilidade plástica de um fantasiar prazeroso, mas com a função de preencher uma existência sentida como vazia ou artificial.

Ainda versando sobre o caso clínico de Winnicott (1971a), importa esclarecer que, ao referir-se à infância precoce da paciente, o autor sugere que existiria uma etiologia comum que, embora complexa, teria validade para os casos semelhantes ao desta paciente. É este ponto do artigo que nos interessa especialmente. A relação do sujeito com a mãe é aqui assinalada como chave para uma compreensão psicopatológica dos casos clínicos que carecem de um acesso mais livre ao fantasiar criativo. Winnicott refere-se a um tipo de relacionamento padrão desse sujeito com a imagem materna descrito em dois tempos: um primeiro tempo em que a relação mãe-bebê teria se dado de modo muito satisfatório, seguido de um segundo tempo em que esta relação teria se transformado precocemente em desilusão e desesperança com relação ao objeto.

Muito embora não esclareça quais são os motivos desta desilusão, Winnicott (1971a) descreve muito sucintamente a história infantil desta paciente a partir de seu relacionamento com os irmãos. Filha caçula de uma família numerosa, ela atravessara a infância tendo que se adaptar a um mundo já organizado em função dos desejos de seus irmãos e irmãs mais velhos. Desta maneira, ela tinha sido uma criança que nunca brincara ativamente, tendo sido apenas observadora das brincadeiras dos outros. O brincar não a satisfazia, não representava, para ela, uma fonte de prazer, e isso ocorria

justamente porque ela não tinha a possibilidade de criar suas próprias brincadeiras. As brincadeiras lhe eram insatisfatórias uma vez que se tratava de um *fazer de conta* que brincava, já que todos seus esforços consistiam em desempenhar o papel que lhe era designado pelos outros. Deste modo, sua adaptação ocorria na base de uma complacência, uma submissão ao outro. A relação com o objeto primário, inicialmente satisfatória, teria se transformado assim em uma relação que impossibilita a expressão singular de sua própria existência (WINNICOTT, 1971a).

Talvez a natureza da desilusão de que fala Winnicott (1971a) com respeito a um segundo tempo da relação primária, transformando a satisfação em desesperança, aponte uma incapacidade do objeto em reconhecer a diferença, sua incapacidade de possibilitar à criança a expressão criativa de sua própria singularidade. Esta é justamente a problemática central dos pacientes que abordamos nesta tese: a dificuldade de fantasiar com prazer devido a uma complacência e submissão ao outro, por uma dominação irrestrita da imagem materna. Como afirma Winnicott (1971b), em um modelo de relação de submissão ao outro dessa ordem:

(...) “o mundo em todos os seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. A *submissão* traz consigo um sentimento de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida. (...) como se estivessem presos à criatividade de outrem, ou de uma máquina” (WINNICOTT, 1971b, p. 95, grifos nossos).

O acento colocado sobre a submissão e o ajustamento adaptativo caracterizam um modo de relação objetual que impossibilita a aquisição de autonomia psíquica por parte do sujeito, o que impede a expressão de sua existência singular. Neste sentido, cabe apresentar aqui a concepção winnicottiana a respeito das personalidades falso-*self*, cujo caráter de alienação ao outro permite uma maior inteligibilidade quanto ao aspecto de submissão que caracteriza o modo de relação objetual predominante destes pacientes. O interesse em examinar esta configuração clínica winnicottiana se justifica menos pela pretensão em designar, de modo unívoco, os casos difíceis aqui investigados como falso-*selves*, e mais pelo propósito de analisar a especificidade de um modo de relação com o objeto primário que traz as marcas de uma posição radical de submissão.

Quando Winnicott (1960a) postula o conceito de falso-*self*, ele nos oferece uma maneira de compreender a especificidade de uma relação objetual na qual o sujeito encontra-se alienado no desejo do outro (GREEN, 1974). Trata-se de uma posição subjetiva que indica a impossibilidade de se vivenciar uma existência espontânea,

designando sujeitos que se sentem incapazes de expressar-se criativamente, do que resultaria um sentimento de irrealidade, inautenticidade e futilidade. Dito de outro modo, a espontaneidade não é um aspecto que estaria incluído no rol das experiências vividas em tempos precoces por esses sujeitos, ausência que se manteria ao longo de sua vida psíquica. Esta posição subjetiva seria tributária de uma relação com o objeto primário na qual a submissão assume o lugar de figura central.

Winnicott (1960a) examina o papel do objeto primário no desenvolvimento do falso e do verdadeiro *self* nos seguintes termos. Para ele, o sentimento de existência baseado na originalidade criativa dependeria de uma relação primária em que a mãe é capaz de exercer o papel fundamental de complementar as expressões de onipotência do lactente. As expressões de onipotência, também denominadas de *gesto espontâneo* do bebê, quando não são complementadas pela mãe, mas ao contrário, são substituídas pelos próprios gestos da mãe, instauram uma relação com o objeto em que a dominação materna exerce sua influência de forma predominante. Sendo assim, “o lactente é seduzido à submissão, e um falso *self* submisso reage às exigências do meio e o lactente parece aceitá-las” (WINNICOTT, 1960a, p. 134). Frente à dominação por parte do objeto onipotente, o sujeito responde por uma passividade e pela submissão. É nesse sentido que Green (1976a), a propósito dessas personalidades, sugere que o sujeito falso-*self* se sustentaria em um “narcisismo de empréstimo” (GREEN, 1976a, p. 160), isto é, submetido ao narcisismo do objeto primário, este último exercendo sua dominação às custas de uma passividade e alienação do sujeito. O caráter de passividade do sujeito frente ao narcisismo materno será explorado no capítulo seguinte, quando apresentarmos a hipótese de uma dominação radical da fantasia materna canibalesca nos casos aqui analisados – questão que parece remeter ao “narcisismo de empréstimo” ao qual se refere Green (1976a).

As etapas necessárias à constituição narcísica que viriam assegurar uma vida psíquica criativa são descritas por Winnicott (1962) de forma esclarecedora, quando dá ênfase ao fato de que o sujeito precisa ter sua existência reconhecida pelo outro – experiência contrária àquela em que prevalece uma relação de dominação:

“Primeiro vem o “eu” que inclui “todo o resto é não-eu”. Então vem “eu sou, eu existo, adquiero experiências, enriqueço-me e tenho uma interação introjetiva e projetiva com o *não-eu*, o mundo real da realidade compartilhada”. Acrescenta-se a isso: “Meu existir é visto e compreendido por alguém”; e ainda mais: “É me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente” (WINNICOTT, 1962, p. 60).

As experiências que permitiriam a expressão do *gesto espontâneo* do sujeito seriam asseguradas, portanto, na medida em que ele pudesse ser reconhecido como *existente*, como sujeito singular – contrariamente ao que parece ocorrer nos casos aqui investigados. A construção fantasmática materna de indiferenciação, como veremos no segundo capítulo, parece se sobrepor ao sujeito e invalidar a expressão de sua autonomia psíquica, capaz de *desmentir* seus movimentos de separação e diferenciação. Sendo assim, a fantasia materna impede a mobilidade psíquica do sujeito, mantendo-o fixado à expressão estereotipada de *seu* fantasiar penoso, sendo esta a única saída encontrada para uma afirmação de si. Deste modo, vamos examinar, no próximo capítulo, o papel da figura materna como figura determinante para o estabelecimento de uma fantasia de não-diferenciação eu-outro. A hipótese que buscamos seguir é a de que haveria uma imposição incoercível por parte do objeto materno para manter inabalável os vínculos fusionais com o sujeito, o que os manteria, ambos, fixados em uma fantasia de apagamento da diferença.

Capítulo 2

A fantasia materna canibalesca

Encontramos na história infantil desses pacientes (...), principalmente, palavras proferidas, na maioria das vezes pela mãe. Esses ditos têm valor de atos. Como veredictos sem apelação, sentenças recebidas como negações de justiça, eles não são passíveis de nenhuma recomposição que os relativize e que, ao mesmo tempo, relativize a imagem e o poder daquele ou daquela que os enuncia. Absolutos, só podem suscitar, em contrapartida, uma reação
(Pontalis, 1988a, p. 62).

Os pacientes que serviram como ponto de partida para nossa pesquisa são sujeitos que não parecem ter tido a possibilidade de criar um espaço do *segredo*, isto é, um espaço psíquico de intimidade onde podem ser criadas as fantasias, fonte de prazer para a vida psíquica. Supomos nesses casos a existência de um modelo traumático de relação entre o sujeito e a figura materna fixada em uma cena fantasmática estática que promove o apagamento da diferença, que busca instaurar uma não-diferenciação eu-outro. Observamos no tratamento desses pacientes um modelo de relação precoce cujo esforço fundamental é o de manter um estado regressivo de fusão entre sujeito e objeto. Nossa hipótese é a de que tal fantasia de indiferenciação é tributária de uma problemática narcísica materna que seria projetada para a criança, fantasia que *habita* o psiquismo da criança como presença estranha, invasiva, ocupando seu espaço psíquico. Buscaremos examinar, ainda, por que é comum a esses pacientes recorrerem ao ato como modo privilegiado de expressão subjetiva. Pretendemos mostrar que a exteriorização pelo ato funciona como uma forma de descarga para o excesso pulsional traumático, mecanismo defensivo semelhante àquele observado na fixidez do fantasiar penoso. O que buscaremos assinalar é que o modelo do ato funciona como antítese ao modelo da fantasia. A discussão de uma vinheta clínica nos permitirá ilustrar os efeitos de uma relação primária de caráter absoluto. Por fim, vamos apresentar a imagem das ilhas desertas proposta por Deleuze (1950-59), utilizando-a como recurso metafórico para se pensar a relação entre o sujeito e a figura materna, centrada em uma fantasia de indiferenciação.

II.1. A fantasia de apagamento da diferença

II.1.1. A organização secreta do espaço íntimo

Os casos difíceis aqui analisados revelam uma problemática crucial no que tange à possibilidade de criar, em sua própria “tópica” subjetiva, um lugar psíquico interno. São pacientes que apresentam dificuldades concernentes ao espaço da intimidade, lugar onde, apartados de toda intrusão externa, são forjados os sonhos e as fantasias, fonte de prazer para a vida psíquica. Estas configurações clínicas são bem descritas por Cyssau (2004) como “pessoas que nunca puderam experimentar o prazer de se perder ao longo de uma brincadeira de crianças ou de um passeio na floresta ou numa cidade estrangeira (...). Ao se perder, o outro se afasta e desaparece; é então que o sujeito se encontra” (CYSSAU, 2004, p. 104-105, tradução nossa).

Desta maneira, o que parece faltar no mundo psíquico desses pacientes é um “quarto para si”, expressão utilizada por Pontalis (2000) para se referir à importância da criação e manutenção de um espaço íntimo para o processo de constituição subjetiva.

“Eu poderia expor as etapas de minha vida como uma sucessão de janelas que se abrem: as saídas para fora do bairro e longe da família com os colegas, o aprendizado de línguas estrangeiras [...]. Paradoxo: eu insisto para que as portas, estas estejam fechadas: cada quarto deve ter seu uso próprio, bem delimitado. Minha “tópica” subjetiva é ao mesmo tempo a das janelas abertas e do quarto para si” (PONTALIS, 2000, p. 16, tradução nossa).

A dimensão de intimidade da vida psíquica representada pela imagem apropriada de “um quarto para si” é primordial para o sujeito, pois é precisamente esse espaço psíquico com fronteiras nítidas – de “portas fechadas” – que permitiria ao sujeito criar com prazer e dar o seu próprio sentido à realidade. A criança, quando pode guardar segredos ao abrigo do olhar do outro, dá testemunho de sua capacidade de ter uma vida psíquica própria e autônoma.

Vale nos determos aqui nas contribuições de Piera Aulagnier (1990), quando assinala a importância do *direito ao segredo*, cujo estabelecimento poderia garantir a atividade de pensar, fantasiar e associar em análise. A autora defende a hipótese de que a possibilidade de o sujeito investir na liberdade de fantasiar com prazer está intimamente articulada ao pensar secreto – condição vital para o funcionamento psíquico. “Preservar-se o direito e a possibilidade de criar pensamentos, e mais

simplesmente de pensar, exige que se tenha o direito de escolher os pensamentos que se comunica e aqueles dos quais se guarda segredo” (AULAGNIER, 1990, p. 258).

Este direito teria sido adquirido ainda no tempo das teorias sexuais infantis, ocasião em que a criança descobre que as figuras parentais podem mentir para ela, quando se trata de responder às suas questões sobre a origem. Lembremos, como já assinalamos no capítulo anterior, que Freud (1905/1974) indicava que as pesquisas sexuais infantis poderiam ser consideradas, com relação à criança, “um primeiro passo no sentido de assumir uma atitude independente no mundo” (FREUD, 1905/1974, p. 203). A isso, aponta a perda de confiança nas figuras parentais como motivação para a criança interessar-se por tais pesquisas: “[as teorias sexuais infantis] implicam um alto grau de alienação da criança às pessoas à sua volta que anteriormente gozavam de toda sua confiança” (FREUD, 1905/1974, p. 203).

Como consequência da descoberta sobre a mentira parental, a criança chegaria a uma nova descoberta fundamental para sua estruturação psíquica: descobre que ela própria também pode mentir, isto é, pode esconder do outro uma parte dos seus pensamentos. Esta descoberta marcaria uma separação entre a criança e as figuras parentais, quando ela pode se arriscar a abandonar a ilusão de uma relação fusional (AULAGNIER, 1990).

A importância do direito ao segredo – entendido como uma *conquista do Eu* (AULAGNIER, 1990) – está justamente em sua possibilidade de opor-se ao desejo materno. “Numa fase em que sua vida é ainda dependente dos cuidados do exterior, e primeiramente da mãe (...), a criança percebe que, no entanto, está ao seu alcance criar “objetos” – os pensamentos – que só ela pode conhecer e sobre os quais consegue negar ao Outro todo direito de olhar” (AULAGNIER, 1990, p. 269). Desta maneira, a liberdade para pensar secretamente, quando se apresenta como atividade autorizada, tornar-se-á fonte de prazer na vida psíquica precoce do sujeito. Quando isso ocorre, o sujeito, em um segundo tempo, vai atribuir a algumas de suas construções ideacionais o estatuto de fantasia (PACHECO-FERREIRA et al., 2013).

A proposição de Aulagnier (1990) sobre a importância do direito ao segredo parece se afinar com a concepção de Winnicott concernente à capacidade de estar só (WINNICOTT, 1958). Ao propor uma discussão sobre os aspectos positivos da capacidade de ficar só, Winnicott a define como a possibilidade de a criança apreciar o estado de solidão, quando tem prazer em *ficar só na presença da mãe*. O paradoxo inerente à ideia de estar só na presença de alguém é assinalado pelo autor, que procura

desdobrá-lo ao afirmar que a criança precisa inicialmente se assegurar da presença do outro mas sem que essa presença seja ruidosa, isto é, sem que se apresente como fonte de excitabilidade. É o estado psíquico em que a criança “pode descansar contente” (WINNICOTT, 1958, p. 34), descanso experimentado de maneira prazerosa durante períodos limitados sem a interferência de estímulos externos, quando a criança sente-se segura e pode se perder em seus devaneios.

Segundo Winnicott (1958), ao estar só, o mundo interno ganharia consistência e, desse modo, atingindo um estado de descanso prazeroso, a criança começaria a dar significados às fantasias criadas por ela.

“A criança tem a capacidade de se tornar não-integrada, de devanear, de estar num estado que não há orientação, de ser capaz de existir por um momento sem ser nem alguém que reage às contingências externas nem uma pessoa ativa com uma direção de interesse ou movimento” (WINNICOTT, 1958, p. 37-38).

As proposições de Winnicott (1958) e Aulagnier (1990) se aproximam na medida em que ambas examinam as condições de possibilidade para a organização de um espaço psíquico de intimidade. Trata-se, aí, de duas visões complementares. Ambas as visões sugerem que, no tempo da relação primária mãe-bebê, o espaço do segredo se constrói progressivamente, quando o bebê experimenta esses estados temporários de solidão, quando o objeto não intervém, e desse modo, sua singularidade e seu ritmo de estar no mundo são respeitados.

Após abandonar o estado fusional primário, o bebê pode perceber que sua mãe não adivinha tudo aquilo que se passa dentro dele nesses momentos de repouso solitário. A criança descobre assim a possibilidade de estabelecimento de um lugar onde ela pode se retirar, preservada do olhar e do saber materno (DURIF-VAREMBONT, 2009).

No entanto, como procuramos ressaltar, o destino inverso também é possível. Quando o processo de constituição do espaço do segredo fracassa, a figura materna torna-se não descartável, uma vez que a criança não pode abdicar do objeto materno em sua característica de objeto primário da fusão. Desta maneira, a continuidade subjetiva entre mãe e bebê permanece intensa e excessiva, para além do tempo de dependência habitual de desenvolvimento. Sendo assim, o objeto torna-se invasivo para o *eu* prematuramente estruturado, e o sujeito não consegue estabelecer uma descontinuidade entre si mesmo e o outro, o que permitiria a liberdade de fantasiar com prazer a salvo da

intrusão do objeto. Entretanto, uma saída possível para se diferenciar do outro, nos casos aqui analisados, parece ser precisamente o recurso ao fantasiar compulsivo penoso. O que pretendemos sugerir é que esse fantasiar de *desvalia narcísica* garantiria ao sujeito, ainda que de maneira extremamente custosa, um modo de sobrevivência psíquica. Essa modalidade compulsiva da fantasia lhe asseguraria a existência em estado separado, graças a um modo de fantasiar subvertido no sentido da ordem da economia psíquica do prazer/desprazer.

Para dar contornos mais precisos à nossa hipótese, convém recorrer ao sentido etimológico da palavra *segredo*, baseando-nos nas observações de Le Poulichet (2009). A origem etimológica do termo vem da palavra *secretum*, o que quer dizer “coisa separada”. O espaço psíquico do segredo, entendido assim como “coisa separada”, asseguraria ao sujeito uma existência separada com relação ao outro. Seguindo a proposição da autora, o sujeito que dá sinais de ocupar uma posição do *não-segredo* apresenta muito recorrentemente, como resposta à interdição ao espaço do segredo, um mecanismo de defesa que teria como função instaurar um esboço de diferenciação eu-outro. Para isso, apelaria a algum modo de *secreção*, isto é, *secretam* uma matéria psíquica que possa ser representada como “coisa separada” – secreção que exerceria, em seu aparelho psíquico, a função de separação eu-outro (LE POULICHET, 2009). Este modo de *secreção*, segundo a autora, decorreria de uma necessidade de *evacuar* repetidamente o excesso traumático, necessidade verificada nos pacientes difíceis. Com efeito, inspirados pela proposição de Le Poulichet (2009), podemos supor que o fantasiar penoso dos casos difíceis aqui investigados teria a mesma função de secretar/evacuar uma *matéria psíquica* clivada. Através da secreção compulsiva de um fantasiar penoso, o sujeito que sofre pela impossibilidade de instaurar o espaço do segredo pode assegurar um *sentimento de si* que lhe garante minimamente a experiência psíquica de separação e diferenciação.

Desta maneira, as fantasias penosas e autodepreciativas parecem se organizar de modo a estabelecer uma delimitação, mesmo que precária, ao seu *eu*, sua unidade narcísica. Ela permite uma reconstituição de sua identidade, mas ao preço de um sentimento profundo de indignidade (TISSERON, 2007). Com efeito, propomos situar essa estereotipia penosa da fantasia entendendo-a como um modo de afirmação subjetiva de um aparelho psíquico *engolido* pelos efeitos de uma relação de submissão absoluta com o objeto primário. Nossa hipótese é, portanto, de que o caráter estático e repetitivo do fantasiar penoso desses pacientes sugere uma tentativa de atribuir sentido,

sob a forma de compulsão à repetição, ao excesso pulsional traumático, em um esforço contínuo e repetidamente fracassado de ligá-lo a representações, mesmo que dolorosas. Estes são os resultados de uma problemática remetida à impossibilidade de estruturação do espaço do segredo ao longo das relações precoces, problemática decorrente de uma relação fusional com o objeto primário.

II.1.2. O desejo materno de indiferenciação

É possível supor que nesse tipo de relação dual em que prevalece a fantasia de não-diferenciação eu-outro, o psiquismo materno deve exercer um papel fundamental. Nesta perspectiva, tal fantasia parece decorrer mais propriamente de uma problemática narcísica materna que seria projetada para a criança, fantasia que *habita* o psiquismo da criança como presença estranha, invasiva, ocupando seu espaço psíquico. Nesses casos, talvez possamos atribuir à figura materna a fixidez de uma fantasia de “amor canibalesco”, tomando emprestado a concepção formulada por McDougall (1992) ao abordar a especificidade de um amor “devorador”. Nessas condições, o dinamismo psíquico preponderante na criança seria o da fantasia oral, o que significa dizer, como bem observa Cintra (2012), que o *eu* passa a ser vivenciado como um objeto oral a ser devorado pelo outro. Supõe-se assim que o desejo materno de fusão manteria a criança em um sistema fechado, cuja função alienante exigiria que a criança respondesse fielmente ao desejo do outro de não-diferenciação, ocupando passivamente o lugar que lhe é atribuído. Desse modo, parece se configurar nesses casos uma organização psíquica sustentada por um “narcisismo de empréstimo”, noção proposta por Green (1976), a qual fizemos referência anteriormente, que indica um narcisismo alienado cuja passividade permite uma apropriação pelo outro.

Na pesquisa clínica desenvolvida pelo NEPECC verificamos que os pacientes atendidos – cujo sofrimento subjetivo central remetia à vergonha de si – teriam sido alvo de um investimento maciço das figuras parentais, e mais especificamente, de um intenso investimento materno (PACHECO-FERREIRA et al., 2013). Na esteira da constatação dos riscos de um investimento materno exacerbado, vemos Mayer (2001) definir as características do que ele considera como uma figura materna *intrusiva*, qualidade que supomos descrever o objeto primário que impõe ao filho a figura fantasmática de indiferenciação. Tratar-se-ia de uma mãe que funciona de maneira abusiva sobretudo quando seu narcisismo a impede de considerar a alteridade filial. A

mãe intrusiva, segundo o autor, impediria o filho de se diferenciar e de se separar devido a uma incapacidade de reconhecer nele sua autonomia, uma vez que o considera como um prolongamento de si mesma. Na mesma direção, vemos Kehl (2009) definir a mãe do sujeito deprimido como uma mãe ansiosa e hipersolícita “que subestima seu bebê. Uma mãe apaixonada por sua potência, que adora imaginar-se como a única capaz de atender e satisfazer o *infans*” (KEHL, 2009, p. 239).

Quando uma mãe hipersolícita – excessivamente *boa* – satisfaz todas as necessidades do filho no momento exato do surgimento de suas demandas por satisfação, as consequências podem ser catastróficas para um psiquismo que poderia vir, ativamente, a dar ensejo ao seu mundo criativo. O *gesto criativo*, o choro e o protesto, todos esses pequenos sinais para induzir a mãe a realizar o que faz, todas essas coisas ficam faltando, porque a mãe já satisfaz as necessidades, como se o lactente estivesse ainda fundido com ela e ela com ele. Deste modo a mãe, por ser uma aparente boa mãe, deixa o bebê com duas alternativas: ou ficar em um estado permanente de regressão e ficar fundido com a mãe, ou então representar uma rejeição completa à mãe, mesmo de uma mãe aparentemente boa (WINNICOTT, 1960, p. 50, grifos nossos).

“É justamente no período que marca o fim da fusão entre mãe e bebê, quando o bebê começa a precisar ficar separado, que se faz necessário que a mãe prescindia de sua capacidade de identificar-se ao seu bebê. “É possível prover um cuidado inicial bom, mas fracassar em completar o processo pela incapacidade de deixá-lo terminar, de modo que a mãe continua fundida com seu lactente e a adiar a separação entre ela e o lactente” (WINNICOTT, 1960, p. 49).

Esse fracasso no processo de separação eu-outro decorreria de uma dificuldade da mãe em mudar suas atitudes com relação ao bebê, o que se daria através do reconhecimento de que não precisa mais ter uma compreensão quase mágica das necessidades dele. “Poder-se-ia dizer que, se ela sabe agora bem demais o que o lactente necessita, isto é mágica, e não forma uma base para as relações objetais” (WINNICOTT, 1960, p. 49). Mas cabe indagar: por que a mãe não conseguiria prescindir de sua capacidade de identificar-se ao bebê?

Winnicott (1967), ao discorrer sobre o papel de espelho da mãe no desenvolvimento da criança, nos oferece alguns elementos para o entendimento do que estaria em jogo neste tipo de fantasia dual. Ele assinala a importância do olhar materno dirigido ao bebê no processo de separação entre sujeito e objeto, quando começa a se

reconhecer como sujeito diferenciado do objeto, com atributos próprios, ao ver naquele olhar a sua própria imagem refletida. O olhar da mãe teria a função de dar à criança sua primeira imagem identificatória. Este olhar seria capaz de refletir para a criança todos os significados do investimento materno dirigido a ela e, nesta perspectiva, podemos supor que toda uma miríade de formas de investir libidinalmente a criança estariam em jogo neste processo de organização psíquica que está em andamento.

Lembremos do que Freud (1914/1974) nos ensina a respeito da economia psíquica que determina a coroação de “Sua Majestade, o Bebê”: no investimento parental inerente ao narcisismo primário são endereçadas à criança as expectativas dos pais, assim como suas fantasias, as quais serão projetadas sobre a criança. Desta maneira, no investimento dirigido ao filho não estão ausentes as conflitualidades destes pais, uma vez que as consequências de sua própria constituição narcísica se farão necessariamente presentes neste processo. “O amor dos pais”, diz ele, “tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” (FREUD, 1914/1974, p. 108). Desta maneira, certamente fará diferença se o narcisismo parental não se deu a contento, na medida em que as fragilidades de tal constituição narcísica implicarão em efeitos sob o olhar que a mãe dirigirá a criança em seu papel de espelho identificatório.

No fio das ideias de Winnicott (1967) sobre o papel de espelho da mãe são vislumbradas algumas das vicissitudes possíveis do investimento materno endereçado à criança, a partir do relato de breves vinhetas clínicas. Entre elas, o autor chama a atenção para o risco de um olhar materno que pode servir para “corrigir” a incerteza da mãe quanto ao olhar que sua própria mãe dirigiu a ela. Tratar-se-ia aqui, como explica McDougall (1978), de um olhar materno que buscaria seu próprio reflexo na criança, como uma confirmação de sua própria existência. Nestes casos, a criança sentiria uma lacuna quanto à função de espelho materno, em termos de ser vista de um modo que a fizesse sentir que existia (MCDUGALL, 1978).

Como se sabe, uma crítica comum feita à teoria winnicottiana é de que a criança descrita pelo autor seria uma criança relativamente desprovida de pai (PHILLIPS, 2008). No entanto, neste artigo cujo título é *O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil*, Winnicott (1967) não deixa de mencionar a importância da presença do pai nesse contexto da constituição narcísica. O papel de espelho do pai e do grupo familiar também ganha a atenção do autor neste texto, assinalando que estes, tal

como espelhos identificatórios, complementam o processo de assunção pela criança de uma imagem de si. A identificação com o pai e com outras figuras próximas à criança teriam a função de relativizar a força da primeira identificação com a mãe. Caso contrário, a identificação primária poderia provocar uma confusão identitária de tal ordem que a sintomatologia da criança poderia funcionar como reflexo do sofrimento psíquico materno. É o que parece sugerir a breve vinheta clínica de Winnicott (1948), quando ele relata o caso de um menino que o procurou no hospital, sozinho, dizendo: “Por favor, doutor, minha mãe está sentindo uma dor na minha barriga” (WINNICOTT, 1948, p. 157).

Feito este exame do papel de espelho da mãe proposto pela teoria winnicottiana, voltemos à discussão sobre o modo particular de relação dual entre sujeito e objeto primário que estamos analisando. O que parece ocorrer aí, no absolutismo desta relação, é um apelo materno excessivamente voraz para que a criança possa assegurar algum reparo à sua própria constituição narcísica, certamente frágil. O pai, em sua função separadora e diferenciadora, não teria margem de manobra alguma neste contexto, no sentido de poder levantar barreira contra a pressão transbordante por parte da mãe para que a criança seja o espelho narcísico de sua própria existência.

Se sua presença pudesse se apresentar de forma mais consistente, o pai poderia promover o desprendimento da situação de domínio estabelecida pela relação materna, suscitando uma mobilidade psíquica produtora de novos investimentos libidinais, preche de potencialidades fantasísticas. Dessa forma, o sujeito poderia renunciar à exclusividade de investimento dirigido ao objeto primário, engajando-se, e fazendo uso da energia libidinal liberada, em um novo investimento (CHABERT, 2008).

Entretanto, nos casos em que predomina a dificuldade para o estabelecimento de uma tópica psíquica que diferenciaria o sujeito e o objeto, é habitual a constatação de uma conjuntura familiar marcada pelo apagamento ou desqualificação da figura paterna, em geral representado como figura inapta para funcionar como modelo identificatório (McDougall, 1978; Roussillon, 2006). Nessas situações, afirma Chabert (2008), referindo-se àquelas situações próprias às “análises menos clássicas, nas assim chamadas “análises complicadas””, o apelo ao pai torna-se indispensável: “não na referência a um sistema dogmático e enrijecido, mas na busca dos traços íntimos das experiências e fantasias suscetíveis de tirá-lo da sombra e lhe dar vida novamente” (CHABERT, 2008, p. 17). O apelo ao pai, segundo a autora, manifestar-se-ia em um

apelo ao deslocamento que ele pode oferecer, no sentido de um terceiro termo que viria a deslocar o sujeito da posição de submissão com relação à figura materna.

É importante esclarecer, com Chabert (1999), que não se trata aqui da ausência de uma estruturação edípica nos casos difíceis. Essas configurações subjetivas não excluem, de forma alguma, uma experiência de travessia pela triangulação edípica, embora a organização do Édipo pareça ter se dado de maneira diversa àquela da neurose. Devido a uma dificuldade de acesso à ambivalência, esses sujeitos são incapazes de associar o amor e o ódio em uma dialética suportável, endereçando-os a um único objeto. Se a organização edípica neurótica caracteriza-se por uma ambivalência vivida com relação a cada um dos pais, nos casos aqui analisados ocorreria uma forma de *divisão* da ambivalência, ou seja, sente-se amor por um e ódio pelo outro (CHABERT, 1999).

Por parte da figura materna, o que ganha destaque é o desejo de sobrepor sua própria imagem à da criança, ao buscar nela as molduras de seu próprio reflexo especular. Vemos assim a construção de uma fantasia de domínio do outro pela via da indiferenciação, cena fantasmática que ganha os contornos de uma cena oral canibalesca. O aspecto canibalesco, devorador, deste modo de relação dual pode ser atribuído mais especificamente ao objeto primário, responsável por montar a cena de indiferenciação e manter o sujeito identificado à sua fantasia, sendo assim *engolido* pela fantasia materna. A criança, por seu lado, participa de certa maneira da apropriação da fantasia materna, como indica Ciccone (2012), na medida em que passa a crer na fixidez da fantasia projetada nela pelo objeto parental, abrindo espaço para ser *habitado* por uma figura fantasmática estranha, que captura sua própria identidade. Cabe ao psiquismo infantil identificar-se ou não com a fantasia materna e dotá-la do poder de imobilizá-lo em sua fixidez fantasmática (CICCONE, 2012).

Assim, em uma identificação alienante e mortificante ao indiferenciado (LE POULICHET, 2009), cuja aderência pode dar a impressão ao sujeito de que ele não tem direitos sobre a própria existência, o sujeito acaba tendo a experiência de um *sentimento de si* vacilante e pouco consistente. Daí se depreende à fragilidade quanto à certeza de sua própria existência, da qual decorre uma vida psíquica que pode ser sentida pelo próprio sujeito como vazia, ou seja, como uma existência sem validade.

Essa fantasia materna que se esforça por ser infinitamente mantida parece implicar uma concepção de maternidade cuja condição fundamental seria reproduzir algo imodificável. É o que assinala Aulagnier (1989) ao se referir à fantasia materna que

supõe uma “reprodução por cissiparidade”. Ao recorrer a uma terminologia genética que designa um modo de reprodução vegetativa dos seres unicelulares em que ocorre a divisão direta das células, a autora sublinha, nessa fantasia materna, a necessidade de preservar unidas para sempre as “partes” do conjunto mãe-bebê. Tal fantasia exclui a criação de algo novo: “partes de um primeiro todo se separam, recuperam uma parte de sua energia vital mas, uma vez feita a soma, constatar-se-ia que nenhuma nova entidade foi criada” (AULAGNIER, 1989, p. 86). As dificuldades de separação eu-outro presentes nos casos aqui investigados parecem, portanto, decorrentes de um aprisionamento do sujeito em uma fantasia materna dessa ordem.

A este respeito, convém retomarmos de forma breve a concepção freudiana sobre a sedução materna. Em *Três ensaios sobre a sexualidade*, Freud (1905/1974) faz alusão ao erotismo materno descrevendo uma mãe sedutora que faz da criança um substituto do objeto sexual. Ao explicitar a modalidade de investimento libidinal presente nos cuidados maternos, Freud afirma que a mãe “(...) olha-a ela mesma [a criança] com sentimentos que se originam de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija-a, embala-a e muito claramente a trata como um substituto de um objeto sexual completo” (FREUD, 1905/1974, p. 229-230).

Esta proposição é ampliada por Freud em dois artigos posteriores sobre a *Sexualidade feminina* (1931/1974) e a *Feminilidade* (1933 [1932]/1974), quando retoma a ideia de uma mãe que erogeniza o *infans*. A figura da mãe como primeira sedutora é aquela que, por meio de cuidados corporais dispensados ao bebê, promove uma excitação sexual, e esta sedução por si só já é traumática para o sujeito. Trauma constitutivo entendido como experiência vivenciada universalmente em um tempo pré-edípico. Entretanto, certas dificuldades de separação entre a mãe e a criança se configuram como um quadro de sedução traumática, o qual remete à intensidade da experiência da sedução materna, reforçada pela ausência de um terceiro termo que pudesse ter a função de separar mãe e filho, no sentido de proteger a criança da voracidade materna. Diante de um abatimento da figura paterna e de uma fantasia de onipotência materna, mãe e filho acabariam por reeditar *ad infinitum* a cena de sedução primitiva. Essa cena primitiva remeteria a dupla a uma fantasia de indiferenciação que resultará, para o sujeito, em uma experiência psíquica de regressão fusional, tema que será abordado no tópico subsequente.

II.1.3. Regressão ao estado fusional

A incapacidade de delimitar o que deve ser preservado contra o conhecimento do outro, decorrência da impossibilidade de fechar seu espaço de intimidade e de estabelecer fronteiras seguras contra a invasão objetal testemunha um modelo de relação precoce que se esforça por manter inabalável o estado de fusão *eu-não-eu*. Convém lembrar que no narcisismo primário, se pensarmos a partir *do ponto de vista do bebê*, o objeto está incluído em sua organização narcísica, compondo a unidade mãe-bebê. Temos aí a entidade unitária do narcisismo primário, que precede a distinção *eu-não-eu*, o que Green (1976) considera como sendo a realização do *Desejo do Um*, uma totalização ideal mantida por uma passivação do *infans* que depende integralmente dos cuidados maternos. Entretanto, dificuldades marcantes de separação eu-outro podem manter o sujeito em um tipo de relação fusional com o objeto primário por mais tempo do que seu narcisismo primário exigiria, impedindo seus desdobramentos posteriores. Daí resultaria uma problemática subjetiva que indicaria uma fixação nesta etapa do desenvolvimento da vida psíquica que se caracteriza pela não-diferenciação *eu-não-eu*, o que explicaria a tendência marcante, nesses casos, ao estado de regressão fusional. Uma parte da vida psíquica clivada do sujeito permaneceria, assim, nessa etapa precoce de seu desenvolvimento psíquico.

A noção de “regressão talássica” proposta por Ferenczi (1924) parece contemplar essa ideia de um estado regressivo que remete ao caráter fusional de indissolubilidade eu-outro, questão que nos interessa investigar. Retomemos, de forma breve, essa proposição ferencziana.

Em *Thalassa* (1924)⁸, Ferenczi assinala o simbolismo do mar como lugar de origem. Sua hipótese central é a de que nas manifestações da genitalidade se expressam não somente as lembranças da catástrofe ontogenética, mas também de catástrofes filogenéticas.⁹ A partir de comparações entre a vida intrauterina e a forma de existência

⁸ Importa lembrar que *Thalassa* é uma palavra do grego antigo que significa “mar”. Esta palavra permanece presente no imaginário ocidental graças às referências à obra prima *Anabase*, do historiador Xenofonte. Trata-se do relato da retirada dos dez mil gregos, após a derrota na batalha de Cunaxa (401 a.C.), e os obstáculos que eles precisaram enfrentar para chegar ao país natal. Como testemunhado pelo ateniense Xenofonte, que era também o comandante destes soldados, a marcha dos gregos se estendeu por um país inimigo e desconhecido, cumprindo uma retirada heroica em direção ao país de origem, o que se configurou como uma travessia dramática no território imenso da Babilônia até chegar ao Mar Negro. Depois de longos e perigosos meses no deserto, assim que viram o mar, os gregos gritaram em uníssono a célebre exclamação “Thalassa! Thalassa!”. Ao regressar ao mar, eles poderiam voltar, enfim, à sua pátria (DE PARNAJON, 1865).

⁹ As formulações de Ferenczi em *Thalassa* (1924), associando campos tão antagônicos, são, a seu ver, resultado de um esforço de cooperação entre a biologia e a psicanálise. Daí foi criado o neologismo

aquática característica de um dos estágios de evolução das espécies, Ferenczi aponta o simbolismo materno do mar, simbolismo proposto pelo autor a partir de uma comparação entre oceano e maternidade. A mãe passa a ser comparada, assim, a “um substituto parcial do oceano” (FERENCZI, 1924, p.322), uma vez que carrega no seu corpo o líquido amniótico, vestígio de *Thalassa* (GONDAR, 2010). Este paralelo leva Ferenczi (1924) a elaborar o conceito de “regressão talássica”. Para Ferenczi, essa regressão comporta “um desejo de retornar ao oceano abandonado dos tempos primitivos” (FERENCZI, 1924, p. 320). Tratar-se-ia de um movimento que busca restabelecer uma forma de vida perdida e distante, tanto no sentido ontogenético como filogenético.

Uma vinheta clínica apresentada por Ferenczi (1924) esclarece o que ele entende como regressão talássica. Trata-se do caso de um jovem homossexual cuja especificidade da ligação que ele estabelece com a figura materna é descrita em poucas palavras por Ferenczi: trata-se de um jovem “indissolúvelmente fiel à mãe” (FERENCZI, 1924, p. 317-318). O caráter de indissolubilidade comparece na cena, repetida até a adolescência, em que ele permanecia durante horas deitado no fundo de uma banheira cheia d’água, mantendo-se lá e respirando através de um tubo preso à boca que emergia para fora da água. A crueza da interpretação de Ferenczi não deixa de ter certo lirismo: interpreta esta cena como uma tentativa por parte do paciente para restabelecer a situação arcaica de existência aquática.

O que nos interessa nessa proposição ferencziana é sublinhar o fato de que certas dificuldades de separação entre o sujeito e o objeto podem se desdobrar em uma tendência à regressão fusional – tendência essa que pode se manifestar tanto nos modalidades de relação objetal as quais o sujeito estabelece ao longo da vida, como pode ser reatualizada na própria experiência analítica, na relação transferencial, conforme discutiremos no terceiro capítulo da tese. O *Desejo do Um*, ao qual se refere Green (1976), parece se expressar nessa tendência a retornar a um estado de quietude isenta de desejos de que desfrutara outrora, o paraíso perdido que remontaria a um tempo psíquico arcaico.

Os estados de regressão fusional podem ser também comparados à dinâmica psíquica de uma relação passional, por testemunharem não só uma indistinção sujeito-objeto, como também a mesma submissão afetiva ao outro idealizado, tal como ocorre

bioanálise, utilizado pelo autor para se referir a este movimento em perspectiva entre a psicanálise e os campos da biologia, história natural, zoologia, embriologia e fisiologia.

na paixão amorosa. O modelo de relação amorosa descrito por Anzieu (1986), concernente aos vínculos de dependência mútua que unem um casal vítima de uma “relação privada”, oferece importantes elementos de análise desse modo de relação primitiva fusional.

Anzieu (1986) caracteriza a relação de dois personagens de uma relação amorosa que estão imaginariamente ligados por uma crença simétrica: a crença mútua de que o companheiro é seu objeto primordial e de que ele deseja ser este objeto. Nesta relação de simetria imaginária estabelece-se uma relação de transparência absoluta entre os dois sujeitos. Esta crença se tornaria possível graças ao fantasma de uma pele comum, duplicação de uma pele psíquica comum à mãe e ao bebê nos primórdios de seu desenvolvimento. A pele comum, “mesmo pedaço de superfície cutânea partilhada” (ANZIEU, 1986, p. 204) é vivida como um órgão de comunicação direta, sem mediação, supostamente responsável de fornecer a cada um deles o conhecimento imediato dos pensamentos, impressões e afetos do outro.

A ilusão da existência de uma pele gêmea entre mãe e bebê é uma das ilusões necessárias para a vida psíquica no curso de suas experiências precoces com o ambiente materno. Além disso, esta ilusão pode se articular ao fantasma de um envelope psíquico para dois corpos, dando a impressão de que a mãe pode antecipar seus desejos, de que ela os adivinha sem que seja preciso formulá-los (ANZIEU, 1986).

Deste modo, poderíamos conceber o sofrimento psíquico dos sujeitos analisados nesta pesquisa como decorrência, entre outros fatores, de uma impossibilidade de prescindir da ilusão tanto da pele comum como do envelope psíquico para os dois corpos, ilusão outrora necessária à ligação primordial entre mãe e bebê. Quando tudo corre bem, a criança pode se separar de sua mãe levando consigo a pele imaginária, interiorizando-a e apropriando-se dela (ANZIEU, 1986). Entretanto, nestes pacientes, a pele comum imaginária situada na interface entre os dois aparelhos psíquicos subsistiria imaginariamente intacta, como herdeira das estruturas de contenção adquiridas pelo infante, mantendo intensa a ligação entre sujeito e objeto. Com isso, o sujeito adulto pode permanecer vinculado ao objeto primário nesse sistema fechado, sistema alimentado por uma intensa idealização, caracterizando um estado que, mais do que remeter a uma paixão amorosa, designaria um estado de “paixão mortífera”, nos termos de Cardoso (2010). Esse sistema fechado manter-se-ia sustentado graças a ilusão de que ambos, nesta relação a dois, estão a salvo das intrusões da realidade externa, enquanto contra as intrusões do objeto primitivo, o sujeito parece não conseguir esboçar qualquer

resistência. Entretanto, como veremos a seguir, as expressões agressivas de ódio vão se revelar como uma tentativa de diferenciação por parte do sujeito, como uma tentativa de se desfazer desse vínculo mortífero com a figura materna.

II.1.4. O ódio e sua expressão pelo ato

Este modo de relação eu-outro não comporta apenas sua versão de amor. Para além de uma problemática de regressão à dependência, observamos também nesses sujeitos, paradoxalmente, movimentos para instaurar uma separação do objeto materno. Trata-se de estratégias defensivas desesperadas utilizadas pelo sujeito para se livrar de uma presença absoluta do outro que é vivida como “uma possessão por um corpo estranho que exerce sua dominação desde o interior” (PONTALIS, 1988a). Os movimentos pulsionais de ódio aparecem preferencialmente nesses sujeitos, cuja manutenção busca evitar o risco de invasão pelo outro, mas pode retornar sobre o sujeito, como veremos mais adiante, em um movimento masoquista (CHABERT, 1999). A criança aprisionada ao aparelho psíquico materno, em um contexto herdeiro de uma realidade traumática, experimenta necessariamente afetos de ódio, mesmo que estes estejam mascarados por uma defesa que impede a expressão dos desejos agressivos dirigidos ao objeto.

Muito embora esses pacientes possam referir-se a um suposto idílio de confiança e complacência relacionado à mãe, cuja imagem pode ser conscientemente idealizada, veremos como esta relação apresenta necessariamente uma dupla face, indicativa de uma ambivalência extrema, na qual amor e ódio se situam em uma oposição radical, não assimilável pelo psiquismo. Se, por um lado, pode comportar o sentimento de familiaridade absoluta com o outro, do qual decorre uma vivência de transparência psíquica cuja função asseguradora seria prazerosa para o sujeito, por outro, pode produzir a experiência mortífera de não-reconhecimento de sua existência, decorrente da interdição do direito ao seu espaço psíquico próprio (PACHECO-FERREIRA et al., 2013). Como bem observa McDougall (1992), na experiência de amor materno fusional, a criança pode obter satisfação mas ao mesmo tempo experimentar ódio, como se a mãe pudesse tomar posse de sua interioridade.

Dessa maneira, o sujeito vive uma contradição permanente, descrita nos seguintes termos por Green (1979): por um lado, o desejo de uma proximidade absoluta com o outro, de ser completamente invadido pelo objeto a ponto de ser reduzido a uma

passividade total, e, por outro lado, uma luta feroz, mobilizada por movimentos pulsionais de ódio contra a intrusão invasiva. Essa intrusão do outro podendo desencadear o temor de desaparecimento, de morte psíquica como consequência de uma devoração pelo objeto (GREEN, 1979).

A invasão pelo outro, tão esperada quanto temida, pode resultar em angústias relacionadas predominantemente ao temor da *inércia*, de morte psíquica. Este é um aspecto comum às angústias típicas de subjetividades marcadas por estados de fusão eu-outro, tal como propõe Green (1979) a propósito das manifestações do que considera como concernentes a um narcisismo de morte. Lembremos que o princípio de inércia, definido precocemente por Freud (1895/1974) em sua obra – e depois substituído pelo princípio de Nirvana – como tendência original de abaixamento ao nível zero de tensão, teria como objetivo a abolição das tensões, de eliminação da quantidade de excitação que circula no aparelho psíquico de modo a atingir um estado total de inexcitabilidade. Sendo assim, o risco temido na invasão pelo outro seria o de que a fusão pudesse conduzir ao repouso mortífero, numa redução ao grau zero de excitação. Daí decorrem todas as manobras defensivas desses sujeitos, manobras que, mobilizadas pelo movimento de ódio contra o outro, se configuram como uma luta contra angústias primitivas que confrontam o aparelho psíquico com um sentimento de avassalamento intolerável (GREEN, 1974).

Uma vinheta clínica apresentada por Green (1979a) é capaz de ilustrar apropriadamente o caráter avassalador do objeto materno absoluto, contra o qual o psiquismo busca se defender:

““Diga alguma coisa, qualquer coisa”. Compreendi um dia que para uma paciente este apelo repetia o mutismo de sua infância. Para se defender do que ela chamava de as “antenas” de sua mãe, que a compreendia mesmo nos seus silêncios, não encontrava outra garantia para sua autonomia do que um pensamento singular que tinha a função de desmanchar a intrusão materna: não significando sim, sim significando não, o que complicava terrivelmente a análise de seu recalçamento. Mais do que uma denegação, tratava-se de uma *sobrevivência na oposição* que lhe garantia a existência em estado separado num pensamento subvertido e subversivo com respeito às suas representações e aos seus afetos. [...] Por mais conflitiva que fosse sua relação com a mãe, feita de alternâncias, de intrusão e de separação, esta permaneceu por muito tempo como o único objeto possível de ser investido” (GREEN, 1979a, p. 178-179, grifos nosso).

O aspecto mortífero desse modo de relação primitiva é igualmente sublinhado por Chabert (2006), ao afirmar que nas organizações psíquicas sustentadas pela recusa

da separação e da perda do objeto, “o que aparece como um ideal, um paraíso, um nirvana, revela, uma vez desvelado o véu do idílio, a violência selvagem de um mundo sem linguagem” (CHABERT, 2006, p. 137). Essa violência sem linguagem pode ser observada prioritariamente no mecanismo de defesa que implica um *recurso ao ato*¹⁰, modo eficiente de se contrapor à invasão pelo outro, isto é, um modo de *sobrevivência na oposição* ao outro – atos que, segundo Mayer (2001) costumam ser uma resposta frequente dos sujeitos submetidos à intrusão parental.

É precisamente quando o ódio comparece na relação eu-outro que o psiquismo pode desencadear expressões de *acting out* dificilmente traduzíveis em palavras (MCDOUGALL, 1992). As percepções primitivas de uma relação de *possessão* irrepresentáveis podem ser alvo de uma tentativa de “expulsão pelo ato” (GREEN, 1974), um dos mecanismos de defesa privilegiados nos casos difíceis que analisamos. O objeto primário que se apresenta intrusivamente presente, penetrando o espaço psíquico do sujeito, acaba por mobilizar contra-investimentos também constantes, forçando-o a se livrar de tal presença absoluta, o que se procura fazer através da expulsão pelo ato. Recorre assim à motricidade compulsiva ou ao ato para reprimir a emergência de um excesso de excitação disruptivo, tentando descarregar o que ameaça sua organização (ROUSSILLON, 2006).

Os quadros clínicos que se convencionou chamar de patologias do ato, englobando tanto as adições, como os transtornos alimentares, perversões, entre outros quadros, são representativos desse tipo de organização subjetiva que recorre privilegiadamente a essa modalidade defensiva. O que nos interessa assinalar mais especificamente nesse mecanismo de defesa é o fato de que o modelo do ato funciona como antítese ao modelo da fantasia. Isto é, tais ações motoras que se repetem compulsivamente funcionariam como uma busca de alívio diante de um excesso pulsional que não pode ser suficientemente elaborado nos termos de uma fantasia pré-consciente, para que pudesse vir a ser representado conscientemente – o que possibilitaria, por seu lado, a estruturação de uma cena fantasmática a serviço da

¹⁰ Laplanche e Pontalis (1977), em seu *Vocabulário*, indicam que o verbo *agieren* pode ser traduzido tanto por “agir”, como também por “*acting out*”. A preferência destes autores é pela segunda tradução. Trata-se de um termo adotado por psicanalistas de língua inglesa, depois retomado de forma idêntica, sem tradução, pela comunidade psicanalítica francesa, sendo posteriormente utilizado em outros países, tal como o Brasil. Sua acepção se restringe, portanto, ao mecanismo psíquico pelo qual o sujeito coloca em prática, ou em ato, suas pulsões, fantasias e desejos. No Brasil, *agieren* é traduzido também por “atuação” (ROUDINESCO & PLOM, 1998). Nesta discussão, utilizamos indistintamente os termos *recurso ao ato*, *agir* e *acting-out*, tomando-os como sinônimos, dada sua inserção no campo do ato (*agieren*).

circulação do desejo. Assim, no lugar da fantasia irrompe o ato, o qual é capaz de curto-circuitar a atividade psíquica do sujeito. Nesses casos, como bem explica Roussillon (2006), “a motricidade e a ação, adquirindo o caráter de defesa maníaca, foram, portanto, sobreinvestidas, em detrimento da atividade fantasmática subalimentada e impedida” (ROUSSILLON, 2006, p. 211).

Não é raro, nessas atividades de pura descarga, produzir-se um estado de *blanc* (branco) do pensamento, como indica Green (1974). O significado de “branco” pode ser entendido aqui no sentido de uma ausência, um apagamento do pensamento.¹¹ O branco do pensamento remete, por consequência, a ideia de um branco no fantasiar. A “expulsão pelo ato”, contrariamente à possibilidade de se forjar fantasias para ligar o excesso de excitação, teria como função predominante a descarga sem representação, projetando *para fora* o excesso pulsional, o que produz o alívio de uma quantidade intolerável de tensão (GREEN, 1974).

É possível notar certa proximidade da organização subjetiva das patologias do ato com o grupo de distúrbios que Freud denominou de “neuroses atuais”, como bem observa Mayer (2001). Em resumo, como sugerem Laplanche e Pontalis (1977), a teoria freudiana sobre as neuroses atuais coloca ênfase na maneira pela qual a descarga pulsional pode prescindir da elaboração psíquica, mantendo-se na esfera somática. Os sintomas não teriam assim a função de expressão simbólica, mas seriam o resultado direto de uma ausência ou inadequação da satisfação da pulsão sexual. O que nos parece interessante na definição de Laplanche e Pontalis (1977) a respeito das neuroses atuais é mais precisamente sua sugestão de que, na etiologia das neuroses atuais, deveria ser considerada não só a falta da satisfação sexual, mas também a supressão da agressividade. Essa observação se coaduna com a proposição de McDougall (1992) quando afirma que o sujeito apela ao *agir* precisamente quando o afeto de ódio se apresenta na relação objetal. A fim de suprimir a agressividade dirigida ao objeto, o sujeito projetaria, através do ato, essa agressividade *para fora*. Esse ódio, no entanto, pode retornar sobre o sujeito em um movimento masoquista (CHABERT, 1999). Daí decorrem os atos autoagressivos que observamos de forma frequente nesses pacientes. A predominância do agir, manifestando-se por condutas compulsivas que podem

¹¹ Como se sabe, a expressão em português “dar branco” detém o significado preciso de “incapacidade de raciocinar ou de recordar-se de algo” (FERREIRA, 1986), o que complementa a ideia que Green tem em mente, referindo-se ao *blanc* (branco) de pensamento.

adquirir o caráter de automutilação, comparece assim como principal mecanismo de defesa desses sujeitos.

Green (1974) assevera que o modelo do ato pode, nos melhores casos, ter uma função de comunicação, embora seja mais comum sua função de descarga pulsional com valor de evacuação, cuja finalidade maior é a de abolir a realidade no lugar de transformá-la. O apelo ao ato pode representar, portanto, uma resposta ao avassalamento produzido pelo excesso de presença do objeto primário, um avassalamento que se traduz claramente na imagem da “mãe arcaica”, tal como definida por Pontalis (1988b):

“Ali onde o sujeito só se sente existir numa relação secreta, apaixonada, com o objeto primário amado-odiado, amado e odiado de maneira igualmente desmedida. Esse objeto, esse lugar de atração e repulsa inextricavelmente unidas, para dar-lhe um nome, nós o chamamos “mãe arcaica”, e é fato que ele tem a ver com a mãe, porém menos com sua figura real ou imaginária do que com seu desconhecido, seu desconhecido íntimo, que não é seu desejo, mas aquilo que a *ocupa* por dentro e que fica eternamente fora de qualquer alcance; é o inacessível, o inconquistável, mais do que o perdido, ao qual não há como renunciar” (PONTALIS, 1988b, p. 77).

Com vistas a precisar os traços específicos da problemática clínica que sofre com a presença absoluta de um materno arcaico, analisaremos a seguir o caso clínico de uma jovem paciente, o qual supomos ser capaz de representar bastante fielmente o paradigma clínico de uma organização subjetiva que revela a antítese entre a fixidez da fantasia e o apelo ao ato.

II.2. A mãe arcaica como obstáculo à fantasia

II.2.1. Uma ilustração clínica

O caso clínico¹² que iremos discutir manifesta as marcas de uma relação da paciente com a figura materna que nos remete diretamente à forma de traumatismo que

¹² O tratamento desta paciente teve a duração de um ano e meio, tendo sido interrompido devido ao fato de a analista se ausentar do país para cursar seu doutorado sanduíche no exterior. Este caso clínico integrava a pesquisa teórico-clínica desenvolvida pelo Núcleo de Estudos de Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC). Convém esclarecer que a pesquisa clínica do NEPECC foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB em 2010. Todos os pacientes incluídos na pesquisa são informados sobre sua inclusão na pesquisa e assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

supomos nessas organizações psíquicas. Podemos supor que, entre outros traços desse traumatismo, a mãe da paciente fez com que a filha acreditasse por muito tempo que ela era capaz de adivinhar seus pensamentos – problemática intimamente associada a falhas da constituição do espaço do segredo e do estabelecimento das fronteiras da interioridade. Trata-se de uma moça de 23 anos, filha única, cuja queixa principal é o sentimento de vergonha nas relações sociais. Ela busca tratamento por sentir-se incapaz de sair sozinha à rua, fazer sinal a um ônibus, entrar desacompanhada em uma loja, isto é, qualquer situação cotidiana em que se sinta exposta ao olhar do outro.

O modo de organização psíquica desta paciente traz para a conduta clínica um impasse na medida em que a dinâmica das sessões é marcada por interrupções constantes do fluxo da fala, assim como a fraca fluência do material fantasístico. A ausência de lembranças da infância, as representações pouco fluidas e um desinteresse pela vida imaginária revelam um psiquismo que não indica a possibilidade de guardar segredos interiorizados, assim como não parece obter prazer na fabulação imaginativa da fantasia.

Seus fantasmas quanto ao olhar do outro, embora sejam fantasmas pouco elaborados, apresentam um caráter persecutório relativo geralmente a um temor impreciso de ser mal vista ou ridicularizada. Tudo se passa como se a violência de um olhar todo-poderoso, multiplicado em diversos olhares anônimos potenciais, exercesse o papel de espelho narcísico, capaz de refletir uma imagem insuportável de desvalia, fazendo vacilar sua frágil identidade.

Entretanto, em presença de alguém íntimo como sua mãe, a paciente não sente vergonha. Diz repetidamente que é muito grudada nela. A figura materna comparece como presença absoluta em seu discurso, sendo descrita em termos idealizados, e apresentada como a garantia de sua segurança psíquica. O pai é descrito como uma figura atenciosa e presente, mas irresponsável – ponto de vista que sugere certo abatimento da imagem paterna, característica da conjuntura familiar que caracterizamos acima, marcada pela idealização da figura materna, de um lado, e desqualificação da figura paterna, por outro.

A paciente descreve prazerosamente a satisfação intensa decorrente da relação de intimidade com a mãe. Deseja que a mãe esteja sempre atenta a ela, percebendo suas necessidades, sem que precise dizer ou pedir nada. Sua mãe sabe tudo a seu respeito; a filha não guarda nenhum segredo com relação à mãe. Ela tem a necessidade de dizer tudo à mãe – “nenhum segredo entre nós” – como se tudo fosse transparente e

compartilhável entre as duas. Abole-se assim qualquer diferenciação entre mãe e filha em proveito de uma transparência exigida e desejada. Ao reiterar continuamente em seu discurso o idílio amoroso entre as duas, a paciente parece buscar se proteger de qualquer modificação da imagem de uma mãe ideal que precisa ser preservada a qualquer preço.

Ela não tem lembranças da infância. Não sabe dizer quando começou a se sentir envergonhada, acha que sempre foi assim. Após algum tempo de análise, se refere a um fato ao qual relaciona o início de seu sentimento de vergonha. Acha que sua timidez passou de fato a incomodá-la, e a se tornar um problema, quando passou a ficar na escola o dia inteiro e almoçar em um restaurante ao lado da escola. Era difícil ter que pedir seu próprio almoço. Estava acostumada com o fato de a mãe fazer tudo por ela.

A paciente dorme com a mãe na mesma cama, apesar de ter seu próprio quarto. As portas dos quartos do apartamento nunca são fechadas, um hábito revelador da precariedade dos limites entre mãe e filha. Mas se, na realidade exterior não falta à menina um quarto, o que parece faltar a ela em seu mundo interior é um “quarto para si”, expressão utilizada por Pontalis (2000), a qual já nos referimos, que alude à importância da criação e manutenção de um espaço íntimo para o processo de constituição subjetiva. O que parece ocorrer, mais propriamente, é a interdição, por parte da figura materna, do espaço do *segredo*, instaurando uma fantasia de indiferenciação e, por consequência, uma identificação alienante da paciente à mãe.

Um caso clínico relatado por Winnicott (1967) aponta uma problemática dessa ordem. A problemática original parece ser a mesma. O autor descreve o caso de uma paciente cujo olhar materno não pôde lhe assegurar suficientemente sua própria existência. Por conta disso, seu sofrimento circulava “em torno do ‘ser vista’ pelo que ela de fato é, em qualquer momento” (WINNICOTT, 1967, p. 158). É o que parece estar em causa na fantasia repetidamente apresentada de nossa paciente quanto ao olhar anônimo passível de depreciá-la, desvalorizá-la. O olhar materno, onisciente, capaz de saber tudo sobre ela, não é capaz de reconhecer a alteridade da filha, decorrendo daí um sentimento de si de desvalia narcísica, deslocado para os olhares anônimos, capazes de apontar continuamente sua indignidade. É como se, imaginariamente, ela expusesse ao mundo exterior a imagem negativa de si, algo que não pode se manter restrito a uma dimensão interiorizada de seu psiquismo (PACHECO-FERREIRA et al., 2013).

Apesar de seu discurso valorizar a íntima proximidade com o objeto materno, a presença absoluta deste objeto mostra-se potencialmente perigosa, estrangeira, invasiva. O caráter traumático do amor materno fusional comparece nos atos compulsivos que

esta paciente dirige contra seu próprio corpo, ao fazer cortes na pele dos braços. Sobre esses atos autoagressivos, ela não consegue dar qualquer significado ou criar qualquer fantasia que pudesse a eles associar. O branco do pensamento (GREEN, 1976) comparece em seu apelo ao ato, quando não consegue se lembrar do que sentiu ou pensou no momento de agir.

Ao longo do processo de análise, nota-se que cada nova experiência capaz de evocar, para a paciente, uma separação, era seguida de uma explosão sádica contra seu próprio corpo, uma tentativa que tem a função de manter fora da consciência o ódio cujo alvo seria o objeto primário. Por não poder representá-lo, o ódio retorna, com efeito, contra si mesma. Vale citar aqui a observação apropriada de McDougall (1992): “Destruição de si, destruição do outro? Neste mundo de uma relação fusional, ambas são a mesma coisa” (MCDUGALL, 1992, p. 14). A convocação do corpo sob a forma do ato indica a ocorrência, nestes momentos, de um predomínio das forças da pulsão de morte, uma abertura para a via da descarga pulsional que exerce violentamente sua força, provocando movimentos autodestrutivos. Desta maneira, como a paciente não reconhece através da palavra a presença sufocante da mãe, seus atos corporais compulsivos vêm apontar o campo do irrepresentável, a dimensão traumática de sua relação com o objeto primário, quando seu corpo responde de maneira não-simbólica a esta vivência de invasão.

Pode-se interpretar estes atos autoagressivos como uma tentativa de esboçar limites para as fronteiras de uma interioridade mal definida, movimento de separação em que o corpo vem traçar os limites de uma pele psíquica que se pretendia indiferenciada entre sujeito e objeto. O ato de *cortar* sugere, em um sentido figurado, uma tentativa de romper, à força, a ligação com a figura materna absoluta, erradicá-la, expulsá-la através do agir compulsivo dirigido à *realidade* do corpo. É como se a marca corporal – a exibição de uma pele com cicatrizes visíveis – fosse um mecanismo de sobrevivência, a maneira encontrada pela paciente, graças a essa *ruptura*, de se singularizar, de ter o sentimento de uma apropriação de si mesma e de diferenciação do objeto materno. Como não tem plenos direitos sobre seu espaço psíquico, busca ao menos assegurar-se da inalienabilidade de seu espaço corporal; o ato tendo a função de título de propriedade que vem garantir sua autonomia.

Para Anzieu (1985), as afecções e tentativas de mutilação da pele podem ser entendidas como “tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do Eu, de restabelecer o sentimento de estar intacto e coeso” (ANZIEU, 1985, p. 36). Desta

maneira, estes atos talvez possam proteger a paciente contra angústias de caráter psicótico, de uma indiferenciação radical, uma vez que permitem, mesmo que muito precariamente, encontrar os limites de seu corpo e, em última instância, o sentimento de identidade – uma maneira de escapar à identificação mortífera em uma relação de submissão radical.

Do mesmo modo, a circularidade repetitiva de seu fantasiar penoso, expressa por um temor impreciso de ser mal vista ou ridicularizada, aponta igualmente para uma tentativa de diferenciação, através da dimensão imaginativa da fantasia. Ao *evacuar*, *secretar* fantasias penosas, ela pode garantir um *sentimento de si*, ainda que penoso e desvalorizado, quando tem assegurada a singularidade de sua existência psíquica autônoma.

Após um longo trabalho de análise, cuja direção do tratamento visava desfazer sua adesão alienante à fantasia de indiferenciação, a paciente decide dizer à mãe que não quer mais dormir com ela. Esta decisão é mal recebida pela mãe. O que a teria motivado a deixar a cama da mãe é um fato que acaba sendo *segredado* e confiado à analista. Esse *segredo* que surge em análise – do qual, o que menos importa é o seu conteúdo específico, mas a natureza da imagem comunicada – traz a cena de uma umidade provinda do corpo materno, cena carregada de significado simbólico. Dessa cena, importa menos que seja ou não resultado de uma vivência real, pois o que é significativo aqui é o fato de que há uma *matéria psíquica secretada*, com sua possibilidade de produzir um material “separado” – se lembrarmos a origem etimológica da palavra segredo (LE POULICHET, 2009).

A cena *secretada/segredada* dá ênfase, em primeiro lugar, a um excesso de sexual, um excesso de materno como elemento traumático que transborda em sua economia psíquica. Uma cena de sedução traumática que se dá a ver em sua fantasia, mas que não pôde ser elaborada suficientemente por seu aparelho psíquico, muito embora não deixe de ser, em sua *construção* em análise, uma maneira de ligar psiquicamente esse excesso pulsional, ao modo de uma figuração onírica.

É uma cena em que se destaca a imagem dos líquidos, de liquefação, com todas as suas nuances simbólicas. Parat (2001) examina o simbolismo dessa fantasmática específica, a saber, o fantasma dos líquidos. Seu foco principal é a experiência do aleitamento, ao referir-se à fantasia da mulher/mãe na amamentação, cuja experiência pode ser produtora de angústias particulares que circulariam entre o desejo de fusão e a ameaça de confusão mortífera. No simbolismo dos fluidos, segundo a autora, estariam

em jogo fantasias de confusão de limites, de dissolução, de fundir-se, de derreter, todas referidas a problemáticas precoces de indiferenciação, de um narcisismo primário ainda não suficientemente constituído (PARAT, 2001).

Ora, o simbolismo da cena pode ainda ser explorado através de outro viés. Reencontrando o conteúdo metafórico de Ferenczi em *Thalassa* (1924), em sua analogia simbólica entre o corpo materno e o oceano, poderíamos evocar na cena a presença de uma memória profunda, mítica, que teria o caráter metafórico de um retorno ao mar de sua origem. Experiência que evocaria a realização de um narcisismo absoluto, oceânico¹³, que manteria indissolúveis os vínculos entre mãe e filha. No entanto, ao se apresentar como *secretum* – “coisa separada” (LE POULICHET, 2009) – no espaço analítico, essa cena de indiferenciação revela certa abertura para a mobilidade psíquica, sendo capaz de expressar, em uma imagem, toda sua problemática identificatória, imagem que, na continuidade do processo analítico, poderia tomar novas formas em um movimento plástico, permitindo a ela entrar em contato com a *sua* realidade psíquica.

Inspirados pelas imagens de mar e de oceano, seguiremos para o último tópico deste capítulo, no qual recorreremos à metáfora das ilhas desertas proposta por Deleuze (1950-59), a fim de explorar a ideia de *ilha continental* e seu contraponto, a *ilha oceânica*.

II.2.2. A ilha deserta como imagem prototípica da relação fusional

O artigo de Deleuze intitulado *Causas e razões das ilhas desertas* (1950-59) oferece elementos para uma discussão final a respeito da especificidade da relação eu-outro que procuramos analisar neste capítulo. Neste texto, o autor toma como ponto de partida as descobertas da geografia para distinguir duas formas de ilhas: as ilhas continentais e as ilhas oceânicas. “É uma informação preciosa para a imaginação”, afirma ele, acrescentando, de forma espirituosa, que se trata de um caso em que “a ciência torna a mitologia mais material e a mitologia torna a ciência mais animada” (DELEUZE, 1950-59, p. 17).

As ilhas continentais são ilhas cuja origem é o continente. Elas se constituem como ilhas após se separarem do continente, resultado de uma mínima desarticulação,

¹³A referência implícita que fazemos aqui à noção de “sentimento oceânico”, noção examinada por Freud em 1930, nos parece apropriada ao contexto, por remontar a uma experiência de ausência de fronteiras, uma abolição dos limites entre eu e outro. Para um exame mais aprofundado desta noção, remetemos o leitor a Mijolla-Mellor (2007).

uma erosão ou uma fratura. São ilhas acidentais, ilhas derivadas do continente, que sobrevivem graças à absorção daquilo que as retém presas ao continente. As ilhas oceânicas, ao contrário, são ilhas nascidas do fundo do mar; são constituídas de corais e funcionam como um verdadeiro organismo. Por conta de um movimento do fundo do mar, estas ilhas originárias, também chamadas de ilhas essenciais, puderam emergir devido a erupções submarinas (DELEUZE, 1950-59).

O que nos parece interessante nesta distinção entre as ilhas continentais e as ilhas oceânicas é a dimensão de oposição, sublinhada por Deleuze (1950-59), entre o oceano e a terra. No combate vivo entre a terra e o mar, as ilhas continentais nos lembram que o mar se sobrepõe à terra para se expandir sobre esta última. As ilhas oceânicas mostram o contrário: a terra está sob o mar mas é capaz de reunir todas suas forças para arrebentar sobre ele e ganhar o ar livre. A imagem das ilhas, em seus movimentos de origem, se oferece como recurso metafórico para pensar a relação entre a mãe e a criança, se retivermos a identidade simbólica entre o oceano e a mãe, tal como assinalado por Ferenczi (1924). A formação da ilha continental nos remete à relação traumática canibalesca que se estabelece entre a mãe e a criança, quando a primeira, tal como o mar, reúne todas suas forças para invadir o espaço psíquico da criança, e, desse modo, a separação da dupla não pode acontecer na medida em que os dois psiquismos se mantém ligados por vínculos intensos e indissolúveis.

Deleuze (1950-59) procura assim positivar o movimento das ilhas originárias oceânicas, em detrimento do movimento de origem das ilhas continentais. O que o autor indica é que o movimento de formação desse tipo de ilha pode ser comparado ao movimento humano criativo. À diferença do movimento de origem da ilha continental, simplesmente derivativo, e cuja autonomia é puramente superficial, a ilha oceânica é uma renovação, originando-se de um movimento criativo. Desta maneira, enquanto a ilha continental se mantém sempre ligada ao continente, e cuja separação aparente se limita à superfície, a ilha oceânica, por sua vez, nascida do fundo do mar e emergindo ao ar livre, dá provas mais fielmente de um movimento de separação (DELEUZE, 1950-59).¹⁴

¹⁴ É possível entrever nas palavras de Chabert (1999), quando a autora se refere ao tratamento de uma paciente difícil, a imagem do movimento de origem da ilha oceânica, implícita na expectativa da analista. “Eu me perguntava”, diz a autora, impactada pelo discurso da paciente centrado em sua miséria cotidiana, “se a análise algum dia lhe permitiria reconhecer todos os possíveis que ela enterrava no mais profundo dela mesma para *enfim desfrutar do ar livre*” (CHABERT, 1999, p. 111-112, tradução nossa, grifos nossos).

Para concluir este capítulo, retomando o caso clínico em questão, a cena de umidade entre mãe e filha, *secretada* em análise, pode ser entendida metaforicamente como a cena mais primitiva e mais mítica, indicando que no combate vivo de separação entre a mãe (o mar) e a criança, uma parece ter conseguido ultrapassar as fronteiras da interioridade da outra. É possível notar, entretanto, no seu pedido de um quarto para si, o esboço inicial de um processo de separação. Este pedido pode ser entendido como uma tentativa de se livrar da dominação excessiva do outro primitivo, como um primeiro movimento de diferenciação, instaurando um espaço de segredo graças ao qual ela poderia ter acesso a uma vida psíquica própria, livre da ameaça de invasão.

O tratamento de pacientes que nunca obtiveram prazer com seus pensamentos e fantasias, cuja vida interior é constantemente invadida pelo objeto primário, deve respeitar um tempo de “solidão a dois” (CYSSAU, 2004, p. 223), o tempo necessário para que o sujeito possa experimentar e salvaguardar, sem a ameaça de ser invadido, a experiência de ter um espaço psíquico para si – processo comparável ao movimento criativo de origem das ilhas oceânicas, as ilhas essenciais.

Seguindo para uma discussão eminentemente clínica, pretendemos apresentar, no próximo capítulo, a especificidade da dinâmica transferencial com esses pacientes, aprofundando seus aspectos fundamentais. Retomaremos algumas ideias já discutidas nos dois primeiros capítulos a respeito da configuração subjetiva dos casos difíceis, a fim de mostrar como essa dinâmica subjetiva particular faz sua entrada no contexto clínico psicanalítico e, mais particularmente, no espaço de intimidade instaurado pela relação transferencial entre analista e analisando.

Capítulo 3

A transferência na clínica dos casos difíceis

Não existe análise efetiva, isto é, análise que também empenhe o inconsciente do analista, a não ser aquela que nos leva aos limites, numa experiência dos limites da análise e dos nossos próprios limites (Pontalis, 1988a, p. 60).

O reconhecimento de traumas precoces produzidos por uma presença absoluta do objeto primário nas configurações subjetivas examinadas na presente pesquisa nos leva, por consequência, a uma reflexão sobre a prática clínica, mais especificamente sobre a dinâmica transferencial que se estabelece com esses casos difíceis. Ao longo do processo de análise, o contexto traumático próprio à relação objetal primária se reatualiza na transferência com toda a força, o que coloca dificuldades à dinâmica clínica psicanalítica. Neste capítulo, nos propomos a investigar o modo específico de o sujeito comunicar-se na experiência analítica, decorrente da especificidade traumática da relação estabelecida com o objeto primário em tempos precoces de sua constituição psíquica. Para tanto, faremos uma leitura das noções freudianas que tangenciam a especificidade das situações clínicas aqui descritas, partindo do pressuposto de que os limites impostos ao processo analítico por pacientes deste tipo já haviam sido notados por Freud. As formulações freudianas a respeito das noções de compulsão à repetição, reação terapêutica negativa e contratransferência se revelarão valiosas para o aprofundamento da discussão. Nossa intenção é a de mostrar como esses elementos clínicos se apresentam na experiência transferencial com os pacientes difíceis, a fim de destacar, de um lado, o caráter afirmativo da reação terapêutica negativa apresentada por esses pacientes e, de outro, positivar as reações afetivas do analista na relação transferencial. Nosso propósito fundamental é o de assinalar o surgimento de um arranjo subjetivo inédito instaurado pela relação transferencial no contexto clínico.

III.1. A especificidade da dinâmica transferencial

No contexto clínico que nos interessa investigar, um aspecto comumente observado é a tendência ao estabelecimento de um estado de regressão fusional e de dependência ao objeto. Se o modelo *princeps* de relação objetal desses pacientes, como

vimos, é caracterizado pela dominação absoluta do objeto primário, ao qual se sente inexoravelmente ligado e de cuja dependência não consegue abster-se, a situação analítica propiciará igualmente experiências que apontam para uma não-diferenciação sujeito-objeto. Esse modelo clínico foi bem descrito por Winnicott (1954, 1955-56), ao propor que, em determinados casos – definidos como “fronteiriços”, embora ele também estenda sua proposição aos “momentos psicóticos que ocorrem ao longo da análise de pacientes neuróticos” (WINNICOTT, 1955-56, p. 394) –, o analista precisa lidar predominantemente com uma tendência do paciente à *regressão à dependência*. Nesses casos, a transferência apresenta uma qualidade diferente daquela da neurose de transferência, própria aos neuróticos. “Enquanto na neurose de transferência o passado vem ao consultório, neste tipo de trabalho é mais correto dizermos que o presente retorna ao passado e é o passado” (WINNICOTT, 1955-56, p. 396). Daí se depreendem as diversas constatações clínicas que apontam para o caráter quase alucinatorio da transferência na clínica com pacientes difíceis. A especificidade da dinâmica transferencial nesses casos é menos decorrente de uma repetição de afetos ligados à relação com o objeto primário, mas apresenta-se sobretudo sob a forma de uma “encarnação”, nos termos de Pontalis (1991). A intensidade da vivência precoce traumática *encarnada* em análise pode variar, conforme explica Green (1974):

“(…) desde sua expressão manifesta até indícios discretos de sua presença, por exemplo, por uma diminuição associativa extrema, um vazio do pensamento, uma manifestação somática intempestiva sobre o divã, como se o paciente buscasse comunicar através de um corpo a corpo, ou mesmo simplesmente quando a atmosfera analítica torna-se pesada e opressiva” (GREEN, 1974, p. 86, tradução nossa).

Para o analista, diante de um sujeito que tem muito pouco acesso à sua própria vida psíquica, não resta senão sentir-se também privado do contato com o mundo psíquico do paciente. O analista é privado, ele próprio, na atualidade da sessão, daquilo que parece ter faltado ao paciente em sua vida psíquica, aquilo que se apresentaria na figura de um “quarto para si”, recorrendo novamente à metáfora de Pontalis (2000). Preso ao circuito fechado da vida fantasística emperrada do paciente, o analista percebe-se, ele também, em um estado de extrema tensão, paralisado em sua atividade psíquica (PONTALIS, 2005, 2005b). Impõe-se, dessa maneira, uma situação na sessão em que o analista sente seu espaço psíquico invadido, ocupado; tudo se passa como se o paciente tivesse o poder de invadir sua interioridade. É assim que a relação canibalesca com o objeto primário se reapresentaria na situação analítica com os pacientes difíceis, na

medida em que, segundo Donnet (2005), há sempre a impressão intimidadora no analista de vir a ser *engolido*, ele também, pela transferência. Ou, como indica Fédida (2009), o temor de um perigo aniquilador anunciado pela imagem terrificante de um sorvedouro capaz de *sugá-lo*.

Entretanto, é preciso assinalar de início uma importante observação: a descrição de tais situações clínicas pode tanto corresponder à prática clínica com os pacientes difíceis, como também a certos momentos críticos de uma análise clássica, com pacientes neuróticos (Winnicott, 1955-56; Green, 1974). O fato é que essas situações clínicas – as quais podem estar subjacentes ao modo de sofrimento neurótico – descrevem contextos transferenciais em que o analista sente a presença do paciente de forma intensa e desmedida. As imagens sugeridas pelos analistas ao descreverem essa experiência transferencial são sempre remetidas a uma *exigência*, uma *imposição*, a impressão de serem *forçados* a algo. O analista se sentiria, desse modo, colocado forçadamente em uma posição passiva ou, mais especificamente, sentir-se-ia “apassivado”, nos termos de Pontalis (1991).

É recorrente na literatura psicanalítica mais recente uma discussão a respeito da especificidade das reações emocionais do analista na clínica dos casos difíceis, discussão que se sustenta pela interrogação concernente à legitimidade de as reações afetivas do analista serem usadas como fonte de *insight* para suas interpretações. Nesta perspectiva, a contratransferência seria considerada componente válido e instrumental de análise, representando “aquilo que, partindo do analista, vem menos infletir do que informar a relação” (PONTALIS, 1991, p. 96).

Antes de abordar essas questões, importa propor um exame das noções freudianas que tangenciam a especificidade das situações clínicas aqui descritas. Os limites impostos ao processo analítico por pacientes deste tipo já haviam sido notados por Freud, o que se constata sobretudo em sua conceitualização a respeito das noções de compulsão à repetição e de reação terapêutica negativa. Ambos os conceitos, como veremos, nos remetem a uma problemática da prática clínica que coloca em questão os limites da analisabilidade dos pacientes difíceis. Ao lado desses conceitos, a noção de contratransferência é igualmente importante na discussão clínica sobre esses pacientes, dada a constatação recorrente sobre a especificidade do campo transferencial, instaurado no tratamento, de que a subjetividade do analista se veria mais intensivamente requisitada nesses casos. Retomemos, portanto, os conceitos e proposições freudianas que remontam a esta problemática clínica.

III.2. Os obstáculos à análise na perspectiva freudiana

III.2.1. Compulsão à repetição e reação terapêutica negativa

A introdução do conceito de pulsão de morte na trama conceitual freudiana impõe um redimensionamento das bases teórico-clínicas da situação analítica, por trazer consigo novas questões que apontam obstáculos à experiência analítica, obstáculos que em muito se aproximam das complicações trazidas pelos pacientes aqui investigados com respeito à dinâmica da clínica psicanalítica.

Como se sabe, o artigo *Além do princípio do prazer* (Freud, 1920/1974) marca uma reviravolta crucial na discussão teórica-clínica psicanalítica, trazendo para a frente da cena a luta entre Eros e Tanatos. Tanto a postulação do conceito de pulsão de morte, como também a elaboração da nova tópica freudiana – que veio dar maior relevo à distinção entre eu, isso e supereu, em detrimento da distinção entre os registros inconsciente e pré-consciente/consciente – determinam uma redefinição dos alicerces teóricos do edifício psicanalítico.

A formulação da noção de compulsão à repetição, empregada para explicar os fenômenos que contestariam a prevalência do princípio de prazer no psiquismo, conduz Freud à formulação da pulsão de morte, ao asseverar seu caráter regressivo, como um impulso a “*restaurar um estado anterior de coisas*” (FREUD, 1920/1974, p. 53-54). Esta noção ganha toda a sua abrangência na constatação de que certos fenômenos implicariam a possibilidade de “*rememorar do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação*” (FREUD, 1920/1974, p. 34).

O sonho traumático é um dos exemplos utilizados por Freud para corroborar sua hipótese de uma compulsão à repetição que implicaria um ‘além do princípio de prazer’. Sua característica fundamental, própria à neurose traumática, é a de levar o sujeito a vivenciar repetidamente em sua vida onírica as mesmas experiências dolorosas da situação anterior em que o trauma ocorreu. Tais sonhos colocam em evidência uma tendência a repetir experiências desagradáveis que se impõem continuamente ao sujeito (FREUD, 1920/1974).

Como complemento à sua argumentação, a fim de fundamentar sua hipótese quanto a uma tendência psíquica que sobrepujaria o princípio de prazer, Freud

(1920/1974) faz também referência ao fenômeno que denomina “compulsão do destino”. Refere-se a situações da vida do sujeito em que ele se defronta com a mesma fatalidade repetidas vezes, situações que se apresentam sob a forma de uma “perpétua recorrência da mesma coisa” (FREUD, 1920/1974, p. 36), frente as quais o sujeito teria uma experiência passiva. São aqueles sujeitos fadados todos ao mesmo destino infeliz, seja ele qual for, mas que indicariam um retorno repetido a uma mesma experiência penosa, ao mesmo *estado anterior de coisas* (FREUD, 1920/1974).

A compulsão à repetição pode aparecer, com efeito, no tratamento analítico como obstáculo ao seu andamento. Instaurando-se na transferência, a compulsão à repetição impediria o paciente de ter acesso aos processos secundários de ligação e de construção de sentidos – quadro que parece indicar o que Freud (1923/1974) designará posteriormente como resultado da “reação terapêutica negativa”. A repetição compulsiva do que é desagradável ou mesmo doloroso é reconhecida em sua dimensão de insistência e imperatividade de algo que se impõe de forma incoercível ao sujeito. O que estaria em pauta aqui, neste ponto da construção conceitual freudiana, é uma discussão a respeito da mais poderosa das resistências ao tratamento psicanalítico: a resistência da pulsão de morte, estremecendo e fazendo soçobrar qualquer projeto de harmonia da função e da prática psicanalítica. A primazia até então atribuída ao princípio de prazer no psiquismo é, com efeito, colocada em questão, na medida em que se propõe um além do princípio de prazer regulando a economia da pulsão de morte (FREUD, 1920/1974).

Em *O ego e o id*, Freud (1923/1974) busca examinar mais de perto um fato clínico relativamente recorrente que elucidaria a resistência ao tratamento analítico como consequência de um além do princípio de prazer. A chamada “reação terapêutica negativa”, fenômeno clínico que designa o movimento refratário de certos pacientes à experiência analítica, é entendida por ele como uma resposta negativa desses sujeitos ao processo de análise, sendo capaz de instaurar “os obstáculos mais poderosos no caminho do restabelecimento” (FREUD, 1923/1974, p. 41). São pacientes que reagem negativamente a qualquer progresso no tratamento, cujo modo de sofrimento psíquico mostra-se particularmente resistente à mudança, uma resistência cuja tenacidade impõe sérias dificuldades ao trabalho analítico.

A reação terapêutica negativa reduz as possibilidades de intervenção do analista, apresentando-se como uma força irreduzível que diminui consideravelmente as condições de possibilidade da interpretação. “Toda solução parcial, que deveria resultar,

e noutras pessoas realmente resulta, numa melhoria ou suspensão temporária de sintomas, produz nelas, por algum tempo, uma exacerbação de suas moléstias”. Em resumo: “ficam piores durante o tratamento, ao invés de ficarem melhores” (FREUD, 1923/1974, p. 65). Sendo assim, revelam uma reação invertida ao tratamento, pela qual o sofrimento sobrepuja toda possibilidade de melhora. O funcionamento psíquico desses pacientes parece estar orientado, nesta perspectiva, de maneira inversa ao funcionamento psíquico regulado pelo princípio de prazer. No lugar de buscar o prazer, seu psiquismo buscaria o desprazer (FREUD, 1923/1974) – característica já apontada com relação aos pacientes difíceis, cujo modo de fantasiar comporta uma repetição penosa do mesmo *estado anterior de coisas*.

Para explicar tal reação adversa à análise, Freud (1923/1974) supõe a existência de um sentimento de culpa inconsciente, o qual desempenharia um papel decisivo na economia psíquica desses pacientes. Tratar-se-ia de um sentimento de culpa silencioso, também chamado de “fator ‘moral’” (FREUD, 1923/1974, p. 66), expressando-se, nesses casos, como uma resistência ao tratamento muito difícil de se superar. Quanto à hipótese de existência de um “fator moral”, Freud (1924/1974) desenvolve essa indicação propondo que a reação terapêutica negativa seria a expressão extrema de um masoquismo moral. Distinguindo-se dos outros casos de masoquismo (no masoquismo erógeno e no masoquismo feminino, estabelece-se prioritariamente uma ligação masoquista com o objeto de amor), neste caso a relação com a sexualidade parece estar pouco estabelecida. No masoquismo moral, “o próprio sofrimento é o que importa”, diz Freud (FREUD, 1924/1974, p. 206), ressaltando que, na luta empreendida por esses pacientes contra o restabelecimento, encontramos uma tendência masoquista para a qual “tudo quanto importava era a possibilidade de manter um determinado grau de sofrimento” (FREUD, 1924/1974, p. 207).

A relação direta entre a pulsão de morte e a reação terapêutica negativa é asseverada mais nitidamente em *Análise terminável e interminável* (FREUD, 1937/1974), último texto freudiano de caráter essencialmente técnico, o qual apresenta as novas características da dinâmica da clínica decorrentes da reformulação teórica de 1920. Nesse texto sobre os limites da análise, Freud (1937/1974), referindo-se à resistência provocada pelo “elemento de agressividade livre” (p. 278), a considera como a mais forte das resistências, aquela que reúne todas suas forças contra o restabelecimento, estando “absolutamente decidida a apegar-se à doença e ao sofrimento” (FREUD, 1937/1974, p. 276). Essa tendência à destrutividade, quando

preponderante na situação analítica, inviabilizaria seu andamento, fazendo com que o paciente venha a se sentir cada vez pior, reagindo negativamente ao trabalho de análise. Instaura-se assim a reação terapêutica negativa, decorrente de uma preponderância do “elemento de agressividade livre”, quando, do conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte, as forças destrutivas se sobrepõem ao esforço de ligação e sentido. Nesses momentos particularmente difíceis do tratamento, analista e analisando sofrem os efeitos de tal força demoníaca. Como veremos a seguir, Freud não deixou de notar os efeitos da transferência também sobre o analista.

III.2.2. A subjetividade do analista no processo de análise

Todo analista, no exercício de sua função, encontra-se submetido aos efeitos da relação com seu paciente. Essa relação produz um campo de *afetação* mútua, que é a própria relação transferencial, da qual nem analista nem analisando podem escapar ilesos. Freud chamava a atenção, ao longo de suas formulações teóricas, para a implicação radical do analista na experiência psicanalítica. Advertia para o fato inevitável de que, ao manejar as forças pulsionais do analisando, os afetos, conflitos e fantasias do analista seriam assim despertados, impondo ao analista a necessidade de se posicionar frente à emergência de suas próprias forças pulsionais, a fim de dar a elas algum destino (FREUD, 1937/1974).

Uma exigência técnica freudiana que alerta para os riscos da implicação afetiva do analista na prática clínica é a regra da abstinência – uma regra a que, como buscaremos mostrar, tanto o paciente quanto o analista deveriam estar submetidos. A abstinência, para Freud (1915 [1914]/1974), teria como objetivo preservar o tratamento psicanalítico contra desvios considerados perigosos. Mas do que precisariam eles – analista e analisando – se abster? De que perigos seria necessário se precaver? Para responder a estas perguntas, é importante observar que a primeira formulação do princípio de abstinência aparece nas *Observações sobre o amor transferencial* (1915 [1914]/1974), artigo em que é discutida uma dinâmica peculiar do processo de análise, quando o analista está às voltas com a transferência erótica da paciente neurótica. Para manejar a transferência, Freud exige que a demanda de amor da paciente não seja nunca satisfeita pelo analista, mantendo como princípio fundamental da análise que “a

necessidade e anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças” (FREUD, 1915 [1914]/1974).¹⁵

Neste artigo, a regra da abstinência é definida, em linhas gerais, como a proibição da satisfação da demanda de amor dos pacientes. A abstinência se justificaria tecnicamente em virtude da necessidade de manter o paciente trabalhando analiticamente. Freud não aprofunda esta questão em 1915, mas volta a ela alguns anos mais tarde, em *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (FREUD, 1919 [1918]/1974), quando esta regra será debatida em maiores detalhes.

Em interlocução com Ferenczi, que acabara de publicar o artigo *Dificuldades técnicas de uma análise de histeria* (FERENCZI, 1919), no qual apresenta sua “técnica ativa”, Freud (1919 [1918]/1974) discute a questão da “atividade” do analista. A aplicação do princípio de abstinência, a partir do qual o tratamento analítico é efetuado “sob privação” (FREUD, 1919 [1918]/1974, p. 205), é apresentado por ele como um exercício ativo por parte do analista. O estado de abstinência imposto ao paciente não diz respeito nem à total ausência de satisfação, nem se refere a sua conotação popular, a de abster-se da relação sexual. Trata-se, sim, de fazer com que o paciente se mantenha num certo grau de sofrimento, cuidando para que o sofrimento não acabe prematuramente. Cabe ao analista, portanto, submeter o paciente à privação, evitando que obtenha qualquer tipo de satisfação substitutiva ao longo do tratamento; é inclusive indicado negar justamente a satisfação que o paciente mais intensamente almeja. Este estado psíquico de privação é considerado favorável ao processo analítico porque garantiria certo nível de sofrimento psíquico, o que estimularia o paciente a manter seu investimento no trabalho de análise, sustentando o desejo de cura. A privação deveria ocorrer principalmente na relação transferencial, pois é, antes de tudo, em sua relação com o analista que o paciente buscaria satisfações substitutivas. Neste ponto, Freud será mais enérgico: “No que diz respeito às suas relações com o médico, o paciente deve ser deixado com desejos insatisfeitos em abundância” (FREUD, 1919 [1918]/1974, p. 207). Vale indicar que Freud não deixa de abrir algumas concessões à regra da abstinência, em função da natureza do caso e da individualidade do paciente, atentando apenas para que tais concessões não sejam excessivas. Sua proposição, afinal de contas, parece

¹⁵ Convém assinalar que a demanda de amor na situação analítica é mais específica de uma transferência neurótica, enquanto a clínica com pacientes limites coloca em questão, mais particularmente, uma demanda que remete à compulsão à repetição, isto é, a reprodução de uma experiência traumática que excede a capacidade de ligação. Essa ressalva, entretanto, não invalida nosso interesse em examinar a regra de abstinência, posto que essa noção se encontra intimamente associada a uma discussão sobre a noção de contratransferência no texto freudiano.

permitir que algum equivalente de amor por parte do analista não seja de todo negado ao paciente (FREUD, 1919 [1918]/1974).

Até agora, do modo como apresentamos, a argumentação de Freud parece estar voltada para os aspectos relativos ao paciente, isto é, os motivos pelos quais o paciente deve ser frustrado em suas demandas transferenciais. Acontece que, ao mesmo tempo, ele usa um tom firme de exigência para o analista, uma imposição frente a qual o analista não pode se descuidar. “A experiência de se levar um pouco por sentimentos ternos em relação à paciente não é inteiramente sem perigo. Nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos subitamente ir mais além do que havíamos pretendido” (FREUD, 1915 [1914]/1974, p.214). Aqui aparece, sem meias-palavras, o perigo de que o analista precisa se precaver: o risco de desejar responder à demanda transferencial. Diante desse risco, o analista deveria manter-se neutro frente ao paciente. Ao introduzir a regra da abstinência, Freud (1915 [1914]/1974) se refere à questão da neutralidade do analista. Tal neutralidade¹⁶ – que parece significar um esforço de supressão da afetividade do analista, evitando o perigo de “se levar um pouco por sentimentos” (FREUD, 1915 [1914]/1974, p. 214) em relação ao paciente – seria garantida, segundo Freud, quando o tratamento é “levado a cabo na abstinência” (*ibid.*, p. 214).

Freud não tem dúvidas: o analista deve seguir a advertência de não se deixar seduzir pelo fascínio do instrumento transferencial centrado em si próprio, que poderia levá-lo a ceder a “qualquer tendência a uma contratransferência¹⁷ que pode estar presente em sua própria mente” (FREUD, 1915 [1914]/1974, p. 209-210). Deste modo, uma regra que a princípio parece dizer respeito somente à dinâmica psíquica do paciente, implica, sobretudo, em uma exigência imposta ao analista, em virtude do risco de *ele próprio* ceder à demanda transferencial. Desta maneira, a regra da abstinência, mais do que formulada para dar conta do problema colocado pela emergência do amor de transferência, parece ter como objetivo fundamental o controle do próprio analista. Como é possível perceber, Freud realmente levava em conta a magnitude dos efeitos que a transferência poderia exercer sobre o analista – questão que nos leva inevitavelmente a uma discussão sobre o conceito de contratransferência na obra freudiana.

¹⁶ A questão da neutralidade, no texto freudiano, aparece associada ao cumprimento do princípio de abstinência, sendo tomada como decorrência deste princípio técnico.

¹⁷ Examinaremos a noção de contratransferência a seguir.

Embora as referências ao tema sejam concisas na obra de Freud – há apenas três referências diretas ao conceito de contratransferência –, ele manifesta claramente suas reservas quanto às respostas contratransferenciais na situação analítica. A imagem do intruso indesejado, a que Freud faz alusão no artigo *Cinco lições de psicanálise* (FREUD, 1910 [1909]/1974), referindo-se ao conteúdo recalcado que insiste em retornar à consciência, serve de ilustração para o modo como ele encarava a afetividade contratransferencial. A esses afetos insistentes e inconvenientes, que remetem à subjetividade do analista despertada no encontro transferencial, Freud (1915 [1914]/1974) recomenda muita cautela e um esforço objetivo para dominá-los, sobrepujá-los.

Em 1910, no artigo sobre as perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica, Freud formula a noção de contratransferência pela primeira vez. Descrita como o resultado da influência do paciente sobre o inconsciente do analista, a contratransferência é, segundo ele, negativa e prejudicial ao tratamento, sendo necessário seu domínio. O argumento central de Freud relativo à questão é apresentado no artigo *Observações sobre o amor transferencial* (1915 [1914]/1974), quando chama a atenção para a necessidade de o analista tornar-se consciente de seus afetos contratransferenciais. Ao reconhecer a contratransferência em si mesmo, deve ser capaz de dominá-la. O domínio da contratransferência seria a condição *sine qua non* para o analista receber e manejar a transferência dos pacientes, frente a qual ele não poderia escapar incólume. “Deve-se insistir, antes, que tenha passado por uma purificação analítica e tenha ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam intervir na compreensão do que o paciente lhe diz” (FREUD, 1912/1974 p. 154). A análise pessoal do analista, prescrita como instrumento de “purificação”, teria como objetivo o domínio de suas próprias pulsões. Cabe indagar, entretanto, se tal aposta não estaria perdida de antemão. Permitimo-nos manter por ora esta questão em aberto, para retomá-la mais adiante.

Mas convém esclarecer, desde já, nosso posicionamento com respeito à distinção terminológica do par transferência e contratransferência, distinção instaurada e enfatizada por Freud, ainda que tenha sido ora reeditada, ora recusada por autores da psicanálise. A nosso ver, tal distinção pode ser considerada desnecessária, na medida em que a transferência se constitui como um espaço de fronteira, pelo qual transitam afetos de ambos os lados (REIS, 2004). As respostas contratransferenciais não se encontram nitidamente separadas das respostas transferenciais, mas fazem parte do

fenômeno mais abrangente que é o acontecimento transferencial. O conceito de contratransferência está incluído, desta maneira, na trama conceitual da transferência, na medida em que se compreende a relação transferencial como um fenômeno único, no sentido de conjugar na mesma experiência o que é usualmente entendido, de forma separada, como transferência e contratransferência (LACAN, 1964). No entanto, diversamente de Lacan (1958), que defende veementemente a “impropriedade conceitual” da noção de contratransferência, não deixamos de considerar sua importância, principalmente pelo fato de que, a partir de sua conceituação, Freud pôde começar a problematizar a questão da afetividade do analista na experiência analítica. Neste sentido, o conceito de contratransferência, quando se leva em conta essa advertência, pode ser entendido como aquilo que diz respeito à subjetividade do analista como *efeito* do encontro transferencial.

Feita essa digressão, voltemos agora para as observações freudianas sobre sua própria experiência clínica, deixando de lado, neste momento, o aparato conceitual e técnico de Freud. Veremos em alguns breves exemplos que ele não passou impunemente pela relação transferencial ao exercer a função de analista. Começamos pelo caso E., caso atendido por Freud entre os anos de 1895 e 1899, relatado ao longo desses anos em suas correspondências a Fliess. A respeito deste caso clínico, Castel (2011) nos oferece um exame precioso, no qual aponta justamente, com base nas cartas de Freud a Fliess, os sinais de um encontro transferencial potencialmente desconcertante, capaz de fazer Freud ser intimamente afetado pelo paciente. A análise dos sintomas do paciente E. parecem ressoar diretamente nos sintomas de Freud, o que lhe permite analisar, por exemplo, sua própria fobia de ferrovias à luz das associações de seu paciente. “Ele me mostrou em sua própria carne a realidade de minhas doutrinas, oferecendo-me, graças a uma reviravolta surpreendente, a solução que me escapava a respeito de minha antiga fobia de ferrovias” (FREUD, 1899/1986, p. 497, apud. CASTEL, 2011, tradução nossa). Vemos assim, claramente, os efeitos da identificação entre Freud-analista e paciente, em um enredamento e imbricação entre os sintomas de um e de outro, o que dá mostras de uma ressonância afetiva da qual Freud não se esquivava, mas que, ao contrário, exercia neste momento o papel crucial de validação de sua teoria. Tudo se passava como se as próprias associações a respeito de si mesmo, no encontro afetivo com o outro, fossem objeto de uma arbitragem racional, a partir da qual podia validar sua nova teoria (CASTEL, 2011).

Este caso clínico não é o único que dá indícios da implicação afetiva de Freud na condução dos tratamentos. O relato clínico do caso Dora é sugestivo no que tange ao lugar ocupado por Freud, como analista, na relação transferencial. Convém lembrar que o tratamento de Dora só durou três meses, terminando abruptamente por uma decisão da paciente. No entanto, apesar de ter durado pouco tempo, a experiência de Freud como analista de Dora foi determinante para o remanejamento das bases da técnica psicanalítica. A questão fundamental debatida no final do relato clínico, quando interpreta a interrupção prematura da análise, é a constatação da necessidade de uma modificação essencial de sua técnica, trazendo para o primeiro plano do trabalho a análise meticulosa da transferência (FREUD, 1905 [1901]/1974).

A explicação de Freud para a saída de Dora da análise é a de que ele não teria interpretado a tempo a resistência expressa na transferência. Mas por que ele não teria conseguido interpretar a transferência da paciente? A resposta mais fácil seria a de que, na ocasião, a análise da transferência ainda não era concebida como um dos instrumentos centrais da prática analítica. Seu texto, entretanto, nos ajuda a esboçar outra hipótese. Na verdade, Freud já havia notado um pequeno indício da transferência de Dora, como ele próprio reconhece, mas não dera grande importância a isso em virtude da satisfação que vinha obtendo a partir dos conteúdos de análise que estava conseguindo elucidar.

“Devido à rapidez com que Dora colocou à minha disposição uma parte do material patogênico durante o tratamento, descuidei-me da precaução de procurar os primeiros sinais de transferência, que estava sendo preparada em ligação com outra parte do material (...). Mas eu não atentei para este primeiro aviso, julgando ter ainda muito tempo” (FREUD, 1905 [1901]/1974, p. 115).

A referência a tal ‘descuido’ parece ser o reconhecimento de sua inadvertência, ao valorizar muito mais o discurso coerente que a paciente oferecia. Por isso ficava difícil dar atenção àquilo que aparecia de forma velada na relação analítica. No caso Dora, ele teria se deixado seduzir pela abundância do material onírico oferecido pela paciente, não dando atenção ao outro material que ela lhe dirigia na relação transferencial.¹⁸

A análise de Dora e, sobretudo, seu desfecho inesperado acarretaram uma mudança no modo de analisar que vigorava até então. Volta-se, agora, para a

¹⁸ Lacan (1951) já chamara atenção para tal aspecto da presença da subjetividade de Freud no caso Dora, o qual teria se deixado atrair e seduzir pelo relato da paciente, cujo rigor e precisão das lembranças relatadas durante as sessões contrastavam com a costumeira “imprecisão biográfica” própria à neurose.

inevitabilidade do encontro transferencial, aquilo de que o analista não poderia abster-se, isto é, “as falsas associações” que, dirigidas ao analista, passariam a funcionar como coadjuvantes do tratamento. No final do relato da análise de Dora, Freud faz uma afirmação que parece ser definitiva quanto ao lugar do analista na relação transferencial: “Ninguém que evoca os mais malignos demônios que habitam o peito humano e procura combatê-los pode esperar sair incólume dessa luta” (FREUD, 1905 [1901]/1974, p. 106). Rende-se à força da transferência, afetando igualmente analista e analisando, de cujo “combate” reconhece ser impossível escapar ileso.

O caso clínico *Homem dos ratos* (FREUD, 1909/1974) mostra, igualmente, que Freud não manteve sempre a “frieza emocional” (FREUD, 1912/1974, p. 153) do cirurgião, recomendada em seu artigo técnico, muito menos se absteve em satisfazer demandas do paciente. Freud ignorava a tal ponto sua contratransferência que chegava a transgredir seus preceitos técnicos. O envio de cartões postais ao paciente, o oferecimento de algo para comer durante a sessão e o empréstimo de livros são algumas atitudes nada neutras de Freud (1909/1974) em relação ao paciente que certamente não se coadunam com sua regra de abstinência. Contudo, é importante não deixar de contextualizar historicamente essas práticas, como bem nos sugere Castel (2011). O fato de que Freud presenteie um paciente ou, ainda, que viaje com ele, torna-se inteligível se lembrarmos de essas eram práticas usuais na época, próprias ao enquadre clínico do tratamento oferecido aos pacientes neuróticos, como era o caso, por exemplo, do ambiente familiar característico das instituições de hidroterapia. “A cumplicidade entre pessoas do mesmo meio desempenhava, nesses casos, um papel maior” (CASTEL, p. 447, tradução nossa). Em todo caso, o relato clínico do tratamento de Ernst Lanzer, o *Homem dos ratos*, mais precisamente as anotações oficiosas de Freud (FREUD et al., 1974) publicadas posteriormente em forma de diário clínico sobre o tratamento, são reveladoras quanto ao modo como Freud foi afetado pelo encontro com o paciente. Os sobressaltos psíquicos e projeções cruzadas, como resultado do encontro entre Freud e Lanzer, aparecem mais cruamente no diário, efeitos que não são nem relatados nem subentendidos na versão oficial.¹⁹

Do mesmo modo, com o *Homem dos Lobos* (FREUD, 1918 [1914]/1974), é possível notar em Freud, ainda que implicitamente, os efeitos da relação transferencial.

¹⁹ Uma análise comparativa entre a versão oficial do caso nas *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (FREUD, 1909) e o registro original do caso exigiria um exame mais extenso, exame que não desenvolveremos aqui por exceder aos objetivos desta pesquisa. Para um estudo mais aprofundado do caso do Homem dos ratos, remetemos o leitor a Castel (2012).

Jovem aristocrata russo, Serguéi Pankejeff fez análise com Freud entre os anos de 1910 e 1914, além de um segundo período de análise em 1919, que durou apenas quatro meses. Quando este paciente o procurou para retomar o tratamento, em 1919, Freud não tinha horário disponível para atendê-lo. A fim de resolver o problema, interrompeu abruptamente a análise de sua discípula Helene Deutsch, alegando que ela já fora suficientemente analisada. Além disso, quando o paciente, após a revolução bolchevista na Rússia, perdeu seu vasto patrimônio, Freud chegou a ajudá-lo financeiramente. Freud não só lhe deu dinheiro como providenciou com os colegas uma coleta anual em seu favor (OBHOLZER, 1993).

A partir dessas observações, é possível compreender porque Freud insistia em utilizar metáforas como a descida aos infernos e a convocação de demônios, conforme bem observa Reis (2004), quando se referia às forças postas em ação na relação transferencial. Ressaltava a necessidade de dispormos de uma técnica que nos permitisse ser afetados por essas forças perigosas, mas sem nos deixar capturar totalmente. A clínica dos pacientes difíceis parece atualizar mais do que nunca as palavras de Freud. Do encontro com esses pacientes, como poderemos notar, é impossível escapar incólume. É nesta prática clínica que a compulsão à repetição, a reação terapêutica negativa e a força da transferência parecem adquirir seu maior significado. Esses fenômenos parecem atingir seu paroxismo no momento em que as dificuldades de manejo clínico com os casos difíceis passam a ser mais observadas e amplamente repertoriadas pela literatura psicanalítica. Esses casos, como já indicamos, são precisamente aqueles mais refratários ao tratamento analítico, capazes de colocar o analista à prova, convocando-o na transferência e influenciando-o direta e opressivamente (Green, 1974; Pontalis, 1988b, 1991, 2005, 2005b; Fédida, 2009; Thompson, 2002). É para essa especificidade da dinâmica clínica com os pacientes difíceis que voltaremos agora a nossa atenção, com vistas a examinar de forma mais rigorosa seus matizes teórico-clínicos.

III.3. A força de confrontação

III.3.1. O caráter afirmativo da reação terapêutica negativa

Como procuramos discutir anteriormente, a reação terapêutica negativa, ao designar o movimento refratário de certos pacientes à experiência analítica, é entendida

por Freud (1923/1974) como uma resposta negativa do paciente ao processo de análise, como manifestação de uma reação invertida ao tratamento, pela qual o sofrimento sobrepuja toda possibilidade de melhora. Trata-se de uma recusa por parte do paciente a todo movimento da análise, recusa que comparece privilegiadamente nos tratamentos difíceis, como se qualquer esboço de movimento psíquico pudesse representar para o paciente um perigo do qual ele busca a todo custo se precaver (Chabert, 1999; Pontalis, 1988a). Nessa recusa à análise é possível entrever, paradoxalmente, um movimento afirmativo por parte do paciente, pelo qual ele procura enfrentar e resistir à ameaça de fusão e indiferenciação atualizada na relação transferencial.

O exame dessa questão nos remete a uma discussão já desenvolvida no segundo capítulo desta tese. Como assinalamos, nota-se nesses pacientes, para além de uma tendência à dependência do objeto, movimentos que buscam, paradoxalmente, instaurar um contorno que estabeleça uma separação mais nítida com relação ao objeto primário. Desse modo, vemos no fenômeno da reação terapêutica negativa uma estratégia defensiva utilizada por esses sujeitos para tentarem se libertar do poder de dominação do objeto primário absoluto. Se, do ponto de vista de um observador externo, tratar-se-ia aqui de uma reação negativa ao tratamento, do ponto de vista do próprio sujeito as coisas parecem se passar de outro modo. Trata-se, nele, de um movimento positivo de natureza tanto defensiva como afirmativa, cuja função homeostática regula minimamente o excesso pulsional não-ligado que ameaça, desde o seu interior, seu próprio aparelho psíquico. Dessa maneira, um fenômeno que aparentemente traz características que podem ser qualificadas como negativas, remetendo a uma piora no tratamento, se revela em toda a sua positividade como um modo de afirmação de um território subjetivo.

São os movimentos pulsionais de ódio que tornam possível o emprego dessa estratégia defensiva. O ódio, cuja manutenção evita o risco de uma invasão por uma alteridade ameaçadora, é suscetível de retornar contra o próprio sujeito em um movimento masoquista – o qual pode se manifestar na piora dos pacientes em análise (CHABERT, 1999). Essa piora do quadro clínico pode se apresentar quando o paciente percebe no analista sua expectativa terapêutica, interpretando-a como uma demanda por transformações que poderiam ocorrer pela via da análise. Este ponto é sublinhado por Freud (1937/1974) ao asseverar que os esforços terapêuticos do analista podem provocar no paciente uma recusa contra a cura, como se a melhora pudesse ser experimentada como um novo perigo. Qualquer mudança de sua experiência de si e de

suas próprias crenças sobre si mesmo podendo ser vivida pelo paciente como uma resposta à expectativa do analista, como se, desse modo, viesse a satisfazer a uma demanda colocada pelo analista – o que pode representar para ele uma submissão à sua exigência (PONTALIS, 1988a). Sendo assim, ele se recusa a ocupar novamente uma posição de submissão radical ao outro, pelo fato de que essa posição implicaria o risco de a situação analítica reproduzir a situação traumática original. O analista figuraria assim, na cena transferencial, o papel de uma “mãe invasiva”, contra a qual o paciente busca defender-se, de modo a recusar a instauração de uma experiência em que ele se sentiria como objeto apassivado por uma relação de dominação.

Diante de um “excesso de mãe dentro de si” (PONTALIS, 1988a, p. 64), a única resposta possível para o sujeito seria, paradoxalmente, a reação. É desse modo que Pontalis justifica o movimento refratário desses pacientes à análise, procurando positivar sua resistência ao processo analítico. A resistência poderia ser assim entendida como uma tentativa de se libertar da dominação excessiva do outro. O “não” ao dispositivo analítico seria entendido, portanto, como uma tentativa por parte do sujeito de separar-se, individualizar-se. Dessa maneira, o caráter aparentemente negativo desse fenômeno de recusa à análise pode ser entendido em sua positividade, como uma luta do sujeito para assenhorar-se de si e desfazer-se da dominação do outro.

Os pacientes mais refratários à análise são aqueles, segundo Pontalis (1988a), que mais intensamente investem a relação analítica e o analista em sua presença total. É nesta perspectiva que aponta igualmente Aulagnier (1989), ao descrever o caso de um paciente que procurava se assegurar a todo custo de que a analista era impotente para mudar o que quer que fosse na sua existência. E era uma sensação de impotência que a analista sentia diante do paciente; o que a incomodava não era a ausência de elementos que permitissem interpretar, mas a repetição de um discurso que não deixava entrever nenhuma saída. Estabelece-se assim uma narrativa petrificada em análise, instaurando um espaço onde nada pode acontecer (AULAGNIER, 1989).

“Durante a sessão, todo um trabalho de associações, de memorização, de consideração da própria experiência afetiva (ou da contratransferência, se preferirem) permanece latente: escutar como analista induz uma presença total no que acontece nesse fragmento do tempo que compartilhamos com o outro, presença ainda mais intensa quando estamos lidando com sujeitos, psicóticos ou não, cuja fala exige essa espécie de osmose” (AULAGNIER, 1989, p. 120-121).

A *osmose* a que se refere Aulagnier (1989) é a impressão de que o analista com os casos difíceis se vê impregnado na sessão por uma relação de natureza fusional com o analisando, capaz de produzir reações psíquicas intensas no analista, impactado pela violência desmedida dos afetos transferenciais. Essa é a especificidade clínica que buscaremos discutir a seguir.

III.3.2. O excesso de desprazer do lado do analista

Os desafios produzidos pelo encontro com o paciente difícil são inúmeros: é aquele paciente que *entrava, obstaculiza, confronta, questiona* o processo analítico; ou ainda, é aquele que *invade, domina, ameaça, desconcerta, desalenta* o analista – todos esses verbos de ação indicando efeitos do *agir* no espaço analítico, com o caráter de uma compulsão à repetição – um *agir* que pode ou não ganhar uma dimensão manifestadamente agressiva. O modelo do ato ganha assim toda sua significação na transferência com esses pacientes. O analista, por seu lado, diretamente interpelado e capturado pela transferência, é desafiado diante de provocações que tomam a forma de um agir compulsivo sobre o analista (FÉDIDA, 2009). Como já assinalamos no capítulo anterior, dada a impossibilidade encontrada por esses sujeitos de reduzir, por meio das ligações, as quantidades massivas de excitação com as quais seu aparelho psíquico se depara, um mecanismo de descarga possível é a ação. A “expulsão pelo ato”, cuja função predominante é a descarga sem representação, pode ser capaz de projetar *para fora* o excesso pulsional, o que produz o alívio da quantidade intolerável de tensão (GREEN, 1974). É dessa maneira que o paciente *age* sobre o analista, produzindo um efeito de *dominação* sobre o psiquismo do analista (PONTALIS, 2005b).

Quanto a esta questão, convém fazer referência ao título do artigo de Pontalis (2005), *A partir da contratransferência: O morto e o vivo entrelaçados*, o qual já enuncia o conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte dentro do campo contratransferencial. Neste texto, o autor destaca um determinado modo do fenômeno contratransferencial se atualizar na situação analítica, o qual designa por *dominação* da contratransferência. Trata-se de uma relação transferencial que tem como efeito no analista certo congelamento ou petrificação de sua função de analisar. Nas palavras do autor, esse estado psíquico poderia ser expresso pela sensação de “quando nos sentimos mortalmente tocados” (PONTALIS, 2005, p. 237). O termo “mortificação” é utilizado por ele para descrever esse estado psíquico de dominação, em que o funcionamento

mental do analista fica ameaçado, capturado pelo encontro com o paciente. Diante da descrição desta situação clínica, há que se considerar o predomínio de forças destrutivas, agindo maciçamente no espaço analítico. Não são os ataques de raiva ou cólera contra o analista que verdadeiramente o põem à prova, como explica Pontalis (1988b), mas sim, “os ataques, na maioria das vezes silenciosos, contra *a análise*, contra a atividade de pensamento, tanto do paciente quanto do analista”. Nesses casos, complementa ele, “o vínculo transferencial é tão maciço que a transferência para o objeto torna-se entrave às transferências das representações” (PONTALIS, 1988b, p. 76).

O vínculo transferencial maciço entre analista e analisando parece buscar instaurar, na sessão analítica, uma experiência de caráter quase fusional, como uma tentativa de reproduzir em análise a fantasia imutável à qual estaria fixado o psiquismo do paciente. Como examinamos no capítulo anterior, a fantasia central dos sujeitos que analisamos nesta pesquisa parece estar centrada em uma cena imaginária na qual o sujeito participaria de uma relação fusional com o objeto primário. Cena fantasística onde não haveria espaço para qualquer diferenciação eu-outro, supondo ser capaz de estabelecer imaginariamente uma relação de simetria, mantendo intensa a relação entre o sujeito e o objeto. Nesta perspectiva, a situação analítica parece buscar reproduzir essa modalidade de relação imaginária, quando vemos o analista queixar-se de uma sensação de *sofrer da própria pele* a influência inquietante do paciente, como se toda diferença entre analista e analisando estivesse assim abolida. Lembremos aqui, por associação, da proposição de Anzieu (1986), quando se refere à fantasia de uma *pele* comum, compartilhável, entre sujeito e objeto, com seus vínculos de dependência mútua unindo o casal em uma relação passional – *pele* comum entendida como duplicação de uma pele psíquica comum à mãe e ao bebê. Tudo se passa como se o analista, ele mesmo, se encontrasse alienado em uma identificação à fantasia de uma pele gêmea – pele imaginariamente compartilhada que o paciente busca trazer para o centro da sessão, tal como um órgão de comunicação direta capaz de transmitir seu sofrimento diretamente ao analista.

Ao sofrer passivamente a experiência de sentir seu psiquismo dominado, ameaçado ou invadido, o analista ocupa um lugar particularmente penoso na relação transferencial com esses pacientes, sentindo-se seja inadequado, insuficiente, confuso ou impotente. A posição do analista na transferência o coloca como parte integrante de uma compulsão à repetição para além do princípio de prazer. Do mesmo modo como

notamos nesses pacientes uma tendência a forjar de forma estereotipada fantasias particularmente desprazerosas, em que se imaginam duramente desprestigiados ou desvalorizados, algo parecido com tal estereotipia parece se repetir do lado do analista. Como resposta à convocação transferencial que se apresenta sob a forma de uma compulsão à repetição, o analista vive penosamente a experiência analítica; ou, como dito muito abertamente por Winnicott, “de um modo doloroso que eu teria tido prazer em evitar” (WINNICOTT, 1954, p. 377). O analista corre o risco de perder suas referências identificatórias e, de uma hora para outra, “descobre que não “funciona” mais” (MCDOUGALL, 1978, p.13).

Para proteger-se da impressão de ameaça ou impotência, o analista tenta recorrer a mecanismos de defesa de modo a lidar com esse contexto transferencial. Diante da impressão de sofrer uma coerção por parte do paciente, observa-se frequentemente no analista uma formação reativa cuja tentativa é a de estabelecer uma espécie de barragem estanque, através da qual ele conseguiria alcançar um estado psicologicamente ausente, que teria o caráter de uma anestesia afetiva. Para Pontalis (2005), a “blindagem psíquica” seria uma das maneiras pelas quais o analista buscaria defender-se do poder do paciente de perturbar seu equilíbrio por conta de uma “fusão presente demais que o aniquila como indivíduo” (PONTALIS, 2005, p. 224).

Na contracorrente desse mecanismo de defesa, vemos a literatura psicanalítica mais recente valorizar a capacidade e a disponibilidade de o analista afetar-se psicologicamente no encontro com os pacientes difíceis. O que se assinala é a necessidade de o analista, ao invés de recorrer a uma resposta por “apassivamento”, vir a ocupar uma posição mais ativa diante dos afetos suscitados na relação transferencial. Como veremos, ao contrário de referendar um esforço de desafetação psíquica, as indicações técnicas contemporâneas são uníssonas no sentido de uma defesa da positividade da afetividade do analista no encontro transferencial com os pacientes difíceis.

III.3.3. A contratransferência na frente da cena

Nota-se na literatura psicanalítica atual uma crescente valorização do aspecto afetivo da função analítica, em detrimento de uma postura em que a neutralidade do analista seriam mais exigidas. A ênfase na positividade dos afetos do analista está associada à própria especificidade do contexto clínico aqui investigado, uma vez que, diante de tais formas de sofrimento psíquico, a técnica psicanalítica *clássica* acaba

sendo colocada em questão. A figura do analista neutro e inacessível – imagem pouco lisonjeira através da qual o psicanalista foi sempre representado em charges e anedotas – vem dando lugar, pelo menos no que diz respeito ao campo psicanalítico, ao reconhecimento de que a função analítica é exercida a partir do encontro afetivo com o paciente (ANDRADE & HERZOG, 2011).

Ferenczi foi o precursor do debate sobre a afetividade do analista e a contratransferência no campo psicanalítico pós-Freud. Na obra ferencziana, as constantes referências à vivência afetiva do analista são, na verdade, uma aceitação e reconhecimento do campo afetivo instaurado pela relação transferencial. O que se nota é que o pensamento de Ferenczi revela uma maneira mais abrangente de abordar o campo afetivo do analista. Ao invés de reduzi-lo a uma esfera mais restrita, como se fosse apenas o eco do afeto que o paciente dirige ao analista, Ferenczi ressalta a intensidade do encontro transferencial, capaz de produzir efeitos tanto no paciente como no analista. Ele dá ênfase à relação transferencial em si mesma, como fonte de *afetações*, passível de afetar os dois integrantes da relação analítica (Gondar, 2008; Kupermann, 2003; Reis, 2004).

Em seu artigo sobre *A técnica psicanalítica* (FERENCZI, 1919a), descreve três tempos sucessivos da história da psicanálise, os quais remeteriam a um modo particular de os psicanalistas encararem o fenômeno contratransferencial, sintetizados nas seguintes posições: negligência, pavor e controle. No primeiro tempo, que corresponderia ao período inicial da prática psicanalítica – talvez antes de Freud alertar para seus riscos – suspeitava-se pouco dos *perigos* decorrentes da contratransferência. Nesse período que ele chama de “euforia da lua de mel da análise” (FERENCZI, 1919a, p. 118-119), o analista teria negligenciado os sinais de sua contratransferência, não sendo capaz de dominá-la. Num segundo tempo, a euforia teria dado lugar a outra posição extremada, fase que seria determinada por uma resistência à contratransferência. Nesse momento, o analista teria se deixado tomar por um temor excessivo contra a emergência de seus próprios afetos na análise. Após a fase de pavor, os analistas teriam alcançado, em um terceiro tempo, o controle da contratransferência. Nessa fase, haveria um “sentinela” a postos, pronto para dar um alerta imediato sempre que os afetos contratransferenciais se impusessem ao analista (FERENCZI, 1919a, p. 120).

Seguindo-se aos três tempos indicados por Ferenczi (1919a), podemos propor ainda um quarto tempo, quando o conceito ganha maior visibilidade no campo

psicanalítico, o que teria tido início a partir da década de 1950. Essa última fase – talvez denotativa de uma hipervalorização da contratransferência – parece subsistir até os dias atuais, privilegiadamente nas discussões clínicas sobre os pacientes difíceis. O que teria ocorrido nos anos de 1950 é que o conceito de contratransferência adquire um novo estatuto dentro da comunidade psicanalítica. Esse fenômeno clínico deixa de ser encarado primordialmente como obstáculo, empecilho ou erro, e passa a ser incorporado à teoria da técnica psicanalítica, sendo tomado como um instrumento valioso do exercício clínico.

Paula Heimann (1950), com seu artigo intitulado “On counter-transference”, efetua uma virada radical nas acepções psicanalíticas a respeito da função da contratransferência no trabalho analítico, podendo ser considerada uma posição paradigmática quanto à visada positiva da contratransferência (GREEN, 2002). Trata-se de um texto de referência da bibliografia psicanalítica que concebe a contratransferência como instrumento privilegiado de análise. Neste texto, a autora utiliza o termo contratransferência para designar a totalidade dos sentimentos que o analista experimenta em relação ao paciente, incluindo todas as reações emocionais conscientes ou pré-conscientes do analista.

Um ponto levantado pela autora é o de que a situação analítica consiste numa “relação entre duas pessoas” (HEIMANN, 1950, p. 172). Com este argumento, a autora sustenta a hipótese de que o analista como *pessoa* é suscetível de experimentar sentimentos em relação ao paciente; assim, não poderia prescindir de sua afetividade na situação analítica. Para ela, o analista deveria apropriar-se de suas respostas contratransferenciais para utilizá-las como meio de acesso ao material inconsciente do paciente. Deveria usar sua contratransferência como ferramenta no trabalho de análise. Vejamos qual o sentido de tomá-la como “ferramenta”, segundo Heimann.

A tese central da autora é a de que “a contratransferência do analista é um instrumento de investigação dirigido ao inconsciente do paciente” (HEIMANN, 1950, p. 172), permitindo o acesso direto aos desejos inconscientes do analisando, que se fariam presentes na própria resposta contratransferencial do analista. Em outras palavras, o que a autora procura sustentar é que os sentimentos experimentados pelo analista em relação ao paciente seriam consequência do desejo inconsciente do paciente de dividir com o analista os afetos que ele, paciente, não poderia reconhecer nem verbalizar, mas que poderia apenas induzir no analista.

Ao postular que toda resposta emocional do analista na sessão é “uma criação do paciente” (HEIMANN, 1950, p. 175), a autora parece isentar o analista de qualquer influência subjetiva própria no trabalho analítico. A aparição da contratransferência no analista é vista, nesta perspectiva, como puro produto do analisando; suas respostas contratransferenciais seriam criadas pelo paciente, não dizendo respeito à subjetividade do analista. Tudo aquilo que o analista sente, pensa, deseja, seriam aspectos que o analisando induz no analista. O psiquismo do analista funcionaria, desta maneira, como uma tábula rasa, na medida em que tudo aquilo que ele sente na situação analítica seria diretamente revertido em uma forma de saber sobre o inconsciente do analisando (KUPERMANN, 2003a). Heimann (1950) procura sustentar sua posição afirmando que o analista plenamente analisado, tendo elaborado seus conflitos, não correria o risco de atribuir a seu paciente *o que pertence a si próprio*. Conseguiria assim “um equilíbrio suficientemente seguro” (HEIMANN, 1950, p. 175) que lhe permitiria abster-se de reagir ao paciente a partir de sua conflitualidade, uma vez que esta já teria sido satisfatoriamente elaborada, funcionando como um espelho capaz de refletir apenas os conteúdos inconscientes do paciente. A função analítica é esboçada, assim, como uma posição na qual o analista, supostamente livre de sua conflitualidade, seria capaz de receber projeções do material inconsciente do paciente e, tal como uma bússola norteadora, poderia desvelar, com precisão, o material inconsciente do paciente.

O posicionamento teórico-clínico de Heimann (1950) é emblemático quanto à determinada vertente psicanalítica que defende a ideia de que o lugar do analista com os casos difíceis comportaria uma experiência pessoal de simetria e complementaridade entre analista e analisando. Neste sentido, por vezes se sustenta a ideia de que os efeitos produzidos sobre o analista – sejam aquilo que se produz como impressão afetiva e corporal ou sobre o funcionamento psíquico como um todo – poderiam ter validade no sentido de tornar-se indício especular daquilo que se passa com o paciente e, ainda, funcionar como fonte fidedigna de interpretação. Supõe-se assim uma relação de homologia direta entre analista e paciente. Entretanto, se seguirmos ao pé da letra tal posicionamento teórico-clínico, sem procurar detectar seus matizes, corremos o risco de positivar sem reservas o aspecto especular, direto e imediato da resposta do analista em uma relação dual dessa ordem. É para esse risco que nos adverte Pontalis (1991):

(...) “presente-se o risco – um conluio, uma trapalhada – e compreende-se a prudência de Freud. Alguns partidários fiéis da contratransferência dizem: “Eu me

aborreci mortalmente durante a sessão, logo, o paciente está procurando me humilhar”, ou: “Tive uma fantasia erótica, logo, ele (ou ela) está procurando me excitar”... Ação imediata direta, transmissão sem desvios, contaminação. Emissor-receptor, agente-paciente, nós nos perdemos nessa relação que merece ser plenamente qualificada como *dual*, em que não se poderia separar o teu do meu, determinar quem é o reflexo do outro” (PONTALIS, 1991, p. 98-99).

A trapalhada da qual o analista pode tornar-se refém parece decorrente de um aprisionamento na fantasia estereotipada do paciente, a qual, como vimos, parece estar sustentada na busca por manter inabalável a relação imaginariamente simétrica e fusional na situação analítica. O engodo que supomos estar implícito em uma posição teórico-clínica dessa ordem, ao valorizar, sem concessões, as reações afetivas do analista como fonte direta e fidedigna de *insight* para suas interpretações, parece ser resultado do efeito de uma identificação alienante do analista a tal fantasia fixa do paciente. Fantasia de que seria possível instaurar uma relação de transparência absoluta entre os dois sujeitos, estabelecendo uma modalidade de comunicação direta supostamente responsável por fornecer ao analista um saber definitivo, com valor de verdade, sobre os pensamentos, impressões e afetos do paciente, dando-lhe a certeza de que pode antecipá-los, de que os adivinha sem que seja preciso o outro formulá-los.

Como sugere Fédida (2009), a modelização teórica que repousa sobre o princípio de uma “ficção especular da contratransferência” (FÉDIDA, 2009, p. 150), cuja montagem conceitual apareceria implícita em parte dos textos clínicos que se referem ao tratamento dos casos difíceis, revelaria uma experiência analítica centrada em um *acoplamento* de posições imaginárias entre analista e analisando (FÉDIDA, 2009). O analista se encontraria assim capturado por uma identificação contratransferencial, cuja *ilusão de simetria* se revelaria improdutiva para o trabalho de análise. Manter-se-iam, ambos, analista e analisando, presos em uma engrenagem marcada por um conluio narcísico, da qual os dois sairiam perdendo (Fédida, 2009; Press, 2010).

Uma segunda ressalva quanto a esse modo de considerar a positividade da contratransferência é o fato de tal posicionamento implicar em uma determinada concepção do trabalho analítico baseada na suposição de que o analista se guiaria por um saber antecipado daquilo que restaria de recalçado, como garantia de verdade sobre o paciente. Essa vertente teórico-clínica conceberia o tratamento analítico, exclusivamente, como um trabalho de deciframento que visaria tornar consciente o

inconsciente, na medida em que o analista, ao funcionar como bússola, efetuará seu trabalho na direção das “profundezas” do inconsciente recalçado.

Essa perspectiva clínica evoca o ponto de vista inaugural de Freud (1895a, 1900) quanto ao sentido do tratamento, predominante em seus textos iniciais. O trabalho do analista é descrito, nesses artigos, como um exercício de deciframento do material inconsciente do paciente, material que se encontra recalçado, mas passível de tornar-se acessível através do método psicanalítico. Neste momento da construção teórica freudiana, compreende-se o tratamento analítico como um trabalho de conscientização (Birman & Nicéas, 1982; Herzog, 2000). O método clínico teria como objetivo, deste modo, a elucidação de uma verdade escondida, a descoberta de um “significado secreto” (FREUD, 1900/1974, p. 544) – método ao qual uma nova perspectiva clínica vai se sobrepor, como consequência da virada conceitual de 1920. Essa reelaboração teórica freudiana, como veremos no capítulo seguinte, permitirá substituir uma visada clínica pautada no trabalho de deciframento por outra mais remetida ao trabalho de construção.

Podemos levantar ainda uma última ressalva. Ao se supor que o analista pode alcançar “um equilíbrio suficientemente seguro” (HEIMANN, 1950, p. 175) que lhe permitiria abster-se de reagir ao paciente a partir de sua conflitualidade, concebe-se idealmente uma espécie de neutralidade estável da função analítica, efeito de uma blindagem psíquica que seria assegurada pela análise pessoal do analista. Esta perspectiva tenderia assim a eliminar qualquer resquício de subjetividade do analista, para convertê-lo unicamente em suporte silencioso das projeções, dos afetos mobilizados no analisando (AULAGNIER, 1989). Com isso, retomamos a indagação já levantada precedentemente: Será possível o estabelecimento de uma escuta analítica purificada de sua própria conflitualidade? Ou será que a suposição de uma eliminação radical das formações sintomáticas do analista não seria resultante de uma ficção ideal? A nosso ver, a vertente clínica defensora de uma escuta analítica completamente depurada pela análise pessoal do analista – visando um escuta clínica asseada ou higienizada, para usar termos mais enfáticos – pressupõe um estado psíquico de um analista *bem analisado* cuja pureza subjetiva não deixa de ser ilusória. Supomos, com Fédida (2009), que tal suposição alude a uma pretensão de se alcançar uma inteligibilidade purificada do psiquismo a partir de uma zona psíquica livre de conflitos, o que contradiz os preceitos fundamentais da psicanálise.

Pensamos ser possível sustentar uma via distinta de desenvolvimento teórico-clínico. Em primeiro lugar, não consideramos possível, tendo em vista os efeitos radicais da transferência sobre o analista, conceber o lugar do analista destituído de sua implicação afetiva. Ora, o analista, como procuramos indicar, está irremediavelmente submetido à transferência. Sua subjetividade, seus afetos, seus conflitos, tudo isso faz parte do processo e impregna a escuta do analista.

Lembremos que o golpe infligido ao narcisismo humano pela psicanálise decorre precisamente, segundo Freud (1917/1974), da constatação de que “o ego não é o senhor de sua própria casa” (FREUD, 1917/1974, p.178). Essa afirmação equivaleria às duas principais descobertas da psicanálise: a de que nossa vida pulsional não pode ser inteiramente dominada, e a de que os processos mentais são, em si, inconscientes, e só se submetem ao controle do eu mediante percepções incompletas e não confiáveis (FREUD, 1917/1974). Levando em conta essa advertência, é possível constatar que a força pulsional inerente à posição do analista não pode ser completamente dominada, mesmo com uma “purificação” analítica constante. O lugar do analista, assim como o do paciente, está submetido às exigências do inconsciente, do desejo e das pulsões e, mesmo com certo grau de controle sobre sua contratransferência, não há garantias de um controle refinado sobre esse campo. Este é o ponto que vale ser assinalado como fonte de embaraço para uma suposta pretensão ideal de se alcançar o controle irrestrito sobre a experiência subjetiva do analista na transferência. Segundo nosso ponto de vista, o analista só pode assumir sua função *em* sua própria conflitualidade. É esta questão que buscaremos desenvolver no próximo tópico, ao propor que a conflitualidade do analista, por lhe ser inerente, é necessariamente um instrumento de sua escuta e é a partir dela que o analista pode intervir em análise.

III.4. A disponibilidade psíquica do analista

III.4.1. O método psicanalítico de *abandono* ao seu próprio inconsciente

O fato de o processo analítico ser capaz de mobilizar a conflitualidade do analista não se deve unicamente a determinados pacientes ou a momentos particulares do tratamento, mas decorre da própria natureza do trabalho analítico (PARSONS, 2006). Tomemos como exemplo a regra da atenção flutuante. Essa regra é descrita por Freud (1912/1974) como um estado no qual o analista mantém uma atenção

uniformemente suspensa frente a tudo o que escuta, não dirigindo a atenção para nada específico, sem expectativas nem inclinações. Para cumprir esta regra, o analista procura dominar as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção, *abandonando-se* assim inteiramente ao que Freud denomina “memória inconsciente” (FREUD, 1912/1974, p. 150) do analista. Como sublinha Parsons (2006), o emprego, por Freud (1912/1974), do verbo pronominal *abandonar-se* implica a consideração de que a atenção flutuante tem para o analista a mesma função que tem a associação livre para o paciente, ambas as regras comportando implicações radicais.

Essa perspectiva teórica é desenvolvida por Viderman (1990), ao mostrar que Freud organiza o campo psicanalítico formado por duas correntes de “memórias inconscientes”: do lado do paciente, a associação livre; do lado do analista, a atenção flutuante. A regra técnica para o analista, do mesmo modo como ocorre com o paciente, permite, devido ao afrouxamento da vigilância do eu, que venham à tona os conteúdos inconscientes do analista, o que permite, por sua vez, que ele ceda à “vertigem do afeto” (SCHNEIDER, 1993, p. 59) ligada a essas representações. Neste sentido, a regra tem como consequência certa abertura para o campo das intensidades afetivas no analista, fazendo com que ele *se abandone* nesse mergulho afetivo radical (ANDRADE & HERZOG, 2011). Ademais, como sugere Freud (1912/1974), o estado de atenção flutuante permitiria a comunicação entre inconscientes, processo que, em última análise, indica a possibilidade de ressonâncias para além de um estado pré-consciente do analista, fazendo com que o analista se remeta às suas próprias lembranças, assim como aos conteúdos clivados e recalçados de seu psiquismo (Parsons, 2006; Press, 2010).

É interessante observar o modo como a regra da atenção flutuante foi forjada por Freud. Podemos verificar o esboço espontâneo de sua formulação em uma de suas cartas a Fliess, quando descobre que o estado de abertura psíquica ao seu próprio inconsciente mostrou-se propício na condução de uma análise difícil. Trata-se de uma vinheta clínica referente ao caso E., caso ao qual nos referimos precedentemente. Esta vinheta remete a um período em que Freud já consentia a alguns pacientes a associação livre, em um modelo de tratamento livre de quaisquer sinais de hipnose ou sugestão e, sobretudo, em que a iniciativa da interpretação também é imputada ao paciente (CASTEL, 2011). Nesta vinheta clínica é possível notar como aquilo que ele tinha considerado, a princípio, como uma falha a respeito de seu próprio estado psíquico durante determinada sessão, revela-se, por uma utilização criativa desse mesmo *estado de espírito*, um modo privilegiado de escuta analítica.

“De todos os casos, o de E... me parecia o mais favorável, mas ele é quem me traz o maior choque. No momento em que eu acreditava deter sua solução, ela me escapou, e eu me vi forçado a mudar e reconstruir tudo, o que me fez abrir mão de todas as hipóteses desenvolvidas até então. Eu não pude suportar a depressão que se seguiu e rapidamente percebi que seria impossível seguir um trabalho realmente difícil em um estado de mau humor e diante de tantas dúvidas que me assolavam. Quando não estou bem disposto, nem sob o controle de mim mesmo, cada um de meus pacientes torna-se, para mim, um ser maléfico. Eu realmente acreditei que ia sucumbir, mas saí-me bem renunciando a todo trabalho mental consciente para continuar a tatear cegamente no centro dos enigmas. Desde então, eu trabalho talvez com mais habilidade que antes, mas sem saber exatamente o que eu faço” (FREUD, 1899/1954, carta n. 130. p. 277, apud. PARSONS, 2006, tradução nossa).

O episódio mostra como Freud desenvolve, durante uma sessão do caso E., o esboço daquilo que ele vai conceber como sendo o estado psíquico próprio à atenção flutuante. Esse testemunho de Freud confirma que essa modalidade de atenção comporta uma disponibilidade emocional do analista para aquilo que se apresenta originalmente e espontaneamente na análise a partir de sua própria conflitualidade, configurando-se assim como uma abertura psíquica do analista para deixar-se perturbar afetivamente pelo processo analítico (PARSONS, 2006). Trata-se da capacidade do analista para se deixar desfazer pelo paciente, possibilitando tal abertura psíquica, entendida também como porosidade ou permeabilidade psíquica do analista à transferência (THOMPSON, 2002).

Essa permeabilidade psíquica do analista, como vimos, não está de forma alguma ausente da experiência analítica com os pacientes difíceis. Nesses casos, a porosidade do aparelho psíquico do analista parece se revelar, mais especificamente, como um entrave para o andamento da análise, quando o analista, mais do que sentir-se tomado por uma *vertigem afetiva*, tem a impressão de que a vertigem pode levá-lo para o fundo de um *abismo*. Sendo assim, cabe perguntar: Como a permeabilidade psíquica do analista à transferência pode se colocar a favor do processo analítico nos casos difíceis? Buscaremos formular algumas vias de discussão para esta questão no próximo e último tópico deste capítulo.

III.4.2. Um campo subjetivo inaugural

Como procuramos mostrar, a experiência psíquica do analista no tratamento de um *caso difícil*, quando marcada por uma vivência de *dominação radical* pelo outro, parece ser tributária de uma identificação alienante à experiência traumática original do

paciente. É como se a disponibilidade psíquica do analista no tratamento comportasse diversos níveis de atividade psíquica, funcionando segundo diversas modalidades (M'UZAN, 1994). Nesse caso, quando tal disponibilidade permite que o espaço psíquico do analista seja inteiramente invadido pelos processos psíquicos do paciente, tratar-se-ia de uma dimensão da atividade psíquica do analista em que as fronteiras entre eu e não-eu mostram-se extremamente incertas – instaurando uma área de experiência psíquica de indiferenciação onde o processo analítico pode se mostrar improdutivo e estagnado.

Entretanto, se procurarmos voltar a nossa atenção para outra modalidade de atividade psíquica do analista, quando este procura manter sua própria identidade integrada, coesa, mas ao mesmo tempo se predispõe a uma abertura aos *afetos inéditos* (GONDAR, 2008), talvez assim a disponibilidade do analista à vertigem afetiva não se mostre tão abismal. Esses afetos inéditos, segundo Gondar (2008), seriam resultantes de um encontro autêntico de afetos entre analista e analisando, algo que surgiria no *aqui e agora* da sessão. Essa dimensão afetiva inaugural, estabelecida pela transferência, supõe a criação de algo parecido com uma *quimera psicológica*, na definição de M'Uzan (1994), uma forma de organismo novo, criado como produto de uma colisão entre os processos psíquicos do analista e do analisando. A atividade dessa quimera manifestar-se-ia através de “um cortejo de imagens banais ou estranhas” que ocupam o campo psíquico do analista. “Essas imagens – rostos desconhecidos ou monstruosos, paisagens deformadas, formas abstratas, etc. – passam umas depois das outras ou se transformam em um ritmo regular” (M'UZAN, 1994, p. 40, tradução nossa).

Reencontramos na proposição de Aulagnier (1989) uma ideia que se aproxima àquela de uma quimera, tal como sugerida por M'Uzan (1994), no sentido de propor a existência de uma formação psíquica que se apresenta sob a forma de uma interseção, de maneira inaugural na análise, entre os processos psíquicos do analista e do analisando.

“A experiência analítica supostamente oferece as condições para que os respectivos conhecimentos dos dois sujeitos, em presença um do outro, transformem-se num novo conhecimento compartilhado (...). A esta troca de conhecimentos, é preciso acrescentar o que se dá no registro dos afetos e de sua complementaridade (...). A transferência ocupa na experiência analítica o papel de um catalisador que permite que dois discursos, duas histórias, duas experiências desemboquem na formação de uma terceira e nova construção da qual cada um dos construtores, terminada a análise, tirará as consequências, os proveitos (...)” (AULAGNIER, 1989, p. 20-22).

Encontramos ainda em Ogden (1996) uma ressonância com essa ideia, ao propor a noção de “terceiro analítico”. Trata-se aí, como explicam Klautau e Winograd (2012), da criação de uma forma de “terceiridade intersubjetiva” na situação analítica, isto é, uma terceira subjetividade que se constrói através de uma interpenetração produzida pelas subjetividades do analista e do analisando (KLAUTAU & WINOGRAD, 2012). Nas palavras de Ogden (1996): “uma análise não é simplesmente um método de descoberta do oculto; é principalmente um processo de criação de um sujeito analítico que não existia antes” (OGDEN, 1996, p. 41, apud. KLAUTAU & WINOGRAD, 2012).

Seguindo uma linha semelhante de pensamento, Castel (2011, 2012) enfatiza o encontro inaugural instaurado pela relação transferencial, entendido como um duplo movimento de reajustamento psíquico entre analista e analisando, que denomina como um trabalho de aparelhamento psíquico (*appareillage psychique*). Trata-se de um encontro com ressonâncias afetivas que, na mutualidade de uma transferência que atinge aos dois, dotada de contornos psíquicos de uma *entre-afetação*, altera psiquicamente ambos os parceiros da situação analítica. Um contato que coloca, de certa maneira, analista e analisando em pé de igualdade, mas que não deixa de ser um contato assimétrico, como esclarece Castel (2012), já que o paciente ignora aquilo que afeta psiquicamente seu analista.

Todas essas indicações clínicas supõem uma co-invenção, em análise, de um produto afetivo novo²⁰, resultante do encontro transferencial que ocorre na *atualidade* da sessão. Essa ideia aproxima-se de uma dimensão da contratransferência que remete às “surpresas” da análise, nos termos de Pontalis (1991).

“Por “surpresas” faço alusão a esses movimentos que acontece percebermos em nós – ideias, emoções – quando tal discurso, tais associações do paciente entram em ressonância com tal ponto sensível de nossa história ou de nossa fantasística, tal defeito de nossa couraça. Somos então atingidos em carne viva, e isso é bom” (PONTALIS, 1991, p. 100).

O processo analítico com os pacientes difíceis deve ter como um de seus objetivos o de transformar aquilo que Pontalis (1999, 2005b) denomina, a respeito da experiência psíquica no analista com os casos difíceis, um estado psíquico de *dominação*, em algo mais próximo de movimentos psíquicos com caráter de *surpresa* que se desencadeiam no analista na atualidade da sessão.

²⁰ Retomaremos essa discussão no próximo e último capítulo desta tese, quando buscaremos aprofundá-la ao associá-la a um dos processos psíquicos subjacentes à interpretação.

Com base na discussão empreendida neste capítulo a propósito da especificidade da dinâmica transferencial na clínica com os pacientes difíceis, somos conduzidos a uma discussão sobre a técnica psicanalítica, buscando aprofundar uma articulação entre o lugar do analista e as suas possibilidades de intervenção. Pretendemos discutir a respeito dos limites e possibilidades de intervenção do analista na clínica atual, a partir de uma investigação sobre o recurso técnico da interpretação e outras formas de intervir em análise, a fim de verificar a pertinência da técnica interpretativa na prática psicanalítica com esses pacientes. Essas são as questões que buscaremos desenvolver no próximo capítulo.

Capítulo 4

Tempos da interpretação e modalidades de intervenção

E então eis que durante uma sessão como as outras uma revelação se produz nos dois protagonistas, que uma porta se abre, que palavras inauditas, que uma emoção que nos era desconhecida, surgem, nos deportando para além das fronteiras do nosso campo afetivo costumeiro, de nosso código mental pessoal, de nosso dicionário privado, de nossa geografia interna, eis aqui que um pensamento, que ignorávamos antes que ele se formule, nos vem não se sabe de onde (Pontalis, 1994, p. 109).

O objetivo deste capítulo é o de examinar a especificidade da técnica psicanalítica que uma abordagem clínica com os pacientes difíceis exige. Como procuramos assinalar ao longo deste percurso, o aspecto marcante em relação a esses pacientes é a fixidez da mobilidade fantasmática. Neste contexto, a interpretação, como dispositivo clínico, vem sendo considerada insuficiente para dar conta das configurações subjetivas mais referenciadas pela teoria da clínica contemporânea. Nesta perspectiva, aponta-se comumente a “ineficácia” das interpretações – a observação de que elas repetidamente “erram o alvo”, interpretações cujos efeitos se mostram estéreis. Trata-se de casos clínicos em que o analista se depara, de fato, com dificuldades para recorrer à sua “língua materna” (CHABERT, 2006, p. 128).

Entre as perguntas que surgem, destacamos: Como o analista deve interpretar uma fala cuja fixidez parece impedir toda a mobilidade fantasmática? Dada a dificuldade do paciente em fantasiar de forma mais móvel e plástica, quais as possibilidades de intervenção do analista? Ora, diante deste impasse, supomos que o desafio fundamental para a direção do trabalho analítico com os pacientes difíceis seja, como bem sugere Fédida (2009), que o analista passe a se interrogar, sobretudo, sobre “o seu poder de descobrir para ele uma língua inédita” (FÉDIDA, 2009, p. 156, tradução nossa). O tempo e o ritmo dessa tal língua inédita, *falada, escutada e imaginada* entre analista e analisando, serão os aspectos que buscaremos desenvolver ao longo deste capítulo.

IV.1. A criação de uma *língua inédita*

IV.1.1. Para início de conversa

A associação livre, regra fundamental da psicanálise, é dificilmente colocada em prática com os casos difíceis. A fixidez do fantasiar do paciente limita a mobilidade de seu discurso e, muitas vezes, a própria fluidez da palavra. Se o analista se ativer à espera passiva de que o paciente encadeie a sua fala seguindo a regra fundamental, nenhum trabalho analítico pode vir a se estabelecer. O início e mesmo a continuidade do tratamento, de modo mais geral, depende de um revezamento da palavra entre analista e analisando, a partir de uma sequência continuada de perguntas e respostas, sem a qual o tratamento poderia se tornar impraticável. Convém lembrar que este modo de condução clínica se coaduna ao trabalho clínico que Roussillon (2004) denomina “conversações psicanalíticas”, cujo objetivo seria o de abrir o círculo fechado das associações do analisando. Por meio desta prática clínica, o analista formularia questões diretas ao analisando, o que acabaria por conferir um caráter de diálogo ao encontro clínico. É assim que se desenrolava o atendimento da paciente a quem nos referimos no segundo capítulo desta tese. O tratamento, sobretudo em um longo período inicial da análise, e, mesmo em períodos posteriores, se caracterizava por sessões que precisavam ser pontuadas por perguntas da analista. Essas perguntas desencadeavam respostas sucintas por parte da paciente, logo interrompidas por seu silêncio e a espera ansiosa de que a analista lhe fizesse uma nova pergunta. “O que mais?”, perguntava a paciente insistentemente, a cada vez que se extinguia o breve fluxo de seu discurso. Quando enunciada a regra fundamental, essa paciente assegura à analista que nada lhe vêm à cabeça, preferindo ater-se ao trabalho de responder a perguntas e sentindo-se incapaz de falar se a analista não lhe fornecesse as coordenadas. Seu discurso se mostrava compartimentado em temas que se esgotavam em si mesmos, sem que ela pudesse estabelecer conexões entre as vivências relatadas. As perguntas da analista tentavam promover, assim, alguma continuidade ou encadeamento à fala pouco fluente nas sessões, como indagações que servissem, de alguma maneira, para relançar seu discurso, oferecendo pontos de ligação que lhe permitissem superar o silêncio, vivido com angústia pela paciente (ANDRADE et al., 2012).

Se o analista insiste em se manter atrelado de forma conservadora à regra fundamental, em uma atitude de natureza autoritária e doutrinal, tal atitude revelaria por

parte do analista uma ação com o caráter de injunção, posição nada recomendável diante dos pacientes difíceis. A esse respeito, convém lembrar de uma recomendação de Ferenczi (1933) contrária a toda manifestação de rigidez psíquica do analista. O autor chama a atenção para o risco de a situação analítica reproduzir uma situação traumática, quando o analista, apegado ao enunciado da livre associação – ou em termos ferenczianos, à “hipocrisia profissional” (FERENCZI, 1933, p. 349) – recai em uma posição de autoridade distanciada.

Nesta perspectiva, o apego irrestrito à regra fundamental – em última instância, a um *saber* suposto imodificável – sugere, na verdade, um exercício analítico capaz de produzir efeitos de dominação da cena analítica, o que teria efeito iatrogênico na condução clínica com esses pacientes. A postura rígida do analista produziria assim uma experiência em que o paciente se sentiria novamente como objeto de uma relação de submissão absoluta, reeditando a situação traumática original. Quando o recurso à regra técnica não tem flexibilidade, confrontamos o sujeito com a mesma proibição de existir de modo autônomo com a qual ele se defrontou em tempos mais primitivos. Ao impormos a ele a teoria de Freud, como bem sugere Aulagnier (1989), concebendo-a como imodificável e desconsiderando o fato de que tal técnica, entendida em termos absolutos e de forma doutrinal, não se adequa àquele sujeito, acabamos por interditar o seu direito a uma existência singular.

Diante dessas circunstâncias, o que se observa atualmente, como resposta a tal dificuldade, é o analista ser convocado a tornar mais flexível – ou mais *elástica* (FERENCZI, 1928) – a técnica psicanalítica tradicional. Em outros termos, reconhece-se a necessidade de co-inventar com cada paciente suas próprias condições de possibilidade para uma nova mobilidade psíquica. Neste sentido, não temos aqui a pretensão de prescrever regras técnicas que seriam previamente indicadas para os casos clínicos refratários à análise clássica. Embora nossa intenção seja a de propor uma dialética temporal e rítmica para a condução clínica com esses pacientes, não pressupomos, para eles, um método universal. Nossa intenção é, ao contrário, formular determinadas balizas clínicas que norteiem essa prática analítica. Para cada sujeito, é preciso criar com ele a sua própria *língua inédita*.

Com efeito, partindo da constatação de que, atualmente, a flexibilização da técnica é uma exigência clínica fundamental, cabe indagar: Como podemos pensar a função do dispositivo interpretativo neste contexto clínico particular? Será preciso rejeitar a interpretação como modalidade técnica central? Ou poderíamos propor uma

definição ampliada de interpretação? A hipótese que procuraremos apresentar, a seguir, é a de que o dispositivo técnico da interpretação não deve ser descartado, mas sim redimensionado no contexto clínico atual.

IV.1.2. O movimento interpretativo em análise

Observa-se na literatura psicanalítica atual um viés teórico-clínico que supõe, de forma exagerada, uma oposição entre a interpretação e a construção em análise (HERZOG & PACHECO-FERREIRA, 2012). Embora seja possível, evidentemente, estabelecer distinções entre os dois modos de ação do analista na situação analítica, propomos considerar o *movimento interpretativo* em um sentido mais amplo. Desta maneira, pretendemos escapar à perspectiva clínica que concebe a interpretação como um dispositivo técnico *ultrapassado*. O perigo de um ponto de vista como esse estaria no estabelecimento de uma contraposição estanque entre o que se entende como dispositivo clínico novo e dispositivo clínico velho, ultrapassado. É para este perigo que nos adverte Herzog (2011), ao chamar a atenção para o risco de se empregar o termo “novo” como oposto a “velho”, a “ultrapassado”, incorrendo assim em uma lógica binária. A este respeito, a autora nos adverte: “Quantas vezes não ouvimos o lamento: “já não se fazem mais neuróticos como antigamente!”, “A interpretação como a tarefa por excelência de tornar consciente o inconsciente de nada serve em nossos dias!”, “Logo, abaixo a interpretação!””(HERZOG, 2011, p. 78).

Atentos a essa observação, supomos ser possível apresentar uma definição mais abrangente de interpretação, entendendo-a como um *fazer* interpretativo que contempla todas as falas, ações ou gestos do analista que tenham como efeito a invenção/construção de novos sentidos ou, ainda, de um sentido inaugural, isto é, que sejam capazes de produzir alguma mobilidade psíquica no paciente. Desta maneira, nossa aposta é a de que, ao concebermos o movimento interpretativo como o conjunto das intervenções do analista no tratamento – quer ganhem a forma de imagens simples, falas interrogativas ou apaziguadoras, quer ganhem a forma de construções mais elaboradas ou extensas –, reconhecemos que elas comportam virtualmente um valor interpretativo que pode ser atualizado na relação transferencial entre analista e analisando. O valor interpretativo de uma intervenção, convém esclarecer, está em seu poder de operar um trabalho de *ligação* entre o discurso do analisando e o discurso do

analista, graças a um compartilhar afetivo de pensamentos, sentimentos ou imagens, cujo resultado será um novo ato de constituição de si.

Partindo desta definição mais abrangente de interpretação, é importante abordar a particularidade da direção do tratamento com os casos difíceis. Diferentemente do trabalho psicanalítico clássico, que visa criar com o analisando uma nova versão de sua história particular, trata-se de construir com esses pacientes – como experiência inaugural – sua história singular (PINHEIRO et al., 2006). Este novo ato de constituição de si, por mais variável que seja a singularidade do sujeito, comportaria a mesma finalidade: reforçar a ação de Eros, promovendo novas ligações em detrimento do domínio da pulsão de morte, tornando mais fluido o acesso do psiquismo ao direito e ao prazer de pensar, de fantasiar, de existir.

Nesta perspectiva, o movimento interpretativo do analista não teria como propósito a elucidação de uma verdade latente, isto é, a decifração de um “significado secreto” (FREUD, 1900/1974, p. 544) a ser desvendado pelo método da interpretação.²¹ Com base na inspiração freudiana presente em *Construções em análise* (1937a), a função do analista com os casos difíceis depende eminentemente de um trabalho de invenção.

Vale lembrar que esse importante artigo de Freud (1937a) determinou repercussões decisivas para uma modificação do método psicanalítico, ao propor uma nova perspectiva clínica que pudesse superar os vazios e as discontinuidades do discurso associativo do paciente. Sendo assim, os limites ao processo de rememoração do lado do paciente – aos quais podemos relacionar as experiências psíquicas de natureza traumática – exigiam que o analista elaborasse conjecturas a fim de atribuir sentido a certos fragmentos da existência do paciente que não puderam ser incluídos em sua memória. Desta maneira, Freud abre caminho para que seja empreendido em análise um trabalho de invenção – conjuntamente por analista e analisando –, a fim de criar para o sujeito uma história inaugural.

O *movimento interpretativo* do analista, neste sentido, pode ser entendido de forma mais geral como o recurso técnico empregado por ele para dar ensejo, ao paciente, a esta nova constituição de si. O termo “movimento” presente na expressão indica, por um lado, o aspecto inacabado da interpretação – um movimento de caráter

²¹ É importante esclarecer que, mesmo em Freud (1900), o caráter de decifração implícito na noção de interpretação não é tomado em termos absolutos, mas sim relativizado, se nos lembrarmos de sua observação de que o trabalho interpretativo comportaria um número indefinido de possibilidades de interpretação (FREUD, 1900).

infindável, inconclusivo, a ser completado; um material a ser moldado e modificado pelo paciente. Por outro, aponta a flexibilidade do analista para recorrer não só às representações verbais, como também a outras formas possíveis de *movimentos*, quer seja através do olhar, do tom da voz, do gesto ou da imagem que se apresente no psiquismo do analista como efeito do encontro transferencial, a serem utilizadas no contexto clínico. Portanto, a nosso ver, esta expressão permite caracterizar melhor o caráter múltiplo e flexível da intervenção do analista, tal como se faz necessário no tratamento dos casos difíceis.

IV.2. Por uma metapsicologia dos processos psíquicos do analista

IV.2.1. Os tempos da interpretação

A fim de dar prosseguimento ao exame da especificidade da função do analista na clínica atual, convém examinar determinados processos psíquicos operantes no *movimento interpretativo* do analista. Entre as ideias com as quais o analista se confronta durante o tratamento, há, de um lado, aquelas construções mais elaboradas, que são resultado de um trabalho psíquico alcançado por meio de uma articulação reflexiva entre as suas próprias associações e as associações do paciente e, de outro, determinadas construções que se impõem ao analista como interpretações estranhas, abstratas, que “nos vêm não se sabe de onde” (PONTALIS, 1994, p. 109). O primeiro tipo de experiência psíquica da interpretação²² é aquela com a qual estamos mais familiarizados – sobretudo pelo fato de a teoria da técnica psicanalítica tradicional ter conferido a essa modalidade interpretativa toda a sua legitimidade, assumindo o *status quo* do método clínico. O segundo tipo de experiência, por sua vez, diz respeito ao modo pelo qual determinada interpretação é forjada pelo analista de forma impensada, irrefletida, como se tivesse sido formulada inadvertidamente, a qual surge tanto sob a forma de imagens, como também sob a forma de expressões espontâneas de linguagem. Nessas condições, é como se o analista não tivesse tido a possibilidade de realizar um trabalho de elaboração consciente sobre o seu próprio processo psíquico antes de formulá-la. A essa segunda modalidade interpretativa, sugerimos denominar interpretação irrefletida.

²² Importa esclarecer que sempre que utilizarmos o termo “interpretação” ao longo do texto, referimo-nos ao *movimento interpretativo* do analista, do modo como foi definido no tópico anterior.

A respeito da modalidade irrefletida da interpretação, M'Uzan (1994) nos oferece elementos importantes para a discussão. De modo a tornar essa modalidade interpretativa mais inteligível, o autor propõe sua noção de *quimera*, à qual nos referimos no capítulo anterior. Ao estudar os processos inconscientes do analista que podem se manifestar na interpretação, M'Uzan (1994) os descreve, à semelhança do modo como Pontalis (1994) os caracteriza, como matérias psíquicas “brotadas não se sabe de onde” (M'UZAN, 1994, p. 169, tradução nossa). A natureza insondável da modalidade interpretativa irrefletida é remetida, assim, à “quimera” criada pelo arranjo entre inconscientes do analista e do analisando. Esse conteúdo afetivo novo surgiria, segundo o autor, ao modo de um desenho, na forma de esboços de imagens que se desenvolveriam no psiquismo do analista de maneira quase subterrânea, os quais, ao ganharem uma forma imprevisível no psiquismo do analista, dariam a impressão de terem surgido *não se sabe de onde*. O autor sugere que essas imagens apresentam-se como formas ou ideias enigmáticas, figuras bizarras que circulam no psiquismo do analista como resultado inédito do encontro transferencial (M'UZAN, 1994).

Para cada uma das modalidades interpretativas, seja ela fruto de uma construção mais elaborada, seja ela irrefletida, é possível propor uma temporalidade específica. Isto é, com base em um exame mais atento quanto à participação da temporalidade nas produções interpretativas do analista, poderemos atribuir, a cada uma delas, seu estatuto temporal particular – o que nos permitirá aprofundar nossa discussão.²³

É possível observar que a interpretação, quando produzida por meio de um trabalho psíquico de elaboração, supõe uma temporalização ordenada, relativamente linear, do movimento interpretativo. Trata-se de uma tentativa de encadear lógica e cronologicamente os momentos apropriados para a interpretação. A interpretação irrefletida, por sua vez, pressiona o psiquismo do analista ameaçando desfazer as ordenações por ele constituídas, indicativa de um tempo que o ultrapassa, avesso a qualquer ordenação. Esse tempo corresponde à própria temporalidade do inconsciente, entendido como uma virtualidade que, de forma súbita e descontínua, pode se atualizar em manifestações inesperadas e imprevisíveis (GONDAR, 1995). Esse tempo contempla, portanto, o caráter fortuito, a natureza imprevisível da experiência interpretativa.

²³ A discussão que empreendemos aqui sobre a temporalidade da interpretação se tornou possível com base nas ideias apresentadas no livro *Os tempos de Freud* (GONDAR, 1995). Neste livro, a autora nos oferece uma valiosa apreciação sobre as diversas modalidades temporais presentes no pensamento freudiano.

Convém esclarecer que os dois registros da interpretação coexistem na experiência analítica, mas convivem sob a forma de tensão. Se o campo psicanalítico lida tanto com o tempo ordenado quanto com o tempo puro da pulsão, como nos mostra Gondar (1995), ele engloba, na mesma medida, o devir caótico e os modos de dominá-lo. É nesta tensão que se incluem as duas modalidades interpretativas: o tempo não-ordenado da interpretação irrefletida e o tempo articulado da interpretação ordenada pelo trabalho de elaboração psíquica – e não um *ou* outro.

A partir desta distinção, convém nos interrogarmos a respeito do estatuto da interpretação na obra freudiana. Para tanto, faz-se necessário o exame de determinadas proposições freudianas acerca do trabalho analítico, investigação que desenvolveremos no tópico subsequente.

IV.2.2. A temporalidade da interpretação em Freud

Começemos pela observação de Freud (1912/1974) a respeito da comunicação entre inconscientes, a qual, vale notar, aparece em sua obra sob a forma de uma menção, surgindo de maneira súbita, quase como um acidente fortuito que interrompe a continuidade de seu discurso. Vejamos de que modo Freud formula, sem desenvolver, as condições de possibilidade para o analista acessar o material inconsciente do analisando.

“Ele [o analista] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente” (FREUD, 1912/1974, p. 154).

Sua afirmação baseia-se na hipótese da existência de uma comunicação entre o inconsciente do analista e o inconsciente do analisando, processo que se daria, em um primeiro momento, fora do terreno da consciência. Freud (1913a/1974) não restringe a comunicação entre inconscientes ao campo transferencial psicanalítico. “Tenho boas razões para asseverar”, diz ele, “que todos possuem, em seu próprio inconsciente, um instrumento com que podem interpretar as elocuições do inconsciente de outras pessoas” (FREUD, 1913a/1974, p. 402). Sua hipótese acerca dessa modalidade de comunicação entre analista e paciente inclui, assim, ainda que indiretamente, a possibilidade da

ocorrência de uma interpretação irrefletida. A disponibilidade do analista para direcionar seu próprio inconsciente ao inconsciente do paciente implica que o analista renuncie ao controle de uma temporalidade ordenada da interpretação, tornando-a suscetível aos possíveis arrebatamentos pulsionais despertados neste encontro.

Todavia, essa proposição não é desenvolvida ou retomada posteriormente por Freud. No que concerne à figura técnica da interpretação, é possível constatar que o modelo clínico que aparece na obra freudiana de forma mais dominante é aquele decorrente de um trabalho psíquico de elaboração por parte do analista. Em 1910, no artigo *Psicanálise 'silvestre'*, Freud critica as intervenções *selvagens* em análise que teriam o efeito de surpreender o paciente muito precocemente. Ao contrário de uma espontaneidade irrefletida da interpretação, Freud privilegia outro modelo de condução clínica. Ele valoriza a espera de um longo intervalo de tempo para que as intervenções do analista possam ser apresentadas ao paciente, a fim de garantir que as resistências ao tratamento não se intensifiquem de forma a impedir sua continuidade. Deste modo, Freud prescreve duas condições para a intervenção analítica: a primeira, de que é preciso que o paciente, graças ao trabalho de elaboração, esteja muito próximo de determinado conteúdo recalcado para que o analista venha a propor sua interpretação. A segunda, que o vínculo transferencial esteja assegurado, estabelecendo um terreno afetivo que permita ao analista propor sua interpretação (FREUD, 1910/1974).

No artigo *A questão da análise leiga*, Freud (1926/1974) aborda novamente a necessidade de uma posição analítica atenta ao bom tempo para a interpretação, isto é, uma interpretação baseada em um processo perceptivo e cognitivo do analista que realiza uma forma de inspeção quanto ao ponto de elaboração que o paciente já teria alcançado na análise. Neste artigo, Freud empreende uma conversa com um interlocutor imaginário, e a partir dela são definidas as coordenadas técnicas do tratamento psicanalítico. Diz ele ao interlocutor:

“O senhor estará cometendo grave erro se, num esforço talvez de encurtar a análise, lançar suas interpretações na cabeça do paciente logo que as houver encontrado. Dessa maneira o senhor obterá dele expressões de resistência, rejeição e indignação (...). A fórmula é: esperar até que o paciente tenha chegado tão perto do material reprimido que ele tenha apenas mais alguns passos na dianteira da interpretação que o senhor propuser” (FREUD, 1926/1974, p. 251).

Do mesmo modo, em um artigo mais tardio, *Esboço de psicanálise*, reencontramos esta mesma perspectiva clínica. Neste texto, Freud discorre sobre o

momento apropriado para se intervir em análise, indicando certo adiamento da interpretação em função do percurso de elaboração do paciente (FREUD, 1940[1938]/1974).

Em todas essas passagens, sua posição é clara: enfatiza os riscos de se interpretar quando o analista não se dispõe previamente a um trabalho psíquico de apreciação e controle do tempo da interpretação. Freud, ao ordenar a temporalidade da interpretação, procura mostrar que aquilo que determina a interpretação do analista não é somente o que ele sente ou compreende, mas que ela está fundada – como bem assinala Green (1974) – na avaliação da distância entre aquilo que o analista se prontifica a comunicar e a apreciação hipotética daquilo que o paciente pode receber como comunicação.

No artigo *Construções em análise* (FREUD, 1937a), ao dar o exemplo de uma construção hipoteticamente formulada a um paciente, o caráter de temporalidade ordenada do movimento interpretativo torna-se ainda mais evidente.

“Trata-se de uma ‘construção’, porém, quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu, aproximadamente da seguinte maneira: ‘Até os onze anos de idade, você se considerava o único e ilimitado possuidor de sua mãe; apareceu então um outro bebê e lhe trouxe uma séria desilusão. Sua mãe abandonou você por algum tempo e, mesmo após o reaparecimento dela, nunca mais se dedicou exclusivamente a você. Seus sentimentos para com ela se tornaram ambivalentes, seu pai adquiriu nova importância para você...’, e assim por diante” (FREUD, 1937a/1974, p. 295).

Vemos neste exemplo de Freud uma construção cujo conteúdo se assemelha a um conto ou romance familiar, e cuja estrutura comporta uma ordem temporal bem organizada e desenvolvida (DUPARC, 2002). Sendo assim, podemos perceber mais claramente no discurso freudiano uma perspectiva clínica do movimento interpretativo ancorada na ideia de um tempo ordenado – modo de concepção da temporalidade na qual a modalidade interpretativa como fruto de uma elaboração psíquica encontra as suas bases. Mesmo que notemos nas entrelinhas do pensamento freudiano, seja na regra da atenção flutuante, seja na ideia de uma comunicação entre inconscientes, uma abertura do analista para aquilo que é da ordem do intensivo em seu próprio psiquismo, sua posição mais direta é outra, alertando para a necessidade de domínio, de controle. O que podemos entrever em Freud é, na verdade, uma tensão entre duas perspectivas clínicas, dois tempos distintos – ambos possíveis – para o movimento interpretativo.

Não é a toa, neste sentido, que Freud (1913/1974) teria proposto uma analogia entre o processo analítico e o jogo de xadrez, o que denota tanto uma abertura para a surpresa, como também a necessidade de uma apreciação reflexiva do movimento interpretativo. Embora ele tenha chamado a atenção para o caráter de imprevisibilidade do jogo, o jogador de xadrez não deixa de refletir sobre todas as suas jogadas em termos mais amplos, prevendo seus efeitos em todas as suas possibilidades e atento ao esquema mais geral do jogo. Trata-se, em ambos os casos, quer seja o analista quer seja o jogador, de recorrer a uma capacidade estratégica²⁴ de avaliar suas ações e de tentar prever seus desdobramentos. Freud parece conceber o trabalho analítico nestes termos, como um trabalho de avaliação e de previsão consciente dos efeitos de suas ações, as quais são operadas de forma ordenada e refletida. Neste sentido, o excessivo apego de Freud a um modelo de interpretação fundada em um trabalho consciente do analista não deixa de revelar, de seu lado, uma tentativa de controle e domínio daquilo que é da ordem do intensivo, do pulsional não-ordenado, a fim de referenciá-lo segundo uma ordem temporal.

Mas se Freud desenvolveu sua teorização da técnica pautada prioritariamente em um tempo ordenado, novas elaborações neste campo puderam ser propostas pelos autores pós-freudianos, no sentido de indicar uma prática analítica voltada também para o tempo do *imprevisto*. Se o jogo de xadrez é a analogia utilizada por Freud para pensar a experiência psicanalítica, o jogo do rabisco winnicottiano serve como analogia para se pensar uma prática clínica mais sensível à afetividade circulante na relação transferencial, modelo menos ancorado em uma visada estratégica da intervenção do analista. Para defini-lo de forma sucinta, o jogo do rabisco – uma inovação técnica proposta por Winnicott (1968) para o atendimento com crianças – era realizado sem quaisquer regras ou regulamentos, escapando a toda tentativa de cálculo (PHILLIPS, 2008). Winnicott (1968) propunha à criança que completasse um rabisco rudimentar que ele acabava de traçar em uma folha em branco, desenhando algo que pudesse ser reconhecível e partilhável. Em seguida, era a criança quem começava o jogo fazendo o seu rabisco para que Winnicott o completasse. Estes “desenhos conjuntos” tinham sua origem em movimentos espontâneos tanto do paciente quanto do analista, construindo um produto novo, algo maior do que a soma das partes dos rabiscos dos dois (WINNICOTT, 1968).

²⁴ M’Uzan (1994) também enfatiza o caráter estratégico da interpretação em Freud, mas em um sentido diferente daquele que indicamos aqui.

Desse modo, podemos notar que essa nova visada clínica admite um modo de interpretar sujeito às *surpresas*, que surgem menos ordenadamente e mais espontaneamente no encontro entre analista e analisando. A perda estratégica é compensada por um ganho tático.²⁵ Em outras palavras, o movimento psicanalítico, menos afeito a intervenções com objetivo estratégico, se ancoraria mais propriamente em uma perspectiva clínica de natureza tática, isto é, quando o analista é capaz de tornar-se sensível para a particularidade de cada momento do tratamento, cada um deles comportando arranjos afetivos inéditos. Essa sensibilidade do analista se refere, especialmente, ao caráter rítmico do movimento interpretativo – tema que discutiremos no próximo tópico.

IV.3. O tempo rítmico entre analista e analisando

IV.3.1. O ritmo do manejo clínico: entre a consonância e a dissonância

Convém diferenciar dois modos possíveis de o analista manejar a transferência com os casos difíceis. Deles decorreriam dois ritmos temporais distintos, por assim dizer, para a condução clínica. Em primeiro lugar, há o ritmo que é capaz de produzir um efeito de ruptura, de descontinuidade, entre o discurso do analista e o do paciente. Segundo esta perspectiva – bem ilustrada pelas indicações de Fédida (2009) e Gori (2002) –, a interpretação do analista viria introduzir uma diferença, a fim de tornar o analisando, ele próprio, desarmônico em relação aos seus ideais, seu discurso. Nesta concepção clínica, o modo de lidar com a transferência se orientaria por uma relação de dissonância entre analista e analisando: aquilo que diz o analista – sua interpretação, seu gesto, etc. – não ressoaria de forma harmônica no analisando, com a potencialidade de subitamente desordenar sua organização subjetiva, como uma nota musical fora de seu tom. Em contraposição à perspectiva da dissonância, podemos destacar outro modo de o analista manejar a relação transferencial e, por consequência, de intervir em análise. É aquele que se estabelece a partir de um estado de consonância psíquica entre analista e analisando. Nesta perspectiva, a ênfase é dada à capacidade do analista para exercer sua função em harmonia com a subjetividade do paciente.

²⁵ O sentido de “tática” aqui utilizado remete menos à suposta arte relacionada à guerra, isto é, a capacidade de se manobrar tropas em um campo de batalha, e mais aos seus termos homólogos “tato” – tal como Ferenczi (1928) o define – e “tatear” – modo como Winnicott (1941) descreve a natureza do trabalho analítico. “Tática” entendida assim, mais especificamente, como uma ação ou um movimento realizado com tato.

Considerando os dois ritmos descritos acima, retomemos a questão que movimenta esta pesquisa. Sendo o nosso propósito o de investigar as condições de possibilidade para o movimento interpretativo na clínica atual, nos perguntamos: na experiência analítica com os pacientes difíceis, o ritmo do manejo deve privilegiar uma consonância ou uma dissonância entre analista e analisando? Diante desta questão, nossa aposta, mais do que privilegiar a consonância *ou* a dissonância, é a de propor certo acordo entre os dois ritmos, isto é, uma experiência analítica que comporta dissonâncias *e* consonâncias entre analista e analisando.

É claro que seria mais simples propor que o analista deveria manejar a transferência em consonância com o paciente difícil. No entanto, uma posição exclusivamente consonante por parte do analista acabaria por instaurar, na experiência analítica, uma ilusão de apagamento de toda a diferença, justamente a ilusão que o sujeito se esforça por manter imutável em sua fantasia. Nesta perspectiva, a dissonância teria o efeito positivo de desfazer minimamente a ilusão de indiferenciação eu-outro, efeito visado na direção do tratamento com esses pacientes.

Para aprofundar a hipótese de um trabalho analítico que contempla tanto consonância quanto dissonância, vejamos como Green (1974) caracteriza a função da interpretação. Trata-se, segundo o autor, da possibilidade de o analista estabelecer uma *distância útil* e uma *diferença eficaz*. Embora o autor não desenvolva sua proposição, é possível supor que a *distância útil* refere-se à possibilidade de o analista se posicionar nem tão perto, nem tão longe, em um ritmo de consonância com o ritmo do paciente. Quanto à *diferença eficaz*, essa característica parece referir-se mais propriamente à possibilidade de ser dissonante, quando a interpretação do analista marca certa diferença quanto ao modo de pensar do paciente.

Sobre a importância de uma certa dissonância entre analista e analisando, Winnicott (1987) nos oferece uma importante contribuição. Para tanto, o autor começa se referindo à noção de “mãe suficientemente boa”, proposição, reconhece ele, que comporta o risco de uma idealização da figura materna, a qual seria efeito de uma má compreensão da noção. Muito embora seja comum se criticar o pensamento winnicottiano por sua suposta ilusão de uma figura materna indefectível – uma mãe sem erros e acertadamente cuidadosa na atenção ao seu bebê – a proposição de Winnicott é justamente oposta. O conceito de uma “mãe suficientemente boa” remeteria, segundo Winnicott, a uma mãe que, no máximo, consegue ter um cuidado razoável com seu bebê, o que certamente implica em erros e falhas. O que o autor procura mostrar é que

durante o tempo em que a mãe cuida de seu bebê, “ela está continuamente corrigindo as suas falhas. Estas falhas relativas, às quais se dá uma solução imediata, acabam sem dúvida sendo comunicadas, e é assim que o bebê acaba tomando conhecimento do sucesso” (WINNICOTT, 1987, p. 80).

Do mesmo modo, Winnicott (1969) aponta a necessidade de o analista errar com seu paciente, indicando que não deve ser perfeitamente consonante a ele. Algumas interpretações mal feitas pelo analista, afirma o autor, podem ser destinadas a informar ao paciente sobre o limite de sua compreensão, o que possibilita marcar uma distinção entre o analista e o analisando, para que uma diferenciação eu-outro possa emergir (WINNICOTT, 1969). É neste sentido que assinala igualmente Pontalis (2005b), ao se referir aos “bons efeitos da interpretação errada”. Ele indica que o analista pode e deve cometer erros – erros geralmente bem menos danosos do que o próprio analista poderia pensar (PONTALIS, 2005a). Por erros, entende-se aquelas falas ou movimentos do analista que produzam, no paciente, a impressão de que não se amoldam ou não se ajustam aos seus próprios pensamentos e afetos, tendo o efeito de um acorde dissonante em seu psiquismo.

Quando o analista comete erros, o paciente pode responder a esses enganos por meio da expressão de sua agressividade, resposta essencial para que o sujeito possa “descobrir a própria externalidade do objeto” (WINNICOTT, 1969, p. 127). Desta maneira, o paciente pode se afirmar em sua existência separada do outro – modalidade de afirmação subjetiva fundamental para um psiquismo submetido aos efeitos de uma relação de dominação pelo objeto primário. “Sem a experiência de destrutividade máxima (objeto não protegido), o sujeito jamais coloca o analista para fora” (ibid.). Neste contexto, a resposta do analista ao ódio expresso pelo paciente é igualmente importante, a qual consiste – para dizer de forma simplificada – em “não retaliar”, isto é, a de não esboçar qualquer represália (WINNICOTT, 1969).²⁶

Quanto à experiência de consonância entre analista e analisando, trata-se mais propriamente dos momentos férteis da análise em que uma comunicação do analista coincide com a do paciente, em um tempo processual capaz de dar continuidade à experiência de criação de um material psíquico novo. Trata-se da possibilidade de analista e analisando vivenciarem juntos uma experiência particular capaz de promover

²⁶ A dinâmica transferencial ora descrita refere-se à formulação winnicottiana relativa ao “uso de um objeto” (WINNICOTT, 1963-1969; 1969). Para um exame a respeito da importância da expressão da agressividade em análise – tema já explorado no terceiro capítulo desta tese, a propósito da reação terapêutica negativa – remetemos o leitor a Winnicott (1954; 1955-6).

a ilusão, no paciente, de que aquilo que o analista lhe comunica é recebido como um produto que poderia ter sido criado por ele próprio. “Imagino esse processo como se duas linhas viessem em direções opostas, podendo aproximar-se uma da outra. Se elas se superpõem, ocorre um *momento de ilusão*” (WINNICOTT, 1945, p. 227).²⁷ Este momento de ilusão produziria no paciente a impressão de que aquele material comunicado pelo analista é encontrado/criado, amoldando-se harmonicamente aos seus próprios afetos e pensamentos.

É, portanto, na alternância rítmica entre consonância e dissonância que o analista pode intervir. A importância conferida ao ritmo do manejo transferencial se justifica sobretudo pelo fato de que cada momento da análise pode instituir um novo tempo, emergindo de forma repentina e inantecipável. Se a dinâmica clínica institui arranjos e sucessivos rearranjos afetivos entre analista e analisando, isso exige do analista muita sensibilidade para o ritmo mais apropriado a cada momento – tanto para o movimento interpretativo irrefletido quanto para as intervenções que são fruto de uma elaboração secundária. Nesta capacidade rítmica de manejo transferencial, o que está em jogo é uma perspectiva clínica que concebe o trabalho analítico como um processo pelo qual o analista deve sempre *tatear*. Nas palavras bem apropriadas de Winnicott (1941): “o analista está sempre tateando, procurando seu caminho em meio à floresta de dados oferecida pelo paciente e tentando encontrar qual, *naquele momento*, será a forma e o aspecto da coisa que ele deve oferecer ao paciente, essa coisa chamada interpretação” (WINNICOTT, 1941, p. 129, grifos nossos).

Vemos em Ferenczi uma perspectiva muito semelhante, ao conceber o lugar do analista na sua possibilidade de colocar-se “no mesmo diapasão” (FERENCZI, 1928) que o paciente. Trata-se da disponibilidade para se afinar “ao ritmo do contato” (FÉDIDA, 2002), sensível para aquilo que se passa na relação transferencial, no *aqui e agora* da situação analítica, abrindo-se para um encontro afetivo compartilhado. É com base nesta analogia musical que Ferenczi (1928) apresenta sua concepção de empatia²⁸, um estado em que o analista é capaz de *sentir com* o analisando. Essa capacidade de *sentir com* é intimamente articulada, para Ferenczi, ao *tato psicológico*. Em outras

²⁷ Esta citação de Winnicott (1945) refere-se mais especificamente à experiência de ilusão propiciada pela relação mãe-bebê, quando aquilo que o bebê alucina e aquilo que o mundo apresenta para ele são vistos como idênticos. “Em outras palavras, o bebê vem ao seio, pronto para alucinar alguma coisa (...) nesse momento aparece o bico real, e ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando” (WINNICOTT, 1945, p. 227).

²⁸ Como explica Klautau (2012), a experiência da empatia, contida na experiência de “sentir com”, indica um modo de comunicação entre dois sujeitos que se dá pela experiência de vivenciar com e como o outro seus afetos, isto é, quando o analista se deixa afetar pelas modulações afetivas do paciente.

palavras, a capacidade de *sentir com* permitiria ao analista conduzir a análise com *tato*, isto é, atento ao modo e ao momento de comunicar algo ao analisando. Desta maneira, o *tato*, associado à noção de empatia, daria forma e ritmo ao movimento interpretativo do analista, orientando suas intervenções e interpretações, a escolha do momento apropriado de intervir, a necessidade de sustentar o silêncio ou rompê-lo, o caráter da intervenção; enfim, todas as nuances das intervenções do analista (FERENCZI, 1928).

Avançando na analogia musical, Roussillon (2003) possibilita igualmente uma leitura da prática clínica considerando-a como uma experiência rítmica, quando se refere às *variações de ritmo* implicadas nas improvisações dos duetistas de jazz. “Para poder improvisar”, diz ele, “é necessário ter apreendido a regra rítmica implícita, a improvisação supõe uma arte na qual respeito da “regra do jogo” e liberdade se combinam e se harmonizam” (ROUSSILLON, 2003, p. 9). Sendo assim, devemos incluir as *variações de ritmo* na experiência analítica, quando o analista pode combinar e harmonizar, com *tato*, consonâncias e dissonâncias. Nestes termos, o desafio colocado pelos pacientes difíceis consiste, sobretudo, na possibilidade de o analista estabelecer, com ritmo, uma dinâmica transferencial que instaure uma troca que “pede nem ressonância demais nem disparidade demais” (PONTALIS, 2005b, p. 237).

A atenção aos excessos não se restringe ao ritmo da interpretação em si, mas deve atentar também aos riscos do *excesso de presença* do analista, quando ele interpreta demais ou espera demais para interpretar. A este respeito, Green (1974) assinala que em determinados momentos da análise com um paciente difícil, diante de um sentimento de vazio ou de morte psíquica, o analista pode responder defensivamente por um esforço excessivo de pensamento, a fim de tentar imaginar aquilo que o paciente não consegue por si próprio. Nesta mesma direção, Aulagnier (1989) observa que o analista é submetido, com certos pacientes, a uma experiência de exclusão radical, como se produzissem para ele um veredito de não existência. Nesses casos, falar torna-se um ato necessário para a própria economia psíquica do analista, para preservar o seu investimento na relação transferencial. Neste sentido, a fala interpretativa lhe daria a garantia de que ainda está vivo psiquicamente, de que pode continuar a pensar e a ter prazer em pensar. Isto é, ao interpretar na clínica com esses pacientes, o analista buscaria preservar algumas referências que lhe dão a esperança de que seus pensamentos podem ser compartilhados (AULAGNIER, 1989).

No entanto, é preciso enfatizar que o excesso interpretativo, nestas condições, pode ser vivido muito penosamente pelo paciente, como uma repetição da intrusão do

objeto primário em seu psiquismo. Nesta perspectiva, a indicação freudiana quanto à necessidade de se esperar o momento certo para se formular uma interpretação se coaduna a este contexto. O que mais vale reter da proposição de Freud (1926/1974) – a qual não deixa de indicar a importância do ritmo da interpretação – é a ideia de que só devemos interpretar quando o analisando pode receber aquela interpretação, seja ela consonante ou dissonante. É preciso estar atento, portanto, em determinados momentos da análise, para o risco de que a interpretação do analista seja recebida pelo paciente como intromissão, descrédito ou desqualificação. É para este sentido que aponta a observação de André (1999), ao afirmar: “A interpretação só pode ser enunciada (e a análise do psiquismo possível) se puder ser recebida: recebida como interpretação e não apenas como perseguição (ANDRÉ, 1999, p. 76).

E, inversamente, se o excesso de interpretação pode ter efeito iatrogênico, o mesmo pode ser dito para o contexto clínico que instaura um espaço vazio onde as interpretações estão ausentes, isto é, quando o analista espera e adia excessivamente para intervir em análise. Neste caso, o vazio da sessão pode fazer o paciente, por seu lado, deparar-se com uma sensação de morte psíquica. A solução para este impasse, segundo Green (1974), é que o espaço oferecido pelo analista não seja excessivamente cheio de interpretações ou vazio demais, de modo a criar um “espaço areado” (GREEN, 1974, p. 93). Para construir em análise este “espaço areado”, assegurando sua presença muito vivamente sem exceder em interpretações que soem invasivamente violentas ao paciente, o analista pode recorrer às imagens que se formam em seu psiquismo. Ao recorrer àquelas imagens que *provém não se sabe de onde* e que se formam na atualidade do encontro transferencial, o analista pode dar uma forma imagética ao discurso do paciente, promovendo alguma mobilidade à fixidez do fantasiar que emperra a sua plasticidade psíquica. Dar-lhe imagens – esta é a direção do tratamento que, quando utilizada pelo analista como recurso técnico, pode propiciar um desdobramento da mobilidade psíquica do paciente.

IV.3.2. Fantasiar com: a mobilidade psíquica como fonte de prazer

Como indicamos anteriormente, a respeito da direção do tratamento com os pacientes difíceis, o trabalho analítico não é tanto o de reconstituir uma história, preenchendo-lhe as lacunas, mas de construí-la como ato inaugural. A possibilidade de o analista fantasiar, permitindo que essa atividade se torne uma experiência

compartilhada com o paciente em análise, indica um modo de o analista criar com o paciente uma historicidade, quando essa atividade imaginativa e prazerosa pode tornar-se, ela própria, para o paciente, um ato inaugural. Green (1987) indica esta possibilidade de produção de uma historicidade ao abordar o *sonhar* do analista como uma experiência processual a que deve ser consagrado um longo tempo da análise. Nela, se produziria a “tecelagem de um tecido e construção de uma tela sobre a qual se projetará o filme do sujeito que enfim poderá contar uma história ou um drama” (GREEN, 1987, p. 419, tradução nossa).

Para assinalar a importância da atividade de fantasiar do analista, vale recorrer ainda à proposição de Stein (1987), quando o autor descreve a situação analítica como um “sonho a dois”. Ele afirma que o trabalho de interpretação exige que o analista “sonhe” durante a situação de análise. Na verdade, diz ele, não se trata propriamente de um sonhar. A imagem utilizada por Stein é a do sujeito que, ao se deitar na cama, em vez de dormir, deixa-se levar por pensamentos e devaneios enquanto espera o sono chegar. Ele quer dormir, mas algo o impede de cair no sono. Esta ação contrária ao sono impediria a transformação de suas fantasias em imagens oníricas. Esta cena do insone sonhando acordado nos oferece uma imagem muito apropriada para o trabalho analítico com os pacientes difíceis. O recurso técnico dos “fantasmas provocados”, proposto por Ferenczi (1924), ou, em outros termos, o “empréstimo de fantasias” (PINHEIRO et al., 2006), admite a possibilidade de o analista sonhar acordado, recurso técnico que se revela muito pertinente para a prática clínica com os casos difíceis (ANDRADE et al., 2012). Vejamos em que consiste esta técnica.

No artigo *Os fantasmas provocados* (1924a), Ferenczi apresenta um dispositivo técnico ao qual recorria quando se deparava com pacientes que não se adequavam ao dispositivo clássico da psicanálise. Ao notar que o paciente apresentava uma atividade fantasmática particularmente estagnada, cujas expressões verbais não eram acompanhadas de qualquer expressão afetiva, ele o intimava a imaginar fantasias ou reações afetivas ausentes de seus relatos. Incentivava assim a fabulação forçada, insistindo para que o paciente imaginasse o que teria pensado ou sentido diante da situação relatada. Se num primeiro momento essas “fantasias fabricadas” pareciam artificiais ou mesmo falsas ao paciente, aos poucos, com alguns de seus pacientes, este procedimento provocava resultados, fazendo com que eles vivenciassem afetivamente suas fantasias, que se tornavam paulatinamente vivas e elaboradas (FERENCZI, 1924a).

É o que pôde ocorrer no caso clínico da paciente a cujo tratamento nos referimos no segundo capítulo desta tese. Seu discurso circulava repetidamente sobre o tema das apresentações de trabalhos escolares, e cujas fantasias fixavam-se no temor de ser malvista, embora não soubesse dizer ao certo o que os outros poderiam pensar a seu respeito. A vergonha e o temor martirizante quanto ao olhar do outro paralisavam seu discurso, impedida de articular-se a qualquer outra representação. Em uma sessão, após um longo tempo de tratamento, a analista propõe à paciente que invente uma cena na qual ela realizaria uma apresentação ideal na escola, e pede que a descreva em seus detalhes. Diante desta solicitação, a paciente consegue, pouco a pouco, se desembaraçar e se entregar ao trabalho de imaginação fabricada, produzindo uma cena fantasmática que se torna fonte evidente de prazer. Descreve uma cena em que ela falaria diante da turma e todos ficariam muito interessados pelo assunto, muito diferente do que costuma acontecer na escola. Ela também faria muitas piadas e todos ririam. Diz ela: “Eu subiria no *palco*, e falaria muito bem”. E rapidamente corrige seu lapso: “*palco* não, *tablado*”. Esta cena fantasmática é sua primeira expressão, em análise, de uma fantasia na qual figura uma encenação de desejo (ANDRADE et al., 2012). Trata-se, portanto, de um trabalho analítico capaz de promover a transposição de um estado psíquico marcado pelo domínio da onipotência da figura materna para um novo estado em que o sujeito pode começar a crer na onipotência dos próprios desejos encenados na fantasia.

“Não se pode negar o valor analítico desses “fantasmas provocados” como gostaria de chamar. De um lado, trazem a prova de que o paciente, ao contrário do que pensa, é inteiramente capaz dessas produções psíquicas; de outro, dão-nos os meios de explorar mais profundamente o recalco inconsciente” (FERENCZI, 1924a, p. 233).

Contudo, segundo Ferenczi (1924a), havia casos em que este recurso técnico não resultava em fantasias por parte do paciente, o que fazia com que ele interviesse de forma ainda mais ativa. Era ele mesmo quem expunha ao paciente o que este provavelmente teria sentido, pensado ou imaginado em determinada situação. As fantasias eram produzidas pelo próprio analista, que apresentava ao paciente suas imagens e afetos e esperava que o paciente o seguisse. Quando finalmente o paciente aceitava segui-lo neste trabalho de inventar fantasias, Ferenczi deixava de criar sua própria trama para dar atenção, evidentemente, aos detalhes que o paciente começava a trazer (FERENCZI, 1924a).

Podemos supor que as fantasias que o analista “empresta” ao paciente, quando produzem efeitos no sentido de despertar as próprias fantasias do paciente, devem ter

origem no arranjo afetivo inédito instaurado pela relação transferencial. As imagens que surgem no psiquismo do analista *não se sabe de onde*, às quais M'Uzan (1994) e Pontalis (1994) se referem, são elas que figurarão nas cenas fantasiadas pelo analista. O “cortejo de imagens banais ou estranhas” (M'UZAN, 1994, p. 40, tradução nossa) que ocupam o espaço psíquico do analista, principalmente quando detêm uma forma mais simples ou abstrata, poderão ser comunicadas ao paciente.²⁹ Para produzir efeitos, devem operar um trabalho de ligação entre o discurso do analisando e o discurso do analista, graças a um compartilhar de imagens e afetos que promovam um novo ato de constituição de si.

Em vista disso, cabe indagar, mais precisamente, como as imagens comunicadas pelo analista podem ser capazes de despertar a atividade fantasmática do analisando. Tratar-se-ia, neste caso, simplesmente de um empréstimo de suas próprias fantasias, a fim de que o paciente as utilize como estímulo para ampliar sua vida imaginativa, como em eco ao funcionamento psíquico do analista? Será que a comunicação dos laços associativos por parte do analista permite ao paciente ser testemunha de uma vitalidade na produção do fantasiar, experiência que produziria efeitos de vitalidade no paciente? E, ainda, como poderíamos nos assegurar de que este recurso técnico não viria a produzir no paciente um efeito de intromissão ou dominação, de sujeição à palavra do outro?

Para responder a estas questões, é importante apresentar, em primeiro lugar, a concepção winnicottiana a respeito da interpretação. Para o autor, o essencial de uma interpretação não se refere ao seu conteúdo ou à intenção que a sustenta, mas àquilo que o paciente pode fazer dela. Neste sentido, o importante não é o conteúdo que o analista comunica, mas aquilo que, em sua comunicação, se oferece para ser modificado (WINNICOTT, 1968a). Em outras palavras, “a interpretação é um objeto brilhante³⁰ que excita a cobiça do paciente” (WINNICOTT, 1941a, p. 53, tradução nossa). Trata-se, portanto, de algo relativamente sem forma, de natureza amorfa, “aquilo com que o material se assemelha, antes de ser moldado, cortado, ajeitado e agrupado” (WINNICOTT, 1971a, p. 54).

²⁹ O recurso às *imagens* em análise remete muito apropriadamente à dimensão da figurabilidade (*Darstellung*), questão trazida por Freud (1900/1974) em sua descrição sobre a formação dos sonhos, a qual permitiria um desdobramento das discussões que ora apresentamos. Mas, devido aos limites de nossos objetivos de pesquisa, esta questão não será abordada aqui. A este respeito, remetemos o leitor a Herzog (2011) e Cardoso & Monteiro (2012).

³⁰ Aqui Winnicott (1941a) compara a interpretação do analista à espátula de metal que ele utilizava no atendimento por ocasião de uma situação padronizada de observação de bebês.

Nestes termos, cabe prioritariamente ao paciente moldar ou dar forma às fantasias emprestadas pelo analista e, desta maneira, a validade desse material somente pode ser verificada em uma temporalidade *a posteriori*, tal como Freud (1937a) sugere a respeito do artifício técnico da construção. Sua validade só poderia ser confirmada com base no material que se segue a dada intervenção, uma vez que o trabalho de construção só teria valor se o paciente, por consequência, viesse a produzir novas associações, dando continuidade ao trabalho de análise e fazendo por si mesmo sua reconstrução (FREUD, 1937a).

Em segundo lugar, o valor dessas fantasias inventadas consiste igualmente em possibilitar um prazer compartilhado entre analista e analisando. Quando o paciente pode usar as imagens comunicadas pelo analista e pode complementá-las, moldá-las ao seu modo, ele experimenta um prazer novo, surpreendendo-se a si mesmo em função daquilo que vai surgindo. “Quando nos surpreendemos a nós mesmos”, afirma Winnicott (1970), “estamos sendo criativos e descobrimos que podemos confiar em nossa inesperada originalidade” (WINNICOTT, 1970, p. 36). A direção do tratamento não visa produzir uma submissão do paciente àquilo que o analista oferece, mas, sim, a possibilidade de ambos compartilharem a experiência de se surpreender a si mesmos. O caráter de *surpresa* da experiência analítica, quando pode ser vivida de forma prazerosa, “no sentido de que sempre há algo de novo e inesperado” (ibid., p. 37), permite uma expansão da mobilidade psíquica tanto no paciente quanto no analista.

É neste sentido que o esforço de invenção de imagens e fantasias realizado pelo analista, mesmo que, em determinados momentos, possa dar a impressão para o paciente de ser algo destituído de sentido, uma tentativa de “juntar lé com cré”, constitui uma das alternativas técnicas possíveis nesta clínica. O valor desse tipo de manejo clínico está mais em seu trabalho de dar sinais de um movimento psíquico prazeroso e plástico e menos nos conteúdos ou representações específicos que o analista formula. Como nos indica Green (1974), “é preciso que nós, analistas, tenhamos aquilo que desejamos que exista em nossos pacientes: um desejo de mudança” (GREEN, 1974, p.74). Sendo assim, o fantasiar prazeroso por parte do analista vem possibilitar ao paciente ser testemunha de uma vitalidade na produção do pensar e representar. Deste modo, a dupla reunida pela relação transferencial poderá fazer da experiência analítica uma experiência criativa, isto é, suscetível de provocar nos dois um prazer compartilhado (GREEN, 1979).

Esta experiência, segundo Roussillon (2004), confere ao trabalho analítico a função de “espelho”, permitindo que o paciente, ao testemunhar o trabalho de circulação plástica do fantasiar, passe a espelhar, em conjunto, um modo de funcionamento mais plástico de seu psiquismo. Cabe ressaltar que não se trata de um espelhamento dos conteúdos psíquicos do analista, e sim de um espelhamento da própria mobilidade psíquica instaurada pela relação transferencial, no *fantasiar a dois* – descobrindo o prazer na vida imaginativa. A diferença entre essas duas propostas clínicas é abissal. Se o paciente passasse a refletir, em suas produções em análise, apenas aquilo que já foi dito ou pensado pelo analista, repetindo os conteúdos psíquicos deste último, o processo analítico, como bem observa Aulagnier (1990), transformaria “uma experiência que se pretendia desalienante, em seu contrário” (AULAGNIER, 1990, p. 262). Trata-se, inversamente, de uma aposta clínica que, por meio de um movimento fantasmático compartilhado, é capaz de produzir no paciente um novo ato de constituição de si: quando ele pode se entregar, de forma inaugural, à atividade de fantasiar com prazer.

Este dispositivo, portanto, longe de ser uma ferramenta que sugere ao analista colocar suas próprias palavras na boca do paciente, implica que o analista invente, junto com o paciente, fantasias. Esse dispositivo técnico enfatiza a importância da disponibilidade do analista para investir em sua própria atividade de fantasiar e, ainda, como esclarece Aulagnier (1990), de ser capaz de experimentar prazer ao favorecer no outro esse investimento. Em suas palavras, trata-se “de ajudá-lo a investir em uma experiência de prazer que ele sempre viveu como interdita: experimentar prazer em criar ideias, pensar com prazer” (AULAGNIER, 1990, p. 277). Este dispositivo técnico se inscreve em uma perspectiva clínica que concebe a experiência psicanalítica como um trabalho de invenção a dois – perspectiva clínica que contribui para a condução do tratamento das dinâmicas psíquicas com as quais nos deparamos na clínica atual.

Considerações finais

Ao final deste percurso de pesquisa, cabe esboçar algumas breves considerações. É certo que a amplitude do tema tratado neste trabalho, ao propormos uma reflexão sobre o lugar do analista na clínica atual, poderia, à primeira vista, sugerir um objetivo por demais ambicioso. No entanto, procuramos, desde o início, não perder de vista a necessidade de delinear um recorte muito preciso do tema de pesquisa a ser estudado. Esta delimitação nos permitiu aprofundar uma problemática que se apresenta, a nosso ver, como característica comum aos casos difíceis com os quais nos deparamos na clínica atual. O fantasiar penoso de desvalia narcísica – problemática que não só dificulta a mobilidade psíquica do sujeito, como também coloca obstáculos à própria mobilidade da prática analítica – se delineou como uma questão a ser explorada mais detidamente. Com isso, nossa intenção, nunca é demais repetir, foi a de circunscrever alguns aspectos específicos desta problemática, com o propósito de estabelecer determinadas balizas teórico-clínicas que pudessem contribuir para a prática analítica com os casos difíceis.

Com este propósito, percorremos algumas questões que consideramos mais centrais, sejam aquelas decorrentes de uma experiência traumática do sujeito no que tange à relação primária com o objeto materno, sejam os elementos que determinam a manutenção do fantasiar penoso apresentado por esses sujeitos. Neste sentido, pudemos abordar uma problemática que remete ao *excesso de presença* do objeto primário no psiquismo do sujeito, o que vem comprometer a mobilidade e a plasticidade do seu fantasiar. Em seguida, voltamos a nossa atenção para os riscos do excesso de investimento materno endereçado à criança, quando se impõe de forma violenta na fase primitiva de sua constituição narcísica. Delineamos assim o quadro de uma relação objetal em que há o predomínio de uma fantasia materna canibalesca, que busca manter a todo custo um estado psíquico de não-modificação, tentando preservar o *status quo* da relação primária para além do tempo de dependência necessário para a constituição subjetiva. Dito de outro modo, trata-se de uma fantasia materna que buscaria a todo custo “preservar o que, durante uma fase da existência (e somente durante uma fase), é legítimo e necessário” (AULAGNIER, 1979, p. 122). Essa fantasia particular – que pode ser expressa por um desejo *de que nada mude* – vem determinar a fixidez

imaginária desses pacientes, em sua compulsão a fantasiar cenas de desvalia narcísica repetidamente reencenadas. Se o sujeito não estivesse atrelado, em um movimento de compulsão à repetição, à fantasia de “não-modificação do atual” (AULAGNIER, 1979), seu psiquismo poderia ter condições de movimentar-se na direção da mudança, projetando-se em um devir, haja vista a natureza mutável e plástica da matéria psíquica.

Mas, como foi possível observar, se a fixidez do fantasiar do sujeito indica que ele se mantém atrelado à fantasia materna de não-modificação e de indiferenciação, a qualidade penosa de seu fantasiar comparece, paradoxalmente, como um instrumento de autonomia, de oposição à indiferenciação, um modo de fantasiar particular onde o sujeito tem assegurado o direito à sua própria sobrevivência psíquica. Neste fantasiar estático, há uma tentativa de diferenciação do outro através da criação de um espaço psíquico próprio, onde pode criar, *a seu modo*, suas cenas imaginárias estáticas, ainda que de forma pouco elaborada.

Uma ressalva: quando afirmamos que os pacientes difíceis manter-se-iam fixados em uma fantasia de indiferenciação, de apagamento das diferenças, isso não implicava dizer que se tratasse de uma *recusa* de toda diferença. Essa fantasia de indiferenciação se apresenta em seu psiquismo de maneira relativa, e não em termos absolutos, como ocorreria em um quadro de psicose. Desta maneira, a incerteza quanto à própria existência, problemática comum a esses pacientes, também não se apresenta como uma marca absoluta de sua subjetividade, mas se esboça na forma de uma grande insegurança sobre o próprio *sentimento de si*.

Dito isso, convém apresentar ainda algumas considerações não conclusivas que possam abrir para novas indagações e futuros interesses de pesquisa. Por um lado, a leitura empreendida na tese sobre os processos psíquicos do analista na experiência analítica nos permitiu propor uma dialética temporal e rítmica para o movimento interpretativo em análise. Este movimento interpretativo se produziria, como vimos, em função do arranjo afetivo inédito forjado pela relação transferencial. Indicamos que convém recorrer, no tratamento dos casos difíceis, a uma posição analítica determinada por consonâncias e dissonâncias entre analista e analisando. A nosso ver, as proposições clínicas apresentadas neste trabalho fazem jus a novos desdobramentos, a fim de tornar mais inteligíveis, sobretudo, os movimentos psíquicos do analista que o acometem em análise. Trata-se daqueles movimentos que, ao surgir de forma inadvertida, dão a impressão de terem vindo *não se sabe de onde*. Sendo assim, consideramos que uma análise metapsicológica dos processos psíquicos *entre* analista e analisando mereceria

uma pesquisa mais aprofundada, delineando-se como um desenvolvimento possível para as discussões empreendidas neste trabalho.

Por outro lado, o caráter de indiferenciação eu-outro que procuramos destacar na fantasia privilegiada dos casos difíceis revela-se como um campo de pesquisa fértil para se pensar a inserção do sujeito na cultura contemporânea, a qual incide, como se assevera atualmente, em uma acentuada homogeneização, sustentada por um movimento tenaz de apagamento de toda diferença. A este respeito, Birman (2012) nos indica, em sua leitura do processo sócio-histórico de transição da modernidade à contemporaneidade, que tal transição teria engendrado uma modificação essencial da posição subjetiva predominante na cultura. Isto é, teria ocorrido uma mudança que implica a transposição de uma posição subjetiva de ordem *alteritária*, qual seja, uma posição que pressupõe a inclusão do outro em sua experiência psíquica, para uma posição *solipsista* do sujeito, posição cada vez mais determinada por seu fechamento em face do outro. Neste sentido, nos parece relevante estabelecer as linhas de continuidade entre uma fantasia de indiferenciação, observada nos casos difíceis, e sua correlação com a cultura *solipsista* contemporânea. Ainda que esta fantasia dual do paciente difícil, atribuída à relação objetal primária, pareça admitir um reconhecimento do outro, ao acentuar sua dependência absoluta a um objeto privilegiado, tal fantasia só ocorre às expensas de um apagamento do outro em toda a sua diferença. Deste modo, julgamos que as discussões apresentadas nesta pesquisa sobre a fantasia de indiferenciação dos pacientes difíceis poderão contribuir para uma reflexão a respeito das relações entre as subjetividades atuais e a cultura contemporânea.

Para finalizar, movidos pela inspiração freudiana de que a psicanálise se inventa em seus próprios limites, e, ainda, mais do que limites, a psicanálise se inscreve no registro do *limiar* (HERZOG, 2011), voltemo-nos novamente para a dimensão da fantasia, expressão privilegiada de um *limiar* – se o entendemos como “zona de transição” ou “zona de passagem” (HERZOG, 2011). A fantasia, como área privilegiada de passagem entre o princípio de realidade e o princípio de prazer, revelou-se nesta tese, em toda a sua potência, como condição de possibilidade para a transposição de um tempo congelado do traumático para o tempo do devir. Ao enfatizarmos o fato de que o valor da atividade de fantasiar com prazer está em sua capacidade de remanejar as condições psíquicas estáticas do presente para abrir-se a uma expectativa de futuro, buscamos indicar um sentido para a direção do tratamento com os pacientes difíceis. Quando o sujeito pode enfim abrir-se para um devir, ele se inscreve em uma experiência

psíquica inaugural, a partir da qual pode imaginar a existência de *novos mundos*. Este aspecto de abertura psíquica é enfatizado por Birman (2012), ao autor explorar o sentido da experiência do *sonho*, contrapondo-o à experiência perceptiva. Segundo o autor, quando sonhamos, temos aberta “uma janela para a experiência de outros mundos possíveis” (BIRMAN, 2012, p. 14). Se aproximamos, assim, a experiência do sonho à experiência da fantasia, tal como nos indica Freud (1908/1974), podemos depreender desta correlação que a atividade de fantasiar com prazer permite, do mesmo modo, a abertura psíquica para outros mundos possíveis. Na dimensão imaginativa da fantasia, o sujeito se põe a inventar novos mundos, forjando para si futuros possíveis, graças ao acesso mais fluido à mobilidade plástica de sua matéria psíquica. Este é o desafio que se apresenta ao analista ao deparar-se com as subjetividades atuais, exigindo dele ampla mobilidade e plasticidade psíquica para colaborar, no *movimento* transferencial, com um acesso mais fluido à vida imaginativa. Ao analista, cabe reconhecer o analisando em sua alteridade, a fim de permitir que este, *a seu próprio modo*, forje novos mundos. Por fim, nos parece interessante terminar a tese citando uma passagem da peça de teatro em um ato de Fernando Pessoa (1915), intitulada *O Marinheiro*, que evidencia a abertura psíquica, propiciada pela vida imaginativa da fantasia, para a invenção de *outros mundos possíveis*.

Sonhava de um marinheiro que se houvesse perdido numa ilha longínqua. Nessa ilha havia palmeiras hirtas, poucas, e aves vagas passavam por elas... Não vi se alguma vez pousavam... Desde que, naufragado, se salvara, o marinheiro vivia ali... Como ele não tinha meio de voltar à pátria, e cada vez que se lembrava dela sofria, pôs-se a sonhar uma pátria que nunca tivesse tido (...). Ao princípio ele criou as paisagens, depois criou as cidades; criou depois as ruas e as travessas, uma a uma, cinzelando-as na matéria da sua alma – uma a uma as ruas, bairro a bairro, até as muralhas dos cais de onde ele criou depois os portos... Uma a uma as ruas, e a gente que as percorria e que olhava sobre elas das janelas... (...). Depois viajava, recordado, através do país que criara... E assim foi construindo o seu passado... Breve tinha uma outra vida anterior... (PESSOA, 1915/2011, p. 37, 39-40)

Referências bibliográficas

- ABRAHAM, N. (1962). Présentation: Le livre. In: FERENCZI, S. (1924). *Thalassa. Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2002.
- ANDRADE, A.B.T. (2009). *A contratransferência na clínica psicanalítica*. Dissertação de mestrado, UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica.
- ANDRADE, A. B. T. & HERZOG, R. (2011). Os afetos do analista na obra freudiana. *Psicologia clínica*. Rio de Janeiro, v. 23.1, pp. 119-131.
- ANDRADE, A. B. T., MELLO, R., & HERZOG, R. (2012). A associatividade na clínica psicanalítica atual: considerações sobre a técnica. In: VERZTMAN, J. PINHEIRO, T., HERZOG, R., & PACHECO-FERREIRA, F. (Ed.). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- ANDRÉ, J. (1999). O objeto único. *Cadernos de Psicanálise*, v.15, n. 18. Rio de Janeiro: SPCRJ.
- _____ (1999a). Entre angoisse e détresse. In: ANDRÉ, J. *États de détresse*. Paris: Presses Universitaires de France (disponível em: www.estadosgerais.org, em maio/2007).
- _____ (2002). Introduction: Borderline transfert. In: ANDRÉ, J., THOMPSON, C. (org.). *Transfert et états limites*. Paris: PUF.
- _____ (2007). L'empire du même. In: ANDRÉ, J. et al. *Mères et filles: La menace de l'identique*. Paris: PUF.
- ANZIEU, D. (1985). *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- _____ (1986). La scène de ménage. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 33, p. 201-210.
- AULAGNIER, P. (1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1989). *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta.
- _____ (1990). O direito ao segredo: Condição para poder pensar. In: _____ *Um intérprete em busca de sentido - I*. São Paulo: Escuta.
- BIRMAN, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- BIRMAN, J. & NICÉAS, C.A. (1982). Constituição do campo transferencial e o lugar da interpretação psicanalítica. In: _____ (orgs.). *Transferência e interpretação*. Rio de Janeiro: Campos.
- BOKANOWSKI, T. (2012). Os fantasmas. In: MARTY, F. (org.). *Os grandes conceitos da psicologia clínica*. São Paulo: Edições Loyola.
- CARDOSO, M.R. (2010). A servidão ao “outro” nos estados limites. In: _____ & GARCIA, C.A. *Entre o eu e o outro: Espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá, 2010.
- CARDOSO, M.R. & MONTEIRO, R.G.(2012). Construções e figurabilidade em análise: vias de abertura à representação? In: MARRACCINI, E.M.; FERNANDES,

- M.H.; CARDOSO, M.R.; RABELLO, S. (orgs.). *Limites de Eros*. São Paulo: Primavera Editorial.
- CASTEL, P.-H. (2011). *Âmes Scrupuleuses, Vies D'Angoisse, Tristes Obsédés, vol.1: Obsessions et contrainte intérieure, de l'Antiquité à Freud*. Paris: Ithaque.
- _____ (2012). *La fin des coupables, suivi de le cas Paramord, vol. 2: Obsessions et contrainte intérieure, de la psychanalyse aux neurosciences*. Paris: Ithaque.
- CHABERT, C. (1999). Les fonctionnements limites: quelles limites? In: ANDRÉ, J. et al. *Les états limites*. Paris: PUF, 2011.
- _____ (2006). Le moi, le soi et le sujet. In: RICHARD, F., WAINRIB, S. (org.). *La subjectivation*. Paris: Dunot.
- _____ (2008). A via do pai: uma segunda chance. In: ANDRÉ, J.; CHABERT, C. (orgs.). *O esquecimento do pai*. São Paulo: Edusp.
- CICCONE, A. (2012). Fantômes et fantasmes de transmission. *Cliniques méditerranéennes*. 2012/2, n. 86, pp. 45-58.
- CINTRA, E.M.U. (2012). Os limites de Eros na melancolia e no luto. In: MARRACCINI, E.M.; FERNANDES, M.H.; CARDOSO, M.R.; RABELLO, S. (orgs.). *Limites de Eros*. São Paulo: Primavera Editorial.
- COSTA, J.F. (2012). Os sobrenomes da vergonha: melancolia e narcisismo. In: VERZTMAN, J. PINHEIRO, T., HERZOG, R., & PACHECO-FERREIRA, F. (org.). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- CYSSAU, C. (2004). *Les dépressions de la vie*. Paris: PUF.
- DELEUZE, G. (1950-59). Causas e razões das ilhas desertas. In: _____ *As ilhas desertas*. São Paulo: Iluminuras, 2010.
- DE PARNAJON, F. (1865). Sur le quatrième livre de l'Anabase. In: XENOPHON. *L'Anabase: Expédition de Cyrus*. Avec des arguments et des notes en français par F. de Parnajon. Paris: Librairie Hachette et Cie.
- DONNET, J.-L. (2005). *La situation analysant*. Paris: PUF.
- DUPARC, F. (2002). Construction: l'art du temps, l'art de la rencontre. In: *Inventer en psychanalyse construire et interpréter*. Paris: Dunod.
- DURIF-VAREMBONT, J.-P. (2009). L'intimité entre secrets et dévoilement. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 32 (1), 57-73.
- FAIN, M. (1971). Prélude à la vie fantasmagorique. *Revue Française de Psychanalyse*, n.2-3.
- FEDIDA, P. (1991). Auto-erotismo e autismo: condições de eficácia de um paradigma em psicopatologia. In: _____ *Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- _____ (2002). Le psychanalyste: un état limite? In: ANDRÉ, J. et al. *Transfert et états limites*. Paris: PUF, 2009.
- _____ (2009). *Crise et contre-transfert*. Paris: PUF.
- FERENCZI, S. (1919). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In: _____ *Sándor Ferenczi: Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1988.

_____ (1919a). A técnica psicanalítica. In: _____ *Sándor Ferenczi: Escritos psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1988.

_____ (1924). Thalassa : Ensaio sobre a teoria da genitalidade. In : _____ *Psicanálise III*. São Paulo : Martins fontes, 2011.

_____ (1924a). Os fantasmas provocados (atividade na técnica da associação). In: *Escritos psicanalíticos 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1988.

_____. (1928). Elasticidade da técnica analítica. In: _____ *Sándor Ferenczi: Escritos psicanalíticos 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1988.

_____ (1931). Análises de crianças com adultos. In: _____ *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____ (1933). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: _____ *Sándor Ferenczi: Escritos psicanalíticos 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1988

_____ (1934). Reflexões sobre o trauma. In: _____ *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERREIRA, A.B.H. (1986). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

(1895). Projeto para uma psicologia científica. Vol. I.

(1895a). Estudos sobre a histeria. Vol. II.

(1900). A interpretação dos sonhos. Cap. VII. Vol. V.

(1905 [1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. Vol. XII.

(1905). Três ensaios sobre a sexualidade. Vol. VII.

(1908 [1907]). Escritores criativos e devaneios. Vol. IX.

(1908). Sobre as teorias sexuais das crianças. Vol. IX.

(1909 [1908]). Romances familiares. Vol. IX.

(1909). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. Vol. X.

(1910 [1909]). Cinco lições de psicanálise. Vol. XI.

(1910). Psicanálise silvestre. Vol. XI.

(1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. Vol. XII.

(1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Vol. XII.

(1913). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). Vol. XII.

(1913a). A disposição à neurose obsessiva. Uma contribuição ao problema da escolha da neurose. Vol. XII.

(1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. Vol. XIV.

- (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). Vol. XII.
- (1917[1915]). Luto e melancolia. Vol. XIV.
- (1917 [1916-1917]). Parte III. Teoria geral das neuroses. Vol. XVI.
- (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. Vol. XVII.
- (1918 [1914]). História de uma neurose infantil. Vol. XVII.
- (1919 [1918]). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. Vol. XVII.
- (1920). Além do princípio de prazer. Vol. XVIII.
- (1923). O ego e o id. Vol. XIX.
- (1924). O problema econômico do masoquismo. Vol. XIX.
- (1926). A questão da análise leiga. V. XX.
- (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. Vol. XXI.
- (1931). Sexualidade feminina. Vol. XVI.
- (1933 [1932]). Feminilidade. Vol. XXII.
- (1937). Análise terminável e interminável. Vol. XXIII.
- (1937a). Construções em análise. Vol. XXIII.
- (1940 [1938]). Esboço de psicanálise. Vol. XXIII.

FREUD, S.; HAWELKA, E. R. & HAWELKA, P. (1974). *L'homme aux rats : Journal d'une analyse*. Paris: PUF.

GONDAR, J. (1995). *Os tempos de Freud*. Rio de Janeiro: Revinter.

_____ (2008). Além da contratransferência: os afetos do analista. In: *Cadernos de Psicanálise, CPRJ*. Ano 30, n.21. Rio de Janeiro: CPRJ.

_____ (2010). As coisas nas palavras. Ferenczi e a linguagem. *Cadernos de Psicanálise, CPRJ*. Rio de Janeiro, 32 (23).

GORI, R. (2002). As retóricas do sofrimento. *Tempo psicanalítico*, v. 34. Rio de Janeiro: SPID.

GREEN, A. (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique. In: _____ *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990.

_____ (1976). Um, outro, neutro: valores narcisistas do mesmo. In: _____ *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

_____ (1976a). Le concept de limite. In: _____ *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990.

_____ (1979). La psychanalyse et la pensée habituelle. In: _____ *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990.

_____ (1979a). A angústia e o narcisismo. In: _____ *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

_____ (1980). A mãe morta. In: _____ *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

- _____ (1980a). Passions e destins des passions. Sur les rapports entre folie et psychose. In: _____ *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990.
- _____ (1986). El trabajo de lo negativo. In: _____ *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- _____ (1987). La capacité de rêverie et le mythe étiologique. In: _____ *La folie privée*. Paris: Gallimard, 1990.
- _____ (1988) Seminario sobre el trabajo de lo negativo. In: _____ *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- _____ (1990) *Conferências brasileiras de André Green*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris: PUF.
- HEIMANN, P. (1950) Sobre a contratransferência. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*. Porto Alegre, v.2, n.1, p.171-176, 1995.
- HERZOG, R. (2000). Desconstruindo a razão: de Schopenhauer a Freud. In: _____ (org.). *A psicanálise e o pensamento moderno*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000.
- _____ (2011). Os limites da representação psíquica. In: GARCIA, C.A. & CARDOSO, M.R. *Limites da clínica, clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: FAPERJ, 2011.
- HERZOG, R. & PACHECO-FERREIRA, F. (2012). A posição do analista frente aos sofrimentos narcísico-identitários. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, v. 28, n. 31, p. 79-104.
- KEHL, M.R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- KLAUTAU, P. (2012). O uso da empatia em casos e situações-limite. In: COELHO JUNIOR, N.; SALEM, P. & _____ (orgs.). *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- KLAUTAU, P. & WINOGRAD, M. (2012). Abordagem psicanalítica da experiência de adoecimento neurológico: o trabalho de construção na contratransferência. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, v. 18, n.1, p. 57-72.
- KRISTEVA, J. (2002). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco.
- KUPERMANN, D. (2003). *Ousar rir: humor, criação e psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- _____ (2003a) A libido e o álibi do psicanalista. *Pulsional: revista de psicanálise*, n. 168, ano XVI, 2003a.
- _____ (2008). *Presença sensível: Cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 2008.
- LACAN, J. (1951). Intervenção sobre a transferência. In: _____ *Escritos*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- _____ (1958) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____ *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____ (1964) *Seminário, livro XI, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. (1977). *Vocabulário de psicanálise*. Rio de Janeiro : Martins Fontes.
- _____ (1988). *Fantasia originária, fantasias das origens, origens da fantasia*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar.
- LE POULICHET, S. (2009). Le corps du secret. *Cahiers de psychologie clinique*, 2009/1, n. 32, pp. 11-26.
- LITTLE, M.I. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- MAYER, H. (2001). Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: CARDOSO, M. R. *Adolescência: Reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro : NAU Editora.
- MCDougALL, J. (1974). Le psyché-soma et le psychanalyste. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10, pp. 131-150.
- _____ (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris: Gallimard.
- _____ (1992). Scènes de la vie primitive. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 46, pp. 139-149.
- MIJOLLA-MELLOR, S. (2007). Le besoin de croire et ses sources océaniques. *Eres*, n.178, pp. 15-26.
- M'UZAN, M.D. (1994). *La bouche de l'inconscient*. Paris : Gallimard.
- OBHOLZER, K. (1993). *Conversas com o Homem dos Lobos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- OGDEN, T. (1996). *Subjects of analysis*. London: Karnac Books.
- PACHECO-FERREIRA, F., ANDRADE, A. B. T., VERZTMAN, J. HERZOG, R. (2013). Transparence psychique et traumatisme: considérations à partir d'une recherche clinique. Paris : *Recherches en Psychanalyse* (no prelo).
- PARAT, H. (2001). Éxilirs d'amour. *Revue Française de Psychanalyse*, v. 65, n. 5, pp. 1487-1506.
- PARSONS, M. (2006). Le contre-transfert de l'analyste sur le processus psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse*, 2/2006, pp. 385-404.
- PESSOA, F. (1915). *O marinheiro*. São Paulo: Babel, 2011.
- PHILLIPS, A. (2008). *Winnicott ou le choix de la solitude*. Paris : Éditions de l'Olivier.
- PINHEIRO, T. (1989). A teoria do trauma ferenciano (uma proposta metapsicológica). *Revista Psicologia e Psicanálise*, v. 1.
- PINHEIRO, T. (2012). O modelo melancólico e os sofrimentos da contemporaneidade. In: VERZTMAN, J. PINHEIRO, T., HERZOG, R., & PACHECO-FERREIRA, F. (org.). *Sufrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- PINHEIRO, T., QUINTELLA, R.R.; VERZTMAN, J.S. (2010). Distinção teórico-clínica entre luto, depressão e melancolia. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, v. 22.2, p. 147-168.
- PINHEIRO, T., VERZTMAN, J.S., BARBOSA, M. T (2006). Notas sobre a transferência no contexto de uma pesquisa clínica. *Cadernos de Psicanálise*, v. 22, n. 25. Rio de Janeiro: SPCRJ, p. 291-313.

- PONTALIS, J.-B. (1988). Idas e vindas. In: _____ *Perder de vista: Da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- _____ (1988a). Não, duas vezes não. In: _____ *Perder de vista: Da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- _____ (1988b). Essa transferência chamada negativa. In: _____ *Perder de vista: Da fantasia de recuperação do objeto perdido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- _____ (1991). A estranheza da transferência. In: _____ *A força de atração*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____ (1994). A estação da psicanálise. *Jornal de psicanálise*, SBPSP. Vol. 27, n. 52, pp. 95-112.
- _____ (2000). *Fenêtres*. Paris : Gallimard.
- _____ (2005). Bordas ou confins. In : _____ *Entre o sonho e a dor*. Aparecida, SP : Ideias & Letras.
- _____ (2005a). O psiquismo como dupla metáfora do corpo. In : _____ *Entre o sonho e a dor*. Aparecida, SP : Ideias & Letras.
- _____ (2005b). A partir da contratransferência: O morto e o vivo entrelaçados. In : _____ *Entre o sonho e a dor*. Aparecida, SP : Ideias & Letras.
- PRESS, J. (2010). *La construction du sens*. Paris : PUF.
- REIS, E. S. (2003). Auto-erotismo : um vazio ativo na clínica contemporânea. In : *Ágora*, v. 6, n.2, jul/dez.
- _____ (2004). *De corpos e afetos: transferências e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- ROUDINESCO, E. & PLOM, M. (1997). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- ROUSSILLON, R. (2002). Le transfert délirant, l'objet et la reconstruction. In : ANDRÉ, J. et al. *Transfert et états limites*. Paris: PUF, 2009.
- _____ (2003). *A dependência primitiva e a homossexualidade primária "em duplo"*. Disponível em: <http://www.joseouteiral.com.br>.
- _____ (2004). La "conversation" psychanalytique: un divan en latence. Disponível em: <http://www.joseouteiral.com.br>.
- _____ (2006). *Paradoxos e situações limites em psicanálise*. São Leopoldo: Unisinos.
- _____ (2012). Entrevista. Renée Roussillon. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, v. 34, n. 27, jul./dez.
- STEIN, C. (1987). *L'enfant imaginaire*. Paris: Denoël.
- TISSERON, S. (2007) *La honte: Psychanalyse d'un lien social*. Paris: Dunod.
- SCHNEIDER, M. *Afeto e linguagem nos primeiros escritos de Freud*. São Paulo: Editora Escuta, 1993.
- THOMPSON, C. (2002). Le contre-transfert est-il un cadre ? In : ANDRÉ, J. et al. *Transfert et états limites*. Paris : PUF, 2009.

- VERZTMAN, J.S. (2002). O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. *Ágora*, v.5, n.1, jan./jun.
- VERZTMAN, J.S. (2012). A melancolia e o olhar: uma clínica contemplativa? In: COELHO JUNIOR, N.; SALEM, P. & KLAUTAU, P. (orgs.). *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- VERZTMAN, J.S.; PINHEIRO, T.; BARBOSA, M.T.; JORDÃO, A.; MONTES, F. (2007). Patologias narcísicas e doenças autoimunes: a dimensão da temporalidade. *Psyche*, São Carlos, SP, v. XI, p. 63-84.
- VERZTMAN, J.S.; PINHEIRO, T.; VENTURI, C.; VIANNA, D.; CARAVELLI, S.; CANOSA, L. (2006). Patologias narcísicas e doenças autoimunes: o corpo e seus destinos. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, v. 18, p. 193-206.
- VIDERMAN, S. *A construção do espaço analítico*. São Paulo: Editora Escuta, 1990.
- VOLICH, R.M. (2012). Morrer em análise. In : MARRACCINI, E.M. ; FERNANDES, M.H. ; CARDOSO, M.R. ; RABELLO, S. (orgs.). *Limites de Eros*. São Paulo : Primavera Editorial.
- WINNICOTT, D.W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In: _____ *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ (1941a). L'observation des jeunes enfants dans une situation établie. _____ *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1992.
- _____ (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____ *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ (1948). A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão. In: _____ *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ (1954). Aspectos clínicos e metapsicológico da regressão no contexto analítico. In: _____ *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ (1955-1956). Formas clínicas da transferência. In: _____ *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ (1958). A capacidade para estar só. In: _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____ (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____ (1960a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". In: _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____ (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- _____ (1963-69). Objets de l'usage d'un objet". In: _____ *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard, 2000.
- _____ (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____ *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1968). O jogo do rabisco [squiggle game]. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. & DAVIS, M. (orgs.). *Explorações psicanalíticas*: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

_____ (1968a). L'interprétation en psychanalyse. In: _____ *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard, 2000.

_____ (1969). O uso de um objeto. In: _____ *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1970). Vivendo de modo criativo. In: _____ *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____ (1971). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____ *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1971a). Sonhar, fantasiar e viver: Uma história clínica que descreve uma dissociação primária. In: _____ *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1971b). A criatividade e suas origens. In: _____ *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ (1987). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: _____ *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.