

FELIPE FERREIRA DE NICHILE

PACIENTE-LIMITE: ENTRE WINNICOTT E GREEN

PSICOLOGIA CLÍNICA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
São Paulo
2013

FELIPE FERREIRA DE NICHILE

PACIENTE-LIMITE: ENTRE WINNICOTT E GREEN

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Doutor Alfredo Naffah Neto.

PUC
São Paulo
2013

AGRADECIMENTOS

À minha família, pela incessante ajuda, confiança e presença.

À Nara pelo amor, apoio e pela paciência com minhas ausências durante os anos deste projeto.

Ao Professor Afredo Naffah Neto por sua orientação atenta, cuidadosa e constante.

À Professora Elisa Maria Ulhôa Cintra pela amizade e pela leitura generosa, da qual surgiram tantas sugestões e apontamentos essenciais à elaboração desta dissertação.

Ao Professor Nelson Coelho Junior por seus apontamentos precisos e enriquecedores.

Às Professoras Ana Loffredo e Paula Regina Peron pela pronta disponibilidade e ajuda.

A Célia Villarinhos Malheiros, por muitos anos de escuta no caminho de um crescimento.

A minha supervisora Marta Foster pelas contribuições e amizade.

Aos amigos psicanalistas pelas inúmeras trocas e aos meus pacientes por terem me ajudado na construção deste conhecimento e pela constante construção do sentido que orienta minha vida profissional.

RESUMO

A presente pesquisa psicanalítica tem como escopo a análise comparativa entre as obras de D. W. Winnicott e André Green no que diz respeito às propostas teórico-clínicas apresentadas pelos autores para o tratamento do paciente-limite, aquele que costuma apresentar uma dinâmica refratária ao tratamento psicanalítico clássico como foi proposto por Sigmund Freud. Para isto, buscamos traçar um paralelo entre as sessões do tratamento psicanalítico conduzido por cada um dos autores, tendo como referência o instigante caso de uma paciente-limite comum aos dois autores. Partindo, portanto, das intervenções clínicas que cada um deles relatam sobre o caso, buscamos estabelecer quais os principais aspectos teóricos que as fundamentaram, no intuito de apurar quais as inovações que os autores trazem para esta espécie de paciente, para a qual ambos se dedicaram a criar dispositivos clínicos compatíveis com o que eles entendem ser esta psicopatologia. Neste sentido, procuramos estabelecer quais são seus principais pontos de convergência e de divergência. Pudemos concluir com isso que, apesar das proposições dos autores serem bastante próximas em alguns pontos, em sua maior parte tratam-se de teorias bastante heterogêneas e que apresentam propostas clínicas bastante divergentes. Para Winnicott, a ênfase do tratamento encontra-se na regressão à dependência, como uma maneira de retomar o processo normal de amadurecimento pessoal, alterado por uma situação traumática e que necessita ser vivido novamente na análise, desta vez com o apoio de um ambiente favorável a esta retomada. Para Green, o tratamento baseia-se na criação de um ambiente analítico favorável aos processos de verbalização e simbolização, como uma possibilidade de dar sentido às vicissitudes das pulsões por meio da internalização do negativo.

Palavras-chaves: André Green, D. W. Winnicott, técnica psicanalítica, limites, transicionalidade, mãe morta, paciente-limite, regressão à dependência, metáforização, clínica do vazio, trabalho do negativo.

ABSTRACT

The basis of this psychoanalytic research is the comparative analysis between the works of D. W. Winnicott and André Green regarding the Theoretical-Clinical proposals presented by the authors to the treatment of the borderline patient, whose behavior is often characterized by a refractory dynamic to the classical treatment proposed by Sigmund Freud. Therefore, we aimed to draw a parallel between the psychoanalytic treatment sessions conducted by each of the authors, having as reference the instigating case of a borderline patient they had in common. Based on the clinical interventions that both authors report about the case, we attempt to establish which were the main theoretical aspects that supported them, as to investigate which innovations the authors bring to this type of patient, to whom they created clinical dispositives compatible with what they understand to be this psychopathology. To that end we intent to establish their main points of convergence and divergence. We concluded then that despite being quite close in some aspects, the authors' propositions are, to a large extent, quite heterogeneous theories and present quite divergent clinical proposals. According to Winnicott, the regression to the dependency is the emphasis of the treatment, as a way to resume the normal process of personal maturation, amended by a traumatic situation and that needs to be lived again in analysis, this time with the support of a favorable environment to this return. To Green, the treatment is based on the creation of analytical environment favorable to the processes of verbalization and symbolization, as a possibility to give meaning to the vicissitudes of the drives as a way to the internalization of negative.

Key-words: André Green, D. W. Winnicott, psychoanalytic technique, limits, transitionality, dead mother, borderline patient, regression to the dependency, metaphorization, clinic of the void, work of the negative.

SUMÁRIO

Introdução	p. 01
1 – Entre Winnicott e Green – uma apresentação	p.11
1.1 Primeiros passos	p.11
1.2. Contexto histórico	p.17
2 – A paciente de Winnicott – o colapso da transicionalidade	p.26
2.1. Apresentação do caso	p.30
a) Entre a objetividade e a subjetividade	p.31
b) paciente esquizóide	p.32
c) Ansiedades psicóticas e retorno ao isolamento essencial	p.34
d) Hipertrofia intelectual e falso <i>self</i>	p. 36
e) Sonho	p.40
f) Entre o objeto subjetivo e a transicionalidade	p.41
g) Experiências envolvendo separações: quando o objeto falha	p.47
h) <i>Isto é o que estar morto significa</i> – esmaecimento das representações internas e a não construção da capacidade de estar só	p. 52
i) A intuição do negativo em Winnicott segundo André Green	p.58
j) Teoria das pulsões em Green e o trabalho do negativo	p.62
l) espaço potencial e simbolização	p.78
m) Modificações no enquadre analítico: o brincar	p.85
3 – A paciente de Green – em busca do analista	p.94
3.1. Apresentação do caso	p.102
a) Transferência e contratransferência	p.102
b) O início do tratamento	p.108
c) A metáfora da viagem	p.117

d) <i>Enactments</i> e Compulsão a Repetição	p.120
e) A mãe morta: vivências contratransferenciais com o paciente-limite	p.125
f) Disposições clínicas: a metaforização	p.133
Considerações Finais	p.139
Referências Bibliográficas	p.146
Anexos	p.153

Introdução:

“[...] um escritor deve deixar que os temas o procurem, deve começar recusando-os, e depois, resignado, pode escrevê-los para passar a outros”. (Borges)

A proposição de um tema de pesquisa não é das tarefas mais fáceis, principalmente quando se trata da área de psicologia clínica psicanalítica, na qual, dia após dia, é possível observar a nós mesmos sendo afetados por uma série de questões que muitas vezes não somos sequer capazes de nominar, mas que, ainda assim, continuam a insistir, exigindo um posicionamento, mais propriamente dizendo, uma escuta diferenciada. Interessantemente, são estes mesmos impasses que servirão como o instrumento por meio do qual o analista irá buscar aprimorar-se em sua escuta, tornando possível processá-los. Na psicanálise, talvez mais do que em qualquer outra profissão, é necessário que o analista possa questionar-se em seu saber, tentando verificar quais são os limites de sua escuta - para isto é necessário um olhar de fora, algo que se constitui pela supervisão, pela apresentação de casos aos pares e mesmo pela escrita, e que é capaz de situá-lo dentro da sala de análise e nas transferências com o analisando.

Neste contexto, foi assim que se desenvolveram, e que continuam a se desenvolver, os estudos dos pacientes difíceis, uma vez que a angústia despertada por este tipo de caso fez com que, no passado, estes fossem reputados como sem solução; é isto o que causa no analista o desejo de voltar-se para estes impasses, na busca de uma leitura que possa auxiliá-lo na superação destas dificuldades.

Dentro desta dinâmica, impasses vão irrompendo nas transferências que se operam na dupla analítica em busca de um sentido que, muitas vezes, chega apenas posteriormente. Isto exige do analista uma postura de reserva que o implica na necessidade de mantê-los em suspenso. Porém,

se é que desejamos praticar uma escuta do inconsciente do paciente, estes conflitos jamais podem ser ignorados ou deixados de lado, afinal, são nosso material e condição de trabalho.

É pela experiência que ocorre dentro do *setting* analítico que o psicanalista escritor deve deixar-se mobilizar, buscando, assim, a criação de um conhecimento. Primeiramente, acerca do que ele acredita que ocorre em sua relação com seus pacientes; depois, trazendo estas respostas para o campo mais amplo, do conhecimento psicanalítico, compartilhando-as e discutindo-as com outros pesquisadores. No campo da psicanálise o tratamento não se limita ao espaço e à temporalidade das quatro paredes do consultório.

É, portanto, dentro desta dinâmica de afetação múltipla entre analista e analisando que surgirão as possibilidades para que a dupla analítica possa encontrar novos caminhos de se inter-relacionar, abrindo portas ao sujeito para a melhora de sua qualidade de vida. Isto o permitirá voltar-se para um modo de ser no qual possa viver sem que a repetição exaustiva e involuntária de condutas seja naturalizada, causando tanto sofrimento psíquico.

Por outro lado, na mesma medida em que ocorrem modificações do lado do analisando, o analista também é modificado em sua subjetividade, aguçando sua escuta clínica e aprimorando a sua técnica. Em ambos os casos, analista e analisando, entrarão em contato com esta experiência, na qual, simultaneamente, combinam-se pessoal e intersubjetivo, consciente e inconsciente, pulsão e defesa, amadurecimento e regressão, repetição e novidade, já que, afinal, é de um processo vivo que se trata.

A psicanálise, portanto, é um dos meios privilegiados que permitem ao indivíduo ingressar nesta busca, questionando-se a respeito de sua própria verdade, visando, assim, libertar-se de uma imobilidade que o ameaça e o faz sofrer. Oferece, então, um convite para que o sujeito possa se livrar das correntes que aos seus fantasmas familiares e pessoais, obtendo, como recompensa por esta libertação, a possibilidade de transformar o sofrimento neurótico em miséria banal.

Vale ressaltar, porém, que quando esta definição de cura foi dada pelo pai da psicanálise, este ainda defendia que os pacientes mais graves, assolados por afecções psicóticas, não estariam

sujeitos à análise. No caso das neuroses, os principais meios de trabalho do analista são as interpretações de conteúdo, procedimentos aptos a fazerem o inconsciente recalcado falar através de suas formações manifestas na vida consciente do indivíduo, (chistes, atuações, lapsos, lembranças de sonhos etc). Ou seja, tratava-se de uma psicanálise menos abrangente e que, por uma escassez do método, ainda optava por não se aventurar a tratar dos chamados “pacientes difíceis”, “aqueles que não atendiam a regra da associação livre e não se adaptavam à rigidez do enquadre clínico tradicional, revelando justamente uma pobreza do fantasiar e dos processos de simbolização” (Kupermann, 2008, p.149)¹

Neste sentido, Zilberleib (2005)², argumenta que, quando Freud estabeleceu seu primeiro modelo de processo psicanalítico, visava então atender apenas aos quadros psicopatológicos para os quais acreditava ser possível estabelecer requisitos técnicos que garantissem sua eficiência. Em outros quadros, porém, como é o caso dos pacientes limite, as questões que envolvem o seu narcisismo impedem que o paciente entre em uma neurose de transferência com o analista. Foram aqueles que se aventuraram que puderam descobrir que, em função da pouca possibilidade de deslocamento de libido para outros objetos que não o primário, o sujeito iria sofrer de uma baixa capacidade para o processo de simbolização, limitando, assim, a utilização do modelo clássico de análise.

Neste sentido, com o passar do tempo, muitos analistas passaram a questionar estas recomendações freudianas, insistindo em investigar um método que tornasse possível uma análise destes casos, contanto que se estabelecessem para isto condições diferenciadas de tratamento. Passa-se, então, a experimentar, a buscar uma modificação das regras do *setting* analítico, visando abarcar os tipos específicos de transferência que estas estruturas estabelecem.

Segundo Kupermann (2008), foram os estudos destes pesquisadores, entre os quais o autor destaca o pioneiro Ferenczi, que impediram que a psicanálise se tornasse obsoleta, dado que a

¹ KUPERMAN, D., *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008

² ZILBERLIEB, M.C.V.O., *Acompanhamento terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limite*, Dissertação de Mestrado, PUC: 2005.

demanda de análise por pacientes ditos difíceis se tornava cada vez maior, criando limitações ao modelo analítico padrão.

Dentro do novo modelo, relativiza-se a importância da interpretação das resistências e dos conteúdos recalçados como passíveis de operar transformações psíquicas e passa-se a privilegiar os momentos traumáticos, aos quais o indivíduo não foi capaz de dar representação, tornando-os, assim, traumáticos, uma vez que estes conteúdos tendem a se atualizar ou a tentar expressar-se pela via da repetição ao vivo na relação analítica na busca de uma solução.

A repetição e a atuação são muito comuns em pacientes com mecanismos de defesa primitivos, comparáveis àqueles que atuam nas psicoses – cisão, recusa, desautorização – que funcionam de forma mais devastadora que os mecanismos neuróticos. De modo se que torna mais efetivo ao analista, ao invés de se perguntar o que isto significa, perguntar-se acerca de seu funcionamento na transferência (Pontalis, 1974^a)³.

Dentro da obra de Freud, as questões envolvendo esta problemática começaram a tomar forma quando Freud, então insatisfeito com o modelo psicanalítico que tinha como base o conceito de recalçamento, no qual a idéia de trauma estava voltada quase que exclusivamente às questões sexuais infantis e à luta egóica contra a violência destas, passou a reformular a sua teoria das pulsões e do trauma. Este momento tem como marco a publicação do texto *Além do princípio do prazer* (1920)⁴.

Assim, as questões que neste primeiro momento podiam evoluir para situações traumáticas, nas quais estavam envolvidas as formações do inconsciente baseadas na teoria do recalque e na primeira tópica (Cs/Pcs–Ics), foram substituídas por um conceito de trauma baseado em um referencial intersistêmico, apoiado na definição freudiana de id, ego e super ego, e em conflitos pulsionais entre pulsão de vida e pulsão de morte.

³ PONTALIS, J-B.,(1974a) Bordas e Confins? In *Entre o sonho e a dor*, Aparecida, SP:Ideias & Letras, 2005 – (coleção psicanálise século I).

⁴ FREUD, S.,(1920) Além do princípio do prazer, in *História de uma neurose infantil: (O homem dos lobos): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Neste segundo momento, portanto, os analistas deixavam de se preocupar apenas com os traumas de natureza sexual, que até então eram a base do sintoma neurótico conversivo e que funcionava como representante de um conflito intrapsíquico, e voltavam suas atenções aos traumas ambientais envolvendo situações de perigo que Freud, em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1925)⁵, relaciona com o surgimento das neuroses de angústia. Estas, apesar de também serem modos de satisfação substitutiva, não possuem nenhum significado psíquico, sendo apenas uma resposta repetitiva que surge no corpo respondendo a um acúmulo de excitação decorrente de uma experiência de desamparo por parte do ego, causando, assim, angústia.

Segundo Kahn, (1963)⁶ estas modificações que recaíram sobre o conceito de ansiedade e trauma firmaram o papel do meio ambiente e da necessidade humana de auxílio em situações nas quais vivencia em suas primeiras relações objetais um desamparo, juntamente à criação de uma teoria que abarcasse este conceito de modo mais profundo, criando, a partir desta, dispositivos clínicos que permitissem o seu manejo.

Kupermann (2008) enfatiza o fato de que na clínica freudiana este desamparo traumático estaria referido à condição humana de estar constantemente tendo de se assujeitar às intensidades pulsionais, de modo que este assujeitamento seria estrutural. Nestes termos, a direção da cura abarcaria a possibilidade do analisando entrar em contato novamente com este estado de desamparo fundamental, porém, dentro da situação analítica, este seria sustentado e tornado suportável em decorrência da relação transferencial que se desenvolve entre a dupla analítica, o que possibilitaria uma retificação subjetiva.

Contudo, se o psicanalista se permitir não se implicar nos processos criativos e no sofrimento do analisando, por ocasião do manejo e instalação da transferência, há o risco de que se reproduza na própria experiência da análise o que foi vivido como abandono traumático na história de vida do paciente. Quando isto acontece, o paciente, ao invés de resignificar o desamparo, irá

⁵ FREUD, S., *Inibições, Sintomas e Angústia*. Edição Standard Brasileira da Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Rio de Janeiro, Imago, 1980.

⁶ KAHN, M., *Psicanálise: teoria, técnica e casos*. Rio de Janeiro, F. Alves, 1984. [1963].

repeti-lo com o analista, criando uma relação de dependência que irá simplesmente atualizar-se por meio do quadro transferencial, fazendo com que a análise perca seu sentido.

Neste contexto, analistas como Ferenczi (1928)⁷ e Winnicott (1952)⁸, rompendo com a idéia de um desamparo traumático original, ou estrutural, passam a remetê-lo a “um ambiente intrusivo, incapaz de acolher a temporalidade específica de produção de sentido por parte de criança” (Kupermann, 2008, p.151), obrigando-a, em face à sensação de abandono que experimenta, a uma identificação maciça e estática com a autoridade punitiva, de quem ela depende para sobreviver e de quem, portanto, não pode prescindir do amor.

O resultado que se produz para estes autores é de uma *clivagem* (*splitting*), por meio da qual a criança procura proteger a si própria, fenômeno este que também é a base do conceito winnicottiano de falso-self cindido. A *clivagem* é um dos mecanismos de defesa mais arcaicos do psiquismo, típico da fase esquizo-paranóide, na qual o psiquismo da criança, ainda incapaz de lidar com a ambiguidade, divide os objetos em objetos parciais e se utiliza de um mecanismo de retenção e expulsão para controlá-los (engolir e cuspir), tornando a situação mais facilmente sustentável. Segundo Kupermann (2008), sua ocorrência no psiquismo, quando esta ocorre de maneira patológica, é responsável pela emergência dos novos quadros sintomáticos que apresentam, entre outras características, um empobrecimento erótico do indivíduo, dos processos de simbolização, bem como o enfraquecimento da sua possibilidade de fantasiar e imaginar.

Figueiredo (2008)⁹ coloca que a *desautorização*, ou *Verleugnung* (seu termo original no alemão), é o mecanismo que Freud coloca como central no fetichismo e na psicose e envolve certa recusa da realidade. Porém, o que se recusa não é de fato uma percepção específica, mas o que vem, ou viria, depois dela - seja nos moldes de uma segunda percepção que a primeira tornaria possível, uma possibilidade de simbolização, uma conclusão lógica necessária ou uma lembrança que a

⁷ FERENCZI, S., Confusão de línguas entre os adultos e a criança: a linguagem da ternura e da paixão. In *Psicanálise IV*, Vol. 4, São Paulo: Martins Fontes, 1932.

⁸ WINNICOTT, D. W., Psicose e Cuidados Maternos, in *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1952]

⁹ FIGUEIREDO, L.C., *Elementos para a clínica contemporânea*, São Paulo, ED. Escuta, 2003.

percepção poderia reativar. Assim, nesta está envolvida uma dimensão temporal e processual do psiquismo, cuja razão fundamental é a esquivar a uma percepção, lembrança ou conclusão traumática.

A questão aqui não é desmentir o significado da percepção, mas impedir que esta leve o psiquismo a inferir determinada percepção do que foi visto, uma consequência deste saber, de modo que o esforço da defesa é reduzir ou anular a autoridade da percepção. Sob este impacto, a percepção não perde significado, mas *significância*, ou seja, esta foi retirada da rede associativa e passou a ser percebida como uma “quase-coisa”. Nesta condição, “se presta a formar coleções de lembranças muito vívidas e totalmente inúteis, lembranças que não se integram ao fluxo psíquico por terem perdido a capacidade de metáforização” (Figueiredo, 2008, p.62).

Segundo o autor, este tipo de mecanismo atua em determinados pacientes dotados de uma fina capacidade de observação, sendo capazes de registrar e armazenar aspectos importantes da realidade externa e interna em que evoluem, da mesma forma que possuem a capacidade de relatar com clareza aquilo que puderam captar nos outros e em si mesmos em situações da vida nas quais se envolveram. Todavia, não conseguem tirar consequências destes elementos, ou ligá-los uns aos outros de modo a criar relatos consistentes destes fatos isolados, o que os impede de dar um sentido à vida e a seus padecimentos, conservando-os, assim, dotados simultaneamente de um saber que os torna muito desconfiados e sem esperança e, de outro, de uma ingenuidade e falta de experiência que os deixa permanentemente à mercê de surpresas e novos traumatismos.

Minerbo (2009)¹⁰ nos traz outra compreensão interessante destes fenômenos, traçando uma perspectiva cultural e histórica, na qual a fragilidade do símbolo e a fraturação do laço simbólico desembocam em um desamparo identitário denominado de *depleção simbólica*. Segundo esta perspectiva, o *sujeito moderno* se constituiu em meio a instituições fortes, capazes de estabelecer posições fixas e inquestionáveis que serviam de referências identitárias claras, estáveis e rígidas, onde o sofrimento psíquico era predominantemente neurótico, criado pela obrigatoriedade de

¹⁰ MINERBO, M., *Neurose e não-neurose*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2009.

encaixar-se em padrões sociais estabelecidos e legitimados. Nesta perspectiva, os conceitos eram estreitos demais para as dinâmicas da vida. Já se tratando do *sujeito pós-moderno*, existe um relativismo total que acaba por deixar o sujeito sem chão, dado que caberá a cada um determinar em que acreditar e traçar sua própria visão de mundo, uma vez que o mundo está ausente de sentidos.

O sujeito que está auto-referido constitui sua própria subjetividade em meio a uma *depleção simbólica*, o que significa que, “além das significações internalizadas serem movediças, a *internalização da própria função simbolizante será precária*” (Minerbo, 2010, p.414) e seu principal sintoma é uma pseudo-depressão.

Segundo a autora, este déficit identitário está referido a falhas na função materna, ou função simbolizante, dado que é o inconsciente materno e seus substitutos (instituições) que são responsáveis pelo estabelecimento de laços simbólicos que propiciam a experiência subjetiva de fazer sentido. Assim, o sem-sentido, referido à pura intensidade afetiva, é traumático e dá origem a um núcleo psicótico, que, quando ativado, relança o sujeito às angústias inomináveis ou de aniquilamento, pelas quais passa o bebê.

Depois deste pequeno percurso que desemboca no estudo da constituição da subjetividade do paciente-limite, vale lembrar que, quanto mais o analista aproxima-se destes modos de funcionamento psíquico, mais ele se sente questionado e desafiado (Pontalis, 1974a), pois nesta atividade é posta em cheque o *conjunto* de sua atividade teórica e prática, dado que sua escuta, sua resposta e seu modo de ser e interpretar se vêm necessariamente modificados. Os pacientes analíticos não são mais o que eram na época de Freud, pois se modificou o olhar para eles, ou seja, mesmo em seus casos de neuroses francas, é possível, cada vez mais, vislumbrarmos a presença de formas “mistas”, nas quais, por detrás de um funcionamento neurótico, revelar-se-iam atividades projetivas e fragilidades narcísicas, o que, por si só, indica a presença da dissociação do eu.

Os analistas também mudaram, estão mais atentos ao latente, à repetição do traumático, mais interessados no “continente” que no “conteúdo”. Deixaram de ser tanto “os mestres do significante”, de modo que, quando evocam seus casos difíceis, as palavras que aparecem para

expressar o que sentem na posição de analistas são: atrapalhado, paralisado, bombardeado – o que não deve ser tomado no sentido de uma vaga impotência, mas como sua dupla função de intérprete e objeto da transferência, a segunda função passa a ocupar todo o espaço, exigindo-lhe a atenção e criando a necessidade de pensarmos o dispositivo analítico como um todo (Pontalis, 1974b)¹¹.

Pontalis chama atenção ao fato de que foi André Green um dos principais autores a se interessar em trazer à baila a discussão de sua clínica para casos difíceis e o tratamento do paciente fronteiro, tendo elaborado, inclusive, inovadoras construções sobre a noção de *limite*, uma vez que coloca que estes pacientes se encontram no duplo-limite entre o interno e o externo, entre o consciente e o inconsciente. Nestes termos, interessa-nos um aprofundamento no pensamento de André Green (Figueiredo & Cintra, 2004)¹².

Com efeito, levando em conta estas palavras iniciais, elaboramos o estudo de um caso para ingressar na obra de dois dos mais eminentes pensadores da psicanálise que criaram teorias e dispositivos que nos permitem articular e compreender a clínica psicanalítica no que diz respeito ao tratamento do paciente-limite, fronteiro ou *borderline*: Donald W. Winnicott e André Green.

Nossa meta será, assim, por meio da ilustração do caso clínico de uma paciente que se tratou com ambos os analistas, tentar situar como estes analistas puderam modificar o *setting* analítico aplicável a estas estruturas que resistem ao método clássico, bem como das peculiaridades do tratamento proposto por cada um destes autores.

Para tanto, nossas questões são:

- Existe o enquadramento apropriado ao tratamento do paciente-limite dentro da clínica psicanalítica?
- Quais as principais contribuições de cada um dos autores para o estudo destes casos?
- Quais as principais conexões e divergências entre estas teorias e no que estas nos permitem melhorar a nossa escuta clínica?

¹¹ PONTALIS, J-B.,(1974b) O psiquismo como dupla metáfora do corpo. In *Entre o sonho e a dor*, Aparecida, SP:Ideias & Letras, 2005 – (coleção psicanálise século I).

¹² FIGUEIREDO, L. C. e CINTRA, E. M. U., Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In *Limites*, São Paulo : Escuta, 2004.

Iremos, assim, dividir esta discussão em três capítulos e uma conclusão.

No primeiro capítulo, apresentaremos o caso de consultório que instigou esta discussão e o contexto histórico e pessoal no qual os autores produziram suas teorias.

No segundo capítulo, será discutido o modo de apresentação do caso clínico por Winnicott, buscando situar quais os principais eixos teóricos que o autor adota para interpretar o caso como o faz, bem como os principais comentários traçados por Green a respeito daquilo que foi exposto por Winnicott em sua apresentação do caso.

No terceiro capítulo, estudaremos o caso apresentado por Green, buscando fundamentar a partir de seus comentários os principais eixos teóricos que informam sua concepção acerca do paciente-limite, buscando uma contraposição, quando necessária, com as já apresentadas categorias de Winnicott.

Ao final apresentaremos uma conclusão, buscando responder as questões que levantamos.

Capítulo 1 – Entre Winnicott e Green: uma apresentação

1.1 Primeiros passos:

Antes de passar propriamente ao relato dos casos que escolhi, gostaria de traçar algumas considerações sobre os motivos que me levaram a escolhê-los especificamente.

Como a questão clínica que motiva este mestrado está embasada nos possíveis modos de tratamento do paciente-limite, buscamos um caso que pudesse ilustrar aquilo que alguns autores optam por denominar de estrutura *borderline* ou, simplesmente, de caso difícil. Esta especificidade de paciente é muito relevante para a psicanálise, pois estão presentes nesta clínica questões referentes aos limites do tratamento e da atuação do psicanalista. Isto ocorre porque neste campo passamos a não estar apenas no terreno das neuroses, para o qual a psicanálise clássica freudiana foi primeiramente criada e ao qual estaria primeiramente restrita.

Houve um aumento expressivo dos números deste tipo de caso que chegam a cada dia nos consultórios. São casos que transitariam entre a psicose e a neurose e apresentam em sua constituição uma grande incidência de mecanismos de defesa arcaicos, que nunca puderam parar de atuar, e acabam causando um empobrecimento do psiquismo para o processo de simbolização. Por outro lado, há também a impossibilidade de vivenciar o processo de luto. Tais situações passaram do *status* de uma incômoda exceção, que possuía nos anos clássicos da psicanálise, para um dos assuntos de maior relevância na discussão da clínica contemporânea.

Apesar das questões que envolvem esta clínica estarem bastante em voga nos meios psicanalíticos há bastante tempo, a questão do paciente-limite, dentro de sua lógica constitutiva e de

suas conseqüências, somente passou a chamar minha atenção quando pude estabelecer minha própria prática clínica. Nesta, o contato constante com pacientes, cujas questões se afastavam da clínica freudiana para a neurose, acabou me lançando na busca de autores que pudessem auxiliar a ampliar a minha visão e escuta analítica, que neste primeiro momento ainda estava bastante restrita.

Como em psicanálise teoria e clínica são campos que se complementam na produção de um saber no consultório, um dos casos com o qual me via às voltas em minha prática clínica estava causando bastante angústia: era uma paciente que, apesar de demonstrar capacidades bastante notórias de observação, desempenho e percepção, não conseguia utilizar-se deste potencial para se repensar, ou para criar meios criativos que permitissem a ela dar conta de administrar sua própria vida. Muitas vezes era praticamente incapaz de permitir-se relativizar algumas de suas proposições básicas sobre si mesma, bem como sobre seu modo de sentir-se no mundo.

Dentro desta perspectiva, seria possível afirmar, inclusive, que ela acreditava que a sua realidade subjetiva era idêntica à sua realidade objetiva, de modo que tratava suas percepções de forma bastante concreta. Assim, sentia-se vivendo em um ambiente desagradável e persecutório. Parecia ser quase impossível abrir mão de certos pontos de vista que somente a faziam tomar uma atitude apática e desvitalizada a respeito de suas próprias questões.

Em outras palavras, resistia bravamente a abrir mão de uma tentativa de controle onipotente que exercia sobre si própria, afirmando que, em decorrência de sua idade (cerca de cinquenta anos), já havia passado por todas as experiências possíveis de serem vivenciadas, de modo que se considerava uma perita em todas as coisas do mundo e sentia-se como se tudo fosse uma entediante repetição daquilo que já fora vivenciado anteriormente. Ou seja, sentia-se sempre capaz de enxergar além daquilo que os outros, os “normais”, dentre eles o analista, conseguiam alcançar dentro de suas visões limitadas de mundo.

Assim, por mais que, através de construções que se operavam na análise, parecesse-lhe razoável, e até mesmo racional, admitir que talvez sua percepção pudesse estar sujeita a certos vieses que pudessem ofuscar sua visão taxativa de mundo, ela continuava a negar, mesmo aquilo

que chegava a visualizar minimamente e ainda que isso acarretasse na manutenção de seu sofrimento. Era demasiado angustiante admitir qualquer possibilidade de equívoco ou de “não-saber” sobre a totalidade da realidade, mesmo quando estava diante de alguma situação nova, o que exigia dela uma desautorização imediata da novidade.

Interessantemente, nos moldes metafóricos de um “véu de Penélope”¹³, muitas vezes, quando eu a acompanhava até a porta, ela, depois de concordar com minhas colocações, aproveitava-se deste momento de transição, no qual minha escuta analítica não se encontrava totalmente voltada para a função, para ir desconstruindo os pontos mais importantes que haviam sido elaborados na sessão. Contudo, nestes momentos suas defesas também estavam mais baixas, de modo que era mais fácil visualizar as angústias das quais se defendia. Limitava-me, então, a dizer: “Tente trazer isso novamente na próxima sessão!”

Neste sentido, vale lembrarmos as palavras de Abraham, em seu célebre texto de 1919 sobre dificuldades encontradas na análise de pessoas do “*tipo narcísico*”:

Eles desejam ultrapassar o médico, desvalorizar as suas capacidades, eles consideram que “fazem melhor”. É extremamente difícil fazê-los desistir de opiniões preconcebidas, a serviço do narcisismo deles: eles têm o espírito de contradição e conseguem fazer da psicanálise uma briga de palavras, um debate para ver quem tem razão (Abraham, 1919, p.66)¹⁴.

Durante os primeiros meses de tratamento, sempre começava as sessões com a frase: “Bom, primeiramente, tudo igual à semana passada!”, e, por mais que trouxesse novidades ou surpresas que surgiam em seu cotidiano, qualquer apontamento ou fala do analista eram recebidos, antes mesmo de serem comunicados, com a expressão: “Não! Não! Não!”.

¹³ Uma referência ao mito grego de Ulisses apresentado por Homero no livro “Odisséia”, no qual Penélope, esposa do herói mitológico, quando, depois de passado um tempo desde que seu marido partira em sua jornada, era instada a casar-se novamente, dizia que o faria quando terminasse de tecer um determinado véu, o qual todos a viam tecer durante os dias. Contudo, na esperança da volta do marido, desmanchava-o durante as noites (Wikipedia 4/11/2012).

¹⁴ ABRAHAM, K., A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. In *Selected papers on psycho-analysis*, 1919 - Hogarth London.

Em alguns momentos a desautorização era tão patente que um gesto bastante peculiar e ilustrativo chegava a tomar conta dela: batia uma das mãos na outra em sinal de descaso, e depois, com a outra mão, fazia um gesto de que pinçava a determinada situação que pudesse tê-la afetado um pouco mais, arremessando-a para longe, como se o próprio gesto em si tivesse o condão de fazer desaparecer o conflito e os afetos que esta despertava. Muitas vezes, quando me dispunha a apontá-lo, este era imediatamente remetido ao uso da bupropiona, remédio antidepressivo que tomava com uma prescrição médica já antiga, dentro de um tratamento psiquiátrico que nunca chegara realmente a ser levado a termo. Era o medicamento, jamais ela, o responsável pela sua excessiva falta de vivacidade e desinteresse diante das coisas, dado que este havia lhe subtraído qualquer resquício de seu antigo, e bastante agressivo, ímpeto, algo que era visto com bons olhos pela paciente.

Sua principal queixa era de que ninguém lhe dava uma oportunidade para trabalhar, o que era remetido a algo dela que desconhecia, pois apesar de se considerar muito hábil e esforçada para a execução de tarefas, as pessoas bem sucedidas com quem se relacionava e que, portanto, poderiam lhe oferecer uma proposta atraente, não a levavam a sério, ou a boicotavam com o propósito de “colocá-la em seu lugar”, percepção compatível com um terrível sentimento de inveja do qual nada podia saber e do qual não podia apropriar-se. Relatava que muitos já haviam sido contemplados com as benesses destas amizades influentes, mas em seu caso haviam sido apenas promessas vagas que jamais se concretizavam, o que acabou levando-a a finalizar estas relações, afinal, estes amigos não eram dignos da confiança e da amizade especial que ela neles depositava.

Sentia que suas últimas experiências laborativas haviam sido bastante desagradáveis, com um aumento crescente da persecutoriedade que sentia em relação aos seus patrões e aos colegas de trabalho, que costumavam entrar em conlúio para conspirar contra ela e para roubá-la, resultando finalmente em sua demissão, uma vez que havia momentos em que não mais se aguentava e acabava partindo para o enfrentamento. Sua visão de mundo baseava-se em um misticismo bastante sedutor, no qual os objetos eram sempre parciais, cindidos a partir de sua essência boa ou má.

Vale ressaltar que sempre afirmou que jamais iria deitar-se no divã e que precisava falar comigo olhando em meus olhos, o que ela afirmava lhe permitir observar meus movimentos, controlando-me a partir de seu campo de visão. Jamais pudera, também, mesmo em sua época de estudante, sentar em qualquer cadeira que não estivesse encostada a uma das paredes da sala, pois temia ser atacada pelas costas. Esta problemática, segundo Abraham (1919), é derivada da “onipotência anal” e pode ser traduzida como um desejo de tudo controlar, tudo saber, tudo poder, o que está calcado em um medo terrível de perder o controle sobre sua própria vida.

À medida que o tempo passou, ficou cada vez mais claro para mim que o modo de funcionamento desta paciente a caracterizava como um caso difícil, no qual o mecanismo de defesa preponderante em sua dinâmica psíquica não era o recalque neurótico, mas as desautorizações, as cisões, as negações e identificações projetivas, que lhe embaralhavam os limites entre o dentro e o fora do psiquismo, criando angústias de separação e intrusão, típicas de uma fase de desenvolvimento do psiquismo mais primitiva do que a problemática edípica, na qual prepondera a angústia de castração.

Assim, meu interesse, que em um primeiro momento era muito mais teórico, acabou mudando totalmente de rumo, pois senti que precisava buscar um aprimoramento da minha escuta psicanalítica que pudesse me ajudar a manejar e conter este tipo de angústia que era despertada pelas sessões com esta paciente. Por outro lado, foi possível verificar que estas questões, que vinham surgindo na medida em que me aprofundava nestes tratamentos, já haviam mobilizado outros analistas e teóricos da psicanálise, o que tornou instigante uma pesquisa sobre suas sugestões e soluções para lidar com esta problemática.

Vale confessar que, em um primeiro momento, fiquei bastante tentado a trazer o caso desta paciente que descrevi, pois acredito que seria bem interessante poder discuti-lo com o leitor, uma vez que possuo um amplo histórico do caso, bem como o seu atual encaminhamento, o que por si só nos permitiria um estudo mais completo. Contudo, em decorrência de questões éticas, já que eu ainda acompanho o caso no consultório e disso poderiam decorrer questões transferenciais que

pudessem prejudicar o andamento do tratamento e a fluidez do relato, acabei optando por trazer um caso similar da literatura psicanalítica, no qual eu pudesse identificar um funcionamento psicodinâmico e sintomas similares aos desta minha paciente.

Assim, o caso clínico pelo qual optamos para ilustrar nossas reflexões é de uma paciente definida pelos autores como uma paciente-limite, na qual, também, o que prepondera são os mecanismos de cisão e negação e que nos abre um terreno fértil para estudarmos as questões do enquadre analítico e o manejo transferencial do paciente a partir do enquadramento dado ao caso por cada um dos analistas que tomaremos como base para esta dissertação.

Descreveremos, assim, o caso de uma mulher que foi tratada por D. W. Winnicott apresentado ao leitor na segunda edição do texto *Objetos e Fenômenos transicionais* (1951/1971)¹⁵, servindo como ilustração para a teoria que desenvolveu no primeiro capítulo de seu livro *O Brincar e a Realidade* (1971)¹⁶. Neste capítulo o autor trouxe o caso como um exemplo do que poderia ocorrer quando o ambiente não fornece meios hábeis para que o psiquismo mantenha a esperança na volta do objeto externo, o que acarretaria na morte do objeto interno e, portanto, na impossibilidade de criação de um espaço potencial. Interessantemente, esta mesma mulher foi paciente do psicanalista André Green, que nos brinda, em seu artigo *A intuição do negativo em “O brincar e a realidade”*, no livro *André Green e a Fundação Squiggle* (2003)¹⁷, com a possibilidade de trazer mais alguns elementos sobre o caso, porém interpretados a partir de sua própria perspectiva teórica que, apesar de bastante inspirada na teoria winnicottiana, traz em seu cerne vários desdobramentos bem divergentes dos apontamentos do primeiro autor, levando-nos a pensar em outros aspectos da teoria de Green como, por exemplo, a questão da “estrutura enquadrante” e o que ele chamou de “o trabalho do negativo”.

¹⁵ WINNICOTT, D. W., *Playing and Reality*, London: Tavistock, 1971.

¹⁶ WINNICOTT, D.W., *Objetos Transicionais e fenômenos transicionais, O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro: Imago,[1971] 1975.

¹⁷ GREEN, A., *André Green at the Squiggle Foundation* Londres: The Squiggle Foundation, 2000. Em português *André Green e Fundação Squiggle*. São Paulo: Roca, 2003.

1.2 Contexto histórico

Como o escopo de nosso trabalho é a análise comparativa da clínica do paciente-limite, tomando como base a teoria de dois autores de influência notória dentro do campo psicanalítico, acredito que, em um primeiro momento, é interessante que o leitor possa ser contextualizado a respeito de alguns fatores históricos e biográficos que influenciaram e movimentaram a construção de suas teorias, bem como o debate que se coloca entre os autores por meio destas.

Neste sentido, é importante lembrar que, segundo Figueiredo (2007)¹⁸, parafraseando Michel Foucault, Freud foi muito mais que um simples autor, ele foi o criador de uma área do conhecimento que é a psicanálise, abrindo o campo dentro do qual as obras de nossos referidos autores encontraram espaço para se desenvolver, tornando-se, deste modo, o “fundador de uma discursividade”. Isto significa que, por meio de seus textos, foi o “instalador de um campo discursivo de diferenças possíveis”, que determina “a possibilidade e a regra fundamental para a formação de outros textos” (Foucault *apud* Figueiredo, 2007, p.287). Esta transdiscursividade, que no caso da obra de Freud está calcada na ideia de Inconsciente, é o que permitiu a muitos outros autores, (como Klein, Bion, Lacan, tal como Green e Winnicott), a possibilidade de criar suas próprias teorias originais “construídas por meio de trilhas interconectadas” (Figueiredo *op citado*, p.287), que, ainda que muitas vezes produzam rupturas e pontos de vista completamente incompatíveis e diferenciados, tendem a retrair e a expandir o terreno das teorias da psicanálise freudiana.

Vale lembrar, assim, que a transdiscursividade, longe de tentar criar uma unificação de diferentes tipos de pensamentos e ideologias conceituais, favorece “os atravessamentos” teóricos produzidos por cada teórico da psicanálise, a partir daquilo que se verifica por meio da prática clínica, do estudo da obra de outros autores e da escuta que se pratica no consultório: permite,

¹⁸FIGUEIREDO, L.C., André Green lê Winnicott in Bezerra Jr., Benilton & Ortega, Francisco (orgs) *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2007.

portanto, que se recrie a psicanálise de uma forma singular, como foi o caso de Winnicott e Green (ibid.).

É possível afirmar, então, que a leitura única e original que Winnicott fez da psicanálise é um produto tanto daquilo que pode deduzir da prática em seu cotidiano como clínico de casos difíceis, como da interlocução que pôde estabelecer com os demais psicanalistas de sua época, principalmente Freud e Klein, com os quais ele paradoxalmente muitas vezes concordava e outras vezes discordava. Sua primeira relação com a obra de Freud foi por meio do livro *A Interpretação dos Sonhos*¹⁹, depois que retornara da primeira guerra mundial, no qual pela primeira vez teve de haver-se com a questão do traumatismo psíquico que assolava os soldados feridos dos quais cuidou na função de médico do exército. Sua primeira análise foi com James Strachey, tradutor inglês das obras de Freud.

No que diz respeito à sua relação com Melanie Klein²⁰, esta chegou a ser sua supervisora e uma de suas principais influências, tendo sido, inclusive, designado por ela para ser o analista de seu filho, mas de quem também sempre buscou diferenciar-se, preservando, assim, uma identidade própria. Foi analisando, também, em sua segunda análise, de Joan Rivière, uma das principais seguidoras do pensamento de Klein.

Winnicott, dentro da psicanálise inglesa, figurou no grupo independente (middle group), que buscava afastar-se da controvérsia dogmática que vigorava na época dentro da Sociedade Psicanalítica de seu país (da qual, inclusive, foi presidente), que basicamente estava cindida entre os adeptos do estilo kleiniano e o estilo annafreudiano, buscando, assim, uma independência de pensamento. Uma de suas principais posturas é a não aceitação da idéia de conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte (algo que é essencial para o estilo kleiniano), bem como o entendimento de que a sexualidade não é algo que está presente no indivíduo desde o começo de sua vida (afastando-

¹⁹ FREUD, S. *A interpretação dos sonhos*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2001 [1900].

²⁰ Segundo PHILLIPS, A. *Winnicott*, Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006, Winnicott compartilhava com Klein a crença de que havia uma importância decisiva nos estágios precoces do desenvolvimento, porém, para o autor, o bebê busca desde o início o contato e a intimidade com uma pessoa humana, ao passo que Klein observa, nestas primeiras relações, um conflito de instintos.

se de Freud), mas algo que se desenvolve ao longo do tempo como consequência de um processo maturacional bem sucedido. Todavia, como os demais psicanalistas ingleses da época, a ênfase de seu entendimento esta relacionada à teoria das relações objetais, que inovou por meio de sua mais festejada teoria: o objeto transicional, um conceito tão importante que modificou expressivamente toda a psicanálise.

O processo maturacional do ser humano é visto pelo autor como algo que tem uma dimensão ou tendência inata, que é da essência do ser humano, impulsionando naturalmente o ser para o seu potencial desenvolvimento e suas relações objetais. Sendo assim, os distúrbios psíquicos que podem surgir são consequência de traumatismos e interrupções que obstam este desenvolvimento natural e a direção do tratamento aponta justamente no sentido de restaurar o psiquismo para que este retome seu curso natural de desenvolvimento, o que compreenderia um processo regressivo que deve ser sustentado pelo analista. Para Winnicott, os primeiros momentos da vida são os mais importantes para a saúde do sujeito, pois, como o psiquismo ainda está em construção, qualquer falha grave pode acabar prejudicando este processo. Nestes momentos, é essencial que a criança possa contar com uma mãe suficientemente boa, apta a conter a violência do amor primitivo e disponível para servir de filtro aos estímulos ambientais intrusivos, ou seja, para lhe apresentar o mundo em pequenas doses. Quando não pode ser contido por esta proteção, o bebê tende a cindir-se, formando aquilo que Winnicott chama de falso-*self* cindido, uma espécie de carapaça defensiva que o protege do ambiente, mas que, por outro lado, impede um contato mais criativo com a experiência, limitando-o a reações e mimetizações.

André Green, por outro lado, é um psicanalista de origem franco-egípcia. Seu percurso pela psicanálise sempre foi uma resposta às exigências da clínica, o que acarretou em um envolvimento apaixonado com seus desafios e dificuldades. Talvez, por sua condição de apátrida, tenha se esforçado para jamais filiar-se a quaisquer dos movimentos que se desenhavam entre os psicanalistas franceses na época de sua formação, porém sempre buscou se manter aberto a todas as

questões que moviam estes debates e rupturas, o que fez dele um analista independente (Candi, 2010)²¹.

Sua primeira grande influência foi Henry Ey, psiquiatra com gosto por filosofia e epistemologia, que era um dos mais apreciados interlocutores de Lacan, com quem aquele, inclusive, havia feito residência nos anos 30 e que buscava uma integração entre a psicanálise e a psiquiatria. Seu primeiro analista foi Maurice Bouvet, quem pode aproximar Green um pouco mais da psicanálise, disciplina que já o interessava desde a infância, e que foi uma espécie de opositor intelectual das posições de Lacan, apesar de não discordar inteiramente de suas idéias. O pensamento de Bouvet influenciou Green em seu interesse pelos casos-limite e pela teoria que atribuía às relações objetais uma importância maior no processo de constituição subjetiva, entendendo-se, portanto, mais com as teorias de Klein e Fairbairn do que com Lacan (Green, 1988)²².

Após a morte prematura de Bouvet, Green passa a acompanhar de perto as idéias de Lacan, participando ativamente de seus seminários durante sete anos (1960-1967). A influência de Lacan na obra de Green é notória e pode ser percebida por meio da prevalência da questão das pulsões e, portanto, da sexualidade e da linguagem, bem como da função paterna e simbolização, questões que continuarão sempre figurando em suas teorias ao longo de toda a sua obra, o que não o impediu de formar um pensamento próprio e original. Sob a égide do ensino de Lacan, aprendeu a extrair dos textos de Freud mais que uma simples idéia geral, mas o modo como se articula seu raciocínio.

Ao mesmo tempo em que tentava extrair o máximo do ensino de Lacan, passou a interessar-se, também, pela figura de Winnicott (entre outras personalidades da psicanálise inglesa), principalmente em razão do caráter pessoal de sua postura e pelas inovações teóricas e clínicas que

²¹ CANDI, T.S., *O duplo limite: O aparelho psíquico de André Green*, São Paulo : Ed. Escuta, 2010.

²² GREEN, A., Introdução, *Sobre a loucura pessoal*, Ed. Imago: Rio de Janeiro, 1988.

defendia²³. O contato com este pensamento o fez enxergar "uma outra maneira de compreender a prática e de interpretar o que devia ser ouvido" (Green, 1988). Mais tarde, nos anos 70, até por ser essencialmente freudiano, irá interessar-se por Bion, cuja metapsicologia e sagacidade intelectual permitiu aproximá-lo da obra do pai da psicanálise (Duparc, 2000)²⁴.

Seu rompimento com Lacan, a quem ele acusou de utilizar-se de seu poder de sedução entre os seus discípulos para fazer um jogo de influências, dá-se em 1967, em um momento em que Green é criticado abertamente durante um de seus seminários por, em um de seus artigos, ter dado mais vazão ao pensamento de outros autores do que às idéias de Lacan. A partir de então, visando preservar sua postura independente, decide que já estava na hora de se desligar do grupo, que sentia estar operando de forma arbitrária.

Em 1972, junta-se com outros dissidentes do ensino de Lacan, como Pontalis, e com psicanalistas de outras escolas, como Masud Kahn (principal discípulo, protegido e ex-analisando de Winnicott), para torna-se um dos principais colaboradores da revista *Nouvelle revue de psychanalyse*, na qual publicou importantes textos, cujo tema principal sempre foi a questão das dificuldades clínicas e do manejo do *setting* em análises que envolvem pacientes difíceis e pouco resilientes.

Apesar de Green e Winnicott jamais terem mantido uma relação pessoal, é bastante notória a influência das teorizações winnicottianas para a construção das teorias de Green, que tem também, como seus principais interlocutores, Freud, Bion, Lacan e Klein. Seu interesse pela psicanálise inglesa advém da experiência clínica com pacientes difíceis, com sintomas narcísicos. Este narcisismo preponderante se contitui em decorrência destes pacientes terem desenvolvido uma relação comprometida com seus objetos primários, uma vez que estes não foram capazes de propiciar um cuidado adequado no início da vida.

²³ Candi (2010) comenta que talvez o que tenha impressionado Green fora a originalidade e a liberdade de espírito do discurso de Winnicott, uma vez que estava acostumado às performances intelectuais brilhantes, porém antipáticas, dos franceses.

²⁴ DUPARC, F. *André Green*. São Paulo; Via Lettera, 2000 (Psicanalistas de Hoje).

Green comenta que

os trabalhos de Winnicott (e seus adeptos, sobretudo Masud Kahn e Marion Milner) eram de uma legitimidade incomparável do ponto de vista clínico: ficava-se impressionado com a originalidade de seus conceitos, sua novidade e, eu acrescentaria, seu frescor. Trouxeram um arejamento ao espaço psicanalítico, despindo a técnica clássica de sua rigidez e dando uma renovada liberdade à dupla analítica (Green, 1988,p.16).

Neste sentido, faz questão de ressaltar que considera *O brincar e a realidade* (1971), que sustenta a criação do espaço intermediário e os fenômenos transacionais, com a consequente defesa de um raciocínio paradoxal, uma das obras mais fundamentais da psicanálise contemporânea, essencial ao estudo dos funcionamentos não neuróticos. Não sem razão, portanto, dedica à memória do autor seu artigo de 1974, *O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico*²⁵, que propõe um modelo teórico-clínico para os pacientes-limite, no qual a questão da qualidade do encontro com o objeto é de tamanha influência para o sistema representativo que acaba sendo o fator principal da possibilidade ou não da capacidade de simbolização do indivíduo. Este modelo, inspirado no modelo winnicottiano para pacientes que resistiam ao *setting* analítico clássico, propõe que o analista possa manejar o enquadre, tornando-o um ambiente facilitador, compreendendo que aos seus elementos seja lançado um olhar diferenciado, conforme será melhor explicitado ao longo deste capítulo.

Green nos lembra, ainda, que as idéias de Lacan sobre a linguagem como presença e ausência dos objetos foram-lhe essenciais para estas formulações.

Da interseção que pode estabelecer entre as teorias de Winnicott, Bion e Lacan, surgiu seu mais festejado texto, *A mãe morta* (1983)²⁶, publicado em seu livro *Narcisismo de Vida*,

²⁵ GREEN, A., O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico, In *Sobre a loucura pessoal*, Ed. Imago: Rio de Janeiro, 1988 [1975].

²⁶ GREEN, A., A mãe morta, *Sobre a loucura pessoal*, Ed. Imago: Rio de Janeiro, 1988 [1983].

*Narcisismo de Morte*²⁷, no qual teoriza a respeito do narcisismo em face às idéias da teoria final de Freud sobre o conflito pulsional. Neste texto, Green dialoga livremente com as teorias destes vários autores propondo, por meio de seus próprios conceitos originais, uma teoria que estivesse além das divergências culturais que provem da tradição de uma ou de outra escola, em proveito de um arranjo teórico que pudesse reponder às dificuldades clínicas que encontrava no tratamento do paciente-limite.

Green (1988) sustenta, na introdução de sua obra *On private madness* (1986)²⁸, tradução de uma *La folie privée* (1990)²⁹, que nada impede que as obras psicanalíticas possam atravessar as fronteiras dos países onde se tornaram conhecidas. Este, inclusive, foi o caso de sua própria obra: por ter incorporado e ampliado uma série de elementos que constam da teoria winnicottiana, foi isto que o levou a ser bem recepcionado pela Fundação Squiggle de Londres (dedicada a Winnicott), onde realizou uma série de seis conferências, sendo que em uma delas, *A intuição do negativo em "O brincar e a realidade"* (1997)³⁰, descreve o tratamento da paciente sobre quem falaremos nesta dissertação.

Nesta conferência, podemos verificar que o resultado final de sua releitura da obra winnicottiana, que culminou em sua teorização acerca do trabalho do negativo, é "muito pouco Winnicott e plenamente André Green" (Candi, 2010). Nesta, apesar de ter sido bastante sedutor, sustentando perante a platéia winnicottiana que concordava plenamente com as posições sustentadas pelo autor inglês a respeito das interpretações que empresta aos casos que comenta, é impossível não levar em conta as críticas que irá levantar, quando se coloca como uma espécie de supervisor das posições de Winnicott, argumentando, assim, que ele não havia levado em conta os fatores sexuais e agressivos que estavam presentes nas sessões da paciente e que isso era uma decorrência da impossibilidade do autor de lidar com estas questões. Em outras palavras, o processo

²⁷ GREEN, A. *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte*, São Paulo: Editora Escuta, 1988.

²⁸ GREEN, A., *On private madness*, London: Hogarth Press ldt : 1986

²⁹ GREEN, A., *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. Paris: Gallimard, 1990

³⁰ GREEN, A. The intuition of negative in "Play and reality" in *André Green at the Squiggle Foundation* Londres: The Squiggle Foundation, 2000

de análise ficara estancado em um *enactment*³¹, já que Winnicott não teria podido lidar com as questões da paciente que obstavam a análise, uma vez que não conseguira, ele mesmo, elaborar estas questões em sua própria análise, de modo que ficou em alguns sentidos travado no abismo da contratransferência.

Estas mesmas críticas irão aparecer de forma menos velada na última de suas conferências à Fundação inglesa em 2005³², onde ele irá criticar abertamente as posições sustentadas por Winnicott a respeito de sua idéia de "brincar", como veremos de forma mais específica ao longo deste e do próximo capítulo desta dissertação. Nestas críticas, novamente sustenta que o fato do autor inglês desconsiderar a sexualidade na infância como um fator constitutivo na vida do bebê, bem como a agressividade advinda da pulsão de morte, devia-se à impossibilidade pessoal de lidar com estes temas, deixando a platéia winnicottiana surpresa.

Em um pós-escrito denominado *Addendum to lecture* (2005), irá justificar novamente esta posição alegando que o alcoolismo e as barbaridades clínicas cometidas por Masud Kahn, que, a partir de certo momento em sua vida, que Linda Hopkins³³ faz coincidir com o declínio de seu segundo casamento e com a morte de Winnicott, costumava ter um comportamento agressivo e inapropriado com seus pacientes. Este comportamento controverso levou Kahn algumas vezes ao comitê de ética da Sociedade Psicanalítica Britânica, até que finalmente em 1988 foi expulso sob a acusação de anti-semitismo, em face do material clínico sobre um paciente judeu de quem tratara com técnicas polêmicas e preconceituosas, conforme foi exposto em seu livro de 1988, *When Spring Comes: Awakenings in Clinical Psicanalysis*, no qual ele também relata experiências sexuais com uma paciente.

³¹ Segundo Figueiredo (2008, p.32), *enactments* são dimensões da transferência que vão além do retorno do recalcado, não sendo, portanto, passíveis de interpretação, bem como não se confundem com encenações da parte cindida ou com a identificação projetiva (casos em que uma espécie de comunicação se dá entre os inconscientes do analista e do analisando). Sua principal característica é ser um convite, mesmo uma intimação, para que o analista possa “reconhecer e responder às partes dissociadas que carecem de contextos adequados para existir no plano do sentido compartilhado. Uma interpretação em situações assim tem a finalidade fundamental de reconhecimento (espelhamento) da parte cindida e da experiência até então invalidada”.

³² GREEN, A., *Play reflection in Donald Winnicott's writings and "Addendum to lecture"*, London: Cesare Sacerdoti: 2005.

³³ HOPKINS, L., *False Self – The Life of Masud Kahn*, New York : Other Press, 2005.

Entre estes comportamentos, configurava-se uma proximidade incomum de Kahn com seus pacientes em suas vidas privadas³⁴, chegando ao cúmulo de praticar atos sexuais com suas pacientes durante as sessões de análise. Para Green, todos estes vícios eram uma consequência do fato de que estes fatores não teriam sido apropriadamente trabalhados em sua análise, dado que Winnicott, preocupado demais com a maternagem e com a relação primária mãe-bebê, não teria se ocupado adequadamente de fatores envolvendo a agressividade e a sexualidade. Um destes comportamentos foi responsável, inclusive, pelo rompimento de Kahn com Green, com quem cultivava uma amizade íntima de muitos anos e que tinha nele um de seus mais estimados interlocutores.

³⁴ GODLEY, W., *Saving Masud Kahn*, London Review of Books, vol. 23, n.4, pp. 5-7, 2001.

Capítulo 2 - A paciente de Winnicott: o colapso da transicionalidade

O primeiro a nos apresentar a paciente é D. W. Winnicott, na terceira parte do primeiro capítulo do livro *O Brincar e a Realidade* (1971), nomeado de *Material Clínico: Aspectos do fantasiar*. O escopo desta apresentação de Winnicott é realizar uma reflexão acerca de seus pensamentos sobre os fenômenos transicionais dentro de seu trabalho clínico cotidiano, isto é, pensar o momento que se coloca entre as raízes do auto-erotismo oral, quando o bebê, então, utiliza-se de sua própria mão para excitar-se e tranquilizar-se, até o momento em que ele poderá desenvolver um tipo de relação afetiva com outro objeto específico e valioso, relação esta tão intensa que o autor a aproxima de um vício, dando a este objeto especial o *status* de ser a primeira posse não-eu do bebê.

Este entretempos, denominado pelo autor de *progressão do simbolismo no tempo*, além de ser essencial para a formação de uma membrana que separa o dentro do fora, realidade interna de realidade externa, bebê e mãe, será ainda mais relevante como uma possibilidade para que o bebê crie uma área intermediária, por meio da relação que vai se estabelecendo progressivamente com o objeto transicional. Este pode ser um ursinho, um cobertor, ou qualquer outro objeto que dê a impressão de maciez, textura ou movimento. Ele é ao mesmo tempo parte do corpo do bebê (objeto subjetivo), mas também um objeto que não é ele e que tem características que lhe são próprias (objeto objetivamente percebido), criando uma área intermediária. Um espaço *entre*, que está além do dentro e do fora, que estabelece a possibilidade de criá-los e diferenciá-los.

Para pensar a idéia deste espaço potencial, é interessante refletirmos um pouco mais sobre o significado da *progressão do simbolismo no tempo* que se torna possível através do brincar:

Do ponto de vista winnicottiano, a simbolização não é somente a união instantânea de duas partes separadas, mas contém também uma dimensão temporal, pois permite religar duas experiências subjetivas (duas experiências de mãe) que acontecem em momentos diferentes (Candi, 2010, p.135).

Neste sentido, só será possível aceder à simbolização no momento em que ela puder unificar a sua experiência com a mãe na fase em que ainda depende absolutamente dela, com a sua experiência com a mãe da qual pôde tornar-se relativamente independente dela. O que diferencia estes dois momentos é a possibilidade da mãe poder ausentar-se sem que a sua representação interna esvaeça do psiquismo da criança. Isto significa que ela já criou a possibilidade de estar sozinha em um espaço no qual vigora a potencialidade do reencontro com o objeto materno para além de sua ausência. Em outros termos, esta ausência não será encarada como uma *ausência propriamente dita*, que compreende a idéia de perda e de morte, pois a internalização da imagem da mãe e dos cuidados maternos criará um pano de fundo no qual a criança pode se permitir estar, confiantemente embalada e potencialmente acompanhada por estas representações, até o reencontro *real* com o objeto.

É através deste espaço potencial que o bebê será imbuído da função simbólica, que Winnicott remete à criatividade, à espontaneidade e ao brincar, bem como ao sentimento de que a criança pode inventar e fruir de sua própria realidade psíquica, ao mesmo tempo em que consegue perceber a *alteridade* da realidade do mundo como uma novidade não excessivamente frustrante e traumática, isto é, que pode ser compatibilizada com seu mundo de desejos e necessidades.

Nestes termos, Winnicott defende que o encontro da criança com a realidade pode ocorrer de duas formas diversas: de acordo com a presença, ou não, de uma mãe suficientemente boa.

No primeiro modo, quando tudo corre bem, é quando o bebê pode contar com o amparo de uma mãe suficientemente boa, o que o permitiu viver o processo de *ilusão*. Assim, sua descoberta do mundo se dá de uma forma natural, por meio da *adaptação ativa* da mãe às suas necessidades, dado que esta ocupa-se de apresentar-lhe a realidade em pequenas doses, bem como pode aceitar seu *gesto espontâneo*. Isto é o que permitirá uma transição tranquila da *experiência de onipotência* inicial para a realidade compartilhada. Quando esta transição tranquila ocorre, como veremos, a mãe irá colocar o objeto (seio) no lugar onde o bebê, em sua própria temporalidade e em seu próprio ritmo, estará pronto a encontrá-lo, causando, assim, a impressão de que foi ele quem o criou. Isto permite que a realidade externa seja criada e descoberta num ato de prazer. Vale lembrar que esta experiência irá se repetir várias vezes ao longo do tempo, até que o bebê possa tornar-se menos dependente, cabendo, portanto, à mãe proporcionar esta experiência de prazer, bem como acolher seu filho quando, nos momentos de regressão, ele desejar retornar a uma união fusional com ela.

No segundo modo, quando o bebê não pode contar com uma mãe suficientemente boa que possa adaptar-se ativamente a ele, criando-se, assim, um ambiente muito frustrante, seja por um excesso de ausência ou um excesso de presença, o primeiro contato da criança com a realidade se dará de modo aterrorizador e precoce, o que a obrigará a dispor de mecanismos de defesa que possam dar conta de lidar com a invasão deste ambiente traumático. Isto fará com que o bebê perceba a realidade como algo excessivo e ameaçador que, como veremos, irá acarretar na criação de um falso-*self* cindido.

Assim, segundo o autor, o espaço potencial é um produto da resolução bem sucedida das três tarefas referentes à *primeira mamada*³⁵, o que dependerá da atuação do objeto primário, por meio dos cuidados maternos iniciais: *holding* (sustentação), ou seja, função que compreende o

³⁵ Estágio da vida do bebê em que este depende absolutamente da mãe, exigindo desta uma adaptação ativa às suas necessidades infantis, tais como promover a experiência de ilusão, bem como servir de suporte para o desenvolvimento das três tarefas que Winnicott designa como essenciais a esta fase: a integração do Eu, a união psicossomática e a apresentação de objetos.

atendimento às necessidades físicas e emocionais do lactente; *handling* (manejo), referente aos toques maternos que envolvem o corpo do bebê como um todo de cuidados, permitindo a formação de uma unidade psicossomática; e *apresentação de objetos*, ou seja, ir aos poucos apresentando o mundo externo, de modo a permitir-lhe a ilusão de que é ele quem cria aquilo que encontra e tornando real seu impulso criativo onipotente inicial.

Dentro da visão de homem winnicottiana, portanto, além dos fatores internos do ser humano, o estudo do ambiente em que este se relaciona, desde o início, é um fator essencial para pensarmos o desenvolvimento e a maturação de seu psiquismo. Deste modo, o psiquismo será menos ou mais saudável, na medida em que o ambiente possa prover cuidados adequados às necessidades primitivas de bebê. Neste primeiro momento, caberá à mãe, ou à sua substituta (amparada por um pai ou um terceiro que possa cuidar dela durante este período), estar presente e promover estes cuidados, permitindo que a criança, guiada por sua criatividade primária e por seu impulso natural à maturação, possa vivenciar estas experiências, constituir-se e integrar-se, conforme seu potencial inato, rumo a uma vida que vale a pena ser vivida. Estas capacidades da mãe são denominadas de forma sumária de *preocupação materna primária*, o que compreende o cuidado de promover um ambiente confiável e de adaptar-se ativamente ao recém nascido que, neste momento, ainda depende absolutamente dela³⁶(Lejarrage, 2012)³⁷.

Porém, como foi ressaltado acima, quando rupturas muito graves ocorrem neste processo, principalmente quando a mãe não pode ou não consegue operar como um primeiro objeto suficientemente bom, sendo por demais ausente ou intrusiva, o psiquismo encontrará dificuldades para constituir-se, dando margem ao surgimento da psicopatologia, o que pode corresponder à formação de um falso-*self* cindido, característico dos casos *borderline*, como são os casos clínicos contados no fim do texto *Objetos transicionais e Fenômenos transicionais*. Entre estes, os dois

³⁶ Segundo Lejarrage (2012, p.20), “o estado mais originário do bebê é a não integração, a ausência de vínculo entre psique e corpo, e o absoluto desconhecimento da realidade externa. Winnicott entende que estes primórdios da existência envolvem um paradoxo: o bebê se encontra, ao mesmo tempo, em um estado de solidão essencial e de dependência máxima”.

³⁷ LEJARRAGE. A. L., *O amor em Winnicott*, Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

últimos nos serão mais importantes, principalmente o último deles, que é o caso da paciente que iremos problematizar.

Vale lembrar que, para Green, embasado no pensamento de Winnicott, a mãe é um objeto *absolutamente* necessário para o bebê, pois, neste momento inicial de extremo desamparo, caberá a ela tanto garantir sua sobrevivência física como provocar e conter as pulsões do bebê, criando contornos à loucura precoce³⁸, ou seja, a função do objeto primário na constituição do psiquismo é tão essencial para Green quanto para Winnicott no que diz respeito à formação do Eu e do psiquismo. Todavia, para o autor franco-egípcio, com o Freud e diferentemente de Winnicott, mesmo quando tudo ocorre bem, a descoberta da realidade pulsional tem seu potencial traumático, pois este é inerente à intensidade da pulsão e da agressividade do Eros primordial, exigindo, assim, um objeto que possa transformá-los.

Na sequência, iremos expor o caso clínico da paciente que foi atendida pelos dois autores, com uma diferença de pelo menos quinze anos entre a primeira (Winnicott) e a segunda (Green) análise, material por meio do qual iremos discutir quais os pontos teóricos mais importantes para o seu entendimento do caso, tentando, também, demarcar algumas de suas diferenças e similaridades. Neste capítulo enfatizaremos a sessão de Winnicott.

2.1) Apresentação do caso:

Os trechos que constam deste capítulo pertencem à tradução nossa do texto original³⁹ em inglês deste caso de Winnicott que consta do livro *O Brincar e a Realidade* (1975)⁴⁰. No intuito de facilitar a pesquisa para o leitor, o texto, na sua íntegra, constará de um anexo. Ao longo do capítulo

³⁸ Para Green (1980), a loucura é constitutiva do ser humano e ligada às vicissitudes da pulsão, dado que esta, em sua essência e sem um objeto que a ajude a traduzi-la em uma rede de sentidos, é louca.

³⁹ WINNICOTT, D. W., Transicional Objects e Transicional Phenomena, in *Playing and Reality*, London: Tavistock, 1971.

⁴⁰ WINNICOTT, D. W., *O Brincar e a Realidade*, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975

transcreverei alguns trechos que serão comentados a seguir, nos quais estarão em itálico os trechos mais relevantes.

a) Entre a objetividade e a subjetividade.

O material é de determinada sessão da análise da paciente, e *apresento-o por reunir diversos exemplos da grande variedade que caracteriza a imensa área existente entre a subjetividade e a objetividade* (Winnicott, 1975, p.38).

Como verificamos acima, Winnicott começa seu relato explicitando que, com o exemplo, ele irá pensar a sua teoria acerca dos objetos e fenômenos transicionais, que são, ao mesmo tempo, a porta de saída da relação dual e fusional que o infante estabelece com sua mãe (*dependência absoluta*) e a porta de entrada no mundo do *uso do objeto* (*dependência relativa*), ou seja, serão os objetos transicionais os responsáveis pela transição *do ser-com-a-mãe* do bebê, fundido com a mãe, para o poder *fazer* algo com o objeto. A transicionalidade é um processo que se opera de maneira incessante durante toda a vida do ser, pois o caminho que vai da pura subjetividade até a completa objetividade jamais cessa, assim como estes dois pontos que delimitam este curso só são concebíveis teoricamente.

A possibilidade de adotar um objeto transicional, portanto, denota que o processo de amadurecimento do sujeito está em curso, ou seja, que algo do mundo externo (objeto objetivamente percebido) começa a poder existir na área de onipotência do bebê, abrindo uma fresta no espaço da fusão em que este se encontra com a mãe, acarretando no começo da aceitação das diferenças e similaridades como algo não persecutório. Conforme veremos, é exatamente nesta área, ou na deficiência desta, que se encontram algumas das mais relevantes questões que envolvem o caso da paciente que estudamos.

O uso do objeto transicional é, portanto, um indício saudável de que passa a haver uma área intermediária entre a pura subjetividade e a percepção externa do objeto como algo separado e externo ao bebê, entre o narcismo primário fusional e a possibilidade de criar relações interpessoais. Porém o seu uso compulsivo, ou a impossibilidade de usá-lo, é um indício de que algo não vai bem em relação a saúde psíquica do bebê.

b) paciente esquizóide:

Esta paciente, mãe de diversos filhos, iniciou tratamento devido a uma *ampla gama de sintomatologia geralmente agrupada sob a palavra 'esquizóide'* (Winnicott, 1975, p.38).

O autor se utiliza do termo esquizóide para caracterizar uma espécie de paciente que se inclui na categoria *borderline*, de modo que, ao mesmo tempo em que está descrevendo um grupo de fenômenos clínicos, está também apontando uma direção para o tratamento, uma vez que estabelece um *setting* específico para este tipo de paciente que se diferencia do neurótico comum.

Para pensar a idéia de falso *self* no paciente *borderline*, utilizarei algumas idéias que constam do texto *Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes* (2010), de Naffah Neto⁴¹.

O paciente esquizóide, apesar das falhas ambientais, consegue constituir de alguma forma o objeto subjetivo. Isto significa que houve uma experiência inicial de ilusão de onipotência antes que o ambiente se tornasse traumático, mas esta experiência inicial não foi o suficiente para impedir a cisão do *self* como defesa. O paciente esquizóide, portanto, tenderá a formar dois tipos de relacionamento: O primeiro é um relacionamento íntimo e secreto com o mundo interno de

⁴¹ NAFFAH NETO, A., *Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes*, Revista Natureza Humana, vol.12 no.2 São Paulo, 2010.

fenômenos subjetivos, em uma esfera predominantemente pessoal e privada, relacionamento este que é o único que lhe parecerá real, pois é um relacionamento espontâneo e criativo com o núcleo isolado de seu *self*.

O segundo é o relacionamento de uma parte de seu *self* com o ambiente externo, baseado na submissão e defesa. Nesta dinâmica, a relação com o objeto subjetivo, que se torna o núcleo do *self* verdadeiro, é protegida e colocada fora de contato com o ambiente, permanecendo circunscrita a uma dinâmica onipotente. Em contraposição, para funcionar como *para-choque* frente a uma realidade aterrorizante, será criado um falso *self*⁴², por hipertrofia e cisão da função mental que passa, então, a vigiar e controlar, por vias intelectuais, os acontecimentos ambientais.

Quanto ao aspecto clínico, o tratamento destes pacientes é sempre bastante desafiador, pois exige do analista, primeiramente e como condição fundamental, a criação de um vínculo terapêutico de confiança. Somente quando este puder se estabelecer, é que o falso *self* destes pacientes poderá começar a perder sua função defensiva, relativizando, assim, as cisões que os mantêm clivados e abrindo caminhos que permitam ao paciente alcançar o seu verdadeiro *self*.

Para Winnicott, a grande ferramenta terapêutica, nestes casos, é a *regressão à dependência*⁴³, que permitirá ao paciente reviver de modo transferencial os acontecimentos traumáticos que criaram um *congelamento no tempo da falha*, interrompendo até certo ponto o processo maturacional de seu desenvolvimento e, se tudo correr bem desta vez e o ambiente terapêutico conseguir prover a confiabilidade necessária e não for muito traumático, haverá a retomada deste processo. Vale lembrar, porém, que, quando o paciente consegue se recuperar da regressão, ainda precisará da análise *standard*, a partir da qual poderá trabalhar a posição depressiva e as questões edípicas.

⁴² WINNICOTT, D. W., Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1960].

⁴³ WINNICOTT, D. W., Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1952].

c) Ansiedades psicóticas e retorno ao isolamento essencial.

Isso é 'horrível demais', e junta-se às *várias separações que experimentou durante a infância, separações além de sua capacidade de suportá-las* e, portanto, *traumáticas*, tornando necessária a *organização de novos conjuntos de defesa* (Winnicott, 1975, p.38).

Para Winnicott, as ansiedades psicóticas no adulto são uma consequência da revivescência de *agonias impensáveis*⁴⁴ (Winnicott, 1963)⁴⁵ que produziram no bebê uma ameaça de aniquilamento, o que significa que em um momento precoce ele teve de criar defesas primitivas de caráter esquizofrênico, por meio de cisões, para poder defender-se. Estas ameaças que aterrorizam o bebê são assim nomeadas porque neste momento, pré-verbal e pré-representacional, ainda não havia nenhum *self* que pudesse elaborá-las ou traduzi-las. Isto significa que o bebê não tinha quaisquer condições de lidar sozinho com estas agonias e que precisava da mãe para contê-las e filtrá-las. Elas serão, portanto, mais ou menos traumáticas com base em como se estabeleceu a relação mãe-bebê.

Para Winnicott, nestes primeiros momentos de vida, não é possível pensar em um bebê sem uma mãe que se ocupe dele, de modo que aquilo que o autor chama de normalidade somente irá se configurar quando o bebê puder ser amparado por uma mãe-ambiente suficientemente boa. Contudo, como nem sempre as coisas ocorrem conforme o esperado, se o bebê for traumatizado além de um certo ponto que ele possa tolerar, isto irá criar fraturas em sua *continuidade de ser*, impedindo que ele possa integrar-se ou manter o grau de integração até então obtido, o que poderá relegá-lo à psicose.

Resumindo, para Winnicott (1952)⁴⁶, as afecções psicóticas têm origem em uma fase do desenvolvimento da criança em que esta ainda não possuía uma percepção de si mesma como uma

⁴⁴ São agonias impensáveis: 1) retorno a um estado não integrado; 2) cair para sempre; 3) perda da união psicossomática; 4) perda do senso do real; 5) perda da capacidade de se relacionar com objetos (Winnicott, 1963, p.72).

⁴⁵ WINNICOTT, D. W., O medo do colapso (1963), in *Explorações Psicanalíticas: D.W.Winnicott*, Porto alegre: Artmed (1994).

⁴⁶ WINNICOTT, D. W., Psicose e Cuidados Maternos. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1952].

pessoa total. Nestes estágios, como o bebê ainda vive não integrado, ele necessita da adaptação ativa por parte da mãe-ambiente que possa contê-lo, de um modo que seja suficiente para mantê-lo em contato com seu *self* mais profundo e sem ser perturbado.

Neste sentido, ainda que ocorram certas rupturas⁴⁷, as sensações de confiança e regularidade do ambiente podem ser readquiridas mediante um retorno do bebê a este isolamento essencial. Todavia, caso as falhas continuem a invadi-lo, este isolamento, de onde provém a espontaneidade e a criatividade, se tornar-se-á cada vez menos puro, dado que o bebê passa a ter que continuamente se organizar defensivamente para repudiar a intrusão ambiental e manter-se isolado. Isto acaba criando uma cisão no *self*, que tem por escopo erigir uma barreira defensiva que possa separar duas estâncias, o lado interno, no qual o bebê pode manter o núcleo de seu *self* incólume e puro, e o lado externo, ou falso *self*, que lida com as agressões potencialmente traumatizantes.

Esta cisão age interrompendo o processo de amadurecimento da criança, pois, quando esta está defensivamente isolada, a experiência que obtém da interação de seu falso *self* com o ambiente não é o suficiente para fazê-la sentir-se de fato viva, ou para que ela possa de fato aproveitar-se desta experiência. Isto ocorre porque a barreira impede o acesso das experiências ao núcleo criativo do sujeito, criando a impossibilidade de que este seja atingido e afetado pelos acontecimentos da vida, fenômeno este que pode ser denominado de criação de um falso *self* cindido, bastante característico dos casos de pacientes-limite. Este impedimento pode ser atenuado quando o paciente ingressa em um tratamento analítico e é por isto que Winnicott afirma que a paciente podia descrever um *enriquecimento em sua atual experiência de estar viva no mundo*.

⁴⁷ Vale lembrar que, ao contrário do que possa parecer, quando Winnicott descreve as falhas ambientais, geralmente não se trata de uma única falha grosseira que compromete seu psiquismo, uma vez que muitas vezes o bebê consegue se recuperar voltando a um isolamento espacial no núcleo de seu *self*, contudo, quando passa a ocorrer um padrão de falhas que impedem o seu retorno ao isolamento, o *self* do bebê fatalmente acabará cindido.

d) Hipertrofia intelectual e falso *self*.

Com uma *inteligência privilegiada que utiliza em seu trabalho*, estimada por todos em geral e tida como *pessoa de valor*, é provável que *aqueles com quem convive não percebam a que ponto ela se sente enferma* (...). Aqui, ambos chegamos a algo ao mesmo tempo: *ela pudera explorar, embora com muito esforço, seu intelecto já por si privilegiado*. Tinha lido muito, desde cedo; *desde cedo pensara muito e sempre utilizara seu intelecto para manter as coisas funcionando* e disso extraíra prazer; contudo, sentiu-se também aliviada (achei eu) quando lhe disse que, *ao lado deste uso do intelecto, existe, permanentemente, um medo de defeito mental* (Winnicott, 1975, p.41).

Estas características apontadas por Winnicott são bastante comuns aos casos de pacientes-limite, pois, como vimos, arma-se um falso *self* cindido capaz de mimetizar aspectos do ambiente e projetar uma imagem bastante normal e bem sucedida do sujeito com o objetivo de protegê-lo. Muitas vezes o sujeito costuma desenvolver, também, uma defesa intelectual que avalia e adivinha o ambiente o tempo todo, com o objetivo de salvaguardá-lo de qualquer ameaça de invasão.

O mecanismo de defesa que provoca a hipertrofia intelectual é a *cisão das funções intelectuais em relação ao psicossoma*, ou intelecto cindido, que consiste na separação da mente, e das funções intelectuais, da união psicossomática. O psiquismo se forma através da elaboração imaginativa dos elementos, sentimentos e funções somáticas, dependendo, para isso, de uma adaptação ativa do ambiente às necessidades do recém-nascido. Quando isso não ocorre, e em face das falhas, o psicossoma do bebê terá de lidar com estas, evitando, assim, ameaças à continuidade de ser através da hipertrofia das funções intelectuais.

Para lidar com esta situação, o bebê faz um uso precoce e exagerado das funções intelectuais, pois estas somente deveriam começar seu processo de maturação no estágio em que a desadaptação da mãe se inicia (desmame). Isto irá gerar uma hipertrofia intelectual, operando uma oposição entre a mente e o psicossoma do bebê, uma vez que o pensamento do indivíduo, de modo sistemático, passa a ter que cuidar do psicossoma, tarefa que na saúde caberia ao ambiente fazê-lo. Neste contexto, o bebê, “ao invés de deixar-se estar, relaxado, entregue aos cuidados confiáveis da

mãe e na absoluta inconsciência quanto à existência de qualquer coisa fora do âmbito de sua onipotência, põe-se em alerta, a pensar, observar, controlar e organizar” (Dias, 1998, p.316)⁴⁸ seu próprio psicossoma.

Assim, o funcionamento mental passa a existir por si mesmo e a psique é seduzida a transformar-se em mente, rompendo o relacionamento íntimo que antes possuía com o soma. A criança cresce aplicando-se em conhecer o funcionamento de tudo, como uma compulsão a antecipar a reação dos outros que tem o objetivo de evitar uma potencial intrusão do ambiente, percebido sempre de forma transferencial e com desconfiança. Na vida cotidiana, costumam ser crianças inteligentes, compreensivas e que não dão trabalho, mas que estão privadas da sua espontaneidade e criatividade⁴⁹.

Retomando a cisão entre verdadeiro e falso *selves*, iremos primeiramente conceituar o que seria para Winnicott um falso *self*. Segundo Naffah Neto (2010), a expressão possui dois diferentes sentidos. O primeiro, designado como algo saudável, é a faceta social do *self*, aquela que faz contato direto com o mundo externo e que, conectado ao verdadeiro *self*, utiliza-se de identificações secundárias e do funcionamento dos processos secundários, objetivando interagir com o mundo sócio-cultural, apesar de sempre haver certo grau de dissociação entre os dois *selves*, já que na saúde sempre haverá um núcleo central do *self verdadeiro* que permanecerá isolado e incomunicável, o que não significa, porém, que o funcionamento de ambos esteja cindido.

O segundo sentido do conceito designa sua versão patológica, Nesta, o falso *self* decorre de falhas ambientais traumatizantes que acentuam as cisões essenciais de modo que a comunicação com o verdadeiro *self* se torna impossível ou muito prejudicada. Neste modelo, o falso *self* se forma de um modo cindido, como uma proteção contra as angústias impensáveis despertadas ou pela realidade externa ou por demandas instintivas não satisfeitas.

⁴⁸ DIAS, E. O., *A teoria das Psicoses em D. W. Winnicott*, tese de doutoramento, Puc-SP, 1998.

⁴⁹ WINNICOTT, D. W., *A Mente e sua Relação com o Psicossoma*. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1949].

“O falso *self* patológico forma-se para manter o *self* verdadeiro (do bebê) inacessível às condições traumáticas” (Naffah Neto, 2010, p.3), de modo que “designa uma espécie de escudo protetor, formado por mimetizações de traços ambientais, que tem por função tentar seduzir o ambiente para as necessidades do pequeno ser” (ibid., p.4). Vale lembrar que, neste caso, as cisões devem ser mantidas exacerbadas no intuito de impedir que os impactos recebidos pelo falso *self* atinjam o verdadeiro *self*.

Assim, a etiologia do falso *self* compreende um fracasso na função materna de apresentação de objetos, ou seja, o objeto foi apresentado por um ambiente que obrigou o sujeito a reagir se submetendo. A onipotência do bebê não foi complementada pela mãe, que, ao invés disso, substituiu o gesto espontâneo do bebê por um gesto próprio, impedindo-o de exercer sua criatividade originária e obrigando-o a mimetizar o ambiente para satisfazer às necessidades da mãe. O aspecto central do falso *self*, portanto, é a sua submissão às exigências do ambiente, o que irá enviesar toda e qualquer relação verdadeira, gerando um sentimento de futilidade, de que nada de fato importa ou tem significado. O verdadeiro *self*, portanto, não se envolve neste processo reativo, permanecendo oculto, isolado e empobrecido.

Conforme o relato do caso de Winnicott, na medida em que transcorre o tratamento, a paciente vai podendo flexibilizar o contato entre os dois *selves*, entrando em contato com alguns conteúdos que ela não podia acessar antes de ter um espaço confiável e continente para o desembotamento do verdadeiro *self*. Consequentemente, pode-se notar o pequeno desenvolvimento de um espaço potencial ou terceira zona, algo que ainda era bastante incipiente na paciente, dado que ela sempre tivera pouca capacidade de confiar e de simbolizar. Isto aparece ilustrado pela frequência de sonhos que vai aumentando com o correr do tratamento e pelo fato de que a paciente começa a sentir um enriquecimento em seu sentimento de estar viva e pertencer ao mundo. Isto era algo que não podia ocorrer quando a cisão defensiva tinha de manter o verdadeiro *self* completamente isolado.

No final do texto, Winnicott comenta que, ao final da sessão, ele e a paciente empreenderam em uma espécie de jogo, no qual a paciente, em virtude da aproximação das férias, começa a experimentar sentimentos de amor e ódio em relação ao analista. Neste momento, ela fala sobre uma viagem de trem na qual Winnicott somente a acompanharia até a metade do caminho; dali em diante ele retornaria em um trem com muitas crianças que vomitariam em cima dele, nada mais do que ele merecia. Este trecho é um indício de que, novamente, começa a haver uma abertura para brincar com a separação entre os dois, ou seja, começa a haver um espaço intermediário no psiquismo da paciente, dando ensejo à simbolização, uma vez que o analista passa a poder ser usado como um objeto transicional.

A nosso ver, isto ocorre porque, com o decorrer do tratamento, ela passa a poder lidar com a ambivalência de seus sentimentos em relação a ele. Sua libido primeiramente desinveste parcialmente a ausência do primeiro analista, de modo que a sua ausência passa a não ser mais a única realidade possível. Ao mesmo tempo, esta libido passa a poder se tornar objetal e investir em Winnicott, que é inicialmente um objeto bom, ao qual a paciente ama e não quer abandonar, e do qual sente-se dependente. Porém logo irrompe a angústia transferencial de abandono, despertada pelo fato de que as férias se aproximam e o tratamento será interrompido, o que desperta ódio, pois o analista já não é mais o objeto ideal bom (a mãe boa do início da vida) que ela deseja inconscientemente que jamais pereça, mas sim um objeto mau (a mãe abandonadora) que ameaça frustrá-la com a sua ausência terrorífica, o que a obriga a atacá-lo e a desinvesti-lo.

Assim, esta ambiguidade de sentimentos difusos pode expressar-se de maneira lúdica por meio do jogo (brincadeira) que Winnicott estabelece com a paciente, de modo que podemos verificar que, ao contrário da costumeira submissão do falso *self*, há uma tentativa de comunicar tudo aquilo que está ocorrendo em seu psiquismo, na busca de um outro sentido.

Do ponto de vista da *regressão à dependência*, esta brincadeira pode ser interpretada como a retomada na transferência do momento em que houve um congelamento do tempo da falha ambiental. Como afirmamos acima, no paciente esquizóide há uma experiência inicial de satisfação

com a mãe, responsável pela formação de um núcleo saudável do *self*, seguido por falhas ambientais severas, por parte da mãe. Ou seja, uma mãe que inicialmente estava presente de repente tornou-se ausente, criando uma dolorosa experiência de perda na criança que jamais pode ser elaborada, tornando-se esta experiência de perda mais real do que qualquer presença de fato. Esta experiência de luto se repete primeiro com relação ao analista anterior, cuja ausência é preferível à presença do analista atual. Isto ocorre porque o analista ausente é um analista que não causa conflito, uma vez que sua perda, tal qual a da mãe, não traz nenhuma novidade ameaçadora. Já o analista atual apresenta uma ameaça constante de falhar no presente, seja por um excesso de ausência, que suscita a angústia de sua perda, seja por seu excesso de presença, que é uma ameaça de invasão. Todavia, neste momento da sessão, ela se sente mais à vontade para brincar com a sua partida para a viagem e com a ausência do analista, demonstrando, assim, que algo nesta relação pôde modificá-la.

e) Sonho

Esta sessão específica iniciou-se com um sonho que pode ser descrito como depressivo. *Continha material transferencial direto e revelador*, onde o analista aparecia como uma mulher avarenta e dominadora, o que a deixou ansiando pelo analista anterior, que representava para ela uma figura muito masculina. *Isso era sonho e, como sonho, poderia ser utilizado como material para a interpretação*. A paciente mostrava satisfação por estar sonhando mais. *Ao mesmo tempo, podia descrever certos enriquecimentos em sua vida real no mundo* (Winnicott, 1975, p.38).

O sonho trazido pela paciente no início da sessão traz a baila material transferencial em relação ao analista, o que Winnicott considera bastante revelador. Nele, o analista atual, apesar de ser homem, aparece como *uma mulher avarenta e dominadora*, o que parece indicar um deslocamento da figura materna. Podemos visualizar, assim, pela primeira vez, o modo como a

paciente pôde vivenciar sua experiência com o objeto primordial: preferindo o objeto que não está lá (referido ao primeiro analista) ao objeto que está lá.

Pode-se levantar a hipótese de que houve, portanto, a impossibilidade de uma maternagem suficientemente boa, ou seja, que a ausência da mãe em um momento em que sua presença seria essencial foi traumática, de modo que a idéia de um falso *self* cindido e de uma cisão entre mente e psicossoma como possibilidade de lidar com esta falha ambiental acaba parecendo a hipótese mais provável. O fato de sentir falta do analista anterior, que não está mais lá, como veremos, é uma forma inconsciente de evitar o investimento no objeto atual (analista), que é percebido como potencialmente excessivo e frustrador, uma vez que ele pode vir a faltar e a paciente não possui maturidade e integração suficientes para lidar com sua ausência, dada a precariedade na formação de sua área intermediária. Mas também é uma maneira indireta de manter-se fixada a um investimento em um objeto que nunca se perca. Na teoria de Green, podemos falar em uma *satisfação negativa*, que é uma estratégia do psiquismo de evitar a perda do objeto por meio da fixação no desinvestimento de qualquer objeto: “*Tudo o que consegui é o que não consegui*”. Temos aqui uma tentativa desesperada de transformar a negativa numa última defesa contra o fim de tudo” (Winnicott, 1975, p.42).

Esta mesma implicação transferencial se repete no momento em que a paciente diz que, mesmo que ela pudesse esquecer seu antigo analista, ele ainda assim seria mais importante do que o analista atual, algo que, como veremos, claramente se repetirá no futuro, quando Green passou a ocupar-se do caso.

f) Entre o objeto subjetivo e a transicionalidade.

Muitas vezes é invadida pelo que poderia ser chamado de *fantasiar*. Está viajando de trem; *há um acidente. Como os filhos vão saber o que lhe aconteceu? Como seu analista vai saber? Poderia gritar, mas sua mãe não a escutaria (...)* A paciente falou, então sobre sua imaginação e os limites do que ela acreditava que fosse real. Começou dizendo: ‘Não acreditava realmente que houvesse um anjo

parado ao lado da minha cama; mas eu costumava ter também uma águia presa a uma corrente a meu pulso'. Possuía também um cavalo branco que era para ela tão real quanto possível e que ela 'montaria para todas as partes e que amarraria a uma árvore e todo esse tipo de coisas'. Ela gostaria realmente de ter um cavalo branco agora, de maneira a poder lidar com a realidade da experiência deste cavalo e torná-la real de outro modo. *Enquanto falava, senti com quanta facilidade essas idéias poderiam ser rotuladas como alucinatórias, exceto no contexto da idade dela e da referência à perda repetida dos pais, bons sob outros aspectos.* Exclamou: 'Imagino querer algo que nunca se perca'. *Formulamos isso dizendo que a coisa real é a coisa que não se encontra ali.* (Winnicott, 1975, p. 41).

Este tipo de histórias que a paciente produz, e que são denominadas por Winnicott de *fantasiar*, parecem-se bastante com uma espécie de devaneio, um processo bastante confuso que irrompe causando angústia e que opera na fronteira entre o mundo interior e o mundo exterior, entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, entre fantasia e fato.

Amadurecer do objeto subjetivo para transicionalidade significa que o objeto tem que sair da área de controle onipotente do sujeito (onde ainda se encontra fusionado com ele) e ser percebido como parte da realidade externa. Assim, para que possa haver uma diferenciação do objeto em objeto interno e objeto externo, o objeto deve ser destruído pela motilidade envolvida no amor primitivo do bebê pelo objeto. É na medida em que o objeto externo pode sobreviver a esta destruição enquanto o outro (interno) continua sendo constantemente destruído pelo bebê, que passa a haver a possibilidade de diferenciação e, conseqüentemente, o desenvolvimento da capacidade da criança em usar este objeto que sobrevive. Deste modo, isto implica que o objeto externo possa sobreviver a esta destruição operada pelo sujeito.

Na medida em que o objeto externo pode sobreviver, ele passa a poder ser amado pelo bebê, tornando-se valioso para este exatamente por ter sobrevivido à destruição que este lhe impingiu e que se opera o tempo todo na fantasia inconsciente da criança⁵⁰. Quando o objeto é destruído na fantasia, mas sobrevive no mundo externo, o sujeito poderá redescobri-lo fora de sua área de onipotência, podendo o objeto "desenvolver sua própria vida e sua própria autonomia, contribuindo

⁵⁰ Vale lembrar que este processo está constantemente em curso, seja no adulto ou na criança.

com o sujeito de acordo com suas próprias características” (Winnicott, 1969, p.9) ⁵¹ de objeto e como algo que pertence à realidade compartilhada. Contudo, o sujeito somente poderá encontrar-se com o objeto em sua externalidade se este de fato puder sobreviver à destruição que se opera na fantasia inconsciente, ou seja, esta experiência depende da capacidade do objeto de sobreviver e de não retaliar na medida em que for atacado pelo bebê.

Dentro do *setting* analítico, isto significa que o analista deve *permanecer vivo e comportar-se* frente aos ataques destrutivos do paciente a fim de ganhar uma externalidade; neste sentido, os ataques do paciente devem ser compreendidos como uma tentativa de tirar o analista de sua área de controle onipotente e trazê-lo para realidade⁵².

Visando esclarecer as nuances deste período, que se estende das relações de objetos até a aquisição da possibilidade de *uso dos objetos*, Pontalis (2005) discerne no pensamento winnicottiano quatro diferentes tempos ou modos de aparição do objeto, em cada tempo o objeto goza de um status diferenciado. Na primeira fase, o objeto (se é possível falar em um objeto neste tempo) é *subjetivo*. Isto significa que ele é criado pela criatividade primária da criança em função de sua necessidade, não tendo, portanto, qualquer possibilidade de existência para além dela. Nesta fase, que se caracteriza pela dependência absoluta do bebê em relação à mãe, como verificamos, caberá à mãe promover a necessária experiência de ilusão, colocando o seio no lugar onde o bebê esteja pronto a criá-lo. Esta experiência será o núcleo de sua sensação de onipotência, algo que é essencial à sua experiência de ser e à formação do núcleo isolado do *self*.

Na segunda fase, que dá vazão ao núcleo das relações objetais, dá-se a integração progressiva do *self* da criança em correlação à constituição de um objeto exterior, o que significa que estes dois processos são complementares e interdependentes. Contudo, neste tempo o objeto ainda carrega, de maneira intensa, os traços do primeiro tempo, de modo que “o objeto ainda é essencialmente definido como feixe de projeções e como polo de identificações” (Pontalis, 2005,

⁵¹ WINNICOTT, D. W., (1969). *The Use of an Object*, *Internacional Journal of Psychoanalysis*, 50: 711-716.

⁵² Este tipo de ataque exige do analista uma elaboração mais apurada no que diz respeito aos seus aspectos narcísicos; caso contrário, poderá identificar-se com estas projeções do paciente.

p.193)⁵³. Deste modo, apesar de começar a haver um investimento no mundo dos objetos, o objeto ainda não pode ser percebido em sua plena externalidade, abre-se apenas uma pequena fresta para a realidade, e o objeto ainda é preponderantemente uma extensão do Eu narcísico do sujeito, com o qual muitas vezes ele terá de voltar a se fundir.

O terceiro tempo é o dos *objetos transicionais*, nos quais o objeto carrega o traço de, ao mesmo tempo, ser e não ser algo externo para a criança e, paradoxalmente, é este processo que dará lugar à aceitação da diferença e da similaridade, ou seja, da condição paradoxal do objeto: que é interno e externo ao mesmo tempo, dando, finalmente, acesso à externalidade do objeto. Winnicott explica que o destino do objeto transicional é ser relegado a um limbo, criando um espaço entre a área de onipotência do sujeito e a realidade compartilhada. Este espaço, denominado de área intermediária, é onde o ser humano poderá dar vazão a todos os fenômenos mentais que estão situados entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, tais como a cultura, a religião, a criatividade e o brincar.

No quarto tempo, dá-se a utilização do objeto, quando este pôde sobreviver à destruição de sua representação interna no inconsciente da criança, ou seja, após ter passado pelo teste de realidade do bebê⁵⁴. Neste, apenas aquele objeto que experimenta e que pode sobreviver ao carinho e à destrutividade do amor primordial do bebê passará a ser percebido pela criança em sua externalidade e pelas suas qualidades, o que indica, também, que a área intermediária pôde constituir-se. Neste ínterim, vale lembrar que, por mais que o sujeito atinja a capacidade de usar objetos, destes jamais estarão excluídos fatores que advêm das projeções, ou seja, não existe um ponto de chegada no qual há uma alteridade completa em relação ao sujeito, bem como não há

⁵³ Pontalis, J.-B., Nascimento e Reconhecimento do *self*, in *Entre o sonho e a dor*, Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2005.

⁵⁴ Enquanto a criança não atinge um estado de integração, ela vive alternadamente estados de excitação, nos quais ataca impiedosamente o a mãe-objeto com seu amor primitivo, e estados tranquilos, nos quais se deixa estar, fundido a mãe-ambiente. Mais tarde em sua evolução ela irá integrar as duas experiências de mãe e perceber que a mãe que ele amou nos estados tranquilos é a mesma que ele destruiu nos estados excitados. Este momento, que é denominado por Winnicott de período do *concern*, fará com que a criança fique angustiada quanto a ter danificado o objeto de seu amor e tentará reparar este mal. Contudo, para que isto possa ocorrer é necessário que o objeto sobreviva aos ataques da criança, permanecendo o mesmo para além dos estados excitados e tranquilos da criança, caso contrário ela irá sentir que foi ela quem o destruiu o objeto.

objeto subjetivo que não carregue, por minimamente que seja, traços do ambiente. Neste sentido, a vida se abre como um grande campo para uma incessante transicionalidade.

Na relação mãe-bebê, o uso do objeto permite que a mãe aos poucos possa sair da área de controle onipotente do bebê. Todavia, para que isto ocorra, a mãe também necessita permanecer viva e presente, bem como não vingar-se da destruição a ela dirigida. O fato de poder receber e sobreviver aos primeiros impulsos destrutivos da criança, sem mudar a qualidade de sua relação ou sua atitude para com ela, mantendo-se, assim, confiável, é uma importante função materna. Winnicott afirma que a verdadeira destrutividade na criança não advém da pulsão de morte, mas da impossibilidade do objeto de sobreviver a estes primeiros ataques da criança. Sua proposta é, portanto, que a agressividade não estaria relacionada a uma frustração decorrente da necessidade de adaptação ao princípio da realidade. A agressividade no bebê em Winnicott está ligada à sua força vital e a sua intensidade será modulada pela quantidade de oposição que ele encontra por parte do objeto, de forma que, quando o objeto falha, impede que haja uma fusão dos instintos eróticos e agressivos.⁵⁵

Como estamos lidando com um caso de paciente esquizóide, inferimos que ela não pôde concluir com êxito seu percurso através da fase de apresentação de objetos, e que não conseguiu, portanto, alcançar a capacidade de usar os objetos. Ou seja, estamos nos deparando com uma área intermediária pouco estruturada, que não pôde constituir-se da maneira adequada, resultando em um colapso da transicionalidade. Nestes casos, o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido ainda não estão totalmente diferenciados e este embaralhamento dos limites é responsável pela confusão entre mundo interno e mundo externo; também a paciente mostra dificuldades em lidar com afetos depressivos, principalmente aqueles ligados à idéia de perda, experimentando graves angústias. Há uma grande quantidade de exemplos neste sentido no trecho em que a paciente fala sobre sua imaginação e sobre os limites daquilo que ela percebe como real.

⁵⁵ Este tema é bastante complexo e necessitaria de uma longa exposição, todavia, como esta ultrapassa nossa esfera de pesquisa, remetemos o leitor interessado ao artigo: “A agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional”, em D. W. Winnicott, 1955, no livro *De pediatria a psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro, Imago:2000.

Como observamos, Naffah Neto (2010) teoriza que, no paciente esquizóide, dentro da concepção winnicottiana, podemos considerar que houve um primeiro momento em que os cuidados maternos para com ele foram suficientemente bons, o que acabou propiciando a formação de um núcleo saudável do *self*, no qual ele pode refugiar-se e isolar-se nos momentos em que as falhas ambientais, das quais a paciente continua a se defender, atualizam-se transferencialmente, dentro ou fora do *setting analítico*, isto para se proteger do medo do colapso. Porém, conforme explicita Winnicott em seu texto *O medo do colapso* (1963), o colapso que a paciente tanto teme é relativo a *angústias inomináveis* que já foram experimentadas no momento em que a organização defensiva formou-se, impedindo a formação de um *self* unitário.

Com efeito, este fracasso ambiental pode ser inferido quando ela fala de um acidente de trem. Tal fracasso já ocorrera no momento em que a paciente teve que cindir-se para dar conta da ausência prematura de sua mãe, algo que a deixou indefesa frente às ameaças ambientais e aos impulsos instintivos não elaborados. Este conjunto de fatores traumáticos foi, assim, responsável pela necessidade da paciente permanecer desintegrada e pela formação de seu falso *self* cindido, que a manteve protegida da alteridade do mundo. Considerando que o falso *self* diminui a *qualidade* da experiência de estar vivo, em proveito da diminuição da *quantidade* de angústia, surge, em contrapartida, uma sensação de vazio e de futilidade que faz com que a paciente não sinta que está presente em sua própria vida, da qual, portanto, não pode apropriar-se.

A situação do colapso é revivida muitas vezes durante a sessão. A primeira vez é em relação ao acidente de trem supracitado, no qual, primeiramente, os filhos da paciente, posteriormente, o analista e, finalmente, a mãe (objeto primário materno, do qual os outros dois personagens são meros deslocamentos) não a podiam ouvir gritar. Como nos casos difíceis há esta porosidade entre realidade e fantasia, a transferência é *real*, ou seja, aquilo que é projetado sobre os objetos, que substituem o objeto materno, faz com que os afetos se atualizem com a mesma intensidade que teriam em relação ao objeto original. Assim, como explicita Winnicott, com este tipo de paciente o analista não funcionará como *representante* da mãe, ele *será* a mãe efetivamente.

Situação esta que exigirá dele um manejo adequado, de modo a não permitir que o abandono traumático se repita dentro desta nova relação de confiança recém-estabelecida, na qual o paciente estará buscando resignificar algo do passado.

g) Experiências envolvendo separações: quando o objeto falha.

A paciente é extremamente sensível a tudo isso que em relação aos próprios filhos e atribui grande parte da dificuldade em lidar com o primeiro filho ao fato de tê-lo deixado durante três dias, para passá-los fora com o marido, ocasião em que iniciou uma nova gravidez, isto é, quando a criança tinha aproximadamente dois anos de idade. Contaram-lhe que a criança tinha chorado ininterruptamente durante quatro horas. Ao regressar, foi impossível a paciente restabelecer o *rapport* com o filho durante muito tempo (...) Pode-se dizer que a infância dessa paciente constituiu um único e longo exercício precisamente nesta área. Durante a guerra, houve uma evacuação qua a atingiu quando contava aproximadamente onze anos; ela esqueceu completamente a infância e os pais, embora defendesse, sistematicamente, durante todo o tempo, o direito de não chamar os que cuidavam dela de ‘tio’ e ‘tia’, segundo o procedimento habitual.

Conseguiu *negar-lhes qualquer nome*, durante todos aqueles anos o que não era senão a maneira negativa de recordar a mãe e o pai. Compreenda-se que o padrão de tudo isso foi estabelecido em sua infância primitiva (Winnicott, 1975, pp. 39-41).

Winnicott relata que quando a paciente volta do feriado, vê-se impossibilitada de restabelecer um bom contato com seu filho, uma clara retomada de sua própria problemática envolvendo experiências de separação e ausência.

Acreditamos que nesta experiência, contudo, ela sai da posição passiva de ter sido abandonada pela mãe e se coloca em uma posição ativa, na qual passa a figurar no papel de abandonadora. Para pensar este exemplo, talvez seja útil retornarmos ao jogo do carretel produzido pelo netinho de Freud e que é descrito no texto *Além do Princípio do Prazer* (1920). Neste texto, Freud descreve a saudável aventura de seu neto envolvido em um jogo com um carretel: a criança repetidamente arremessa longe o carretel que está preso a um barbante, fazendo com que este

desaparecesse de sua visão para, posteriormente, utilizar-se do barbante para puxá-lo de volta às suas mãos e aos seus olhos. Freud percebeu que, em primeiro lugar, era extremamente prazeroso à criança e, em segundo lugar, que, através do jogo, ela podia renunciar à satisfação instintiva de ser acolhido pela mãe, o que, portanto, significava que ela estava começando a poder fazer uso da função simbólica justamente por meio do objeto de seu carretel⁵⁶.

Segundo Freud, ao exercer este domínio sobre o brinquedo, seu neto passava da posição passiva de ser abandonado pela mãe para a posição ativa de abandoná-la, bem como se vingava dela por tê-lo abandonado⁵⁷. O carretel freudiano é um precursor do objeto transicional de Winnicott e está temporalmente localizado um pouco antes da fase em que Winnicott considera ser possível o *uso* do objeto.

No caso do neto de Freud podemos verificar que, até então, está havendo um amadurecimento normal, ou seja, o menino pode usar o brinquedo como um objeto transicional, de maneira que, enquanto este puder *ser* e ao mesmo tempo não *ser* a mãe, lhe será permitido *brincar com a ausência* dela. Porém, caso o brinquedo venha a tornar-se uma *negação da perda* da mãe, a brincadeira se descaracteriza e podemos verificar que o brinquedo deixa de ser um objeto transicional e passa a ter outro *status*. Esta hipótese é trabalhada por Winnicott no caso que apresenta em seu texto, antes do caso que estamos estudando, é denominado *caso do barbante* (1971).

Neste caso, ele analisa uma criança pequena que ficara fixada em um pedaço de cordão (algo “coincidentemente” não mencionado pelos pais na entrevista inicial), com o qual costumava amarrar os móveis e objetos da casa, juntando-os. Esta era uma tentativa compulsiva de afirmar seu vínculo com a mãe, defendendo-se, assim, contra o real traumático de sua perda. Esta experiência de perda tinha acontecido quando fora hospitalizada duas vezes, a primeira por causa de um parto e a segunda em decorrência de uma depressão, quando o menino tinha entre três e quatro anos.

⁵⁶ FIGUEIREDO, L. C., *Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi*, São Paulo, Escuta, 1999.

⁵⁷ Para Freud, a repetição é uma expressão da pulsão de morte que insiste como uma negação da diferença e um retorno a um estado inorgânico inicial ligado a um zero de tensão. Devo assinalar, porém, que Winnicott não trabalha com este conceito, mas o exemplo deste jogo foi aproveitado por ele para pensar os fenômenos transicionais.

Lembremos aqui que, *quando a ausência do objeto externo ultrapassa o limite de tolerância da criança, esta passa a experimentar esta ausência como sua morte, ou seja, a sua perda definitiva.*

No entanto, ainda pior do que as fases em que a mãe estava hospitalizada, eram os momentos em que esta, debilitada pela depressão, permanecia fisicamente presente, mas emocionalmente distante.

A partir daí, surgem diversas histórias ligadas ao cordão e, ao final, Winnicott comenta que esta fixação aos barbantes poderia tornar-se uma perversão. Neste exemplo, o início da função de simbolização, através do cordão, acaba se tornando um fetiche, quando o cordão é utilizado como uma *negação da ausência (perda) da mãe*. Para o autor, o que separa os dois fenômenos é o fato de que, enquanto existir esperança na volta da mãe e for possível brincar com a sua ausência, o objeto usado tem um caráter simbólico, ou pré-simbólico, pois representa o retorno da mãe, ou o gesto de mantê-la ligada a si mesmo. Todavia, quando não há confiança e quando não há mais esperança, o objeto passa a ser algo que deve ser manuseado como uma possibilidade de manter o controle onipotente sobre o objeto externo, de modo que se tornou impossível ao garoto aceitar a separação do objeto materno.

Vale lembrar que, tanto no exemplo de Freud como no caso do cordão, há uma substituição do controle onipotente exercido pela criança sobre o objeto materno pelo controle por meio da manipulação de objetos. Porém, no primeiro caso, ele funciona como um fenômeno transicional, trazendo em si a potencialidade futura de voltar a se reunir com o objeto e a criança aceita a ausência temporária da mãe; no segundo caso, este controle serve apenas para negar a ausência da mãe. Há, portanto, um estancamento da situação e uma interrupção da transicionalidade, o que descaracteriza a existência de um espaço intermediário.

Ao compararmos o caso do menino do cordão com o caso de nossa paciente, é possível concluirmos que, quando ocorre um colapso da transicionalidade, a patologia segue por dois caminhos diversos. No caso do menino do cordão, a negação da ausência da mãe vem no sentido de recusar a separação e de retornar a um estado de fusão com esta. Já no caso da paciente mulher, há uma recusa de qualquer tipo de reunião com o objeto, ou mesmo na esperança de seu

reaparecimento, evitando frustrações futuras. Isto significa também que, no caso dela, o fato de ter se havido com a experiência de separação na forma do abandono desde pequena, obstou a possibilidade de usar o objeto transicional como uma ponte entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido, bloqueando, assim, seu acesso ao espaço potencial.

Esta experiência traumática opera um congelamento no tempo do trauma e a paciente tenderá, diante de uma situação analítica favorável, a repetir inconscientemente esta experiência de forma regressiva com o analista visando resignificá-la, cabendo a este manejar esta situação de forma adequada. Pensando nisso, Winnicott (1969) comenta que foi apenas a partir de uma lenta evolução de sua técnica como analista que ele pôde abdicar de “sua necessidade pessoal de interpretar” e permitir que o paciente, como em um jogo lúdico, chegasse à sua própria compreensão acerca de suas questões de maneira criativa e prazerosa, evitando, assim, a quebra do seu processo de descoberta.

No caso da paciente, no passado, estas tentativas inconscientes de repetição não puderam ser resignificadas, muito pelo contrário, apenas contribuíram para a manutenção das defesas. A dificuldade que encontra em retomar uma boa relação com o filho quando volta do feriado, a nosso ver, deve-se, portanto, a dois fatores: a própria experiência de culpa que ela vivencia em relação ao abandono da criança, que transferencialmente se repete na relação com o filho, e ao fato de que se identifica com a criança, no sentido de que esta ainda não consegue, assim como ela, no passado, não pudera, e ainda hoje não pode, manter viva uma representação do objeto bom em face de ter experimentado a sua ausência prolongada. Assim, é impossível prescindir da presença da mãe ou do objeto que a substitui para que o sujeito possa continuar acreditando em sua realidade.

Neste caso, o exemplo do *cobertor* é também uma repetição desta relação na transferência. Neste exemplo, Winnicott oferece à paciente um cobertor que estava em seu consultório e que ela havia utilizado para confortar-se durante um episódio regressivo que vivenciara em uma sessão no passado. No presente, a paciente afirma que não pode, nem agora, nem nunca mais, voltar a utilizar este cobertor, pois ele está associado a uma boa experiência de conforto. Porém para ela, mais

importante do que a experiência de conforto é manter viva em seu imaginário a representação do desconforto, que está associado à ausência da mãe no passado, a única coisa que pode ser considerada real. Neste exemplo, portanto, podemos observar como a paciente necessita permanecer fixada na representação da ausência do objeto bom ou na representação da mãe má e abandonadora que, no presente, traduz-se pela impossibilidade de usar o conforto da manta. A representação de qualquer experiência sua de conforto precisa rapidamente ser subjugada pelo vazio e apagada, refletindo, assim, a dinâmica de sua falta de esperança em encontrar novos objetos que pudessem amá-la e que ela também pudesse amar.

Neste sentido:

A partir daí, minha paciente atingiu a posição que novamente surge na transferência, de que a única coisa real é a falta ou a lacuna, isto é, a morte, a ausência ou a amnésia. No decorrer da sessão, teve uma amnésia específica e isso a aborreceu; revelou-se que a comunicação importante dirigida a mim estava em poder existir um anulamento e que esse ponto em branco poderia ser o único fato e a única coisa real. A amnésia é real, ao passo que aquilo que foi esquecido perdeu sua realidade (Winnicott, 1975, p.40).

Assim, no que diz respeito a períodos de tempo, há uma tolerância limitada da criança à ausência de seu objeto materno. Isto significa que, ultrapassado este limite de tempo, a representação interna do objeto passa a esmaecer e o objeto materno começa a ser desinvestido, estancando o processo que acarretaria no sucesso mais estabelecido dos fenômenos transicionais e, mais tarde, na capacidade do uso do objeto. Assim, “O bebê pode usar um objeto transicional quando o objeto interno está vivo, e é real e suficientemente bom (não muito persecutório). Mas este objeto interno irá depender, quanto a suas qualidades, da existência, vitalidade e

comportamento do objeto externo” (Green, 2003)⁵⁸. *Trata-se de uma questão de dias, horas, minutos. Antes que certo limite seja atingido, a mãe está viva: depois de transposto o limite, ela morreu* (Winnicott, 1975, p.39)

h) *Isto é o que estar morto significa* – esmaecimento das representações internas e a não construção da capacidade de estar só.

Quando nenhuma compreensão pode ser oferecida, então, quando a mãe sai de casa para ter um novo bebê, *isto significa que ela está morta do ponto de vista da criança. É isto que estar morta significa. Caso se torne impossível fazer com que a criança compreenda a ausência da mãe, quando ela sai de casa para ter um novo bebê, então, do ponto de vista da criança a mãe está morta. É isso que significa estar morto.*

Trata-se de uma questão de dias, horas ou minutos. Antes que certo limite seja atingido, a mãe ainda está viva; depois de transposto o limite, ela morreu. Entrementes, há um precioso momento de raiva, rapidamente perdida, porém, ou nunca experimentada, talvez, sempre potencial e trazendo consigo o medo da violência.

Daqui chegamos a *dois extremos, tão diferentes um do outro: a morte da mãe quando ela está presente, e sua morte quando não pode reaparecer e, portanto, voltar novamente à vida.* Isso tem a ver com a época exatamente anterior à época em que a criança cria a capacidade de manter as pessoas vivas na realidade psíquica interna, independentemente da segurança de ver, sentir, cheirar (Winnicott, 1975, p.39).

Levantamos aqui a seguinte hipótese: quando a mãe está presente a criança pode fantasiar a sua destruição e ao mesmo tempo ter, em um pequeno intervalo de tempo, a experiência de a reencontrar – isto quer dizer que pode ter a experiência de que aquele *momento precioso de raiva* não foi capaz de destruir o objeto –, o que a leva a fortalecer seu vínculo com o mesmo e a esperança em seu retorno. Contudo, em face da ausência prolongada do objeto, ela ficará com a

⁵⁸ GREEN, A., A Intuição do Negativo em “O Brincar e a Realidade”. In *André Green e a Fundação Squiggle*, São Paulo: Roca, 2003.

impressão de que o seu impulso agressivo destrói, ou destruiu ,o objeto materno. Assim, se a criança sente que precisa proteger o objeto materno, dada sua fragilidade, fica impossibilitada de experienciar sua raiva, bem como de apropriar-se de seus impulsos agressivos, de modo que jamais chegará a efetivamente relacionar-se com o objeto externo real. Neste caso, o bebê passará a depender do objeto externo materno e seus substitutos como uma forma de assegurar-se de que eles não se esvaíram ou alteraram-se e esta atitude vigilante irá comprometer sua *capacidade de estar só* na presença do objeto. Se o bebê não puder se enraivecer diante do objeto materno que o abandona, um resultado natural e esperado de sua vitalidade, terá de defrontar-se com a incapacidade do objeto de sobreviver aos seus ataques, ou seja, a criança terá medo de seu próprio impulso agressivo e dele não poderá apropriar-se, ou seja, o medo do potencial devastador de seu ato irá criar uma inibição da raiva e do amor, comprometendo, então, sua vitalidade.

Neste mesmo sentido, Ogden (2005)⁵⁹ comenta que, através de um raciocínio metafórico, Winnicott, neste trecho de seu texto, estabelece uma fronteira entre o mundo dos vivos e o mundo dos mortos, como uma decorrência da ambiguidade da expressão *Isto é o que significa estar morto*: morre tanto a mãe – pois esta desapareceu e a criança não consegue manter a esperança na sua volta – como morre a criança também, pois uma parte de seu potencial de ligações e da capacidade simbólica também se mortifica. A questão é se – e quanto – isto poderá ser “ressuscitado” pela análise.

Quando menciona, então, “o precioso momento de raiva” como, primeiramente, o oposto da morte metafórica da criança, e, em segundo lugar, o oposto da morte metafórica da mãe, o contraste entre as palavras *precioso* e *raiva*, faz emergir, na experiência da criança (e do leitor), a frágil união de vitalidade e destrutividade. Ou seja, a expressão “o que estar morto significa” continua a ser desenvolvida, dando vazão ao sentido no qual a perda da vitalidade da criança está relacionada com a impossibilidade de sentir a raiva como uma experiência própria, bem como de sustentar esta experiência durante determinado tempo em seu *self*, pois o medo que tem de que sua

⁵⁹ OGDEN, T. H., On Psychoanalytic Writing. In *This Art of Psychoanalysis: Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries*, London: Taylor & Francis Group, 2005.

raiva possa tornar-se um ato de violência, capaz de ferir ou destruir sua mãe, torna-se uma constante ameaça à sua habilidade de manter-se vivo para si mesmo, por meio de sua raiva⁶⁰.

O medo que a criança tem de sua própria violência faz com que ela não possa experimentar esta sensação como algo seu, o que a faz sentir-se habitada por uma força impessoal, sobre a qual não tem qualquer controle. Torna-se, então, preferível destruir a si própria, por meio do tornar-se incapaz de sentir qualquer coisa, à sentir que matou a mãe, situação esta que fatalmente resultará em um baixo tônus vital. Na transferência, esta mesma relação se repete em relação ao analista, de modo que, segundo Winnicott⁶¹, é nele que o paciente irá projetar a agressividade, para dela continuar a defender-se. Neste sentido, como já ressaltamos, caberá ao analista ter muito bem analisados estes aspectos depressivos de sua personalidade, visando, assim, não identificar-se, contratransferencialmente, com estas experiências do paciente.

A análise deste texto de Winnicott ilustra de forma evidente aquilo que Ogden enfatiza, em seu artigo *Reading Winnicott (2001)*⁶², a respeito dos textos do autor inglês: *quanto melhor o escritor, maior a interdependência entre o estilo e o conteúdo em sua obra, esta inter-relação pode ser utilizada de modo criativo e a serviço da construção de um sentido*. Para Ogden, os textos de Winnicott são verdadeiros poemas em prosa e, diferentemente dos textos de qualquer outro psicanalista, surpreendem o leitor pela sua forma breve e casual, ao mesmo tempo em que deixam transparecer um profundo respeito, tanto para com o leitor, como para com o assunto que ele se propõe a discutir.

Difícilmente o leitor não se emociona ao imaginar a paciente, ainda menina com onze anos de idade, sendo levada para longe dos pais e de seu lar, fugida da guerra e colocada em uma situação tão desesperadora que se vê instada a esquecer-se de seus pais e de sua toda sua infância, e,

⁶⁰ Quando o paciente não pode apropriar-se de sua raiva, temendo que seu potencial destrutivo tenha danificado o objeto materno, isto irá gerar culpa, casos em que a raiva pode voltar-se contra o próprio Eu, causando as patologias depressivas. Porém, para que isto ocorra, é necessário que o paciente já tenha sido bem sucedido em sua tarefa de integrar-se em uma unidade e alcançado o período do *concern*.

⁶¹ WINNICOTT, D. W., Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1945].

⁶² OGDEN, T., Reading Winnicott (2001). In *Donald Winnicott Today*, London: Taylor e Francis USA, 2012

diante deste luto impossível, jamais podendo sequer referir-se aos seus cuidadores como substitutos dos pais.

Porém ainda mais chocante é perceber que isto tudo não era novidade para ela, mas apenas um padrão que já fora estabelecido na relação com estes pais ausentes dentro de sua própria casa, sendo a situação de guerra apenas mais uma ilustrativa repetição daquilo que já vinha há muito tempo sofrendo. Surge a patologia do vazio, tão comum no tratamento do paciente-limite: não pode usar o cobertor, pois o real de sua falta (a realidade da ausência da mãe) é mais importante do que qualquer conforto que o cobertor pudesse proporcionar. Diante da crueza dos mecanismos de defesa mais arcaicos simplesmente não há conflito. O paciente anula, cinde, apaga e recorta, dando seguimento ao seu relato, de uma frieza tão espantosa que, paradoxalmente, angustia o leitor, identificado ao analista: *poderia ter havido um anulamento, e que este esquecimento, este branco, poderia ser o único fato e a única coisa que era real.*

A inteligência que verificamos no modo winnicottiano de escrever, genuinamente humilde, coloquial e ciente de suas limitações, ajuda o autor a apresentar o tema com uma intimidade, que desarma o leitor, preso ao seu estilo charmoso de sustentar uma experiência paradoxal entre a seriedade e a brincadeira, características que verificamos estarem presentes nos sujeitos que puderam desenvolver uma zona intermediária, ou seja, foram bem sucedidos em sua passagem pelos fenômenos transicionais, e que possuem a capacidade de usar os objetos. Afinal, é disso que se trata na clínica do paciente limite: de tentar constituir de algum modo um espaço intermediário, ainda que incipiente, no qual o sujeito possa afastar-se da severa concretude taxativa que congelou defensivamente o seu mundo, obrigando-o a apenas reagir para preservar-se, retomando, assim, a experiência da transicionalidade.

A experiência da paciente quando menina criou um mundo frio no qual o desinvestimento é a regra oficial, que rejeitou seu *gesto espontâneo* desde muito cedo. Neste tipo de caso, caberá ao analista, por meio da brincadeira altamente sofisticada que é a psicanálise, tentar ajudar o paciente a

flexibilizar-se, permitindo que o sujeito possa voltar a brincar em áreas de sua vida que restaram áridas demais.

Como vimos anteriormente, nossa hipótese é que, no caso da paciente de Winnicott, houve um colapso da transicionalidade, de modo que se tornou impossível para ela fazer uso do espaço potencial.

'Tudo o que consegui é aquilo que não consegui'. Temos aqui uma tentativa desesperada de tornar a negativa em uma defesa contra o fim de tudo. O negativo é o único positivo (Winnicott, 1975, p.42).

Neste trecho do texto, Winnicott tenta nos transmitir, por meio das associações da paciente, até que ponto um apoio na representação de um objeto interno precário cria situações em que apenas as idéias de vazio e de lacuna podem ser sustentadas como uma experiência significativa, sendo as únicas às quais se poderia auferir o status de reais. Ou seja, frente às frequentes decepções que marcaram sua experiência na área, a paciente viu-se na posição de desinvestir os objetos. A ausência e o desinvestimento libidinal tomaram a forma de uma presença tão concreta a ponto de sere a única coisa *palpável* na qual a paciente pode acreditar, mais palpável até que qualquer objeto da realidade compartilhada (ex: cobertor, analista).

Winnicott demonstra ao leitor como a paciente necessita incessantemente retornar à situação traumática que experimentara em sua infância e é por meio da transferência, portanto, que ela compulsivamente retorna à experimentação desta situação, algo que acabou congelando seu processo de maturação normal. Para o autor, a compulsão à repetição é uma resposta saudável do organismo que, de alguma forma, mantém a esperança de que, em algum momento, poderá retomar seu impulso criativo rumo à maturação, uma de suas potencialidades mais essenciais.

Isto significa também que, de maneira paradoxal, ao mesmo tempo em que o *self* se defende da desintegração por meio da construção de um falso *self* cindido, preserva, assim, um núcleo intacto, no qual pode permanecer na condição de solidão essencial. Este núcleo permanecerá insistindo em retomar seu lugar, trazendo de volta a vitalidade e o sentimento de que a vida vale a

pena ser vivida, procurando, para isto, uma situação e um tempo que serão favoráveis ao seu desenvolvimento. Neste caso o sujeito poderá construir uma inter-relação rica com o ambiente pela via de seu *gesto espontâneo*, meio através do qual dará a sua contribuição pessoal para realidade e experimentará a vida como algo que faz sentido.

Retornando ao texto:

Isto nos levou à lembrança de um terrível incidente em que sua mãe lhe dissera: ‘Mas nós “ouvimos” quando você chorava durante todo o tempo em que estivemos longe’. Estavam a quatro milhas de distância. A paciente tinha dois anos de idade na ocasião e pensara: ‘*Será possível que minha mãe tenha me contado uma mentira?*’ Não pôde enfrentar a situação na ocasião e tentara negar o que sabia ser verdade: *que a mãe realmente mentira*. Era difícil acreditar na mãe sob esse aspecto, porque todos diziam: ‘Sua mãe é tão maravilhosa!’ (Winnicott, 1975, p.42).

Nota-se, portanto, que, no caso clínico que estudamos, a percepção que a paciente tinha da realidade costumava ser desautorizada pelos pais; em seu lugar, lhe foram impostas as necessidades da mãe, sufocando, assim, seu *gesto espontâneo* e levando a um sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida. A destruição das representações internas não dão ensejo ao seu reaparecimento, tornando as experiências pessoais menos significativas. Este tipo de experiência ilustra a impossibilidade da criança de brincar com a representação de sua mãe, em face do terror provocado pela experiência de sua ausência, comprometendo, portanto, a qualidade do contato da criança com o mundo. Quando este contato não se dá, passa a haver uma confusão entre a realidade e a fantasia, obrigando a mente da criança a ocupar-se desta confusão em um momento prematuro de sua vida e interferindo, obviamente, na qualidade do brincar infantil.

Para Winnicott, o brincar da criança é um desenvolvimento natural que se inicia com a *experiência de ilusão*, algo que somente pode ser proporcionado se a criança puder contar com a presença de uma mãe suficientemente boa, atenta o bastante para receber o *gesto espontâneo* de seu

filho. Isto significa que, através de sua adaptação ativa às necessidades dele, ela poderá colocar o "seio" onde o bebê está e no momento em que este está pronto a criá-lo e encontrá-lo. Quando esta experiência se repete, permite uma coincidência entre o *criar* e o *encontrar* o objeto, duas ações contraditórias mas que paradoxalmente se sobrepõem, permitindo ao bebê uma experiência de onipotência que mais tarde promoverá uma relação criativa com o mundo.

Se o bebê teve a oportunidade de vivenciar esta experiência de ilusão de uma forma sólida, no momento seguinte de seu desenvolvimento, quando passar a ser desiludido pela mãe, seu contato com o mundo real não será traumatizante. As progressivas falhas maternas que advirão do desmame poderão, então, ter um papel positivo, dando vazão ao desenvolvimento do potencial criativo da criança, facilitando, assim, seu primeiro acesso à externalidade dos objetos por meio dos fenômenos transicionais: "Se a criança não cria o mundo, ou seja, não tem a experiência pessoal de estar participando ativamente, com algo próprio, do contato com a realidade, esta realidade não adquire consistência e valor" (Lejarrage, 2012, p.78).

i) A intuição do negativo em Winnicott segundo André Green.

Cito novamente:

A partir daí, minha paciente atingiu a posição que novamente surge na transferência, de que a única coisa real é a falta ou a lacuna, isto é, a morte, a ausência ou a amnésia. No decorrer da sessão, teve uma amnésia específica e isso a aborreceu; revelou-se que a comunicação importante dirigida a mim estava em poder existir um anulamento e que esse ponto em branco poderia ser o único fato e a única coisa real. A amnésia é real, ao passo que aquilo que foi esquecido perdeu sua realidade (Winnicott, 1975, p.40).

Green, em sua palestra de 1997, *A Intuição do Negativo em "O Brincar e a Realidade"* (no original em 1997 e em português em 2003), que comentaremos, baseia-se em propostas como a

apresentada neste trecho da obra de Winnicott para afirmar que as raízes de seu pensamento a respeito do negativo já teriam sido intuídas por Winnicott, bem como que este aspecto da teoria winnicottiana estaria bastante de acordo com o desenvolvimento teórico que estabelece em seu texto sobre a *mãe morta*.

Varios destes exemplos do negativo mostram como Winnicott estava próximo de um conceito que ele nunca teve a oportunidade de promover a um *status* teórico. Seus leitores também. Tudo o que se refere a uma falta ou lacuna: ausência de memória, ausência de mente, ausência de contato, ausência de sentir vivo – todas estas ausências podem ser condensadas na idéia de falta ou lacuna. Mas esta falta ou lacuna, em vez de se referir a um simples vácuo ou a algo que está faltando, torna-se o substrato para o que é real. Winnicott diz que a única coisa real é a lacuna: “isto é, a morte, a ausência ou a amnésia” (Green, 2003, p.74).

Será, portanto, a partir das intrigantes proposições feitas por Winnicott no texto que estudamos - tais como: “alcançar o lado negativo dos relacionamentos”, “isto é o que estar morta significa”, “a única coisa real é o vazio” e “o negativo dele é mais real que o seu positivo” - que Green irá inspirar-se em Winnicott para poder abrir as portas que o levam para suas idéias acerca do negativo. Contudo, quando Green fala sobre a *intuição do negativo*, ao que ele estaria de fato se referindo?

Reportando-nos à palestra (2003) supracitada, podemos encontrar as primeiras indicações. Primeiramente, Green irá citar o questionamento de Winnicott relativo à forma pela qual o sentimento de perda poderia integrar a experiência do sujeito, para em seguida voltar-se para o objeto transicional que se constitui como um primeiro registro negativo do Eu (primeira posse não-eu), remetendo-nos a um ponto a partir do qual o sujeito começa a relativizar sua relação inicial, regida pela experiência de onipotência. Ora, o objeto transicional em sua própria essência carrega o paradoxo de *ser e não ser*, tanto o Eu quanto o objeto, de modo que, para que possamos concebê-lo, é preciso tolerar esta dualidade que lhe é característica. Assim, a idéia de negativo nos remete a algo que não estaria presente a princípio, mas que se interpõe de modo potencial como um terceiro

objeto, em uma área intermediária, sustentando a transição entre aquilo que já não é e aquilo que em breve será, até por isso carrega a idéia de potencialidade sustentada pela denominação de Winnicott *espaço potencial*. Para referir-se a esta propriedade intermediária, o autor irá falar de *jornada do simbolismo no tempo*.

Talvez seja interessante neste momento, dado a complexidade do tema, recorrermos a um exemplo de Green (2003): nesta primeira concepção a idéia de negativo é bastante similar à idéia de um negativo de uma fotografia, se lembrarmos do processo que se opera nas máquinas de fotografias analógicas. Nestas, você coloca um filme que, uma vez acionado o botão da câmera, irá captar a imagem se tornando um negativo, que por sua vez é potencialmente uma fotografia. O negativo já não é uma imagem, nem é mais filme, mas também ainda não é uma fotografia, ele se encontra em uma área intermediária entre ambos e, tal qual o objeto transicional, ele também terá de ser relegado ao limbo, tornando-se um pano de fundo para que o sujeito possa dispor da fotografia: “o negativo sendo o elemento através do qual o positivo pode aparecer” (Green, 2003, p.83).

Tal como observamos, o objeto transicional é um indicativo de que está correndo tudo bem e que o processo de maturação está em desenvolvimento. Todavia, como este processo depende da existência de um objeto materno suficientemente bom para que o objeto transicional possa se manter, é necessário que se mantenha o objeto subjetivo; por sua vez, isso irá depender “*da existência, vitalidade e comportamento do objeto externo*” (Winnicott, 1971), o qual precisa sobreviver e não se vingar por estar sendo destruído. Desta forma, se objeto externo é inadequado, o que significa que falha em suas funções para além de um limite tolerável pelo *self* do bebê, ocorrerá um desinvestimento destas representações internas que o representam, criando, assim, buracos no psiquismo:

Este esmaecimento das representações internas é o que eu relaciono à representação interna do negativo – “uma representação da ausência de representação”, como eu digo, que se expressa em

termos de alucinação negativa, ou no campo do afeto em termos de vácuo, vazio, ou, em menor grau, de inutilidade, ausência de significado (Green, 2003, p.73).

Green (2003) comenta que para Winnicott o *lado negativo dos relacionamentos* refere-se àquilo que é experimentado pelas crianças quando os pais não estão disponíveis, *A não-existência* irá se tornar, em algum momento, a *única coisa real*: “O retorno da presença do objeto não é suficiente para remediar os desastrosos efeitos de sua longa ausência. A não-existência tomou posse da mente, apagando as representações de objeto que precederam sua ausência” (Green, 2003, p.84). O desinvestimento, portanto, é o que passa a vigorar no psiquismo. Em Winnicott, isto se denomina de *esmaecimento da representação interna do psiquismo da criança como consequência da ausência prolongada do objeto externo*, dando ensejo à fixação no vazio, na lacuna e no vácuo, como uma representação da perda. Isto acaba ocorrendo porque o sentimento que envolve a perda sempre lhe parecerá muito mais *real* do que o investimento em qualquer outro objeto do mundo que poderia lhe trazer alguma satisfação, afinal, este, tal qual o objeto materno, pode esvaír-se a qualquer momento, como ocorre no exemplo em que a paciente fala do cobertor que Winnicott lhe oferece durante a sessão analítica: "Você sabe, não é, que a manta podia ser muito confortável, mas a realidade é mais importante que o conforto e portanto, *nenhuma manta* pode ser mais importante que uma manta" (Winnicott, 1971, p.44).

Aqui Green irá se apropriar da teoria winnicottiana para afirmar que a paciente não consegue se deixar estar com o conforto, sabendo que pode perdê-lo e depois reencontrá-lo. Ora, a *capacidade de estar só na presença do objeto* compreende a possibilidade da criança de *alucinar negativamente* o objeto materno. Isto significa a possibilidade de apagar a percepção de algo externo que poderia ser efetivamente percebido. Porém a criança somente poderá alucinar negativamente o objeto materno sem sentir a angústia de sua perda definitiva se tiver conquistado a capacidade de manter vivas as suas representações internas na ausência do objeto. Isto significa que somente quando o objeto materno puder permitir que a criança possa esquecê-lo (ser alucinado negativamente), ele dará ensejo para que outras representações possam substituí-lo, ou seja, permitir

que desapareça a sua representação interna no psiquismo da criança, mas que esta mãe, ainda assim, permaneça viva em sua memória. Portanto, é necessário que a ausência da mãe seja percebida dentro da potencialidade de seu reencontro em um momento futuro para que o bebê não sinta que a perdeu quando ela não estiver realmente ou virtualmente presente, o que tornará possível a abertura para o espaço potencial e a constituição subjetiva: “O sujeito se constroi onde houve a investidura e não o investimento do objeto” (Green, 2008, p. 271)⁶³.

Vale lembrar, porém, que originalmente na teoria winnicottiana, aquilo que Green atribui à possibilidade de alucinar negativamente o objeto corresponde à incorporação do objeto primário pela criança, que passa a fazer parte de seu *self*. A partir de então, a criança irá se abrir para outros objetos, primeiramente para os objetos transicionais e, depois, para os objetos reais e culturais. Para Winnicott, esta incorporação do objeto primário se dá, metaforicamente, do mesmo modo que se dá a digestão: o bebê absorve a mãe e a incorpora na forma de cuidados, a partir daí passa a poder se relacionar com os objetos da realidade compartilhada.

Em termos greenianos, portanto, a capacidade de estar só na presença do objeto advém da possibilidade de internalização de uma *estrutura enquadrante*.

j) Teoria das pulsões em Green e o trabalho do negativo.

Voltemos a um trecho do caso relatado por Winnicott:

Em conexão com isso, a paciente recordou a existência de uma manta em disponibilidade no consultório, e como se envolvera nela, em certa ocasião, usando-a para um episódio regressivo durante uma sessão analítica. *Atualmente, ela não tocaria nessa manta nem a usaria. Porque manta que não se encontra ali (porque não vai buscá-la), é mais real do que a manta que lhe oferecesse o analista, tal como teve a idéia de fazê-lo, certamente a partir dessas considerações, a paciente defronta-se com a ausência da manta, ou melhor dizendo, com a irrealidade dela em seu significado simbólico.*

⁶³ GREEN, A. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*, Rio de Janeiro, Imago, 2008.

Daqui, ocorreu um desenvolvimento em termos da ideia dos símbolos. *O último de seus analistas anteriores 'será sempre mais importante para mim que o analista atual'*. Acrescentou: *'Você pode me fazer muito bem, mas eu gosto mais dele. Isso será verdade quando eu o tiver esquecido inteiramente. O negativo dele é mais real que o positivo em você'*. Podem não ter sido exatamente essas suas palavras, mas era o que me transmitia em linguagem clara, sua própria, e aquilo que ela precisava que eu compreendesse (Winnicott, 1975, pp. 40-41).

Baseando-se na teoria pulsional freudiana, Green (2003) irá afirmar que sempre haverá uma implicação de algo em excesso no aparato psíquico que deve ser reduzido ou reprimido por mecanismos de defesa, operação esta que se dá de forma latente, por detrás da cena, no inconsciente, de uma maneira invisível, porém ativa. Para o autor, estas operações latentes de redução pulsional são formas de expressão do *negativo*, e é por isso ele irá afirmar que os excessos pulsionais devem ser *negativados* pelo psiquismo, ou seja, existe a necessidade da criação de representações. Este seria o primeiro passo para a possibilidade do processo de simbolização, como uma forma de aplacar e domesticar a excessiva intensidade dos acontecimentos. Contudo, antes de nos atermos especificamente à questão, acredito que seja necessária uma aproximação a respeito da abordagem que Green estabelece em relação à teoria das pulsões de Freud.

Em primeiro lugar é importante que observemos que Green (2010)⁶⁴ endossa a hipótese do dualismo pulsional freudiano que se estabelece na oposição entre pulsões de vida, como representantes de *Eros* e pulsões de morte. Todavia, sua teoria é inovadora por levar em consideração o peso de fatores associados ao narcisismo e à destrutividade, bem como enfatizar e integrar o papel das relações objetais aos aspectos relacionados à pulsão. Sua principal idéia é que objeto e pulsão são termos que jamais podem ser pensados separadamente, ou seja, sem a complementariedade que os caracteriza. Isto ocorre porque, para o autor, o *objeto é o revelador das pulsões*, ele não as cria, na verdade é criado por elas. Contudo, pelo menos em parte, ele é uma

⁶⁴ GREEN, A. Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante In *O trabalho do negativo*, Porto Alegre: Artmed, 2010.

condição para que tenham existência, uma vez que só é possível a nós o acesso às pulsões por meio da presença/ausência das funções do objeto.

No caso da *pulsão de vida*, sua função é de *ligação*, o que irá assegurar uma *função objetalizante*. Isto não significa que sua função seja apenas a de criar uma relação com os objetos, mas sim que sua atuação cria a possibilidade de transformar estruturas, ou até mesmo o próprio investimento objetal, em objeto. Sua única condição de operação é que haja um *investimento significativo* em alguma coisa. A pulsão de vida irá manifestar-se, portanto, através do investimento libidinal, ligando-se a objetos, algo que se opera na função sexual e no movimento desejante.

No que diz respeito à pulsão de morte, seu objetivo é o desligamento, pretendendo, assim, que o sujeito atinja um nível zero de tensão. Seu modo de operação se dá por meio da *função desobjetalizante*, cuja face é o desinvestimento objetal nos moldes que podemos verificar na descrição que Freud faz da melancolia (1917)⁶⁵, quando coloca que, no processo de enlutamento, o Eu, buscando socorro para se restabelecer da ferida que lhe é impingida pela dor da perda, irá desinvestir sua libido dos objetos do mundo, fazendo com que esta retorne para si, à busca de fortalecer-se. A *função desobjetalizante*, porém, não se confunde com o processo de luto, que compreenderia a possibilidade posterior da função objetalizante operar religando esta libido desligada a outros objetos. Quando a destrutividade é alta, porém, a função desobjetalizante ataca a própria operação de ligação, e a libido que é desinvestida dos objetos permanecerá desligada, porque o medo do abandono e da intrusão faz com que o sujeito tente preservar-se da frustração impedindo a si mesmo de investir outros objetos

Para Green, esta dinâmica destrutiva das pulsões é muito comum nos pacientes-limites, principalmente naqueles que ele descreve em seu texto sobre *A mãe morta* (1980). Nestes, o excesso de energia desligada (em face da impossibilidade de religar-se) que teria por escopo a aspiração a um nível zero de tensão tenderia a se dirigir a um *narcisismo negativo*, no qual sua função desobjetalizante passaria a focalizar toda a sua ação destrutiva não mais aos objetos e a seus

⁶⁵ FREUD, S., Luto e Melancolia (1917), in *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

substitutos, mas sim ao próprio processo de objetualização. Isto, em outras palavras, significa o emperramento do movimento desejante e da possibilidade de usar os objetos externos (movimentos que somente são possíveis quando há um espaço intermediário constituído).

Como ressalta Winnicott (1971), este é um padrão que se estabelece na infância em face do esmaecimento das representações internas que se operam no psiquismo, quando o objeto externo ultrapassa o limite temporal de ausência tolerável ao bebê. Ora, se, como vimos, para que a representação interna possa permanecer é necessária a sobrevivência do objeto externo, caso isto não ocorra, este esmaecimento pode tornar-se o padrão. Em decorrência disso, o sujeito jamais chegará na possibilidade de usar os objetos, o que em termos de maturação significa que jamais poderá haver a transição da fase de *dependência absoluta* para a fase de *dependência relativa*. Nestes termos, este trecho do texto de Winnicott é bastante ilustrativo:

No decorrer da sessão, teve uma amnésia específica e isso a aborrece; revelou-se que a comunicação importante dirigida a mim estava em que poderia existir um anulamento e que esse ponto em branco poderia ser o único fato e a única coisa real. A amnésia é real, ao passo que aquilo que foi esquecido perdeu sua realidade (Winnicott, 1971, p.30).

Para Winnicott, portanto, o esmaecimento da representação interna é uma consequência da impossibilidade desta manter-se, caso esta não esteja sustentada (*holding*) por um objeto externo e confiável até o momento do processo maturacional da criança em que estas representações internas possam se manter sem este suporte, momento que o autor faz coincidir com a fase em que a criança passa a ter a capacidade de usar os objetos e com a possibilidade de *simbolização*. Caso isso não ocorra, o processo da criança permanece congelado no tempo da *relação de objeto*.

Neste caso, nossa hipótese é de que irá formar-se uma estratégia de defesa para lidar com este ambiente externo ameaçador, ainda bastante concreto e enviesado pelas projeções. Assim, em face da impossibilidade de separar realidade e fantasia, não haverá uma abertura para que o verdadeiro *self* alcance o mundo externo, o que resultará em uma pobreza psíquica e em uma porta

fechada para a realidade compartilhada que jamais conseguira se abrir, pelo menos até o tratamento: “o sujeito procura alcançar o mesmo estado como se a satisfação houvesse sido obtida, através da estratégia de renunciar a toda esperança de satisfação através de introduzir em si próprio um estado de morte psíquica.” (Green, 1990, p.295).

Para Green (2003), portanto, esta função do *holding* materno precisaria ser introjetada na forma de uma *estrutura enquadrante*, cuja função é dar suporte ao espaço psíquico:

Faço a hipótese que a criança (qualquer que seja a cultura em que ela nasça) é sustentada pela mãe junto ao seu corpo. Quando o contato com o corpo da mãe é interrompido, o que persiste desta experiência é o traço do contato corporal – mais frequentemente os braços da mãe – o que constitui uma estrutura enquadrante que abriga a perda da percepção do objeto materno, *com uma alucinação negativa dela*. É sobre este fundo “negativado” que vão se inscrever as futuras representações de objeto abrigadas pela estrutura enquadrante. É essa função de continente que permitirá a elaboração do trabalho das representações, representações estas que sofrem as transformações relativas à passagem dos representantes psíquicos da pulsão às representações de palavras e de idéias e julgamentos extraídos da experiência de realidade (Green, 2008, p.199-200).

Quando isto ocorre o objeto materno pode se ausentar. Em outras palavras, sua representação interna pode ser destruída no espaço interno do psiquismo, bem como sua presença de fato pode ser alvo da *alucinação negativa*, uma vez que sua representação transformou-se em estrutura enquadrante que pode acolher outros objetos, criando, assim, meios para que a criança possa lidar com a sua ausência. Porém, quando a internalização do *holding* não ocorre, a estrutura não consegue investir outros objetos, deixando o sujeito diante do vazio e da lacuna. Nestes casos há, portanto, uma fixação no objeto primário materno justamente em sua face negativa (a representação da ausência de representação): “ela esqueceu completamente a infância e os pais, embora defendesse sistematicamente, durante todo o tempo, o direito de não chamar aqueles que dela cuidavam de ‘tio’ e ‘tia’, (...) a maneira negativa de recordar a mãe e o pai ” (Winnicott, 1971, p.40).

Retomando, vale ressaltar, que aquilo que Green denomina de *alucinação negativa* se aproxima do que Winnicott denomina de capacidade de manter a representação interna da mãe em sua ausência, ou seja, assim como para Winnicott, quando tudo corre bem e a mãe pode fornecer uma sustentação (*holding*) adequada, estando presente e disponível para as tarefas nas quais o bebê necessita dela, chegará um momento em que o bebê já não mais precisará de sua presença real para manter a sua representação em seu psiquismo. Isto significa que esta representação da confiança em seu retorno já foi internalizada e que ele poderá, portanto, explorar o ambiente em busca de outros objetos de satisfação, dado que já pode deixar de estar tão temeroso quanto a possibilidade da mãe desaparecer quando se afasta de sua presença.

No que diz respeito a *alucinação negativa*, Green (2010)⁶⁶ afirma que, para que o bebê possa voltar-se a outros objetos que não o materno, é preciso que este bebê possa se *deixar esquecer permitindo que a criança alucine negativamente seus objetos primários*, ou seja, que ele possa se desvincular e prescindir de sua presença (que se torna ausentemente disponível), algo que somente pode ser feito de modo tranquilo caso tenha se formado uma *estrutura enquadrante*. Esta estrutura equivale a um *vazio fértil* que se forma no psiquismo, tal qual uma *tela em branco* na qual os objetos investidos pelo desejo podem ser positivamente alucinados.

Caso contrário, o vazio deixado pela alucinação negativa do objeto materno não poderá ser preenchido por uma alucinação positiva de um objeto substituto, dado que a ameaça de que o objeto primário desapareça é tanta que exigirá que sua presença seja constante, seja de forma positiva (fetiche) ou de forma negativada (vazio). Não deixa de ser surpreendente, porém, como o psiquismo paradoxalmente torna possível a fixação no objeto materno pelo incessante retorno ao vazio, como *o representante da ausência de representação*.

Para Green, (1988)⁶⁷, este tema abre as portas para o estudo do *investimento negativo*, que se caracteriza pelo esforço do sujeito em manter-se em um estado de *narcisismo negativo*, ou seja, diante de uma experiência com objetos que não puderam cumprir suas funções dentro de um limite

⁶⁶ GREEN, A., *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

⁶⁷ GREEN, A., O espaço potencial em psicanálise, in *Sobre a loucura pessoal*, Rio de Janeiro: Imago, 1988.

tolerável ao seu aparelho psíquico, o sujeito irá renunciar a toda esperança de satisfação induzindo em si próprio um estado de morte psíquica. Este estado de *não ser* é, assim, uma tentativa de alcançar um estado de quietude que originalmente estaria ligado à realização de um desejo por meio do alcance do objeto, mas que na verdade ruma para o sentido oposto, o da pulsão de morte, visando a satisfação pela via da morte psíquica.

Vale lembrar que, para que o processo de enlutamento se torne possível, o objeto primário tem que poder se permitir ser efetivamente perdido, dando ensejo a que o sujeito possa tornar-se apto a investir outros objetos. Somente um objeto que permite a atenuação de sua presença poderá submeter-se a um *duplo processo de negação*:

é negado *para dentro*, sendo esquecido e convertendo-se em estrutura psíquica, uma espécie de vazio interno, base da vida desejante e dos processos de procura e conhecimento [*estrutura enquadrante*]; mas também é *negado para fora*, deixando-se perder e distanciar-se para aparecer como objetos [substitutos]⁶⁸ (Figueiredo e Cintra, 2004).

Retomando a questão da *negativação*, Green (2010) irá postular que há algo de insaciável, que é da própria natureza das pulsões de vida, do *Eros* primordial, e que permanece em constante conflito com os aspectos destrutivos da pulsão de morte (Green, 1980)⁶⁹.

Para Green, a pulsão de vida nasce no Id carregada com o potencial traumático da loucura precoce, pois, dentro de sua função de ligamento, a pulsão procura um objeto para ligar-se com o qual possa se satisfazer totalmente, e que tem como consequência seu louco apaixonamento pelo objeto primordial. Do outro lado, figuram as pulsões de morte, com sua função de desligamento objetual, também essenciais para que o desligamento possa operar-se e novas ligações possam ser produzidas.

⁶⁸ FIGUEIREDO, L. C. e CINTRA, E. M. U., Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In *Limites*, São Paulo : Escuta, 2004.

⁶⁹ GREEN, A., A paixão e suas vicissitudes (1980). In *Sobre a loucura pessoal*, Rio de Janeiro: Imago, 1988.

Neste combate entre as pulsões de vida e pulsão de morte, o resultado depende de um *hiperinvestimento* por parte da mãe na criança, o que corresponde às suas funções de estimular e conter os excessos pulsionais e permitir que a criança crie meios de elaborar sua própria atividade pulsional e defender-se da loucura precoce, presente na vida pulsional da dupla mãe-bebê. Quando este hiperinvestimento não ocorre, as pulsões de morte saem vencedoras desta batalha e o que prevalece é o desinvestimento, pois o Eu do sujeito irá buscar defender-se da relação fusional com a mãe, desligando-se das representações internas desta e do objeto externo. Quando prevalece a pulsão de vida, a excessiva intensidade das pulsões será aplacada e domesticada (negativada), o que se opera no psiquismo por meio das *representações* e da *figuração*.

Vale lembrar que, para Winnicott, somente uma mãe traumatizante operaria estas funções de investimento e estimulação pulsional, pois estas operações compreendem necessariamente um componente sexual, considerada essencial pela teoria de Green, mas que para Winnicott deve estar totalmente excluída neste momento de extrema imaturidade do *self*. Deste modo, para Winnicott, não cabe à mãe erotizar o bebê, é o próprio bebê que se encarregará desta função na medida em que avança o seu processo normal de maturação, como uma consequência da elaboração imaginativa das funções corporais (Naffah Neto, 2012)⁷⁰.

Green irá denominar de trabalho do negativo este que é desempenhado pelo psiquismo, de traçar uma fronteira entre o que é irrepresentável (e traumático), e que, portanto, deve ser negativado pela via de sua expulsão do psiquismo, e aquilo que pode ser negativado por meio da *figuração* e da *representação*.

Porém, como observamos, a possibilidade de *figuração* e *representação* depende do modo como pôde formar-se a *estrutura enquadrante*, que, por sua vez, é relativa à função que pôde ou não ser exercida pelo *objeto primordial materno* na constituição de um ambiente confiável o suficiente para que a criança pudesse internalizar o *holding* materno.

⁷⁰ NAFFAH NETO, A., Sobre a elaboração imaginativa das funções corporais: corpo e intersubjetividade na constituição do psiquismo, in *Dimensões da intersubjetividade* organizadores Nelson Coelho Junior, Pedro Salém, Pela Klautau), São Paulo: Escuta, 2012.

A falha do objeto em suas funções constitutivas de provocar e conter as pulsões é algo muito presente na clínica do paciente-limite, pois o terror que experimenta em face do excesso de presença (invasão) ou de ausência (aniquilamento) permanece incessantemente chamando atenção do analista, uma vez que estas são revividas transferencialmente na relação analítica. Há, portanto, uma fixação no objeto em sua face negativa, obstando a capacidade do sujeito de estar só na presença do objeto: "*Você pode me fazer muito bem, mas eu gosto mais dele. Isso será verdade quando eu o tiver esquecido inteiramente. O negativo dele é mais real que o positivo em você*" (Winnicott, 1975, p.40) .

Não é desnecessário dizer que se o sujeito não pôde viver a ausência ou a falta com a esperança de retorno, ele jamais poderá vivenciar o processo de enlutamento de uma maneira positiva, o que o tornará inapto à formação de novos investimentos libidinais: "*a única coisa real é a falta ou lacuna; isto é, a morte, a ausência ou a amnésia*" (Winnicott, 1975, p.40).

É interessante notar, assim, que o *trabalho do negativo* é algo que se opera pela ação dos mecanismos de defesa, cuja natureza também é bastante paradoxal, de modo que sua ação desempenhada pelo psiquismo visa primeiramente o bem estar do sujeito, bem como a manutenção de sua coesão do Eu. Contudo, quando estes passam a atuar de uma forma compulsiva, deixam de agir como um meio saudável e passam a operar de uma forma patológica. Não se deixando esquecer, estes objetos serão sempre excessivos e intrusivos em suas funções, algo que se nota na relação transferencial do tratamento psicanalítico, na qual o analista é percebido como demasiado próximo e invasivo ou como demasiado distante e inacessível.

Em termos práticos, isto significa o uso predominante de mecanismos de defesa primitivos, como *negações, clivagens, retraimentos, desautorizações e identificações projetivas* que funcionam de uma forma evacuativa e baseada na urgência das satisfações pulsionais com o objetivo de fazer desaparecer os conflitos intrapsíquicos. Porém o preço por este suposto apagamento é o empobrecimento do psiquismo, já que o desaparecimento das representações internas é algo que compromete o processo de simbolização e o trabalho do pensamento, uma vez que o psiquismo não

pode simplesmente livrar-se destes conteúdos fundamentais negativados⁷¹ pela via da evacuação sem que lacunas se formem no sistema psíquico como consequência.

Vale ressaltar aqui que isto que Green está denominando de trabalho do negativo compreende a necessidade de atribuirmos ao psiquismo a propriedade de já possuir, desde o início, ou pelo menos desde um momento bem próximo ao início, a possibilidade de diferenciar entre dentro e fora, algo que para Winnicott jamais poderia ser pensado, uma vez que, enquanto prevalece um estado de indiferenciação entre um dentro e um fora, que coincide com a formação de um *self* minimamente integrado, fica completamente sem sentido pensarmos tanto na idéia de projeções e identificações projetivas como em um mundo de fantasias que regulam as operações que formam o circuito do trabalho do negativo.

Refletindo acerca do pequeno, porém riquíssimo, artigo de Freud *A Negação* (1925)⁷², Green (2010) irá remeter-se ao duplo movimento da pulsão oral, que se verifica nos atos de *engolir* ou de *cuspir*, para pensar o *trabalho do negativo*. Nota-se que foi com base foi estabelecido de modo incipiente neste artigo de Freud que Green irá formular a sua teoria a respeito do *duplo limite do psiquismo*. De acordo com Freud a *negação* é uma forma de entrar em contato com que foi recalcado, ou para Green, *negativado*. Nesta operação, a função intelectual do juízo cumpre essencialmente duas decisões: a) decidir a respeito do fato se algo é bom ou ruim, útil ou nocivo (julgamento de *atribuição*); b) decidir se uma representação que figura no psiquismo tem ou não existência na realidade objetivamente percebida (julgamento de *existência*).

Deste modo, a *primeira* decisão cabe a um julgamento de *atribuição*, mais primitivo, que se dará tal qual o ato de *cuspir*. Nesta ação, o bebê, diante de um desconforto que lhe invade, tenta expulsar o objeto ruim para o mais longe possível de si. Esta ação de *excorporação*, portanto, irá tirar algo do interior do corpo do bebê para colocá-lo no exterior, o que por si só já começa a formar um limite incipiente entre o que é Eu e o que é não-Eu, entre o exterior e o interior: “O Eu-de-

⁷¹ Aqui Green irá apropriar-se das idéias bionianas de *reverie*, e de *função alpha* e *função beta*. Remetemos os interessados ao livro *O duplo limite: O aparelho psíquico de André Green* de Candi, T., Escuta, 2010.

⁷² FREUD, S., *A Negação* (1925). In *O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925)*, São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

prazer original [inicial] quer introjetar tudo o que é bom e excluir tudo o que é mau, como afirmei em outro lugar. Para o Eu, o que é mau e o forasteiro, que se acha fora, são idênticos inicialmente” (Freud, 1925, p.278).

A *segunda* decisão da função do juízo é a respeito da *existência real*, ou não, de algo que está representado no psiquismo, de modo que ao Eu-realidade definitivo já não é uma questão de apenas acolher ou não algo em seu interior, mas de ser ou não possível reencontrar na realidade perceptiva algo que se encontra representado, de modo que, quando preciso, o sujeito possa apossar-se deste algo. Assim, para Freud, assim como para Winnicott, “a existência de uma representação não é garantia da realidade do representado” (p.279), cabendo ao exame de realidade *reencontrar* este objeto externamente percebido, de modo que o próprio teste de realidade acaba sendo um fenômeno transicional que se opera na busca de uma tentativa de construção da realidade interna e da realidade externa, bem como de diferenciá-las.

Para Green (1990), cumpre aos objetos parentais, na saúde, submeter-se a este duplo processo de negação operado pelo psiquismo do infante, seja pela via da oralidade, sendo incorporados e afastados e reaparecendo à distância em sua diferença como objetos de atração e repulsão, ou por meio da alucinação negativa, quando estes, uma vez encontrados, serão depois perdidos e novamente reencontrados. Isto é o que abre a porta para a possibilidade de novos investimentos libidinais em outros objetos, que surgem paradoxalmente como uma negação e como um reencontro metafórico destes objetos primários (Cintra, 2012)⁷³.

Todavia, ao falharem nesta função, os objetos primários se encontram ausentes quando deveriam estar presentes, ou presentes quando deveriam estar ausentes, o sujeito terá que investir nestes objetos, criando meios para se defender da ameaça do abandono e da intrusão que eles o tempo todo transmitem. Esta hipervigilância leva a um investimento maciço no negativo destes objetos.

⁷³ CINTRA, M. E. U., *André Green e o trabalho do negativo*, 2012, No prelo.

Uma mãe super protetora é sempre excessivamente sedutora e traumatizante, não importa quais sejam suas intenções, pois é incapaz de exercer uma função de continência, anti-traumática. Por outro lado, com um objeto assim ameaçador e do qual o indivíduo deve se proteger, a função estimulante também não pode ser internalizada, pois seria excessivamente perturbadora; o indivíduo não consegue manter-se vivo e ativo sem um aporte contínuo de estimulação externa e de preferência autoproduzida artificialmente: práticas de masturbação, droga adicção, promiscuidade. Do outro lado disso, uma depressão narcísica está sempre à espreita (Cintra, 2012, p.11).

Com relação ao modo como os objetos primários devem exercer sua função, Cintra (2012) ressalta que é possível distinguirmos dois tempos: no *primeiro* deles, *a função do objeto é paradoxal*, pois cabe a ele agir tanto estimulando e erotizando a pulsão quanto contendo os seus excessos. Quando estas duas funções são internalizadas, o objeto pode ser *esquecido*. No *segundo* momento, o objeto deve deixar-se negar e colocar-se a distância, que, como vimos, é essencial para que a libido possa investir outros objetos da realidade, igualmente *inadequados e falíveis*. Nesta operação de tornar-se *ausentemente disponível*, o objeto *absolutamente necessário* pode inscrever-se no psiquismo como estrutura e vazio: é isto que cria na criança a possibilidade de tolerar a *distância*, a *ausência* e a *inadequação* dos objetos substitutos. Esta operação traz em si a marca dos *fenômenos transicionais* que é a base de todos os movimentos desejantes, do processo de simbolização e da própria possibilidade do ato de pensar.

Quando há uma ausência de ausência ou uma presença de presença, o que no fundo é a mesma coisa, pois ambas desconhecem o vazio, o processo de constituição psíquica fica obstruído, o *primeiro tempo* não se consuma e o *segundo tempo* não se instala (Cintra, 2012, p. 10).

Assim, para que esta transição possa acontecer, é necessário que o *holding* materno tenha sido internalizado, criando uma área intermediária resiliente aos excessos internos e externos e que, portanto, permita a sua *negativação*. Quando isto ocorre, a experiência da ausência, da separação e do vazio (figuras do negativo) cria uma lacuna que poderá ser preenchida pelo brincar criativo da

criança: “ele não será, portanto, vivido como espaço vazio da ausência, e sim como a possibilidade de usufruir de um espaço de repouso, proporcionado pelo prazer ‘de se esquecer’ na brincadeira” (Candi, 2010, p.130).

Segundo a teoria de Green, no caso do paciente limite, como a função de estimulação e de continência dos objetos primários foram precariamente exercitadas e internalizadas, o trabalho do negativo se manifestará em sua face destrutiva, causando problemas relativos à presença e à ausência dos objetos, que se tornam ao mesmo tempo absolutas e contraditórias, manifestando-se pela via de demandas e retraimentos intensos e precipitados.

Quando há um excesso de ausência ou de presença, a presença maciça dos objetos primários impedem os processos de simbolização, pois as representações somente se formam diante da possibilidade do apagamento do objeto primário. Quando o mundo das representações não pode emergir, os processos de pensamento simplesmente ficam paralisados, o que torna as angústias de separação e intrusão intoleráveis.

Como vimos, nestes casos Green irá afirmar que a *transferência é muito maltratada*, pois o analista será percebido ao mesmo tempo como demasiado próximo (invasivo) ou demasiado ausente (inacessível), tornando-se alvo de ataques aos quais ele nem sempre terá condições de responder. Isto o levará, também, a cometer atuações contratransferencias que exigem que o contexto analítico seja o tempo todo observado de modo crítico, visando uma elaboração imaginativa que possa lhe proporcionar uma escuta aguçada e o manejo apurado de sua técnica. Green coloca que caberá ao analista, portanto, a difícil tarefa de ocupar o lugar daquele objeto que falhou na função de provocar e conter as pulsões, operação que se dará *por meio da fala*, pois por meio desta é possível operar uma negatização da insaciabilidade das pulsões: em parte porque as contraria impondo-lhes diferenças, escolhas e moderação, de modo a domesticar a sua voracidade que *tudo* deseja, em proveito de uma escolha, e é nesta operação que o sujeito passa a desejar algo da realidade compartilhada.

Esta é uma adaptação que Green faz da teoria de Winnicott, na qual ele deixa de privilegiar a regressão do paciente à fase de dependência absoluta para privilegiar o *setting* analítico como um representante metafórico desta regressão, algo que, para Winnicott, deve acontecer de fato. Para Winnicott, a regressão do paciente à situação do trauma seria a possibilidade dele vivenciar a situação traumática novamente junto ao analista, porém, desta vez, podendo receber através dos cuidados do analista a maternagem suficientemente boa que não foi possível na situação original. Essa seria uma possibilidade de retomar na prática o processo de desenvolvimento que se estancou na situação do trauma.

Em termos práticos, isto significaria promover *holding*, *handling* e sustentar a capacidade do analisando de utilizar-se dos objetos como uma possibilidade de fazer reviver a esperança diante da experimentação, ainda que tardia, de uma nova realidade ambiental (Winnicott, 1954)⁷⁴.

Para Green, este corpo a corpo com o paciente deve ser evitado, pois este estado regredido não permite que as atuações do paciente possam ser tornadas em representação psíquica, ou seja, metaforizadas pela situação analítica. Desta forma, não restará ao paciente outra alternativa que não fazer com que as interpéries da pulsão se traduzam em verbalização, que, enquanto tal, pode ser pontuada e interpretada pelo analista, o que permitiria que estas sofressem uma transformação que as tornariam passíveis de serem contidas psiquicamente .

Para o autor, a própria situação de análise, quando asseguradas as condições necessárias, promove a experiência de regressão, contudo, a verbalização irá impedir que os excessos pulsionais se transformem em atuações, o que favorece a simbolização. Para Winnicott, porém, na situação de regressão à dependência não teria qualquer sentido falar em metaforização, pois quando está regredido o paciente se desintegra, perdendo totalmente a sua capacidade simbólica. Não se trata de simbolização, portanto, e, sim, de reviver na pele uma experiência que permita a retomada da confiança no ambiente por meio da elaboração imaginativa das experiências corporais.

⁷⁴ WINNICOTT, W., Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico (1954). In *Da pediatria a psicanálise: Obras escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Como nos pacientes limite a possibilidade de alucinar negativamente os objetos primários está associada a uma experiência de terror, dado que o esmaecimento de suas representações internas não sustentam a possibilidade do reencontro destas (algo que coincide com a passagem do princípio do prazer para o princípio da realidade), o ato de escolher os coloca diante de uma experiência de perda. O trabalho do analista nestes casos será, portanto, o de favorecer a criação de *metáforas*, por meio das quais o paciente possa, de alguma forma, jogar com a complexidade de suas sensações de *aniquilamento* e de *perda*, que até o momento carregam o potencial traumático daquilo que não é passível de tradução, ou seja, o papel da análise é favorecer a possibilidade da criação de representações, ajudando o psiquismo do paciente a retomar esta função.

Para Green, portanto, quando o paciente passa a poder usar representações, sai do encarceramento que a pulsão de morte lhe impõe em face da impossibilidade de escolher, petrificado pelo medo da perda do objeto primário, que o mantém entorpecido próximo a um nível zero de tensão, e passa a poder investir os objetos substitutos. Em outras palavras, a simbolização permite que se opere uma transição que possa transformar a ausência em uma presença potencial. Esta operação relativiza o potencial traumático da morte e da perda, transformando a ausência em uma presença imaginária, levando o sujeito à capacidade de brincar e de estar só na presença do objeto e à atividade de representação e à criação do imaginário.

Cabe, assim, à situação analítica a promoção da construção de um *objeto analítico*, que, tal qual os objetos transicionais (dos quais ele é uma modalidade), irá criar e paradoxalmente permitir a passagem do sujeito pela criação de significados que emergem inicialmente como potenciais e que somente depois se tornarão reais.

Green (1988) postula, portanto, que caberá à análise, pela via da transferência e da contratransferência, *que se operam em seu tempo e em seu espaço*, promover a criação deste *objeto analítico* como uma possibilidade para a conclusão do processo de luto e reaviar o circuito da pulsão de vida por meio de novos investimentos libidinais. A criação de representações é, portanto, segundo o autor, a principal função do psiquismo, cabendo sempre ao analista, principalmente

quando trata de casos de pacientes limite, “preservar as mínimas condições necessárias para o desenvolvimento do máximo de simbolização” (Green, 1988, p. 298).

Segundo Green :

agora realmente sabemos que um objeto é indispensável a fim de transformar essa *potencialidade inata em sua real realização, em cuja falta a potencialidade se extingue e se perde. O analista é o objeto necessário para tal transformação, mas ele só pode efetua-la com ajuda do trabalho do não-eu, que é o contexto analítico definido espacialmente e temporalmente. O que responde pelo contexto é o discurso combinado do analisando e do analista, duplo de sua respectiva experiência* (Green, 1988, p. 298).

Nestas linhas, Green postula que, na situação analítica, tanto o analista quanto o analisando produzem *duplos*⁷⁵ de si, sendo que a sobreposição *destas duas camadas de si criam uma terceira zona da experimentação*, essencial à transformação da potencialidade em algo real. Para o autor, no discurso que é produzido no contexto analítico, o que o analisando comunica é um *duplo* de sua *experiência afetiva e corporal*, e o que o analista comunica é um *duplo* do efeito produzido por sua *experiência corporal, afetiva e intelectual* referente àquilo que é comunicado pelo paciente (ibid., p.291). O *objeto analítico, portanto*, é algo que está situado entre os dois, o que significa que, tal qual o objeto transicional, não é interno nem externo ao analista e ao analisando, ou seja, encontra-se na área intermediária, no espaço potencial entre eles.

Neste sentido, sentimos que a construção do *objeto analítico* de Green é uma leitura da seguinte sentença de Winnicott, na qual ele reflete sobre o brincar: “*A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta*” (Winnicott, 1971, p. 59).

A construção do objeto analítico, portanto, não compreende apenas que o analisando possa *internalizar* a situação analítica, mas também que possa abrir um espaço potencial que lhe permita o acesso à realidade objetivamente percebida, em seu aspecto transicional, fora da situação analítica.

⁷⁵ Imagem de um outro de si próprio.

Isto compreende não só que ele possa criar meios para tolerar os limites positivos impostos pelo espaço e pelo tempo analítico, com seus cortes e modelações, mas também que possa criar meios de tolerar os limites daquilo que, dentro do setting, permanecerá ausente, como a impossibilidade de saber tudo sobre o analista, seja sobre sua realidade presente ou sua realidade passada. Limites estes que também devem ser tolerados pelo analista, que deve afastar-se da posição de onisciência em que muitas vezes costuma ser colocado e navegar entre as angústias de separação e de intrusão do paciente, uma vez que, de ambos os lados da relação, como gostaria Winnicott, impõe-se a realidade de um núcleo isolado e não comunicável do *self*, que exige ser sempre respeitada.

1) espaço potencial e simbolização

Daqui, nós partimos para os símbolos que desaparecem. Ela afirma que ela tivera algum sucesso em fazer seus símbolos reais por bastante tempo, apesar das separações (...) Havia obviamente simbolização, contanto que possamos entendê-la como algo bastante específico no caso da paciente. Havia muitas evidências de sua manifestação, contudo, como colocou Winnicott, a paciente gradualmente tinha que “*duvidar da realidade da coisa que eles [objetos transicionais] estavam simbolizando*” (Green, 2003, p.76).

O processo de simbolização é uma conquista tardia do psiquismo, e, conseqüentemente, exige dele um grau de maturação bastante avançado, isto ocorre, como veremos, porque, para que seja possível qualquer significação, é necessário que o indivíduo esteja em um estado de maturação no qual possa lidar com a ausência, não como uma experiência de aniquilação ou morte, mas sim como um vazio constitutivo que cria uma abertura para o espaço potencial. Nesta área intermediária que tolera a alteridade é onde se forma o simbolismo. Somente quando a alteridade pode ser vivida sem que esta se torna muito persecutória, ou seja, sem que a sua presença coloque o tempo todo em voga a presença de um objeto mau (em sua face intrusiva ou ausente), que se torna possível o processo de simbolização.

Qualquer significação somente pode advir de um campo heterogêneo de sentidos, no qual a imaginação criativa, através da possibilidade da realização antecipada do religamento de duas experiências subjetivas separadas pelo tempo, dê sustentação a um mundo de fantasias que vai se formando aos poucos, sempre que a criança reencontra seu objeto⁷⁶.

Como pudemos observar, a idéia de *espaço potencial*, algo tão essencial como enigmático, atravessa de ponta a ponta os fenômenos clínicos que comentamos teoricamente aqui, na saúde e na doença. Este, que é um dos conceitos mais importantes da teoria de Winnicott, descreve de modo genérico o espaço que se estende do mundo interno ao mundo externo e, de modo específico, um lugar que se estende através do tempo, entre a onipotência infantil e a percepção do objeto externo em sua externalidade, e que sustenta uma terceira zona de experimentação; um espaço virtual no qual prevalece a potencialidade de uma reunificação após uma separação, dando ensejo a novas experiências.

Assim, para Winnicott, uma vez incorporado o objeto materno sob a forma de seus cuidados ele se torna um objeto do *self*, permitindo à criança que se afaste deste objeto na busca de outros objetos de interesse. Já na teoria greeniana, a obrigatoriedade da sustentação desta reunificação após a separação advém justamente da necessidade do bebê de *deixar-se esquecer*, o que significa não se importar, o tempo todo, com a *presença da mãe*. Quando isto é possível, a criança pode se permitir *perder-se no brincar*, o que, em outras palavras, cria uma dimensão de futuro embasada na esperança de um reencontro com os objetos que podem evanescer. É a possibilidade de viver esta experiência com a confiança de que não irá perder seu objeto materno que irá fazer com que o bebê (criança ou adulto), no tempo e espaço apropriado ao seu processo maturativo, passe aos poucos a almejar por esta *ausência* da mãe, ausência esta que será preenchida pelo *brincar criativo*, que mediará seu encontro com a realidade compartilhada sem desiludi-lo, protegendo-o, assim, dos excessos.

⁷⁶ “O *fazer sentido* deve ser entendido como sempre implicando as operações de desligamento, separação e recorte e, simultaneamente, as operações de articulação e reunião. Enfim, sempre há corte e costura no fazer sentido” (Figueiredo, 2009).

É também neste espaço do brincar que se desenvolvem os fenômenos transicionais, o espaço analítico, a experiência cultural e a criatividade, bem como a capacidade para o pensar, para a simbolização e para a subjetivação⁷⁷. Contudo, para que todos estes processos possam ocorrer, é necessário, primeiramente que o bebê tenha vivenciado a experiência de ilusão, o que significa que jamais foi forçado a responder se foi *ele quem criou ou se ele encontrou* o objeto. Vivenciando esta experiência através do tempo, o bebê descobre o mundo sem ser bruscamente desiludido pela realidade compartilhada, pelo contrário, poderá utilizar-se de sua experiência de ilusão para sentir que, de algum modo, é possível controlar aspectos deste mundo que vai sendo tranquilamente descoberto. Viver esta experiência de forma pouco frustrante e pouco traumática acarreta na possibilidade de aceitação desta realidade paradoxal, algo essencial para a formação do espaço transicional, uma vez que nele as coisas estão em um estado de constante transformação.

Caberá, portanto, ao *brincar criativo* dar estofo ao potencial traumático que está contido em todo processo de transformação, tornando o *sentimento de ser* cada vez mais expressivo e relevante. Assim, quando os objetos iniciais não falharem em suas funções, os cuidados maternos serão internalizados criando a confiança necessária para que o bebê possa sair de forma tranquila da união fusional com a mãe e enxergar-se como uma pessoa individual, o que em outras palavras significa a constituição da subjetividade.

Autores como Green⁷⁸ e Ogden (2004) irão apoiar-se na idéia de um processo dialético para ilustrar este contínuo movimento de transformação em busca de uma integração que jamais se completa totalmente, uma vez que há um movimento de constante oscilação entre o subjetivo e o objetivo que estará sempre criando novas oposições, novas tensões e novos sentidos. A dialética, assim, é um processo que se caracteriza pela existência de dois conceitos opostos, que operam dentro de uma dinâmica relacional de constante mudança e movimentação, na qual cada um destes elementos estará o tempo todo criando, conceituando, preservando, completando e negando o outro.

⁷⁷ OGDEN, T., *The Matrix of the Mind: Object Relations and Psychoanalytic Dialogue*, Rowman & Littlefield Publishers: USA, 2004.

⁷⁸ O modo como Green se apropria do processo dialético difere significativamente do modo winnicottiano de pensar a comunicação, pois leva em conta a existência de uma terceiridade desde o início, bem como a intrincação das pulsões de vida e de morte, termos estranhos à teoria de Winnicott. Trataremos dela, portanto, a seguir.

Ou seja, nenhum dos dois elementos que se contrapõem poderia ser completamente concebido, a não ser como uma possibilidade hipotética, sem a existência do outro⁷⁹.

Como a constituição da subjetividade⁸⁰ é algo que também se caracteriza por este constante movimento, esta estará, portanto, intimamente ligada a este processo dialético de transformação, movimento que está em operação desde o momento em que o bebê ainda é um só com a mãe, ainda nada consciente de si, até o momento em que começa a poder pensar reflexivamente a respeito de si e de seus sentimentos. Ogden (2004) explica que a subjetividade está relacionada, mas que não equivale à idéia de consciência, na verdade, a experiência de adquirir consciência, assim como de tornar algo inconsciente decorrente da constituição da subjetividade. A subjetividade, como é apresentada pelo autor, emerge da diferenciação entre *símbolo, simbolização e sujeito interpretante*, diferenciação que é uma condição para que exista o desejo⁸¹.

Todavia, para que este movimento de *fazer sentido* possa operar-se gerando a subjetividade, paradoxalmente, o bebê dependerá sempre da *presença real e da confiança* que advém do objeto materno, uma vez que a constituição de um “si mesmo” exige *olhar (holding)* constitutivo do Outro materno (o olhar da mãe⁸²), no qual este “si mesmo” possa ver-se refletido como uma unidade. Este reflexo irá, ao mesmo tempo, *investir e reconhecer* o corpo do bebê, dando-lhe forma, criando, assim, a possibilidade para que *a mãe possa criar a criança, e a criança possa criar a mãe* (Ogden, 2004, p.210), bem como estabelecer lugares, sujeitos e objetos.

Neste contexto, de maneira paradoxal, é possível pensar a premissa winnicottiana de que *um bebê não pode existir sem a mãe*, também como a impossibilidade de que a mãe possa existir

⁷⁹ Na psicanálise, a dialética central encontra-se na concepção de Freud acerca do relacionamento entre consciente e inconsciente, na qual a existência de cada um destes elementos cria a possibilidade para a existência do outro em sua oposição (Ogden, 2004).

⁸⁰ Para Ogden (2004), a subjetividade compreende a capacidade de desenvolver graus de auto-percepção, que compreende desde o poder de refletir acerca de si de forma intencional até o mais incipiente senso de um “Eu sou”, no qual uma experiência possa, ainda que de forma sutil, ser caracterizada com a qualidade de estar sendo pensada ou sentida por alguém em um estado de reatividade reflexiva.

⁸¹ A necessidade do psiquismo de apagar ou recalcar a percepção do sujeito de algum aspecto do seu sistema de representações é o que irá caracterizar o que Green (1990) denominou de trabalho do negativo. É por meio deste trabalho, operado pelos mecanismos de defesa do Eu, que como vimos decorre de um julgamento de atribuição, seguido de um julgamento de existência, que se constitui o *duplo limite* entre *interior/exterior* e *consciente/inconsciente*, algo essencial para a constituição subjetiva.

⁸² WINNICOTT, D. W., O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In *O Brincar e a Realidade* (1971), Rio de Janeiro: Imago, 1975.

sem um bebê que a constitua como tal. Para Ogden (2004), a subjetividade e a identidade que existem potencialmente dentro da unidade mãe-bebê somente podem ser sustentadas pela subjetividade da mãe que neste momento *está excluída* da mônoda fusional. Explicando, isto ocorre porque aquilo que um observador externo poderia enxergar como sendo *o sujeito* mãe, dentro do período da preocupação materna primária, é algo que, neste momento em que ela está totalmente voltada para às necessidades primárias do bebê, simplesmente não existe. O lugar desta subjetividade suspensa é onde irá se constituir a *experiência* (quase alucinatória) *de ilusão*, pois neste momento a mãe somente existe como uma sustentação ambiental às necessidades da criança.

Assim, quando tudo corre bem e esta fusão se estabelece, não irá surgir na vida do bebê e da mãe a necessidade do uso de símbolos, mesmo o mais primitivo, pois *o uso de símbolos exige uma percepção da diferença*, algo que não é passível de inscrever-se dentro do campo homogêneo de sentido que é a *experiência de ilusão*. Isto significa que, tal qual é impossível a existência de um dicionário dentro de uma língua na qual houvesse apenas uma palavra, *dentro de um campo homogêneo não há espaço para o contraste, de modo que, para que seja possível reconhecê-lo, faz-se necessário um olhar de fora que possa designar outros termos para representá-lo*. Ou seja, faz-se necessário pelos menos dois termos para que cada qual possa fornecer o contraste necessário para o reconhecimento e definição do outro.

Assim, em um campo homogêneo de sentido, *perde-se o sentido da existência de um processo de representação*. Somente quando a alteridade puder se inscrever no psiquismo é que passa a haver a necessidade de representar, uma vez que a representação exige a utilização de *símbolos*, que *são*, e ao mesmo tempo *não são*, a coisa a que desejamos nos remeter para podermos evocar o reconhecimento e a definição das coisas propriamente ditas (*Coisas em si*) quando estas estiverem momentaneamente ausentes.

Como vimos, caberá ao objeto transicional, tal qual o carretel que o neto de Freud utiliza no exemplo que ilustra o texto *Além do Princípio do Prazer*, criar um espaço intermediário entre o campo homogêneo de sentidos que está ligado ao princípio do prazer, regido pelo processo primário

que não reconhece negações e contradições, apenas a necessidade de satisfação, e o campo heterogêneo que compreende a instauração do princípio da realidade no psiquismo e estabelece uma possibilidade de desejo, ao mesmo tempo que inaugura o processo de representação e de fazer sentido.

Para Winnicott, ainda que existam falhas na adaptação ativa da mãe às necessidades do bebê nesta união primeva, neste primeiro momento de dependência absoluta estas falhas ainda não têm espaço para existir. Isto significa que o bebê não deve ser obrigado pelo ambiente a sair de seu isolamento essencial, seja para lidar com as suas próprias necessidades, seja para lidar com as necessidades da mãe, seja para negá-las ou para criar estratégias defensivas diante delas. Isto, obviamente, não quer dizer que a mãe está isenta de qualquer falha, dado que é humana, mas sim que suas falhas devem permanecer dentro do limite do tolerável para o *self* primitivo do bebê ainda em formação. Quando isto é possível, o bebê vai aos poucos sendo apresentado à realidade, em pequenas doses e no lento movimento dos fenômenos transicionais, que o permite a transformação do sentimento primitivo de unidade (mãe-bebê) em uma dualidade, na qual mãe e bebê possam se encarar como diferentes e independentes.

Ogden (2004) ressalta que, para que se opere este movimento dialético de reconhecimento, no qual cada um dos indivíduos cria e transforma o outro, é necessário que a unidade e a dualidade possam conviver uma ao lado da outra de maneira paradoxal, pois a constituição subjetiva, neste momento, deve ser sustentada em um espaço potencial que tolere ao mesmo tempo a separação e a reunião de ambos. A dualidade a princípio não irá compreender, portanto, uma separação clara entre o que é mãe e o que é bebê. Este movimento, denominado por Winnicott de desenvolvimento da *capacidade de estar só na presença do objeto*, reflete-se e é simbolizado pelo uso do objeto transicional, que irá criar meios de tornar este processo o mais tranquilo possível.

Assim, Ogden (2004) afirma que a aquisição psíquica desta capacidade dialética de reflexão exige que a homogeneidade da união inicial mãe-bebê (que não requer símbolos) vá sendo

dissolvida, dando ensejo à criação de uma relação triangular: que compreende também o não-Eu instaurado pelo objeto transicional como o elemento que possibilita este percurso.

A conquista gradual da capacidade de estar só na presença do objeto compreende, portanto, a possibilidade de criar significados pessoais representados por símbolos que são mediados pela subjetividade. Assim, o que antes era uma unidade que não precisava de símbolos torna-se um interjogo dinâmico entre três diferentes entidades: *o símbolo* (um pensamento), *o que está sendo simbolizado* (sobre o que se está pensando) e *um sujeito interpretante* (o pensador gerando seus próprios pensamentos e interpretando seus próprios símbolos). A criação deste espaço intermediário, que se constitui por meio do reconhecimento inicial desta relação triangular, é o que tornará a criatividade possível, criando condições para que o sujeito possa, ao longo do tempo, dar sentido às suas experiências, às suas ações e seus sentimentos. Está referida, portanto, àquilo que Winnicott denomina de jornada do simbolismo no tempo, pela via dos fenômenos transicionais.

Três elementos se diferenciam: uma *mãe*, um *bebê* e *alguém que possa observar a relação entre a mãe e a criança como três entidades distintas*; ou seja, não só a mãe e a criança se constituem como objetos, como a criança também se constitui como um sujeito, uma vez que passa a poder enxergar e a refletir a respeito de si e da mãe, bem como criar e usar estas e outras representações em seu brincar. Porém, “Se qualquer destes elementos deixar de diferenciar-se, o espaço potencial deixa de existir” (Ogden, 2004), dando origem a um enrijecimento psíquico como consequência do colapso da transicionalidade.

Para Winnicott, esta transição se dá de forma bastante natural por meio da elaboração imaginativa das funções corporais, ou seja, há continuidade e não diferenças constitutivas entre a comunicação inicial entre mãe e bebê, o brincar e a conversa adulta. A linguagem verbal, para o autor, é algo que simplesmente é adicionado, como um estágio posterior à capacidade do bebê de se comunicar. Apesar das implicações problemáticas que surgem do não reconhecimento de uma linguagem pré-reflexiva e da diferença que se estabelece em relação ao reconhecimento do pai, algo que, como veremos a seguir, é essencial para a teoria de Green, existe uma lenta evolução desde a

linguagem do cuidado materno (não-verbal e pré-verbal) até a possibilidade de comunicação, algo que, como veremos, possui implicações determinantes no *setting analítico winnicottiano*.

m) Modificações no enquadre analítico: o brincar

nessa sessão, tínhamos percorrido todo o campo existente entre a subjetividade e a objetividade, e terminamos com uma espécie de jogo (Winnicott, 1975, p.43)

Diante desta afirmação, é possível verificarmos, ainda que de forma implícita, qual a proposta terapêutica estabelecida pelo autor. Desta forma, não caberá ao analista, principalmente nos casos de pacientes-limite, unicamente interpretar as idéias ocultas que estão subjacentes às falas do paciente, mas sim de utilizar suas intervenções como um substituto possível do cuidado materno. Isto significa criar meios que possam servir como suporte para que o analisando retome seu potencial inato ao desenvolvimento, retomando, assim, também seu processo normal de maturação.

Cabe ao analista, portanto, assim como à mãe suficientemente boa, ser um facilitador deste processo, *oferecendo a oportunidade de comunicação e o reconhecimento da ocorrência* desta, evitando sempre, na medida do possível, interpretações intrusivas que interfiram na independência do paciente e em sua capacidade de pensar por si mesmo. Este tipo de intervenção torna o analista usurpador, invasivo e dominador, o que compreende uma interrupção no processo de comunicação com o analisando, principalmente no caso de pacientes que já têm a tendência a se sentir excessivamente invadidos e abandonados, como é o caso dos pacientes-limite.

Para o autor, quando o analista age de acordo com a descrição acima, faz com que o analisando sinta-se violado em seu núcleo isolado do *self*, repetindo-se a experiência traumática que, no passado, obrigou-o a interromper seu processo maturativo, a erigir defesas como o falso *self* e a fugir para dentro de si próprio como meio de afastar esta invasão por parte dos objetos primários.

Caberá ao analista, portanto, por meio de sua fala, seus gestos e de sua presença reservada, funcionar como um objeto transicional, colocando-se em uma área intermediária na qual ele possa se permitir, de forma paradoxal, ser criado, destruído e ao mesmo tempo encontrado pelo analisando, o que significa, também, fazer intervenções que estejam de acordo com a capacidade de compreensão que o analisando sinaliza ter, bem como referendar suas descobertas.

Quando se comporta desta forma, o analista favorece que o *fazer sentido*, algo que está o tempo todo se construindo na situação analítica, ecloda por meio de um *gesto espontâneo* que provém do analisando, oferecendo a possibilidade de aliviar o contraste promovido pela cisão traumática entre a experiência de ilusão e desilusão, verdadeiro e falso *selves*. Assim, como ocorre na brincadeira, o analisando poderá contrastar seus objetos subjetivos com a realidade compartilhada a partir da experiência de se comunicar e interagir com o analista em sua externalidade. Um exemplo bastante ilustrativo deste tipo de intervenção aparece neste trecho do texto:

Quando chegou a esse ponto disse ao analista: "O que fará agora, diante isto?" Fiquei calado e ela falou: "Oh, compreendi...". Pensei que talvez se estivesse ressentindo de minha total inatividade e respondi: "Estou calado porque não sei o que dizer...". Ela retrucou, rapidamente, que assim estava bem. Na realidade, estava contente com o silêncio e teria preferido que eu não tivesse dito absolutamente nada. Talvez, em meu silêncio, eu pudesse ser ligado ao analista anterior que ela sabe que estará sempre buscando. Sempre esperará que ele retorne e a aprove com um "Muito bem!" ou algo assim (Winnicott, 1975, p.43).

Winnicott nem sempre concordou com a postura silenciosa do analista, pois se o analista simplesmente não intervém e permanece em silêncio, a paciente poderia ficar com a impressão de que o analista atual é igual ao analista anterior, tido como onisciente. Ou seja, se o analista não preserva sua *externalidade*, seja através de seu não entendimento ou de seus erros de interpretação,

interrompe-se a comunicação, a transicionalidade e o brincar, evanescendo, assim, o espaço intermediário, e remetendo a dupla analítica de volta à onipotência inicial.

Winnicott afirma que

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível o tratamento efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é (Winnicott, 1975, p.59).

Neste sentido, é possível verificar que a preocupação clínica de Winnicott é a manutenção deste espaço, no qual a transicionalidade permanece em curso, de modo que o papel preponderante do analista não consistirá apenas na promoção de certezas conclusivas, pelo contrário, caberá a ele comprometer-se com o contínuo processo de desenvolvimento do ser. O que significa, através da brincadeira, buscar meios de fazer com que a situação analítica possa favorecer possibilidades para que o sujeito retome o brincar. Para Winnicott, a possibilidade de brincar é o corolário da saúde do ser, de modo que, se o paciente não sabe brincar, jamais conseguirá criar meios de lidar com a ausência como um vazio potencialmente criativo, o que denota que não poderá fazer uso do espaço potencial e da simbolização e nem apropriar-se do tempo de uma maneira criativa.

Quando a situação analítica pode desenvolver-se como uma forma altamente especializada do brincar, promove a abertura de um espaço transicional criativo, tornando-se, assim, um prazeroso processo de constante descoberta e conhecimento. Há, assim, “uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais” (Winnicott, 1975, p.76). Todavia, para Winnicott, existe uma condição para que o brincar possa operar-se e, ao estabelecer esta condição, o autor irá afastar-se das idéias de Freud a respeito do assunto.

Para Freud, a brincadeira está vinculada ao circuito pulsional, no qual ela seria uma espécie de sublimação da satisfação sexual que acaba se inscrevendo, uma vez que sua meta se

encontra inibida. Porém, para Winnicott, “o elemento masturbatório está essencialmente ausente no momento em que a criança brinca” (ibid., p.60), de modo que, se o envolvimento sexual irrompe criando excitação nas zonas erógenas do corpo, a brincadeira irá se estancar, ou pelo menos se estragar. Para Winnicott, isto significa que o brincar é uma decorrência natural da existência de uma relação fusional inicial da criança com uma mãe suficientemente boa, na qual a internalização da experiência inicial de ilusão permite a criação de um espaço potencial que se faz presente por meio dos fenômenos transicionais.

Deste modo, a brincadeira depende inteiramente de dois fatores: a) a internalização do *holding* materno que cria na criança a confiança necessária para que possa *deixar-se estar só na presença do objetos*; b) o não despertar da sexualidade neste momento.

Para Winnicott, a excitação envolvida na brincadeira não advém do despertar sexual das zonas erógenas, pois neste momento de extrema imaturidade de seu *self*, o brincar surge de um gesto espontâneo e da possibilidade do bebê de continuar a ser com a mãe. Isto nada tem a ver com a sexualidade, que somente poderia existir no psiquismo do bebê como uma consequência da submissão da criança a um agente externo que a seduz, explorando seus instintos e aniquilando seu sentimento de que existe como uma unidade autônoma. Neste caso, somente seria possível falar em uma *sexualidade falsa*, dado que esta seria um efeito óbvio da formação de um falso *self* cindido.

Por outro lado, o pensamento de Green enfatiza uma outra dimensão. Partindo da *premissa winnicottiana de que um bebê não existe sem a mãe, ele irá sustentar que a relação mãe-bebê não existe*, uma vez que somente é possível pensá-la dentro de um contexto no qual haja uma presença externa, real (um terceiro) e anterior a esta relação dual, e que sustenta ou que viabiliza a formação desta primeira relação dual. O próprio Winnicott afirma que o estado de preocupação materna primária somente é viável se houver um ambiente externo à mãe (um terceiro elemento) que dê sustentação à dupla. Parafrazeando Winnicott, poderíamos dizer: *a relação dual não existe*. Baseando-se nesta idéia, denominada por Green de *terceiridade*⁸³, tem-se que a relação triangular

⁸³ GREEN, A. La terceridad. In *Jugar con Winnicott*, Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

estará presente desde o início entre o sujeito, o objeto e o *outro do objeto*, o que traz a estrutura edípica para os primeiros momentos da vida da criança, uma vez que esta, desde sempre, terá de lidar com a alteridade traumática das pulsões e dos objetos.

Green, em sua palestra de 2005, *Play and Reflection in Donald Winnicott's Writings*⁸⁴, é bastante enfático quando afirma discordar totalmente de que o brincar esteja enraizado, ou mesmo profundamente influenciado pela relação mãe-bebê, sustentando, também, que, ao desconsiderar o papel das pulsões sexuais e da pulsão de morte em sua teoria, bem como ao misturar a crueldade do amor primitivo com a destrutividade, Winnicott gerou alguns mal-entendidos e uma lamentável lacuna⁸⁵ em seu pensamento. Para Green, a própria universalidade do brincar cria um impedimento para que esta atividade possa ser considerada como algo totalmente voltado para a saúde, mesmo porque a brincadeira pode ser distorcida, corrompida e pervertida, assim como acontece com a sociedade e com os indivíduos.

Esta diferença de entendimentos é bastante importante, pois se refletirão em modificações no *setting analítico*. Para Winnicott, a ênfase em uma psicanálise que se equipara a uma maternagem suficientemente boa irá criar argumentos favoráveis à regressão à dependência e ao *holding materno* como uma estratégia terapêutica para que o sujeito possa retomar seu processo natural de maturação, bem como na manutenção da postura do analista de não se deixar ser destruído pelas atuações do paciente, comprovando, assim, que o ambiente pode aguentar os danos da agressão que provém da crueldade do amor primitivo do paciente. Estas estratégias visam criar aberturas na defesa do paciente, favorecendo a possibilidade para mudanças e transformações por meio do brincar, o que compreende a utilização do espaço potencial.

Todavia, este entendimento para Green é teratológico, pois *é insuficiente para o tratamento analítico que o analista se limite a encarnar a mãe suficientemente boa*, mesmo porque esta irá desaparecer todas as vezes em que o analista atuar a sua destrutividade (dado que esta volta

⁸⁴ GREEN, A., *Play and Reality in Donald Winnicott Writings*, London: Karnac Books, 2005.

⁸⁵ Green, que sempre foi um estudioso dos limites do analista, irá se basear na biografia de Winnicott para afirmar que a desconsideração destes fatores na análise de seus pacientes adultos, e talvez em sua própria, é um reflexo de um limite contra-transferencial de Winnicott que jamais foi superado pelo autor por ter permanecido não analisado (Green, 2005).

a repetir a situação traumática), bem como não é possível assistir passivamente o analisando destruir o *setting analítico*, para tentar salvá-lo, provando para ele que a mãe suficientemente boa não pereceu. Green ressalta que muitas vezes, ainda que inconscientemente, o analista pode enganar, mentir e atuar sua violência sem que com isso o *brincar* se descaracterize, muito pelo contrário, torna-se provocativo, pois exige um conluio entre os narcisismos dos dois sujeitos da dupla analítica, que agem atuando neste interjogo seus desejos inconscientes de submissão, domínio e onipotência.

Para o autor, esta *é uma face negativa do brincar* e pode ser denominada de *não-brincar*, esta pode ser exemplificada por fatos históricos, como o Coliseu Romano. Com efeito, não é possível que interpretemos o brincar, em todas as suas formas, como algo saudável.

Neste sentido:

Temo que neste contexto, como em muitos outros, nos encontramos com a idealização de Winnicott com a sua recusa em considerar o brincar como parte da doença. Acredito, assim, que Winnicott estava equivocado em misturar a crueldade do amor primitivo com o que seria uma destruição compartilhada, e também por ser reticente em admitir a hipótese do instinto de morte (Green, 2005, p.33)⁸⁶.

O brincar para Green, desta forma, não estaria associado unicamente com o *holding* que ocorre em uma boa relação mãe-bebê, e sim àquilo que Bion denomina de função *Alpha* ou capacidade de *reverie*. Através do brincar, a criança desenvolve o potencial de Conhecer (ou de não-Conhecer) ou de *pensar*. Ou seja, o que no início é uma função do objeto materno, que, aos poucos e dentro das capacidades da criança, vai traduzindo para o bebê os estímulos perceptivos internos e externos intoleráveis com os quais seu psiquismo não está pronto para lidar.

Segundo Green, neste primeiro momento somente cabe ao bebê internalizar o que é bom e cuspir, alucinando negativamente, os estímulos perceptivos desagradáveis e traumáticos, o que o

⁸⁶ No original: “Here I am afraid that this occasion, as on many others, we meet Winnicott’s idealization and his refusal to consider play as part of sickness. I think Winnicott was wrong in mixing up “ruthless love” with what was sheer destruction, and also in being so reticent about admitting the death instinct hypotheses”.

leva, também, a descartar parte de si. Atráves da capacidade de *reverie*, a mãe recolhe estes pedaços que o bebê expelle (elementos *Beta*) e os traz de volta para ele traduzidos, ou seja, mais digeridos e palatáveis, criando, um limite que separa o interior do exterior do corpo. Com o tempo, o bebê vai adquirir também esta capacidade, de modo que, ao invés de ter de alucinar negativamente os elementos traumáticos projetando-os para fora, pode recalá-los em seu psiquismo e aos poucos ir criando meios de elaborá-los. Quando o bebê adquire esta capacidade, passa a poder brincar com estas representações que antes seriam expelidas⁸⁷.

Em outras palavras, o brincar é também um modo de espelhamento, que faz refletir, por meio de uma encenação fantástica, uma situação traumática da realidade compartilhada em algo tolerável. Isto compreende, como em uma peça de teatro, que no brincar há a existência, real ou virtual, de um olhar do Outro (materno). Este olhar pode ser equiparado tanto com a idéia winnicottiana de *capacidade de estar só na presença do outro*, como com a *idéia de formação de uma estrutura enquadrante que é também a interiorização deste olhar materno como uma metáfora para o corpo a corpo do cuidado materno*. Algo que nos dois casos está presente na situação analítica.

A tradução, portanto, também é um elemento importante, pois nela sempre estará em jogo, seja na brincadeira, seja na tradução, a idéia de *algo que se perde* e de *algo que é substituído*, algo inerente à situação de falar. Deste modo, tanto o brincar quanto o pensar podem proporcionar prazer, pois permitem, por meio desta função de tradução, a criação constante de novos sentidos à

⁸⁷ Dois autores, particularmente, atribuíram um lugar muito importante ao negativo: W. R. Bion e D. W. Winnicott. Bion, em *O aprender com a experiência*, introduz, ao lado do amor e do ódio, uma terceira categoria, o Conhecimento. Isso quer dizer que ele atribuiu aos processos intelectuais uma função psíquica equivalente àquela do amor e do ódio, onde se torna mais fácil reencontrar os traços de Eros e das pulsões de destruição. A imaginação teórica de Bion o leva, então, a desdobrar o Conhecimento em Conhecimento positivo e Conhecimento negativo (K e - K). Assim, o negativo entra por outra porta na psicanálise contemporânea. A descrição de Bion escorada sobre a análise da psicose e das estruturas psicóticas é notável. Bion ali descreve um processo de duas fases: na primeira, a identificação projetiva expulsa da psique elementos não assimiláveis, que não podem ser elaborados após experiências de frustração. Este alívio psíquico é de curta duração. Os elementos evacuados procuram retornar ao seu habitat original; a psique então é obrigada a proceder uma nova evacuação onde o *conjunto* do psiquismo (e não apenas os elementos indesejáveis) é objeto de expulsão, deixando o psiquismo vazio e consistindo unicamente em relações de objeto “desnudadas” (Bion). Neste momento se vislumbra o dilema fundamental do psiquismo, segundo Bion: evacuar a frustração pela identificação projetiva excessiva e, em consequência, empobrecer a psique, ou tentar elaborar a frustração (o que implica a tolerância em conservar a frustração em um primeiro momento). De seu lado, Winnicott – é necessário que se diga, bastante tardiamente – reconheceu o lugar do negativo, do qual ele teve uma intuição premonitória no final de sua obra (Green, 2008, p.262-263).

experiência do ser, “um aumento da mobilidade interior e o alargamento dos horizontes que esta realidade proporciona” (Candi, 2010, p.140), ou seja, a possibilidade de usar o espaço potencial para a criatividade.

Em Green, o brincar é um dos meios de psiquismo para acessar o processo de simbolização, pois permite *a jornada do simbolismo no tempo*. A dinâmica deste processo, para o autor, jamais poderá se afastar da dinâmica sexualizada das pulsões de vida e pulsões de morte, uma vez que, como uma modalidade do sistema de linguagem, o brincar exige o movimento transicional de “ligação – desligamento – reunião após a separação” que permite a produção de elaboração e da criação de sentido.

Um dos motivos que fazem com que Green defenda a impossibilidade da existência da relação inicial mãe-bebê é o fato de que não é possível sustentar a dualidade desta relação, pois, para que a relação entre a mãe e o bebê possa se constituir, é necessária a presença de um terceiro elemento (pai) ao qual esta sempre estará de alguma forma ligada, viabilizando-a ou a tendo viabilizado. Em sua ausência, ou presença potencial, o pai se torna uma espécie de negativo da mãe (elemento *não-mãe*), com o qual o bebê desde sempre terá de lidar. Ao sustentar esta posição, Green se aproxima de Freud, para quem a relação triangular também está presente desde o início, criando uma matriz edípica.

A *terceiridade*, neste sentido, caracteriza a complexidade do psiquismo⁸⁸, dando esteio para que a mãe possa sustentar seu vínculo com o bebê, intervindo como um elemento que separa a dupla mãe-bebê, impedindo, assim, os excessos naturais do que poderia ser uma relação fusional (loucura precoce). Ou seja, a existência real ou virtual do terceiro é o que cria as possibilidades de ligar, separar e religar e o que irá caracterizar um Eu inicial que aos poucos vai criando critérios para juntar, separar (cuspir e engolir) e reincorporar em seu processo de constituição.

⁸⁸ Como vimos acima, a dualidade cria apenas um campo homogêneo, incapaz de gerar simbolização.

Somente se houver um terceiro elemento, que possa funcionar como *o outro do objeto*, haverá a possibilidade de criar contrastes, propiciando heterogeneidade ao mundo das representações, que são características do simbolismo e da capacidade de pensar. Nestes processos, nos quais além da dupla sujeito e objeto, é necessária a presença de um sujeito interpretante (Eu) que possa olhar para si mesmo e para o outro e refletir sobre o constante processo de mudança no qual está envolvido.

Capítulo 3 – A paciente de Green – a busca pelo analista

Neste capítulo, buscaremos criar uma base teórica para compreender as intervenções clínicas de André Green no relato do caso que ele apresenta em seu seminário de 1997, na Fundação Squiggle, denominado: *A Intuição do Negativo em “O Brincar e a Realidade”*. Neste caso, como já vimos, o autor irá descrever como transcorreram algumas sessões com uma de suas pacientes, coincidentemente, a mesma que fora tratada anteriormente por Winnicott e que estudamos até agora. Como verificaremos, um dos temas mais essenciais abordados por André Green ao longo de sua extensa obra são os fenômenos transferenciais e contratransferenciais que se estabelecem na área intermediária entre o analista e o analisando. Este tipo de fenômeno muitas vezes está além da compreensão do analista no momento em que o tratamento acontece, criando, assim, ruídos e obstáculos ao progresso da situação analítica. Quando isto acontece, a principal inquietação do analista acaba se tornando a de que a contratransferência não atrapalhe de forma inoportuna o curso do processo analítico.

Isto ocorre porque na grande maioria das vezes, o analista ainda não tem acesso a determinadas dinâmicas envolvidas em sua relação com o paciente, pois muitas vezes o processo analítico não conseguiu ainda atingir um momento no qual estas dinâmicas pudessem ser propriamente reconhecidas. Este tipo de fenômeno não ocorre porque o analista está sendo negligente, mas sim porque existem certos elementos não verbais, para-verbais e meta-verbais que se inscrevem em pontos cegos do analista, além dos limites de sua escuta. Isto significa que eles terão que ser tolerados, contidos e digeridos pelo analista no decorrer da análise do paciente, até um momento em que possam vir a fazer sentido.

Muitas vezes, o modo do analista intuir a existência destes elementos da relação analítica que estão além de seu limite de escuta será sentir-se narcisicamente atacado em sua função. Isto pode fazer com que ele tente se defender, refugiando-se em uma preocupação exacerbada com interpretações de sentido que visam apontar aquilo que está implícito na fala do paciente e que recolocam o analista no confortável lugar do *suposto saber*. Ao fazer isso, sente que recuperou sua função, porém, quando o tratamento se estanca e deixa de evoluir, ele acabará responsabilizando a resistência do paciente por estes percalços.

Ao agir desta forma, o analista, ainda que inconscientemente, coloca no paciente uma responsabilidade que é sua: a de lidar com suas próprias resistências contratransferenciais e de fazer com que o tratamento siga seu curso e atinja os seus objetivos. Cabe ao analista, portanto, analisar continuamente de forma crítica os fenômenos que ocorrem dentro da situação analítica e que podem prejudicar o andamento do tratamento, o que significa questionar sempre suas próprias intervenções e buscar soluções para que o tratamento possa seguir seu rumo.

Este é um exercício constante, que exige bastante flexibilidade por parte do analista, justamente porque compreende que este possa pensar tanto os seus limites pessoais como o dos pacientes, ou seja, criar no *setting* terapêutico condições ideais para que ocorra o processo de *simbolização* e a *verbalização* sobre o que está sendo atuado na relação da dupla analítica (analista/analizando). Neste sentido, Green (2008) enfatiza que o progresso da situação analítica, principalmente nos casos das estruturas não neuróticas, ou seja, dos pacientes difíceis, nos quais a relação terapêutica negativa e a compulsão a repetição tem um papel preponderante, está longe de seguir um curso tranquilo:

Quando ela [a marcha processual do tratamento] não obedece seu curso dito natural, o analista é levado a interrogar-se a respeito das fixações, os danos possíveis do Ego, a estrutura não neurótica do paciente, e ela convoca o analista a uma atenção particular à investigação do funcionamento mental (Green, 2008, p.62).

Para Green, portanto, não existe tão somente uma teoria da clínica, mas sim um pensamento clínico, uma forma específica de elaboração teórica que decorre do contato vivo com a experiência analítica, uma modalidade de *pensamento terciário*⁸⁹ que permite ao analista a elaboração e a escuta da atividade fantasmática que está em jogo nos movimentos afetivos que surgem em ambos os lados da dupla analítica. A partir daí, passa a ser possível articular o trabalho dos afetos com a criatividade imaginativa, que permitirão ao analista e ao analisando o engendramento daquilo que poderíamos chamar de uma *teoria viva*, convocando-os a um processo associativo.

Assim, para que um tratamento psicanalítico possa operar-se, é necessário que o analista possa produzir o delineamento de um espaço físico e psíquico dentro do qual seja possível o exercício da psicanálise e da escuta psicanalítica: *o enquadramento*.

A situação analítica é um dispositivo intersubjetivo que instaura um campo de forças entre analista e analisando, todavia esta relação é mediada pelo enquadre, um objeto terceiro, presente por sua ausência e que determina as regras necessárias para que esta situação possa se sustentar. Este elemento funciona, portanto, como uma espécie de lei que se coloca acima das duas partes no momento em que analista e analisando decidem ingressar na análise e cuja observação se faz necessária como condição de possibilidade para que esta possa ocorrer.

Green (2008) propõe a distinção do enquadre em duas partes: uma delas é a *matriz ativa*, que compõe-se da associação livre do paciente, da atenção e da escuta flutuante do analista, esta segunda marcada por uma neutralidade benevolente que acolhe o que é produzido pelo paciente. A dupla analítica forma, assim, um *par dialógico*. A outra é o *estojo*, que se constitui pelo número de sessões, a periodicidade dos encontros, limites de horário, férias, pagamento, entre outros elementos. “A *matriz ativa* é a jóia que o *estojo* contém” (Green, 2008, p.54).

⁸⁹ Pensamento terciário é uma forma de pensamento que desenvolve uma ponte entre o princípio do prazer, representado pela fantasia, e o princípio da realidade, representado pelo mundo externo, como uma forma de integrar estes dois universos de uma forma harmônica. Para dar conta deste processo, o pensamento terciário é uma modalidade lúdica e transicional de pensamento e que, portanto, encontra-se em um movimento constante de transformação, o que significa que ele transcorre na área intermediária (Green, 1976).

Estes elementos funcionarão como uma metáfora da relação do sujeito com seu objeto primário, repetindo, assim, a experiência de união e separação, que pode tanto acarretar na esperança que carrega a promessa de uma reunião potencial no futuro, plantando a semente daquilo que irá se desenvolver em um futuro espaço potencial, bem como pode vir a repetir o abandono traumático vivido pelo paciente. Sempre que ocorrer esta repetição do trauma, irão se apagar todos os elementos que foram elaborados na sessão e as defesas se reforçarão. Este processo, portanto, pode tanto propiciar condições psíquicas para mudanças e transformações, mediante as quais a frustração possa ser elaborada e superada, como pode também ser evacuado de forma defensiva pela via da identificação projetiva quando a experiência da frustração e da ausência se tornam insuperáveis.

Vale lembrar que, em Winnicott, de forma similar, caberá ao analista sustentar a necessidade de um manejo adequado da situação transferencial, de modo que o analisando possa ver na situação analítica um espaço continente para abandonar suas defesas e retomar seu processo de amadurecimento. Caso contrário, quando o analista acaba reproduzindo inadvertidamente a situação traumática inicial, o paciente volta ao seu refúgio no congelamento da situação do trauma.

Ou seja, a posição do analista, neste sentido, tanto pode funcionar como um incentivo para o processo de mudança como pode contrariar este processo, daí a importância de um manejo transferencial adequado à produção de um espaço no qual o analisando possa confiar:

O próprio trabalho de transformação se realiza sob os auspícios de suas contradições. O analisando está dividido, como descrevemos, entre o desejo de deixar que o que tem nele de mais íntimo e de menos barrado pela censura se exprima nele, ao mesmo tempo que sua palavra sucumbe sob o golpe do medo de que o que dele ficou expresso se torne um objeto de rejeição da parte do analista, ou mesmo de uma sanção segundo os modelos do passado que foram interiorizados. Isto dá ao discurso psicanalítico sua dimensão autocontraditória, tomado entre o impulso para frente do desejo já realizado e o freio que o retém de progredir e que até mesmo lhe recomenda caminhar para trás (Green, 2008, p.55).

É importante lembrar que a flexibilidade do enquadramento não é o mesmo que a sua quebra, pois, por mais que o analisando atue, buscando seduzir o analista para que este renuncie aos elementos que propiciam a segurança do *setting*, quando o analista acaba cedendo em abrir mão destes elementos, isto geralmente acaba acarretando efeitos terapêuticos desastrosos e uma relação terapêutica negativa. Nestes momentos, o analisando acaba agindo como uma criança pequena que testa os limites dos pais. Quando estes limites são reforçados, apesar do paciente inicialmente não gostar, ficará com a impressão de que pode confiar na solidez desta regra e que, portanto, encontra-se em um ambiente constante e confiável. Isto o permitirá futuramente sentir-se seguro e entregar-se ao processo de análise com confiança. Todavia, se o analista se deixa seduzir e quebra as regras do *setting* de modo incauto, o paciente acaba se sentindo inseguro em face de um ambiente que não é constante⁹⁰.

Vale ressaltar ainda que, para Green, o enquadre analítico em seu conjunto somente possui um valor clínico porque ele metaforiza três outros importantes elementos que instauram a simbologia da triangulação edípica dentro da sala de análise. O primeiro deles é o *modelo do sonho* que representa a procura por parte da pulsão de alcançar a realização alucinatória do desejo, algo que pode ser encontrado no dispositivo analítico quando o paciente é convocado, e esquivar-se da censura e produzir e brincar com conteúdos que jamais poderia produzir em outro contexto.

Estes conteúdos, por sua vez, têm como condição o fato de serem produzidos por uma fala que é endereçada ao silêncio e à neutralidade benevolente do analista, que funcionam como “um continente” (Winnicott) para estes conteúdos e que se propõe a transformá-los e traduzi-los por meio de sua capacidade de *rêverie* (Bion). Green irá dizer que, quando o analista ocupa o lugar do objeto primário, ele irá despertar e conter as pulsões, o que pode traduzir-se na segunda metáfora: *o cuidado e a continência maternos*. O terceiro elemento metaforizado pelo enquadre, como vimos

⁹⁰ Isto me faz lembrar um interessante exemplo que me foi relatado durante uma sessão com uma paciente. Seu marido havia se tratado durante um tempo com uma terapeuta, em razão do rompimento de uma antiga relação amorosa que o deixara muito abalado. Porém, durante o tratamento, a terapeuta acabou aceitando os apelos amorosos deste paciente, que a convidava constantemente para sair com ele. Destes convites acabou se estabelecendo entre eles uma relação amorosa, que depois de pouco tempo acabou naufragando. O resultado deste relacionamento foi uma desconfiança extrema do rapaz em relação aos benefícios de um tratamento analítico, bem como em um ódio aos psicoterapeutas.

acima, coloca em jogo *o rochedo da castração freudiana, que está ligada à proibição do incesto e do parricídio*. Este elemento pode ser observado, disperso e amenizado, em todo o dispositivo analítico, criando limites e delimitando barreiras para que a ameaça da castração, ou o encontro com a alteridade, torne-se algo menos traumático e menos frustrante, ou seja, mais palatável ao paciente, o que irá possibilitar ao seu psiquismo integrá-la transferencialmente.

Em relação à dupla analítica, o enquadre, como terceiro elemento da relação, pressupõe uma inibição ao objetivo da pulsão (*negativação*), cujo caminho mais curto para satisfação compreenderia a descarga evacuativa de elementos destrutivos e eróticos por meio da via direta, como acontece nas atuações. Contudo, diante desta inibição imposta pelo contexto da sala de análise, resta à pulsão buscar sua satisfação somente por meio da *elaboração* ou *verbalização*.

Vale lembrar que, dentro do campo no qual se inscreve o paciente-limite, há uma dificuldade para que se opere a *negativação* da pulsão, pois “o símbolo como mediador inter e intrapsíquico – mediando entre o corpo e a mente, entre afetos e sentido e entre *um* e *o outro* (...) - está em crise” (Figueiredo, 2008, p.151)⁹¹, fazendo o psiquismo operar principalmente através das funções de desligamento e desobjetalização. Assim, quando a pulsão irrompe por meio de uma ação de descarga, agindo de forma intensa e excessiva, torna-se impossível que ela se ligue a objetos que possam contê-la e interceptá-la, uma vez que estará buscando um alívio imediato no modelo da *compulsão a repetição*. Nestes casos, cabe ao analista, por meio de seu apoio e de sua continência, funcionar no lugar em que o objeto primário falhou, favorecendo o “*exercício das funções mais básicas de mediação, ligação e separação*” (ibid., p.152), algo que se opera na forma de um jogo que Winnicott bem nomeou de *brincar*.

Retomando Winnicott, a psicanálise é um campo no qual se opera este sofisticado brincar, cabendo ao analista fazer com que o analisando retome o processo de simbolização em áreas nas quais este já não conseguia mais fazê-lo. Contudo, o analista deve lembrar-se de que ele também é parte integrante deste jogo, e que cabe a ele criar meios para que, do seu lado, a brincadeira também

⁹¹ FIGUEIREDO, L. C., Transferência, Contratransferência e outras coisinhas mais, ou A chamada pulsão de morte. In *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*, São Paulo: Escuta, 2009.

possa se tornar efetiva. Deste modo, o processo analítico, também do lado do analista, é um processo no qual a transicionalidade estará em constante curso, pelo menos quando o analista se compromete a lidar com seus próprios limites e com os limites do enquadre, visando sempre o *favorecimento do processo de simbolização*, que é o meio pelo qual a brincadeira, seja no adulto ou na criança, transcorre.

Como vimos no capítulo anterior, a simbolização depende da abertura de uma terceira área de experimentação que denominamos de espaço potencial, pois ele é uma área intermediária que se forma inicialmente entre o corpo do bebê e o corpo da mãe em decorrência da possibilidade gradual da criança passar da dependência absoluta à dependência relativa, ou seja, afastar-se do objeto materno mediante a manutenção da esperança de que esta, em breve, voltará a se reunir com ele.

É função do objeto materno, portanto, criar com a criança uma relação de confiança, o que compreende não falhar demasiadamente em seu retorno à presença da criança, para que esta não se torne desesperançosa a respeito desta potencial reunião futura. É no espaço que se cria por este estado da mãe, que se coloca disponibilmente ausente, que o bebê irá construir uma relação criativa com o mundo e com o processo evolutivo de mudanças que gradualmente irá se operar em seu psiquismo.

Quando tudo corre bem, a criança criará meios de usar o objeto transicional para lidar com estas mudanças e seu processo normal de maturação correrá sem grandes problemas. Porém, diante de uma falha grosseira do objeto materno, a transicionalidade irá se estancar, deixando a criança diante de uma experiência traumática de ausência equivalente à morte de sua mãe e mesmo de sua própria morte, uma vez que seu psiquismo imaturo ainda não criou condições de elaborar esta perda.

Neste contexto, Green (1980) irá ressaltar que, na brincadeira altamente sofisticada que é a psicanálise, o analista é, em parte, quem estará sempre com a vantagem, pois, para que ele possa ocupar a função analítica, já passou por sua própria análise pessoal, pela experiência de supervisão e por horas de estudo, de modo que sempre caberá a ele determinar quais são as regras da

brincadeira (ser o guardião do enquadre), estabelecendo um enquadramento apropriado para a criação do *objeto analítico*⁹² necessário para que esta brincadeira possa acontecer.

Do mesmo modo que ocorre com o objeto transicional, quando a mãe o coloca exatamente no local em que a criança poderá encontrá-lo, sentindo que foi a própria criança quem o criou por meio de seu *gesto espontâneo*, o mesmo ocorre em relação ao *objeto analítico*. Este objeto irá formar-se no espaço potencial da situação analítica, ou seja, no espaço que se forma da sobreposição de partes do analista e do analisando na medida em que ambos se encontram e se separam de acordo com os limites e regras acordados entre ambos para fazer o tratamento funcionar (número de sessões, horário, férias, pagamento etc).

O tema dos pacientes-limite é, portanto, um assunto privilegiado pelas elaborações teóricas de Green, afinal, a dinâmica narcísica e as fortes angústias de intrusão e abandono enfrentadas por estes pacientes são tão intensas que acabam tendo por consequência o ataque constante ao enquadre clássico que o analista tenta estabelecer, uma vez que tais ataques costumam incidir sobre os limites técnicos estabelecidos pela própria situação analítica. Vale ressaltar que o ambiente analítico é uma metáfora viva das relações afetivas das quais o paciente limite tenta livrar-se, já que o encontro com o outro é um constante motivo de angústia e, assim como observamos no caso da paciente que estudamos, acaba sendo preferível a realidade da falta de relação ao reencontro traumático com a experiência da ausência de alguém com quem não se pode contar.

São, assim, pacientes considerados difíceis, pois com muito mais frequência atacam os elementos do enquadre, contribuindo significativamente para criar os limites que o analista enfrenta em suas ações e em sua função, quando estas já não conseguem favorecer o processo de simbolização. Estes limites do analista servem de bússola para pontos que necessitam de uma elaboração mais fina por parte dele. Neste caso, o estudo do enquadre também é algo bastante profícuo.

⁹² O objeto analítico corresponde exatamente à definição de Winnicott do objeto transicional e sua localização na área intermediária do *espaço potencial*.

Em seu artigo de 1980, *A mãe morta*, Green faz uma reconstrução de suas vivências contratransferenciais com estes pacientes. Nele, o autor irá discorrer sobre o que ocorre com uma criança que, após uma relação inicial feliz com a mãe, é bruscamente desinvestida destes cuidados maternos. Isto ocorre em face desta mãe estar vivendo um processo depressivo, que, assim como estudamos, foi o que ocorreu no caso da paciente cuja sessão será apresentada a seguir:

Com a falta de investimento amoroso materno, surge uma perda de sentido que levará a criança a tomar medidas drásticas, tais como o desinvestimento de objetos externos e a identificação inconsciente com a mãe enlutada. O desinvestimento provocará a constituição de um buraco afetivo na relação com a mãe, e se repetirá posteriormente na incapacidade do sujeito de estabelecer uma relação amorosa satisfatória (Candi, 2010, p.100).

Deste modo, como nosso tema é o paciente-limite, as principais proposições de Green sobre o tipo de paciente que é apresentado neste artigo servirão de modelo para compreensão do tema.

3.1. – Apresentação do caso:

O texto de André Green, no qual se encontra a sessão da paciente que iremos comentar, encontra-se em anexo, na íntegra, para facilitar ao leitor a pesquisa.

André Green começa o relato de seu caso explicitando ao leitor as circunstâncias em que a paciente o procurou. Isto é importante, porque o estudo do *setting* analítico e das relações transferenciais e contratransferenciais que se estabelecem desde o começo entre analista e analisando, os “arredores” e os “bastidores” do tratamento analítico, como veremos, são extremamente relevantes quando estudamos um tratamento.

a) Transferência e contratransferência:

Conforme nos explica o autor, não é possível uma reflexão acerca do processo psicanalítico que não tenha por base o estudo da sessão de análise, no sentido de analisar o modo como esta se desenrola como “um processo incessante de transformações, segundo as relações do *intrapsíquico e do intersubjetivo*, e segundo o duplo ângulo *da transferência sobre a palavra e a transferência sobre o objeto*” (Green, 2008 p.55).

A transferência é um fenômeno que deriva da compulsão à repetição de conteúdos emocionais que, salvo quando analisados, tendem a se reproduzir espontaneamente nas relações atuais do analisando, bem como na situação analítica. Isto ocorre não apenas em obediência ao princípio do prazer, mas também em nome de um desprazer que insiste em buscar a confirmação de um modelo traumático de relação ao qual o paciente continua compulsivamente a responder. Todavia, segundo Green, cabe ao analista se perguntar de que modo o dispositivo analítico participa da transferência.

Green (2008) ressalta que o enquadre analítico visa estabelecer um modelo bastante peculiar e assimétrico de relação, uma vez que o analisando, visando obedecer à regra fundamental, coloca-se em um estado de regressão tópica, similar àquele que se instala espontaneamente no sonho. Esta relação, que pode ser denominada de *relação discursiva*, organiza-se por uma série de pontos de referência, cuja diferenciação se delineia desde aquilo que é mais inconsciente até o que é mais consciente: o inconsciente do analisando no sonho – regressão tópica em estado de vigília na sessão (a lembrança do sonho e a livre associação sobre este) – escuta do analista destes conteúdos em atenção flutuante – pensamento reflexivo do analista provocado por sua escuta.

Para Green (2008), no contexto desta relação discursiva, irão operar duas cadeias diferenciadas de transferência:

- *uma transferência sobre a palavra*: que é o resultado da conversão de todos os eventos psíquicos em discurso. É o que nos faz dizer que em análise tudo se passa como se o aparelho psíquico fosse transformado em aparelho de linguagem. Pelo fato de permitir elaborar os pensamentos psíquicos que

não pertencem à linguagem em elementos de discurso, esta dimensão intersíquica é intersubjetiva, visto que a linguagem pressupõe um enunciador e um co-enunciador;

- *uma transferência sobre o objeto*: o objeto está necessariamente incluído no ato da palavra, já que dificilmente possa haver palavra que não se dirija a alguém que supostamente a ouvirá. Não obstante, a idéia de uma transferência comporta dimensões que o discurso não pode conter (Green, 2008, p.73).

Segundo Green (2008), a *transferência sobre a palavra* traz a idéia de que a linguagem, por meio dos significantes psicanalíticos, comporta gêneros variados que vão da representação de palavra à pulsão (representante psíquico da pulsão, representação de coisa e de palavra, afetos, estados do próprio corpo, atuações etc), de modo que se forma um discurso que envolve todos estes registros e que se atualiza na fala do paciente, o que permite acesso à sua dinâmica pessoal. Já a *transferência sobre o objeto* compreende que o objeto ao qual o analisando remete suas pulsões, desejos, fantasias e sentimentos é o objeto no qual estarão concentradas suas projeções, de modo que estar com o analista é, ao mesmo tempo, lidar com a repetição de experiências passadas, ao mesmo tempo em que lida com experiências presentes, despertadas pelo encontro com a alteridade do analista.

Como vimos acima, a função do enquadre é implementar condições ótimas para que o processo de simbolização e de criação de sentido possam ocorrer, ou seja, criar um ambiente de encontros e desencontros que possa amortizar a busca de uma satisfação impossível com um objeto primário idealizado, para que o sujeito possa investir sua libido em objetos secundários. Assim, na relação com o analista, o analisando irá reviver, através do processo de *verbalização*, o luto pela perda do corpo a corpo da relação com o objeto primário, formando, para isto, duas cadeias transferenciais de transformação (sobre o objeto e sobre a palavra):

No nível interno, cria-se um circuito inconsciente que transforma a pulsão em diferentes modalidades de representação e de afeto. A partir deste circuito, a força pura da pulsão vai ter de se converter em produtos secundários, que ao elaborar a perda da satisfação direta desenvolve o autoerotismo que permite a realização alucinatória de desejo (sonhos, devaneios, atos falhos, fantasias) e instala assim

uma comunicação entre as instâncias internas (inconsciente, consciente). No nível externo, forma-se uma cadeia feita de linguagem e fala, constituída por sinais, códigos e mensagens. Esta cadeia é consciente e permite a comunicação com um outro externo mediante a verbalização. (...) As duas cadeias (cadeia sobre a palavra e cadeia sobre o objeto) possuem entre si um efeito de ressonância, pois qualquer excitação em uma cadeia acarreta em uma excitação na outra. Para Green, estas duas cadeias vão constituir o fundamento de uma estrutura psíquica autorreflexiva que tem como finalidade mediar um diálogo entre o corpo e o mundo externo (Candi, 2010, pp. 221-222).

Visando tornar relevante aquilo que excede a verbalização, seja no discurso do analisando ou na escuta do analista, é necessário que também sejam levados em conta os efeitos daquilo que se passa na interação entre estas duas cadeias, tornando, assim, possível verificar a natureza, a função e a significação daquilo que está em jogo na transferência e que se sobrepõe à dimensão da linguagem.

No paciente-limite há uma grande dificuldade no estabelecimento de relações entre a cadeia interna e a cadeia externa, inviabilizando seus efeitos de ressonância e modificando a função transicional das palavras para uma função de mera descarga de excessos pulsionais. Isto irá limitar o acesso do sujeito às vias secundárias que permitem a elaboração da satisfação pulsional. Nestes casos, a modificação do enquadre analítico torna-se uma necessidade premente, uma vez que é necessário dosar as quantidades de distância e diferença que podem ser tolerados pelo paciente.

Neste sentido, entre as funções do analista passa a figurar o investimento de sua própria libido na situação analítica, recriando, assim, na atualidade da sessão, condições para que possam ser produzidas as ligações necessárias e para a criação de fantasias que possam completar os vazios representativos do paciente. Desta forma, dentro da *regressão metafórica* representada pelo enquadre, o analista, rompendo com a recomendação freudiana da neutralidade benevolente, passa a ter de agir de forma diferente do objeto primário original, que não pode cumprir sua função, criando, desta forma, condições para que o paciente possa constituir no presente uma experiência que não foi inscrita no passado: “Assim, paradoxalmente, uma lembrança poderá, ao ser encontrada

no presente, a partir da sustentação proporcionada pelo vínculo simbólico transferencial, ser inscrita no passado” (Candi, 2010, p. 228).

Retomando o caso clínico, podemos observar que o discurso da paciente é produzido dentro das duas modalidades de transferência que são elencadas acima por Green. Por meio da transferência sobre a palavra, a paciente tenta verbalizar todo o complexo universo de sensações e angústias que experimenta ao chegar ao consultório de Green, um analista que, por morar em um país diverso da paciente, acaba criando a necessidade de que esta tenha de passar por longas viagens para encontrá-lo.

No intervalo que se estabelece entre as sessões, a paciente sente a dor de estar limitada por todos os elementos do enquadramento: a distância, o tempo da sessão, a disponibilidade do analista para atendê-la, entre outros fatores.

A sessão se inicia com a paciente se mostrando completamente perdida: “Onde estou? Que horas são? O que estou fazendo aqui?” (Green, 2003, p.78); na sequência, há um período de silêncio sucedido pelo relato de um sonho no qual o seu primeiro analista (“cujo negativo era mais real que o positivo de Winnicott”) vem visitá-la. Ela não sabe se ele vai embora ou se vai ficar na casa dela, uma situação embaraçosa para a paciente, mas o analista acaba preferindo ficar. O sonho termina com a paciente tentando beijá-lo. Ela continua dizendo que, depois deste sonho, Green havia lhe telefonado para marcar um horário. Na sequência, afirma estar contente por ter abandonado suas terapias [drogas] e que se sente melhor assim.

Este relato, que a princípio poderia parecer uma série de conteúdos produzidos por um estado confusional, se analisado na transferência, atualiza todos os afetos que estão em jogo neste momento de tempestade emocional que é o encontro da dupla analítica, abrindo, assim, um acesso privilegiado ao universo fantasmático da paciente. Nossa interpretação é que, a princípio, a paciente, está tomada por uma grande ambivalência de sentimentos, ela ama e necessita do analista ao mesmo tempo em que o odeia por precisar dele e por ele obrigá-la a se submeter às regras do *setting* para encontrá-lo. Como a força da pulsão é muito intensa no momento do encontro, a

paciente fica tomada por este estado de confusão, produzindo uma fala que coloca em ato este estado emocional. O silêncio que se segue é o tempo necessário para que a paciente retome sua função egóica e possa começar a produzir alguma verbalização.

O relato do sonho abre uma via de acesso à experiência emocional que produziu a atuação, ilustrando de forma clara o conceito de transferência sobre o objeto. A paciente deseja o seu primeiro analista, um objeto ausente que está inscrito na mesma cadeia simbólica de significantes à qual também pertencem Winnicott e a mãe da paciente e, no início da sessão, o analista atual. A paciente faz a sua demanda impossível de amor a estes objetos ausentes, tentando seduzir o analista atual (Green), repetindo de forma compulsiva uma dolorosa busca de evitar a angústia de abandono que sempre acaba vivendo neste tipo de situação e que tem como consequência a necessidade de desprezar o objeto como defesa.

Neste primeiro momento, a paciente deixa transparecer que Green tem o potencial de locupletar sua demanda de amor, afinal, na fantasia da paciente, de uma forma “mágica”, Green “adivinhou” a necessidade dela de vê-lo, dado que ligou para ela, marcando um horário para este encontro entre eles. Na sequência, ela não tem outra escolha senão atacar este objeto pela via do desprezo, afastando dele o investimento que havia se produzido anteriormente, quando Green estava na posição do objeto idealizado (“abandonei todas as minhas terapias” (p.78), “não dependo mais de meus terapeutas” (p.80)). Afinal, ao desejar o objeto idealizado, cria-se uma ligação entre o sujeito e o objeto, porém o psiquismo da paciente de modo defensivo está modulado para atacar este “elo de ligação”, evitando, assim, mais uma vez, a dor que a paciente sente ao deparar-se com a alteridade frustrante do objeto da realidade compartilhada.

Para Green, quando o paciente apresenta este tipo de funcionamento, os buracos que se formam no psiquismo em face da destruição dos “elos de ligação” faz com que o discurso associativo se apresente na forma de um encadeamento de idéias cindidas com a função de descarga pulsional. Isto significa que, antes de interpretar estes elementos para o paciente, algo que seria inócuo neste primewiro momento, uma vez que o paciente ainda não consegue estabelecer “elos de

ligação” entre as idéias produz por meio da associação livre, ainda que estas sejam apontadas, pois estas estão dispostas de modo dissociado em seu psiquismo. O analista deverá, então, primeiro reuni-las, encadeá-las e devolvê-las ao paciente na forma de pontuações, para, em um segundo momento, interpretá-los.

No caso clínico, após as produções do discurso da paciente que elencamos acima, Green irá pontuar: “Você não precisa de nenhuma terapia para vir me ver.” Com esta pontuação, Green acaba de alguma forma amarrando todos os elementos que foram produzidos pela fala da paciente até então, alocando-os de uma forma que passa a fazer sentido para a paciente. Estabelece uma localização, permitindo que a paciente se encontre (na presença do analista), marca o lugar do analista para além da experiência mal sucedida de sedução e abandono que continua se repetindo (foi ela que veio procurá-lo e ele está presente para atendê-la) e sobrevive à destrutividade da paciente sem a necessidade de revidar (apesar de você me abandonar [as terapias], eu continuo aqui presente, dando esteio para que você possa dar continuidade ao seu processo).

Como veremos no item final deste capítulo, este tipo de intervenção tem um potencial metaforizante, pois ela permanece inscrita em uma cadeia de significação que permitirá que o analisando, mediante a experiência com o analista no presente, possa resignificar a experiência traumática do passado que se verifica na compulsão a repetição.

b) O início do tratamento

Passamos, então, à análise alguns elementos que figuram nos “bastidores” do tratamento. A paciente procura Green ao final de uma conferência inaugural e comenta com ele que algumas de suas amigas o haviam indicado, referindo-se a ele como “uma espécie de Winnicott francês”. A paciente, quando jovem, havia se tratado primeiramente com um analista que a havia dispensado, alegando para isto que ela não estava apta ao tratamento, atitude esta que fora uma repetição dolorosa da dinâmica de sua relação com a mãe na infância.

Depois de muito procurar por outro terapeuta, acabou firmando-se durante algum tempo com Winnicott, até que, alguns anos depois, largou o tratamento. Depois desta interrupção, apesar de várias tentativas, jamais havia conseguido se tratar com outro terapeuta: “Ninguém é como Winnicott”, dizia ela.

A proposta da paciente trazia uma dificuldade que tornaria o tratamento impossível: paciente e analista moravam em cidades diferentes. A solução para este problema é sugerida por Green, que propõe um modelo de enquadre fora do comum: um tratamento intensivo durante algumas semanas do ano em que ele estaria na cidade dela (Londres) - algo que ele, já nas entrevistas iniciais, havia percebido que não iria dar certo, pois a paciente sofreria muito com a separação nestes períodos sem análise.

Todavia, Green insiste em aceitá-la em tratamento, achando que poderia ajudá-la a entender o que acontecia com ela, baseando-se para isto na qualidade do contato estabelecido entre eles nas entrevistas iniciais e no receio de que a paciente pudesse entender sua recusa como uma nova rejeição. Por ocasião da preparação desta conferência, o autor se deu conta, *a posteriori*, de que provavelmente tinha se deixado seduzir pela paciente.

A paciente inicia o tratamento, assolada por uma depressão crônica, aparentemente despertada pela constante angústia que ela sofria em face da dificuldade geográfica. Para remediar a situação, ele sugere a ela que procure, temporariamente, um colega seu em Londres, que a atenderia nos intervalos das sessões entre ela e Green. Situação desconfortável tanto para a paciente quanto para o colega londrino, a quem Green havia sugerido que ela procurasse quando não pudesse recorrer a ele, uma vez que ela não pretendia interromper sua relação terapêutica com o autor e nem ele com ela.

Depois de algum tempo de tratamento, Green nota que sua paciente é a mesma que fora tratada por Winnicott e cujo caso havia sido relatado na última versão de *Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais* (1971).

Obviamente, nos deparamos aqui com um enquadramento bastante diferente do enquadramento clássico, o que nos permite pensar naquilo que Green denomina de psicoterapia de orientação psicanalítica, ou em uma psicanálise com modificação do enquadre (Green, 2008). O autor defende que apesar de acreditar que não é possível atingir com a psicoterapia os mesmos resultados de uma análise comum, muitas vezes existirão elementos que irão justificar a sua utilização. Neste caso, o motivo mais evidente é a distância geográfica da paciente e não a natureza de sua dinâmica, uma vez que, na verdade, ele jamais pudera acreditar de fato no dispositivo que propusera.

Para Green, os elementos que caracterizam o enquadramento clássico são o uso do divã, um analista que se mantém em uma retirada silenciosa e em uma neutralidade benevolente, visando promover o processo de livre associação do paciente e a atenção flutuante do analista, enfim, o modelo freudiano de análise. Todavia, dados os diversos gradientes de intolerância mais ou menos previsíveis do paciente ao enquadre analítico, entre eles o do paciente-limite, caberá ao analista promover uma modificação no *estajo* do enquadramento, capaz de favorecer que o paciente possa utilizar-se deste espaço como um espaço potencial para o seu processo de simbolização.

Aqui, apesar da “inadequação” do enquadre, podemos notar que a paciente ainda assim é capaz de verbalizar sobre os afetos que experimenta em sua relação com o analista, cujos temas são sua dificuldade de movimentar-se de um lugar para o outro e o quanto sofre com a distância de Green, algo que, como já vimos no capítulo anterior, é uma repetição na transferência dos mesmos afetos que vivenciou em sua relação traumática com a mãe:

Sentava-se no divã e sempre começava a sessão dizendo: “Onde estou? Que horas são? O que estou fazendo aqui? (...) Acho que muitos de meus problemas têm a ver com algo que eu digo que está aqui, e com alguma coisa que está lá, e existe um espaço entre estas duas coisas no qual algo acontece como viajar, indo lá e voltando. “O que posso fazer para ir daqui até lá? Quem está aqui e quem está lá? E acima de tudo, como farei para voltar?” (Green, 2003, p.78).

Green comenta que este estado mental que a paciente experimenta coincide com o fato de que ela fora a Paris para visitá-lo para uma série de sessões. Era um estado confusional que se referia a duas cidades, Londres e Paris, e dois analista, Winnicott e Green.

Enfim, apesar de o próprio autor confessar que o enquadramento que ele tentou estabelecer com esta paciente fracassou em seus propósitos, é importante que ressaltemos aqui que ele faz uso destas dificuldades para teorizar sobre as dificuldades que o analista enfrenta para sustentar os elementos do enquadre. De modo que sua preocupação, principalmente em suas últimas obras, focalizou-se na formalização de dispositivos técnicos que pudessem orientar uma psicanálise modificada e que contemplasse as dificuldades encontradas nas análises de pacientes difíceis, isto é, aqueles nos quais as dificuldades na constituição de seus narcisismos criam condições desfavoráveis ao processo de simbolização e à mudança. É, portanto, justamente dentro desta perspectiva teórica que se torna interessante para o autor a apresentação desta palestra.

Green (2008) comenta que a tentativa de impingir um tratamento padrão, forçando o paciente-limite a adaptar-se, produz efeitos indesejáveis, tais como análises intermináveis, marcadas por algo que Green denomina de “*síndrome da desertificação psíquica*”. Nesta, assim como ocorre com a criança quando ela não pode contar com uma mãe suficientemente boa, acontece uma hiperadaptação ao objeto primário, ou seja, ao invés da mãe adaptar-se ativamente à criança e responder ao seu gesto espontâneo, caberá à criança adaptar-se às necessidades da mãe, com o prejuízo em sua possibilidade de manter uma relação subjetivamente significativa com o mundo.

Dentro da sala de análise, se esta mesma hiperadaptação se repete na relação com o analista, o paciente apenas irá responder ao desejo do analista de que a análise se realize, repetindo a relação traumática que um dia estabeleceu-se com a mãe. Neste caso, a análise não irá favorecer a abertura de um espaço para a transição e verbalização, mas sim a submissão do sujeito à lógica do objeto externo (analista) e, portanto, um prosseguimento eterno do processo de análise.

Como ressalta Green, a fala que se produz nesta sessão refere-se primeiramente ao vínculo que a paciente estabelece entre ele e Winnicott, bem como do estranhamento que sente ao perceber

que ambos não são a mesma pessoa: Winnicott. Há um investimento libidinal significativo na figura de Winnicott, pois como ele já havia falecido, tornando-se um objeto ausente, a paciente podia idealizá-lo livre de qualquer estranhamento, assim como fazia com seu primeiro analista (aquele cuja ausência era mais real que a presença de Winnicott) na ocasião em que se tratara com este último. Como vimos, esta é uma atualização transferencial da relação que um dia viveu com seus objetos primários, nos quais não pudera manter-se confiando.

É interessante pensar que, tanto no texto de Winnicott como no de Green, há uma referência às amigas da paciente durante o período em que estivera refugiada da guerra. Elas admiravam e amavam a mãe da paciente, experiência bastante divergente daquela que a paciente tivera com sua própria mãe. Em ambos os casos, parece haver uma relação de inveja em relação a estas amigas que conseguem manter viva uma representação da mãe dela, algo que está totalmente fora de questão para a própria paciente, embora esta não saiba com certeza se esta experiência de estranhamento para com sua própria mãe seja algo que é seu ou se ela se deve a elementos que estão na mãe.

Na situação transferencial, esta situação se repete, uma vez que o analista bom desvanece nos intervalos entre as sessões, momentos em que apenas seus outros analisandos podem usufruir de sua presença, de modo que nossa hipótese é de que o analista idealizado que é buscado em Green jamais estará suficientemente presente e disponível, pois, em sua ausência, ele somente está disponível para os outros analisandos (o outro do outro), a quem pertencem os cuidados do analista. Este tipo de referência, como veremos abaixo quando estivermos estudando o texto de Green *A mãe morta*, demonstra porque o autor defende que a terceiridade (referência a um terceiro elemento que transcende a relação mãe-bebê) estará presente desde o início. Como é possível inferir do exemplo abaixo, o enquadre em que se estabelece a situação analítica traz uma ambiguidade de afetos entre a necessidade da paciente de encontrar-se novamente com a mãe boa da primeira infância e a sua necessidade de confirmar o abandono sofrido pela mãe má que permanece sempre presente:

Ela prosseguiu dizendo: “Tive uma experiência interessante. Fiz amizade com duas pessoas que estavam comigo durante a evacuação. Elas amavam minha mãe e uma delas chegou a dizer: ‘Como eu gostaria que ela fosse minha mãe!’. Ela sempre tinha uma fotografia de minha mãe com ela. Para mim, ela era uma mãe tão ruim, tão horrível que não conseguia entender. Bem, alguém uma vez me contou que minha mãe não se comportava com os filhos dos outros da mesma forma como se comportava com seus próprios filhos. Ela deve ter sido com eles muito diferente do que foi comigo. Eu lhe disse que isso poderia também ter algo a ver com o “aqui” e o “lá”: Talvez você não tivesse certeza de ser a mesma pessoa nos dois lugares, “aqui” e “lá”. Assim como é difícil para você conciliar as duas mães, a mãe que está com os outros e sua própria mãe” (Green, 2003, p.79).

Quando a paciente procura Green, ela transfere para o autor toda esta idealização, dizendo-lhe que para ela, assim como para as suas amigas, ele era equivalente a Winnicott, ou seja, que precisava tanto dele quanto um dia precisara de Winnicott. Obviamente, a admiração de Green pela figura de Winnicott não pode ser descartada deste apelo sedutor por parte da paciente.

O autor, durante a conferência, irá confessar que se identificou contratransferencialmente com a idealização que a paciente projetou nele e que ficara seduzido por sua demanda impossível de satisfazer, e ao mesmo tempo impossível de recusar. Logo depois, ele irá perceber que a paciente que aceitara era a mesma que Winnicott havia descrito em seu texto sobre os objetos transicionais.

Segundo Green:

a contratransferência é uma reação à transferência em que o discurso do analisando produz efeitos de ressonância e de rejeição sobre o que foi insuficientemente ou mal interpretado no analista, levando-o a compreender de forma incompleta e não imparcial – em suma, a enganar-se – aquilo que o analisando busca transmitir (Green, 2008, p.75).

O que diz respeito à contratransferência deve ser tratado com muita seriedade pelo analista, pois é um dos principais fatores que podem perturbar seu trabalho.

Conforme explica Green, a contratransferência, a partir dos anos 50, deixou de ser encarada simplesmente (de acordo com a posição de Freud) como uma resistência pessoal do

analista à transferência que o paciente lhe atribui e passou a ser vista como “a consequência de um desejo inconsciente do paciente de transmitir ao analista afetos que experimenta, mas não pode nem reconhecer nem verbalizar” (Green, 1998, p.76). Neste sentido, a contratransferência deixa de ser apenas uma resposta à transferência do paciente, para tornar-se, também, o conjunto das experiências emocionais primitivas que o analista sente em seu corpo em razão da intersubjetividade do encontro propiciado pela situação analítica, bem como o conjunto de defesas ativadas por estas experiências⁹³.

Neste sentido, de acordo com Figueiredo (2008), cabe ao analista a delicada tarefa de se deixar afetar e interpelar pela transferência que provém do paciente

no que tem de desmesurado e mesmo incomensurável, não só desconhecido como incompreensível (...). O cultivo desta disposição subjetiva, provavelmente, é um aspecto essencial na formação do analista, e preservar sua função ao longo do tratamento é também um dos elementos fundamentais da cura (Figueiredo, 2008, p.128)⁹⁴.

A situação contratransferencial pode apresentar-se de dois modos. No primeiro deles, o analista, após alguma auto-análise ou após aconselhar-se com um colega, consegue dar-se conta parcialmente do que está em jogo em determinada problemática, reconhecendo, assim, o impasse inconsciente de uma situação. Isto feito, consegue em parte desvencilhar-se do problema e permitir a retomada do processo analítico. No segundo caso, a situação não se desata, ao contrário, tende a agravar-se e a multiplicar-se com outros analisandos, o que pode ser um indício da necessidade do analista voltar a um processo de análise pessoal.

O papel do analista nestes casos deixa de ser apenas o de interpretar o inconsciente e passa a ser (nos mesmos moldes do objeto primário) o de conter e de reconhecer o que emerge em si próprio e no paciente em face destas experiências. Ambos, analista e paciente, ocupam posições

⁹³ FIGUEIREDO, L. C., *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*, São Paulo: Escuta, 2009.

⁹⁴ FIGUEIREDO, L. C., *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*, 1ª reimpressão, São Paulo: Escuta, 2008.

simétricas e se encontram e se desencontram dentro das fantasias e das projeções que cada qual sustenta sobre o outro, em um jogo que busca a realização do desejo, ao mesmo tempo em que encontra diversos níveis de frustração. Cabe, porém, ao analista conduzir a situação.

Segundo um conceito sugerido por James Strachey, no ambiente terapêutico o analista tem o estatuto de “objeto externo da fantasia”, algo que, segundo Figueiredo (1998), pode ser relacionado à idéia paradoxal do objeto transicional:

Ele tanto é um elemento da fantasia na área de onipotência como é algo que já incorpora a condição de um objeto “não-eu”. Winnicott (1962) o afirma claramente: o analista é tanto um objeto subjetivo quanto um suporte para o princípio da realidade, convertendo-se em uma espécie de objeto transicional. Nesta medida, se entrelaçam, sem grandes dificuldades para a nossa compreensão, as experiências de transferências, o brincar, o ato criativo e o relato do sonho, pois todos transitam neste espaço *sui generis* em que o subjetivo e o objetivo se acoplam sem coincidir, gerando uma realidade de nova espécie. Nessa realidade, os objetos são ao mesmo tempo inventados e descobertos, e esse é justamente o estatuto do analista na transferência. A realidade assim construída é essencialmente o lugar em que transcorre a análise padrão no tratamento da neurose, vale assinalar que é nesse espaço que se pode constituir o uso da linguagem *qua* linguagem, pois os símbolos são justamente o que pode mediar o subjetivo e o objetivo, incorporando dimensões de ambos, mas sem se confundir com nenhum destes polos (Figueiredo, 1998, p.137).

Para Green, quando o analista não consegue manter-se na função do objeto externo da fantasia, ou, como vimos, no lugar do *objeto analítico*, ele não cria condições propícias para sustentar a distância e a alteridade que se estabelecem entre o objeto subjetivamente percebido e a realidade compartilhada. Isto significa que dentro da relação analítica passam a prevalecer os mecanismos de projeção e de identificação projetiva, uma vez que os excessos pulsionais não encontram um objeto que possa provocá-los, contê-los e elaborá-los de forma a devolvê-los ao analisando de modo mais elaborado pela capacidade de *reverie* do analista. Todavia, nos casos em que falha, o analista passa a se ocupar unicamente em se defender destes afetos em estado bruto ou

em reenviá-los inconscientemente ao paciente, o que mantém o processo analítico estancado e a mediação simbólica impossível.

Green comenta que, ao desconsiderar os aspectos contratransferenciais, a maior parte dos autores sempre pensou os limites de sua prática focalizando ou o paciente, taxando-o de inanalísavel em decorrência de suas características de resistência, ou focalizando o analista, como responsável pela impossibilidade de conduzir aquele caso específico. Partindo-se desta segunda vertente, o que pode ser um óbice intransponível para um analista pode facilmente não o ser para outro, ou seja, a questão da experiência e do estilo pessoal tem de ser levada em conta.

Neste ínterim, se desejarmos manter o foco na qualidade do encontro que proporciona a situação analítica⁹⁵, é necessário que possamos observar a complexa dialética que diz respeito à combinação destes dois fatores separadamente e em conjunto: sujeito e objeto.

Esta constante dialética nos obriga a pensar quais as dinâmicas de interação que se estabelecem entre o sujeito e o objeto da relação analítica. Isto foi o que fez da psicanálise uma ciência que sempre buscou estudar suas próprias margens e fronteiras, dado que o pesquisador estará constantemente incumbido de repensar os seus próprios limites de atuação. É o próprio Freud, em seu texto *Acerca de uma visão de mundo* (1933)⁹⁶, que nos lembra que o psicanalista deve se recusar a enquadrar-se em limites fixos e rígidos, pois estes tornam seu método investigativo taxativo, o que transformaria a psicanálise em um sistema fechado de pensamento.

Partindo desta dialética, Green alçou a noção de limite a um conceito psicanalítico (1976)⁹⁷, pois, para o autor, o limite não é apenas uma demarcação entre dois territórios, mas sim um “vasto território sem nenhuma nítida divisão: uma *terra de ninguém* entre a sanidade e a insanidade” (ibid, p.67). Espaço transicional e intermediário, terra de ninguém onde, ao mesmo tempo, acontecem processos psíquicos que compreendem movimentação ou transformação de energia.

⁹⁵ Conjunto de elementos envolvidos na relação analítica entre analisando e analista, na qual um processo se desenvolve no tempo, através da transferência e da contratransferência que se estabelece neste encontro.

⁹⁶ Freud, S., *Acerca de uma visão de mundo*. In *O mal estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930 a 1936)*, São Paulo : Companhia das Letras, 2010 [1933]

⁹⁷ Green, A., *O conceito do fronteiroço, Sobre a loucura pessoal*, Ed. Imago: Rio de Janeiro, 1988 [1976].

Assim, a existência do limite é o que torna possível um espaço e um tempo de transição entre separação e conjunção, elaborando cortes e suturas que, na experiência humana, dão origem ao processo de simbolização e de criação de sentido, operando, assim, sempre como um terceiro elemento em qualquer relação humana, entre elas a situação analítica.

É possível, assim, com Green, verificar como a noção de limite se torna nítida ao pensarmos o enquadre analítico (*setting*), conceito que define o conjunto de condições de ação requisitados para o exercício da psicanálise, incluindo os dispositivos materiais e mentais que organizam o vínculo entre o analista e o analisando.

c) A metáfora da viagem.

Nossa hipótese aqui é a de que, após o início do tratamento, Green passa a ocupar o mesmo lugar ocupado por Winnicott, quando este era o terapeuta dela: o papel da mãe má e abandonadora à qual a paciente permaneceu eternamente fixada. É interessante pensarmos, assim, que, ao aceitar tratar-se com um analista que mora distante dela, a paciente torna inevitável a situação do abandono, pois, da perspectiva de uma visão de fora da relação analítica, era evidente que na maior parte do tempo, o analista não estaria presente o suficiente para tratá-la.

Como é possível verificar pelo relato da sessão, existe uma repetida tentativa por parte da paciente de dar voz às angústias que sente por não poder confiar na permanência dos objetos bons. Seus objetos de amor podem, a qualquer tempo, tornarem-se maus e abandonadores, assim como ocorrera no passado em relação à sua mãe, cuja ausência inoportuna deixara a paciente desamparada frente às angústias inomináveis de abandono. Este sentimento, como foi explicitado no capítulo anterior, tem relação com o fato da alucinação negativa do objeto jamais poder ser superada, pois, quando não há uma estrutura enquadrante propriamente constituída, o sujeito não consegue substituir a representação que esmaece em potencialidade de reencontro. A paciente permanece, assim, fixada à representação da ausência do objeto, ao vazio.

Nas palavras de Green:

Eu tomaria como alvo a metáfora da viagem como caracterizando o que acontece na área intermediária, entre a criatividade subjetiva e a realidade objetiva. Ela conseguir voltar é uma preocupação importante – em outras palavras, não ficar perdida em algum deserto ou no meio do oceano. Os gregos tinham um grande pavor: de perder o caminho de volta. Na verdade, aqui ela parece estar perdida no meio, não chegando a lugar algum (Green, 2003, 78-79).

Com efeito, como ocorre no exemplo de Winnicott, quando há o esmaecimento das representações internas devido à prolongada ausência do objeto externo, a criança tem uma experiência de morte, uma vez que perde a esperança no retorno do objeto bom, passando ao desinvestimento de qualquer objeto como tática defensiva: desobjetalizar de uma vez para não correr o risco de iludir-se, esperando o retorno do objeto em vão.

Na desobjetalização, a pulsão de morte, na ânsia de obter um nível zero de excitação e a destruição da própria existência do Eu como uma unidade autônoma, ataca os elos de ligação com o objeto, característicos da pulsão de vida (Eros). Esta última, por outro lado, busca ligações mais complexas com os objetos. A pulsão de morte, assim, acaba agindo de forma destrutiva: “Na destrutividade o que prevalece é a dimensão narcísica: o destrutor deseja aniquilar o narcisismo do objeto. Em outras palavras trata-se da onipotência, mais do que do prazer” (Green, 2008, p.98). Neste tipo específico de paciente, prevalece uma dinâmica que é descrita por Green como *analidade primária*, na qual o sujeito permanece engajado de uma forma narcisista em uma luta sem fim com o objeto interno, ao qual permanece fixado em uma relação de dependência que visa manter um estado de não-separação entre sujeito e objeto. Segundo o autor:

o desinvestimento do objeto pode comportar a satisfação de destruí-lo, fazendo-lhe sentir que não existe. Fazer sentir ao outro esta sensação de inexistência pode tornar-se, na indiferença estratégica da qual estes sujeitos são capazes, a arma mais mortífera que tudo destrói (Green, 2008, pp.98-99).

Neste tipo de dinâmica, o que prevalece é um enclausuramento narcísico, no qual o paciente, visando fugir da angústia de separação e de seu oposto complementar, a angústia de intrusão, refugia-se em fixações pré-genitais, de modo que a transferência adota a forma tempestuosa da projeção e da destrutividade voltada à alteridade do outro. Os pacientes, assim, tornam-se incapazes de compreender a natureza transferencial de suas relações com o analista, afastando qualquer relação entre o passado e o presente, criando obstáculos à utilização do espaço da análise como uma área onde possa operar-se a transicionalidade.

Estamos aqui próximos a um pensamento “delirante” que só quer ouvir o que ele afirma. Por outro lado, esse é muitas vezes o caso, sem transferência erótica associada, de tantos pacientes que não suportam a interpretação e só querem ouvir da boca do analista uma paráfrase que reconheça seu direito, que autentique seus pensamentos conscientes como os únicos válidos sem nenhum distanciamento em relação à versão que suas defesas do Ego têm elaborado. Existe apenas *uma* versão *verdadeira* da história que eles contam, esta é a que eles acabam de enunciar e que tem valor de realidade incontestável, portanto, ininterpretável” (Green, 2008, p.101).

Neste íterim, a paciente atualiza na metáfora da viagem a sua angústia de perder-se no meio do caminho entre a pessoa que ela era antes e depois de ter se refugiado de seu país, na época da guerra. Esta jornada aparece no discurso da paciente como um último teste para verificar a confiança que ela podia ou não depositar na figura dos pais, principalmente da mãe, teste que na verdade fora utilizado apenas como uma mera confirmação da traumática situação do abandono, uma vez que os pais não estavam no país em que a paciente se refugiara da guerra. Nesta situação, aparece a avidez com que a paciente deseja investir no bom objeto idealizado, ou seja, de retomar sua esperança em um bom objeto, todavia, do outro lado, figura o intenso pavor de, uma vez tendo recuperada esta esperança, voltar novamente a sofrer a perda desde objeto. Assim, da mesma forma que o fizera na sessão com Winnicott, quando recusou o cobertor que este lhe oferecera dizendo que

preferia a realidade da ausência a qualquer conforto que o cobertor pudesse lhe oferecer, a paciente mantém seu sistema desejante mortificado no vazio, evitando, portanto, maiores sofrimentos:

Esta paciente acordava pela manhã e passava um longo tempo se queixando, “Eu não posso, eu não posso”, durante horas antes de conseguir sair da cama. O modelo da jornada parece ser uma representação dinâmica dela mesma, uma espécie de última tentativa para combater a sensação de que está morrendo no vácuo ou no vazio (Green, 2003, p.81).

Vale lembrar que esta relação mortificada com a figura da mãe, e que insiste constantemente em se inscrever, repete-se quando, em seu retorno, voltando para casa depois do necessário período de afastamento de Londres durante a guerra, não é reconhecida por sua mãe: “Depois de ter permanecido ali durante três anos, ela tinha mudado tanto, física e moralmente, que quando voltou para casa sua mãe não a reconheceu – como se sua mãe também a tivesse perdido” (Green, 2003, p.79). Assim, não é possível pensar em transicionalidade quando a história parece se mostrar uma eterna repetição do mesmo.

d) *Enactments* e Compulsão à Repetição

Figueiredo (2008) afirma que em um psiquismo no qual as funções de desligamento e desobjetalização operam com todo vigor, há uma dificuldade do indivíduo em produzir operações de ligação e simbolização, necessárias à formação de relações libidinais significativas com objetos secundários, uma vez que estes indivíduos ao investir positivamente no relacionamento com o outro sentem uma intensa dor. Neste modelo de funcionamento psíquico, a situação analítica costuma produzir duas consequências bastante características e que merecem uma atenção mais profunda: o *enactment*, e a questão da compulsão à repetição.

Segundo Figueiredo (2008), *enactments* são encenações compostas de aspectos dissociados do analisando que induzem contra-encenações no analista, fazendo com que este experimente a condição de ser o objeto de sentimentos e ações que o paciente não pode admitir como sendo seus. Obviamente, na situação analítica, o analista estará constantemente exposto a este tipo de impacto contratransferencial, contudo, visando manter suas condições de pensamento e simbolização, é importante que este possa permanecer atento a estas dinâmicas na condução de uma análise e que, quando necessário possa apontá-las e manejá-las. Um exemplo que ilustra este tipo de situação clínica aparece no texto de Green:

“Deixe eu lhe contar um sonho. *Meu primeiro analista veio me visitar. Depois de algum tempo, eu acho que ele está indo embora, mas percebo que não vai. Então, tenho de enfrentar a situação e então me inclino para beijá-lo.*” (Este era o analista cujo negativo era mais real que o positivo de Winnicott). (...) Ela continuou dizendo que depois deste sonho eu havia telefonado para marcar com ela um horário. (ela havia me telefonado antes para ver se isto era possível, e eu tive de checar antes de lhe dar uma resposta positiva.) (Green, 2003, p.78).

Nossa hipótese é que a paciente convoca o analista de modo inconsciente a encenar um papel sedutor. Na verdade, o próprio Green confessa que ele fora alvo da sedução da paciente no momento em que decidiu atender ao seu pedido de tratamento. Segundo ele, é impossível que o analista não seja afetado por este tipo de influência do campo transferencial, pois isto é uma condição para o processo de análise. Todavia, se ele não apresenta disponibilidade psíquica para questionar-se a respeito de como é afetado por estes conteúdos, o processo analítico corre o risco de tornar-se inócuo.

Nos moldes do que afirmamos acima, Figueiredo (2008) defende que, nas dinâmicas em que predominam os *enactments*, como é o caso dos pacientes-limite de Green e dos pacientes falso *self* de Winnicott, o psiquismo permanece fixado a um modelo defensivo que tem por objetivo manter-se congelado na situação do trauma, evitando, assim, novos traumatismos que poderiam

admirar da percepção da alteridade das relações. Nesta dinâmica defensiva, o acesso do paciente ao objeto da realidade compartilhada é muito incipiente, uma vez que é grande a sua necessidade de perceber o objeto somente como uma extensão de si mesmo (projeção) que ele de alguma forma controla, por meio da fantasia de controle onipotente da realidade. Nestes casos, a capacidade do paciente de brincar e sonhar fica bastante prejudicada, pois a necessidade onipotente de manter o objeto externo dentro de uma realidade rígida e inalterável interrompe a transicionalidade e descaracteriza o espaço transicional.

Assim como os outros objetos do paciente, o analista também é convocado a atuar na transferência dentro desta área de onipotência do paciente, de uma forma fixa e determinada, de modo a coincidir com os objetos internos danificados do paciente. Isto exige do analista tanto a disponibilidade psíquica para identificar-se com estes modos de relação como servir de continente e de tradutor a estes, dando a possibilidade aos afetos e às fantasias ligados a tudo isso de ganharem voz e convocando-os à simbolização. Nestes casos, a interpretação do analista se torna mais limitada e deve estar muito mais voltada à contenção e à simbolização do que à decifração daquilo que estaria recalcado no inconsciente do paciente:

Creio que as interpretações podem ocorrer com a função de holding verbal, a serviço do manejo da regressão e da instalação da confiança como passos preliminares para o descongelamento afetivo, para a superação das cisões e dissociações, para o contato com o mundo dos afetos e das fantasias na regressão e para a instalação subsequente da capacidade de sonho e do espaço do jogo (Figueiredo, 2008, p. 149).

É neste sentido que Green irá determinar que a clínica psicanalítica necessita de um operador constantemente crítico a estas nuances do tratamento. Isto, inclusive, é o que irá dar-lhe munição para criticar o modelo winnicottiano de análise, pois, a seu ver, sua preocupação excessiva com a relação mãe-bebê era um efeito da retirada da sexualidade tanto do *setting* quanto do seu pensamento em geral, isto porque teria confundido sexualidade com genitalidade.

Para Green este tipo de abordagem era tanto uma consequência do puritanismo da psicanálise inglesa - para o qual a sexualidade segundo o modelo de Freud jamais deixou de ser um elemento escandaloso e que, portanto, preferiu trabalhar com conceitos como a agressividade e a desorganização do Eu - como uma consequência de elementos inconscientes que o próprio Winnicott, como pessoa, jamais pudera analisar em si próprio⁹⁸: “Isto não se deve apenas à diferença de transferência [vivenciada pela paciente nos dois atendimentos]. Na verdade, podemos nos perguntar se não haveria uma importante censura à sexualidade no ensaio de Winnicott” (Green, 2003, p.81). Deste modo, para Green, assim como para a grande maioria dos autores franceses, a sexualidade, com sua riqueza e complexidade, possui um papel preponderante na constituição do ser humano. Mesmo em um momento, mãe e bebê estariam atravessados pela sexualidade: é este entendimento que fará com que Green critique a posição winnicottiana que focaliza a relação mãe-bebê como um momento de constituição pessoal do qual a sexualidade estaria *a priori* excluída.

O segundo elemento é a compulsão à repetição, algo que, como sabemos, foi considerado por Freud como sendo o corolário da pulsão de morte. Como vimos, na clínica do vazio, a pulsão de morte opera através da função de desligamento, atacando justamente os elos de ligação que ligam o Eu ao objeto, uma vez que o investimento de objetos gera angústias e conflitos ligados a um excesso pulsional e que permanece no psiquismo sem possibilidade de contenção ou tradução. Neste sentido, quando o indivíduo é marcado pelo trauma precoce, em razão de sua relação com um mau objeto primário, este excesso pulsional que permanece desligado atua criando impedimentos a que se formem fantasias de desejo, uma vez que esta função exigiria que o paciente pudesse investir objetos secundários, algo que as marcas do trauma não o permitem fazer.

Vale lembrar que, para Green, a saúde corresponderia justamente à possibilidade do indivíduo “suportar cargas cada vez maiores de Eros”, o que significa sustentar as vicissitudes do encontro com o outro dentro de suas características de “alteridade, identidade, ruptura e

⁹⁸ Como vimos no capítulo anterior, a crítica de Green acaba também sendo bastante redutora, uma vez que desconsidera toda a complexidade do universo teórico winnicottiano.

desruptura”, algo que depende da qualidade da relação do sujeito com seu objeto primário. “Nesta condição, a esperança corresponde a uma função erótica muito básica: ela sustenta a ligação intrínseca entre investimento em si e investimento do objeto” (Figueiredo, 2008, p.172), algo essencial à possibilidade de existir um movimento desejante. Todavia, quando o paciente apresenta uma dinâmica que se caracteriza pela falta de uma estrutura enquadrante propriamente constituída, faz com que os componentes de Eros⁹⁹ sejam percebidos como traumáticos, causando angústias de abandono e intrusão e que geram imediatamente um movimento de retraimento e regressão.

Conforme nos indica Figueiredo (2008), dentro de uma perspectiva teórico-clínica freudiana, *a pulsão de morte nada mais é do que a pulsionalidade nua e crua* (o que há de mais pulsional na pulsão) em seu desígnio inicial de descarga a qualquer preço, algo que ocorre quando o sujeito não teve a felicidade de encontrar um objeto primário que a pudesse conter e modular, criando condições para que pudesse vir mais tarde a se desligar e se religar aos objetos secundários, segundo as vicissitudes da pulsão erótica.

Contudo, ainda que nos casos de paciente-limite, com suas características de pura descarga e desobjetualização, é possível vislumbrar no próprio pulsar das pulsões uma *vitalidade profunda* que se caracteriza pela necessidade narcísica da *afirmação do mesmo à revelia do outro*. Assim, apesar da característica de destruição do objeto em sua alteridade que a compulsão à repetição possui, ela não perde sua outra qualidade, *a necessidade de afirmação do próprio*.

Há, também, uma terceira leitura possível deste fenômeno: a da repetição como uma *insistência na busca de um objeto que possa cumprir as funções necessárias à retomada do processo de maturação normal do indivíduo*. Nesta leitura, voltada ao ideal teórico clínico de Winnicott, a repetição busca um ambiente mais favorável que possa ajudar o sujeito a retomar seu processo de amadurecimento.

⁹⁹ A descrição de todos os componentes do campo de Eros permite-nos compreender, como já tenho assinalado, que se deve substituir aqui uma visão centrada sobre um elemento particular, seja qual for sua importância, pelo conceito de uma *corrente erótica* que começa com a pulsão e as monções pulsionais, prolonga-se naquilo que se manifesta sob a forma de prazer-desprazer, expande-se no estado de expectativa e busca do desejo, alimentado por representações inconscientes e conscientes, ramifica-se na linguagem erótica e amorosa das sublimações (Green, 2008, p.88).

Figueiredo sugere, portanto, uma leitura destas três hipóteses envolvendo a compulsão à repetição dentro de uma lógica de complementariedade, o que nos indica uma direção para a clínica destes casos difíceis (Figueiredo, 2008).

Neste sentido, voltando ao caso clínico, a paciente jamais conseguiu parar de repetir compulsivamente a experiência traumática do abandono materno por meio de suas incessantes viagens. Isto, de uma forma defensiva, como uma possibilidade de continuar confirmando a si mesma que as relações eróticas estavam fadadas ao fracasso e à angústia de abandono, nos mesmos moldes do que se estabelecera na relação com sua mãe. Por outro lado, a paciente também jamais deixou de tratar-se, o que indica que jamais desistiu de encontrar um ambiente favorável e que pudesse ajudá-la a ressuscitar a esperança de encontrar um objeto bom, que a ajudasse na resignificação desta realidade traumática: “Ela ainda viajava muito, mas se sentia melhor, embora não inteiramente livre de sintomas” (Green, 2003, p.82).

e) A mãe morta: vivências contratransferenciais com pacientes limite.

Quando Green (1980) se refere à mãe morta, está teorizando a respeito do que ocorre na vida da criança pequena quando sua mãe, que em um primeiro momento ocupou-se desta criança e com a qual pôde estabelecer uma relação primária satisfatória, de uma hora para outra, em decorrência de uma depressão que pode dominá-la, desinveste completamente sua libido desta criança de quem ela cuidava. A criança, então, subitamente e sem qualquer explicação, perde seu objeto primário de satisfação, que se torna desvitalizado e desbotado, algo que, em termos winnicottianos, equivaleria tanto a uma experiência de morte da mãe, que deixa de existir como um objeto continente e confiável, quanto da morte da criança, uma vez que sua existência ainda depende absolutamente daquela, tanto física como psiquicamente.

Neste momento, conforme observamos em Winnicott, a criança ainda não possui a capacidade de manter vivas as representações dos objetos do mundo externo quando estes se

ausentam por um tempo mais longo do que o seu limite de tolerância. Assim, o termo *mãe morta*, no texto de Green, irá equivaler a uma metáfora para a *perda do objeto primário* em suas funções de cuidado, continência e excitação. A mãe morta é, portanto, ao contrário do que se poderia crer, uma mãe que permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psicologicamente aos olhos da criança pequena em seu potencial de dar carinho e cuidado.

Quando esta situação ocorre, o psiquismo, como medida de proteção, abandona o princípio do prazer envolvido na *experiência de ilusão* e passa a ter a necessidade de operar segundo o princípio da realidade, em um momento da vida da criança em que esta ainda não possui a maturidade necessária para isto. Outra característica marcante deste tipo de dinâmica é a impossibilidade destes indivíduos de atingirem a *posição depressiva* propriamente dita, em face da impossibilidade de elaborar o luto pela perda do objeto primário, de modo que este permanece produzindo efeitos a partir de outra cena. O objeto primário, assim, permanece em estado de animação suspensa dissociando-se do resto do psiquismo. As consequências disto tornam-se visíveis quando o sujeito passa a produzir um estado de mortificação psíquica que, por sua vez, pode ser traduzido em buracos psíquicos que impedem a formação do movimento desejante. Ou seja, no limite, o paciente enfrenta uma necessidade narcísica de preservar um vazio em seu psiquismo como uma forma de negar a perda da mãe como um objeto bom, afastando, assim, a experiência da ausência, de separação e de abandono.

No caso clínico:

Estranho, não é? É como se eu não conseguisse deixar meus pais. Quando penso neles, tenho a sensação de que eles me imploram: “Por favor, deixe-nos ir embora, deixe-nos partir”. Mas é como se eu não pudesse. (...) Na verdade, quando penso na minha mãe dentro de mim é como se ela estivesse petrificada. E quanto mais tempo passa, mais sou confrontada com a necessidade de aceitar a morte de meus pais, e mais, há algo em mim que não consegue admitir que eles não existem mais. É como se eu os mantivesse prisioneiros em uma espécie de purgatório ou no limbo. [Seus pais haviam morrido há muito tempo]. (...) Ela diz sobre seu próprio filho morto [do qual sofrera um aborto espontâneo], que

jamais será capaz de considerá-lo como não mais existindo. Mais uma vez, o luto é impossível (Green, 2003, pp. 79-80).

Em outras palavras, a mãe que a criança “perde”, cuja falta não pode ser pranteada, jamais poderá ser perdida de fato, o que significa que ela jamais poderá ser substituída. A criança, desta forma, passa a vivenciar um luto interminável, do qual resultará a impossibilidade de estabelecer relações amorosas satisfatórias com outros objetos. Esta dinâmica é algo que verificamos estar presente no caso clínico tanto nas sessões de Winnicott quanto nas de Green.

Assim, a experiência da mãe morta não permite uma alternância entre o seu *estar presente* e o *estar ausente*, ela é, paradoxalmente, eternamente ausente e eternamente presente. Ausente porque o sujeito irá reagir ao abandono por meio de um desinvestimento objetal massivo, que deixa traços no inconsciente em forma de buracos psíquicos. Todavia, o vazio referente a estes buracos não é o vazio constitutivo que se forma quando a criança pode manter a esperança na presença potencial do objeto materno, abrindo um campo de desejo que pode ser preenchido por outros objetos. Pelo contrário, é um vazio que permanece preenchido pela sombra da mãe morta, que o sujeito, inconscientemente e de forma idealizada, espera que retorne, ou seja, sua presença se torna eterna na forma deste vazio.

Green irá ressaltar que o *complexo da mãe morta* é uma revelação da transferência, pois este tipo de organização psíquica, que costuma se manifestar nos casos de pacientes limite, não chega à clínica com uma roupagem de *depressão*, com a sua característica habitual de ódio e culpa referentes à perda do objeto. Via de regra, problemas pertinentes ao narcisismo estão em primeiro plano, e os aspectos depressivos aparecem em um segundo plano: “as exigências do ideal de ego são consideráveis, em sinergia ou em oposição ao superego” (Green, 1980, p.154) e, na maior parte das vezes, os sintomas refletem o fracasso na vida erótica com objetos próximos, seja no amor ou no trabalho.

O que aparece em primeiro plano, portanto, é um terrível sentimento de impotência, pois o sujeito passa a sofrer de uma inibição do movimento de engajar-se em atividades nas quais o sujeito

poderia realizar a maior parte de seus talentos, afetos e potencialidades. Neste sentido, o que surge é um sentimento de profunda insatisfação com os resultados que o sujeito costuma obter, principalmente no campo afetivo e profissional. Este sentimento de impotência, porém, não está calcado no desempenho do sujeito, mas na ferida narcísica que surge em face da impossibilidade que ele vivencia de ressuscitar a mãe morta e voltar a fazê-la sorrir, reparando, assim, a situação primeva na qual esta ainda podia ocupar-se, carinhosamente e de maneira confiável, da criança. No segundo plano, aparece o ódio à realidade e os processos de reparação, dando à desvitalização do sujeito, típica destas estruturas, a impressão de uma depressão.

Nas palavras de Green:

A transformação na vida psíquica, no momento do súbito abandono ou privação da mãe quando abruptamente ela ficou desligada de seu bebê, é experimentada pelo filho como uma catástrofe; porque, sem qualquer sinal de alarme, o amor foi perdido de repente. Não se necessita fazer uma extensa descrição do traumatismo narcísico que esta mudança representa. Contudo, há que se apontar que ele constitui uma desilusão prematura e que leva em sua vigília, além da perda do amor, a perda do *significado*, pois o bebê não dispõe de qualquer explicação para levar em conta o que aconteceu. Naturalmente, estando no centro do universo materno, está claro que ele interpreta esta decepção como consequência de seus impulsos em direção ao objeto. Isto será, de modo especial, sério se o complexo da mãe morta ocorrer no momento em que a criança descobre a existência da terceira pessoa, o pai, e que a nova ligação deveria ser interpretada por ele com a razão para o desligamento da mãe (ibid., p.156).

Assim, o complexo de mãe morta está ligado a sentimentos depressivos despertados pela dupla angústia de abandono e intrusão que acarretam na *descatexia do objeto materno e na identificação inconsciente com a mãe morta*:

Em qualquer caso, a tristeza da mãe e a diminuição de seu interesse pelo bebê estão em primeiro plano (...), a privação ou abandono da mãe modifica sua atitude fundamental com respeito ao filho, a quem

ela é incapaz de amar, mas a quem ela continua a amar na mesma medida em que continua a cuidar dele. Contudo, “o coração não está nele” (ibid, pp.156-157).

Esta identificação se assemelha àquilo que Winnicott denominou de falso *self* cindido, no qual a criança, diante de sua necessidade de sobreviver, defende-se por meio da criação de um *self* exterior, cuja função é adaptar-se àquilo que ela pode perceber como sendo as exigências do ambiente, porém, no núcleo de seu ser, ela mantém vivo o *self* verdadeiro, que pode desenvolver-se mediante a experiência inicial de cuidado e ser retomado com o tratamento.

Esta experiência também está ligada àquilo que Winnicott denomina de dissociação entre mente e psicossoma, uma vez que passa a haver um investimento desproporcional na atividade do pensar, como uma possibilidade de antecipar ou adivinhar quando se darão as variações nas disposições de humor da mãe. Para Green (1988), isto corresponderia a uma regressão à fase anal no intuito de evitar uma regressão à fase oral, à qual a mãe morta remete. Assim, a criança irá se utilizar de *um obstáculo* anal com o objetivo de controlar o objeto de forma onipotente, esquivando-se das angústias de abandono e intrusão. A referência anal estruturante permite ao sujeito manter a ilusão onipotente de que o objeto é tal qual ele o percebe, o que significa não ter que lidar com a sua alteridade traumática. Como consequência, qualquer propensão ao brincar e ao fantasiar acabam ficando prejudicadas, uma vez que o que passa a estar investido é uma intensa atividade das faculdades mentais no sentido de planejar-se contra os fatores traumáticos do ambiente. No caso clínico, estas angústias aparecem ilustradas no capítulo anterior desta dissertação no item: hipertrofia intelectual.

Para Green, a criança irá, ao mesmo tempo em que renuncia a mãe imaginariamente, apropriar-se dela de um modo canibalístico com a função de continuar a possuir o objeto, bem como criar um “seio” remendado. Isto significa que a criança irá tentar reparar o seio bom, destruído pela sua agressividade canibalística, como uma estratégia para que possa vencer o desânimo referente à perda da mãe. Contudo, estas tentativas de reparação ficam fadadas ao

fracasso, uma vez que o paciente permanece insatisfeito com os resultados que obtém de seus investimentos eróticos: “Tudo o que tenho é o que não tenho” (Winnicott, 1971).

Nas relações de objeto posteriores, o sujeito, preso à compulsão à repetição, porá ativamente em ação o desinvestimento de um objeto passível de decepcionar, repetindo a defesa antiga, mas estará totalmente inconsciente da identificação com a mãe morta, a quem ele se junta no revestimento das marcas do trauma (Green, 1988, p. 249).

No que diz respeito à *perda do significado*, Green afirma que, por mais que a situação narcísica inicial possa levar a criança a atribuir a si própria a destrutividade que teria levado a mãe à morte, tanto a impossibilidade de arcar com o peso desta agressividade sozinha quanto a necessidade de poupar a mãe em virtude de sua fragilidade acabam desviando agressividade para um terceiro objeto: o pai - “O objeto desconhecido do abandono e o pai estão condensados para o bebê, criando um complexo de Édipo precoce” (ibid., p.157). Aqui, novamente, deparamo-nos com a situação triangular desde o início da vida do sujeito, com o efeito de criar-se uma fantasia de uma cena primária hipotética. Nesta, a mãe se junta ao pai no intuito de excluir a criança, provocando toda uma segunda frente de defesas: a) o desencadeamento de um ódio secundário; b) excitação auto-erótica; c) a busca de um sentido perdido que estrutura o desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do Eu.

No que diz respeito ao *desencadeamento de um ódio secundário*, para Green a triangulação nas relações, que está presente desde o início, remete a uma matriz edípica. O sujeito que apresenta esta dinâmica estará submetido a uma fantasia de uma cena primária de exclusão na qual o casal parental (a mãe e o objeto do luto da mãe, ou seja, o pai) age em uníssono, furtando da criança a possibilidade de ser o objeto investido pela mãe, uma vez que é para outro objeto que o olhar desta está focalizado, objeto este que se torna um ideal fálico e, portanto, uma matriz imaginária na qual o sujeito irá procurar se sustentar. Desta sensação de impotência diante do abandono, surge um ódio

secundário que visa dominar, macular e vingar-se da figura materna, ao mesmo tempo em que tenta rivalizar com o terceiro (objeto do luto da mãe).

Green destaca que a ambivalência é o traço fundamental dos investimentos dos depressivos. Neste tipo de estrutura na qual há uma mortificação do movimento desejante, a sobrecarga de ódio é um efeito da desintração libidinal erótica, causado pela função desobjetalizante da pulsão de morte que age destruindo as relações objetais do sujeito que não são passíveis de deslocamento. É, portanto, um efeito do *amor gelado* que o sujeito continua congelado em seu investimento no objeto primário.

Outro efeito da ambivalência de sentimento de amor e ódio é o desenvolvimento de uma intensa homossexualidade, feminina¹⁰⁰ em ambos os sexos, mediante a qual o sujeito tenta seduzir a mãe para que ela volte àquele primeiro estado de satisfação que a criança vivenciou com ela no período de ilusão, bem como buscar junto ao pai uma compensação pela perda deste amor ideal materno que jamais deixa de ser buscado, inclusive na transferência. Estas idéias encontram esteio no caso clínico no seguinte trecho:

Ela interrompeu sua análise [com Winnicott] para ter um caso amoroso. Isto não pode ser excluído da relação transferencial. Além disso, durante a adolescência, ela teve um intenso relacionamento emocional com seu pai, que reconhecia sua feminilidade, provocando reações de ciúme em sua mãe. Mas se ressentia do fato de o pai não apreciar inteiramente sua capacidade intelectual. Não me parece correto considerar estes aspectos do material como uma simples defesa ou ainda como irrelevantes ou sem importância. Quando ela me procurou, fez vários comentários sobre as pessoas no hotel onde ela estava hospedada terem feito insinuações de que ela tinha vindo a Paris para se encontrar com um amante. Mas, na verdade, o sonho com Elizabeth Taylor representa uma relação homossexual com sua mãe. Suponho que Elizabeth Taylor representava a menina de 15 anos de idade voltando para casa, com a expectativa de seduzir a mãe. De fato, ela foi reprovada, censurada por sua mãe. Se não houvesse o sonho, eu ficaria tentado a considerar este material como superficial. Mas não creio que

¹⁰⁰ Aqui, para Winnicott, a questão coloca-se de maneira completamente diferente. Para o autor, os pacientes-limite dificilmente chegam a se definir por uma homossexualidade ou heterossexualidade verdadeiras, já que dificilmente atingem o estágio edípico, no qual estas definições se processam.

seja, pois está claramente demonstrado que a transferência sexual com seu primeiro analista é seguida pela fantasia homossexual de dançar com a mãe (Green, 2003, p.81).

No que diz respeito à satisfação autoerótica, o sujeito irá procurar situações de gozo extremo, referentes à excitação parcial das zonas erógenas, nas quais o objeto é procurado por sua capacidade de criar este gozo isolado, que não possibilita a formação de uma relação com outro objeto totalizado e que possa, portanto, ser percebido de forma menos projetiva.

Na transferência, como já ressaltamos, o analista é convocado a ocupar o lugar do objeto primário com o qual a criança não teve uma boa experiência, de modo que, seguindo a recomendação winnicottiana, desta vez é necessário que ele possa ser um bom objeto, o que, em outros termos, significa manejar a situação transferencial de tal forma que o paciente não volte a reeditar a mesma experiência traumática que teve com seus objetos primários originais. Neste sentido, cabe ao analista utilizar-se do espaço transferencial, interessando-se pelo analisando de modo vivo, interessado e acordado, testemunhando sua vitalidade através de suas intervenções e tomando o cuidado de não sair de uma posição de neutralidade, tornando-se invasivo. De modo contraditório, quando o tratamento começa a fazer efeito, muitas vezes o analisando se sentindo curado, passa a tentar cuidar do analista, algo que deve ser acolhido por este como um *gesto espontâneo* de reparação.

Este processo irá favorecer por parte do paciente a implementação de sua própria estrutura enquadrante, o que significa a construção de um espaço intermediário no qual o sujeito possa ir, aos poucos, desinvestindo o objeto primário, substituindo-o por outros objetos de satisfação. Isto significa, em outros termos, passar a conseguir lidar com a ausência da mãe de uma forma menos temerosa, transformando o vazio deixado por esta como um espaço para a construção de outras representações. Assim, quando age como o *objeto absolutamente necessário*, o analista investe sua libido no paciente de modo que ele possa se utilizar desta para construir seu próprio narcisismo e, a partir daí, retomar o desenvolvimento de sua capacidade de *verbalização* e de simbolização.

No caso clínico, são vários os exemplos em que a paciente consegue utilizar-se da linguagem como uma maneira hábil de falar a respeito de suas angústias, e a própria ênfase do autor neste tipo de formação irá fazer com que ele traga estes exemplos para o texto. Porém o maior exemplo sem dúvida é a utilização metafórica do “modelo da jornada” como “uma representação dinâmica dela mesma, uma espécie de última tentativa de combater a impressão de que está morrendo no vácuo ou no vazio, recordando muitas coisas sobre as quais se queixou no início de nossos encontros” (Green, 2003, p.81).

f) Disposições clínicas: a metaforização.

Conforme pudemos observar, Green se pergunta como seria produzir uma psicanálise para o caso dos pacientes difíceis. Quando o paciente tem um repertório representativo empobrecido, irá encontrar dificuldades para metaforizar seus estados emocionais. Suas palavras, então, serão utilizadas mais no sentido de obtenção de uma descarga para os excessos pulsionais, sem ser necessariamente simbólicas - algo que se fará na forma de passagens ao ato e muitas vezes acompanhadas de somatizações.

Este tipo de limite à simbolização coloca em xeque o método clássico, pois, nos pacientes nos quais dominam traços narcísicos, o dispositivo clínico irá exigir do analista uma conduta mais implicada frente às transferências, muitas vezes caóticas, e que colocam à prova o lugar do analista. Em seu texto de 1979, *O silêncio do psicanalista*¹⁰¹, Green irá questionar-se sobre as possibilidades de análise neste tipo de estrutura, na qual “os vínculos não se fazem espontaneamente” (p.20), dada a intensidade das angústias que são despertadas pelo encontro do paciente com a alteridade do analista.

Para que o analisando possa tratar-se, o silêncio em sala de análise deve funcionar como um vazio constitutivo, que o analisando irá preencher com os produtos de sua livre associação.

¹⁰¹ GREEN, A. *O silêncio do psicanalista* (1979), Revista Psychê, ano VIII, nº 14, São Paulo, jul-dez/ 2004, p.13-38.

Deste modo, caberá ao analista implementar um dispositivo clínico capaz de cumprir esta função. No caso do paciente limite, isto significa a necessidade de uma *flexibilização* das regras que costumam vigorar em uma análise comum, uma vez que este tipo de paciente não se adapta facilmente às regras restritivas do enquadre analítico, e tenderá a utilizar o seu discurso como uma forma de escoamento do excesso pulsional que não pode se satisfazer diretamente com a pessoa do analista, o que acaba dando ensejo a atuações e somatizações. Este tipo de elementos que se expressam através de um código antilinguístico, todavia, também possuem um sentido, o qual caberá ao analista investigar e muitas vezes traduzir para a paciente.

No caso dos pacientes-limite, com a constituição precária de uma estrutura enquadrante, o silêncio do analista não funciona como uma tela em branco na qual o paciente possa desenhar suas fantasias. Isto, como já vimos, é consequência de uma relação traumática do sujeito com seu objeto primário que não pôde cumprir suas funções de excitação e continência, criando, assim, uma estrutura narcísica frágil, na qual o Eu está o tempo todo sob ameaça de desmembramento.

Cumprido ao analista, portanto, dentro da intersubjetividade deste encontro, a função deste objeto que o analisando permanece buscando sem saber, dando voz e traduzindo este discurso formado de elementos não discursivos na busca de um sentido, dentro dos limites daquilo que o analisando esteja preparado para escutar. Isto exige do analista “uma produção interpretativa em que a exploração da linguagem deve ser levada muito longe” (Green, 1979, p.28):

É mais indicado, em certas situações em que a comunicação testemunha ataques sobre os laços (Bion), tentar constituir uma *trama discursiva de dois sentidos, em um fio a fio verbal em que o discurso do analisando e do analista tecem o tecido de um discurso reticulado*. (...) É aqui que o analista deve usar a imaginação psicanalítica, e sobretudo esforçar-se mais do que em traduzir conteúdos, em usar os *restos* dos fragmentos do discurso do paciente, os esquecidos da sessão – as palavras destinadas a cair no ouvido de um surdo – para reuni-los em um novo espaço potencial (Winnicott) (Green, 1979, p.27).

Desta forma, cabe ao analista transformar a situação clínica em um campo fértil, no qual passará a haver a possibilidade de um encontro do analisando com um objeto significativo, capaz de “captar e nomear a força do afeto, o desejo do reencontro, o sofrimento da perda, das decepções, dos lutos intermináveis e dos desejos inconscientes impossíveis de serem realizados”, promovendo, assim, a formação de uma zona intermediária, na qual “o paciente possa se lembrar dos traços deixados pelas experiências do encontro, fantasiar, brincar com as representações e as lembranças e criar novas figuras e significações” (Candi, 2010, p.277).

Com efeito, Green (1979) irá ressaltar que, no caso dos pacientes-limite, o analista deve investir sua libido no analisando, de modo a operar um processo de “narcização” do Eu do sujeito, lançando para ele um olhar integralizador, da mesma forma que o operado pela mãe na fase do estágio do espelho lacaniano¹⁰², ou seja, constituir um enquadramento erótico que crie subsídios para a contenção e unificação das forças da pulsão, de modo a propiciar operações de ligação e de religação, agindo, assim, contra a força destrutiva da pulsão de morte e fazendo com que o autoerotismo do sujeito possa minimamente sustentar os limites de um Eu desejante e inserido no tempo:

É este autoerotismo que age na realização alucinatória do desejo que dá uma sustentação ao prazer da espera e permite o contato com uma temporalidade que inclua as dimensões do passado e do futuro (fantasias que podem ser projetadas no futuro) possibilitando ao paciente sonhar (Candi, 2010, p.283).

Para Green (1979), o modo através do qual esta operação de ligação deve acontecer é por meio de pontuações não interpretativas de sua parte que poderiam impedir o desenrolar do fio associativo, com uma função de reunir elementos cindidos que aparecem dissociados no discurso do paciente. Isto ocorre porque, muitas vezes, “o analista pode ser tentado a pensar que estes farrapos associativos, por meio de sua inserção no discurso, são contidos por um Eu cujo revestimento mental é suficiente” (Green, 1979, p.33). Contudo, estes fragmentos estão todos dissociados entre si

¹⁰² LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

por uma operação do mecanismo de defesa da clivagem (desautorização)¹⁰³, de modo que entre eles não se opera de fato qualquer relação de significação. Deste modo, “a ligação operada pelo analista tem por meta religar os elementos desligados para poder, em um determinado momento, interpretar e não somente intervir” (ibid.).

Para o autor, as intervenções do analista compreendem *os dois tempos da simbolização*: “O primeiro reúne, o segundo usa as ligações estabelecidas para reatar com o inconsciente clivado” (ibid.). Cabe ao analista, portanto, ser *poliglota*, conhecedor dos idiomas e dos dialetos que o inconsciente impõe por meio de suas formações. Em outras palavras, tendo em vista que a distorção dos conteúdos latentes por meio da condensação e do deslocamento é uma função essencial tanto dos processos primários como dos secundários, o conflituoso trabalho do analista irá consistir em interpretar e traduzir as mais diversas representações produzidas pelo analisando em face do pulsar de suas pulsões (Green, 1979).

A esta condição polissêmica que ocorre no *setting* analítico (e que permite algumas vezes à dupla analítica chegar à experiência do fazer sentido), Green (2011)¹⁰⁴ irá atribuir à capacidade de *metaforização*. Porém, para que esta ocorra, é necessário lembrar que toda progressão da comunicação, que produz fala e afetos em sala de análise, está calcada na originalidade dos movimentos transferenciais.

Como já vimos, se por um lado a posição dos corpos em sala de análise induz à regressão e, conseqüentemente, ao relaxamento do controle defensivo, por outro lado, surge também certa limitação ligada a este estado regressivo, uma vez que ele facilita a emergência de elementos psicóticos, tais como atuações. Deste modo, flexibilizando o controle, acaba permitindo que movimentos pulsionais eróticos e agressivos se desvelem, tornando-os passíveis de pontuação por parte do analista. Todavia, passa a haver a necessidade de que o paciente possa captar a natureza metafórica de suas produções, ou seja, o que está sendo comunicado por estes movimentos, bem

¹⁰³ FIGUEIREDO, L. C., *Verleugnung*: a desautorização do processo perceptivo. In *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*, São Paulo: Escuta, 2008.

¹⁰⁴ GREEN, A. The metaphorization of analytic speech. In *Illusions and Disillusions of psychoanalytic Work*, London: Karnac Books Ltd, 2011.

como a quem estes estão sendo destinados, dado que este discurso é produzido dentro da experiência transferencial.

Vale lembrar que tudo aquilo que pertence ao campo transferencial está paradoxalmente marcado pela ambivalência do sujeito que, ao mesmo tempo em que atualiza de forma ilusória a experiência com um objeto do passado, vivencia também uma experiência nova, com as características reais do encontro presente. É esta ambivalência temporal que cria um campo fértil para múltiplas transformações, pois, através dela, é possível que o sujeito vivencie uma nova experiência inesquecível que possa dissipar os traços traumáticos de outra experiência ruim, vivida no passado, e que com aquela possui uma ligação metafórica. Neste sentido, Green se afasta radicalmente de Winnicott, para quem a regressão às fases de dependência seria a principal técnica a ser utilizada no caso dos pacientes-limite.

Resumindo, a nova experiência tem o condão de quebrar a corrente que liga uma experiência passada a um afeto traumático, permitindo que, através de uma nova experiência emocional similar, o sujeito possa relativizar sua antiga relação com a experiência passada, já se encontrava concretamente estabelecida. Assim, a metaforização irá transformar a dualidade da relação entre analista e analisando, que a princípio era uma mera atualização da experiência passada, em um objeto transicional, instaurando a terceiridade e, conseqüentemente, dando abertura a um espaço potencial.

É como se da relação original dual nascesse um terceiro termo que une os outros dois, ligando-os a uma cadeia que os mantém juntos, revelando o ineliminável terceiro. Este que irá alternativamente ligar e desligar, produzindo efeitos surpreendentes de sentido (Green, 2011, p.176)¹⁰⁵.

Green ressalta que nem sempre é fácil identificar os conteúdos transferenciais e muitas vezes o analista se perde e não consegue fazer com que o paciente os reconheça, de modo que, na

¹⁰⁵ No original: “It is as if the original dual relation gave birth to a third term uniting the two others, binding them to the chain that holds them together, revealing the uneliminable third. It binds and unbinds, producing unforeseen effects of meaning”.

clínica contemporânea, reconhecer a transferência, porém sem tornar-se sistematicamente preocupado com esta, é algo essencial. A análise da transferência irá tornar o processo analítico mais rico e, algumas vezes, permitir que ele retome seu rumo. Vale lembrar, também, que não existe transferência sem uma fantasia consciente ou inconsciente que lhe seja subjacente, o que torna a livre associação uma expressão desta, porém, com a propriedade de estar sempre produzindo novas e surpreendentes ligações.

A comunicação que se opera por meio das distorções produzidas pelo discurso do analisando, de alguma forma, sempre estará mais próxima à verdade do inconsciente do que a literalidade daquilo que se perdeu por meio destas distorções. Assim, sempre que a estrutura do analisando não permitir esta triangulação, a análise ficará marcada por uma relação limitada entre o sujeito e o objeto que ele mantém sob o seu controle onipotente: uma relação de concretude, na qual a transferência fica reduzida ou anestesiada, cabendo ao analista, aos poucos, criar modos de intervenção que possam flexibilizá-la.

Considerações finais

Ao chegarmos ao final de nosso percurso, sentimos que a maior parte das questões levantadas na introdução puderam ser, pelo menos em parte, respondidas. Pudemos vislumbrar que tanto para Winnicott como para Green existe, sim, um enquadramento apropriado para o tratamento do paciente-limite, sendo este, portanto, um ponto comum para ambos os autores. Todavia, a concepção teórica a respeito do método que deve ser seguido para a condução do tratamento, apesar de ambos compartilharem algumas premissas básicas, acaba sendo bastante divergente em face de cada autor ter sua própria visão de homem e sua própria visão sobre a psicopatologia. Tentaremos, assim, retomar quais são as principais diferenças.

Para Winnicott, a principal ferramenta para o tratamento dos casos de pacientes-limite seria a *regressão do paciente ao período de dependência absoluta e relativa*. A partir desta concepção, ilustra-se a idéia evolucionista e de caráter biológico que orienta a teoria de Winnicott. Para o autor, um psiquismo saudável é uma potencialidade inata de todo e qualquer indivíduo humano que não nasça geneticamente comprometido em suas faculdades mentais. Desta forma, a saúde decorre do estado natural do ser humano, como um efeito de seu processo normal de amadurecimento; o bebê humano já nasce possuindo de forma inata todas as potencialidades que necessita para a formação de um psiquismo e para chegar de forma saudável à idade adulta, algo que ocorrerá naturalmente, salvo se ele se deparar com um ambiente excessivamente traumático que o impeça de realizar estas suas potencialidades.

A partir deste entendimento, podemos concluir que, para Winnicott, a psicopatologia é algo que irá formar-se somente quando o ser humano é de alguma forma impedido, em face de um

ambiente excessivamente traumático, de atingir o seu potencial inato. Todavia, para que isso se efetive, será necessário que o bebê, em seu momento inicial de dependência absoluta, possa contar com os cuidados de uma mãe suficientemente boa como um agente facilitador para que estes potenciais inatos possam se desenvolver. Nesta tarefa, ela primeiramente irá atuar como ambiente, posteriormente como objeto transicional e, finalmente, como um objeto da realidade compartilhada. Se tudo corre bem e esta mãe consegue cumprir esta função inicial de receber o bebê de uma forma confiável, sem ser muito intrusiva ou abandonadora em seus cuidados, o bebê irá evoluir naturalmente por meio de seu gesto espontâneo, rumo a uma vida saudável.

Para Winnicott, portanto, o bebê nasce desintegrado e desamparado, de modo que caberá à mãe, por meio de seus cuidados, facilitar que uma criança humana possa surgir desta primeira experiência de não-integração. Através destes cuidados, a mãe irá apresentar ao bebê o mundo sem obrigá-lo a sair de seu isolamento inicial e deparar-se com as dificuldades do ambiente em um momento em que o bebê não está preparado para enfrentá-las. Neste sentido, irá sustentar um *espaço de ilusão* no qual o bebê possa, em pequenas doses, descobrir e criar a realidade do mundo que o cerca com a percepção deste como algo que opera em seu favor.

O fator psicopatológico que se verifica no paciente-limite, portanto, irá se desenvolver quando ocorrerem falhas grosseiras nesta primeira relação da mãe com seu bebê, pois, ao se deparar com o ambiente traumático, o bebê se verá obrigado a organizar-se defensivamente, o que impedirá que se desenvolva uma relação espontânea com este.

Em Winnicott, o psiquismo irá se formar através da apropriação do bebê de suas funções biológicas, por meio da *elaboração imaginativa das funções corporais*, que é o meio através do qual o bebê, amparado pelos cuidados da mãe, irá aos poucos podendo habitar seu próprio corpo e a integralizar-se em uma unidade corporal de modo a, mais para frente, poder dar um significado aos seus sentimentos, funções biológicas e sensações corporais. Esta é a via por meio da qual o bebê vai, por si próprio (com o auxílio da mãe), criando um corpo erógeno organizado por um mundo de fantasias. Todavia, quando o ambiente é muito traumático, este processo espontâneo do bebê, que

vai lentamente desenvolvendo suas próprias potencialidades, irá estancar-se ou *congelar-se na situação do trauma*, congelamento que permanecerá sendo determinante até que o bebê possa encontrar um ambiente favorável, no qual possa retomar seu processo espontâneo de amadurecimento.

Com efeito, Winnicott irá privilegiar como técnica terapêutica a regressão à dependência por parte do paciente para que este possa, assim, vivenciar novamente, na prática, a situação originalmente falha com um novo suporte ambiental. Isto lhe permitirá retomar seu processo normal de amadurecimento a partir da experiência de um ambiente favorável ao seu gesto espontâneo. Assim, esta situação ambiental favorável deve ser criada dentro do *setting* terapêutico, com o analista ocupando transferencialmente o lugar da mãe suficientemente boa que não pode existir na vida do sujeito.

Será, portanto, através de uma experiência bem sucedida com o analista, que o analisando irá recuperar sua confiança no ambiente, criando esteio para que possa abrir mão de sua organização defensiva, podendo ter uma relação mais rica com o ambiente. Isto ocorre porque ele irá experimentar este ambiente de forma menos limitante e podendo cultivar a esperança de que ele, apesar das possíveis frustrações que ocorrem na realidade comum, pode utilizar-se do ambiente favoravelmente aos seus desejos e aspirações. É, assim, mediante a experimentação de uma realidade criada pela situação analítica que o sujeito volta a ter uma relação de confiança com o ambiente.

Neste sentido, Winnicott defende que o *manejo transferencial* será a principal ferramenta do analista, pois caberá a este ocupar o lugar do objeto materno na função de favorecer o indivíduo na retomada de seu processo de amadurecimento, o que pode traduzir-se na utilização do *holding*, do *handling* e da *apresentação de objetos*, isto tudo de uma forma bastante cuidadosa, evitando que os seus atos reproduzam a interferência por demais intrusiva ou por demais abandonadora do objeto materno original, evitando, portanto, novos traumatismos, que se traduziriam na manutenção e reforço das defesas do paciente.

Dentro de sua forma de pensar, Winnicott irá, portanto, auferir à interpretação um lugar mais restrito, pois ela seria muito mais eficaz em momentos nos quais o paciente pudesse aceder à sua capacidade simbólica, algo completamente impossível nos momentos em que o paciente se encontra regredido, uma vez que palavras não serão de serventia alguma neste momento de intensa desintegralização. Nestes momentos, a interpretação, inclusive, pode operar de forma traumatizante, como uma forma do analista resistir à regressão do paciente, dado que muitas vezes o analista menos experiente, e que não foi treinado para este tipo de intervenção, tende a perder o chão nestas situações.

André Green, por outro lado, é um analista eminentemente freudiano, de modo que tanto a sua visão de homem quanto a sua visão de psicopatologia corroboram com o entendimento de Freud a respeito do assunto e, portanto, apesar de buscar suas referências em vários outros autores da psicanálise, como Klein, Bion, Lacan e Winnicott, sua principal referência teórica para pensar o aparelho psíquico acabará sendo o universo teórico freudiano dentro de suas características topológicas e econômicas. Todavia, o pai da psicanálise, apesar de ter deixado marcadas algumas de suas intuições a este respeito, jamais efetivamente formulou ou deixou registrado algo que pudesse dar conta da psicopatologia de pacientes com traços psicóticos, algo que passou ao encargo de seus sucessores. Será, portanto, referenciando-se principalmente na obra de Winnicott que o autor irá teorizar uma análise modificada e que possa dar esteio às peculiares angústias que permeiam o tratamento do paciente-limite, sem. Contudo, jamais abrir mão do aparelho psíquico freudiano.

Vale lembrar que, curiosamente e de forma bastante ilustrativa, Green dedicou seu último livro a três autores da psicanálise, por ter sido as obras destes autores suas maiores influências depois de Freud: Lacan, Winnicott e Bion. Agradece, assim, a Lacan por seu pensamento tê-lo orientado, principalmente durante os seus primeiros anos de formação. Deste autor, Green absorveu a importância da linguagem e dos significantes como uma via de acesso aos fenômenos inconscientes, a idéia de desejo e de pulsão e o conceito edípico como estruturante das relações

humanas desde o começo da vida do ser humano. E, posteriormente, agradece a Winnicott e Bion pela grande influência deles em sua obra até os dias atuais.

Sustentamos, assim, que uma das características mais marcantes da teoria de Green é a possibilidade de pensar a formação do psiquismo de modo paradoxal, através da dialética de dois fatores que costumam estar separados nas teorias que orientam a psicanálise: o sujeito e o objeto. Para Green, é a inter-relação que se estabelece entre estes dois fatores o que irá fazer com que o psiquismo possa ou não operar de um modo saudável. Para o autor, como pudemos observar ao longo desta dissertação, a pulsão é uma força incontável que estará sempre em busca de uma descarga completa e imediata. Para que a pulsão possa ser domesticada e amansada, tornando-se, assim, energia de ligação, é necessário que em um primeiro momento de vida a criança possa contar com uma figura materna *absolutamente necessária* que possa ao mesmo tempo estimular e conter estas pulsões, bem como digerir e traduzir seus elementos mais traumáticos, tornando-os palatáveis ao psiquismo do bebê.

Nesta operação, o psiquismo da criança começa a poder integrar elementos traumáticos que a princípio tinham que ser descartados pela via da identificação projetiva ou que permaneciam no psiquismo de uma forma desligada criando angústias e conflitos, resultando, também, em um empobrecimento do psiquismo. Para Green, caberá ao analista do paciente limite operar no lugar deste objeto absolutamente necessário, ligando estes elementos inomináveis que o analisando experimenta em seu corpo de forma desordenada por meio das atuações. A psicopatologia se forma quando, em face de uma presença maciça destes elementos pulsionais desligados, o psiquismo é obrigado a utilizar-se de mecanismos de defesa mais primitivos para lidar com eles.

O instrumento privilegiado de trabalho do analista será, portanto, as *pontuações*, a *verbalização*, a *figuração* e as *interpretações* daquilo que vivencia com o analisando nas transferências, como uma possibilidade para que o analisando possa integrá-los ao seu psiquismo através de representações.

Todavia, apesar de privilegiar a linguagem verbal e não-verbal como instrumentos terapêuticos, para Green o *setting* analítico promove uma regressão tópica, criando um espaço e um tempo que caracterizam a situação analítica. Esta situação irá permitir que a experiência afetiva que o analisando vivencia no aqui e agora da sessão possa integrar-se ao todo de sua experiência de vida. Esta operação, portanto, promove a atualização de momentos traumáticos do passado, no modelo do que está sendo vivido com o analista no momento.

Neste sentido, a não aderência à regressão à dependência, defendida por Winnicott como o instrumento privilegiado para tratar o paciente-limite, seria um divisor de águas entre as duas teorias. No entendimento de Green, que privilegia o processo de *metaforização*, como o paciente regredido não tem acesso à simbolização, tudo passa a ser vivenciado como uma pura atuação, pois nenhum processo elaborativo é possível se não há meios de produzir uma resignificação do material produzido em análise. Desta forma, Green defende que é a presença de um Eu na sala de análise, dentro de suas características transicionais e transformacionais, o que permitirá que se desenvolvam processos terciários envolvidos na operação de fazer sentido.

Por outro lado, como para Winnicott o mais importante seria a possibilidade do indivíduo elaborar imaginativamente as funções corporais, a presença de um Eu neste momento acaba não sendo inicialmente necessária, dado que esta função se opera antes mesmo do bebê integrar-se em um todo. Isto ocorre porque o que será absorvido são os cuidados ambientais, criando esteio para a dissolução da barreira traumática ligada ao funcionamento defensivo do paciente, algo que deve ser vivenciado no corpo por meio da experiência de suporte. Esta irá criar um traço corporal que será absorvido pelo paciente na medida em que a confiança pode ser revivida novamente, e ao mesmo tempo pela primeira vez, com o analista, diante de um ambiente mais favorável.

Com efeito, deparamo-nos com duas teorias aparentemente próximas, mas infinitamente diferentes dentro de sua singularidade e que, portanto, são orientadas por premissas bastante diversas, uma vez que, mesmo aquilo que é absorvido por Green da teoria winnicottiana, acaba sendo bastante modificado para adequar-se ao seu modo próprio de viver a teoria e a clínica

psicanalítica. Contudo, com todo este contraste, quem é mais privilegiado é o leitor interessado, que pode absorver, na medida de suas necessidades clínicas e teóricas, aquilo que foi produzido por estes dois pilares da teoria psicanalítica.

No que diz respeito ao caso clínico, apesar deste, como pudemos observar, ser bastante ilustrativo de muitos aspectos das teorias dos autores, a respeito do ponto específico da regressão à dependência ele acaba não nos fornecendo elementos suficientes para a ilustração, uma vez que: ou esta paciente não teve tempo suficiente de análise para vivenciar esta experiência, ou Winnicott, que não estava focalizando especificamente este assunto, não trata deste tópico no relato desta sessão. Contudo, remetemos o leitor interessado ao caso Margareth Little¹⁰⁶, no qual a própria paciente relata em detalhes como foi sua experiência de análise com Winnicott, na qual a regressão à dependência teve um papel preponderante¹⁰⁷.

Já na sessão relatada por Green, suas técnicas ficam melhor ilustradas, pois, embora poucos, há exemplos de pontuações, interpretações e metaforizações, que reúnem e traduzem os elementos que surgem na fala da paciente, tornando em linguagem verbal e não verbal os elementos pulsionais.

Resta, porém, a dúvida: quais serão as vantagens e desvantagens de cada um destes tratamentos?

Porém, como a maioria das construções que se produzem na teoria psicanalítica, esta resposta ainda parece longe de uma conclusão definitiva. Deste modo, cabe a cada analista, na prática cotidiana de sua clínica, continuar pesquisando, descobrindo e redescobrando a psicanálise na singularidade de cada paciente, em busca de elementos que possam contribuir na busca de um sentido para a dor do paciente e de uma melhora da qualidade de sua vida.

¹⁰⁶ LITTLE, M. I. (1990). *Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott* [*Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott*]. Northvale, N. J.: Jason Aronson.

¹⁰⁷ NAFFAH NETO, A. *O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da Psicanálise*. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 41, n. 75, dez. 2008.

Bibliografia

- ABRAHAM, K., *A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method*. In Selected papers on psycho-analysis, 1919 - Hogarth London.
- BASS, A. *Difference and Disavowal: the trauma of Eros*, Stanford University Press: California, 2000.
- CANDI, T.S., *O duplo limite: O aparelho psíquico de André Green*, São Paulo: Ed. Escuta, 2010.
- CELERI, F. H. R. V., OUTEIRAL, J., DE MELLO FILHO, GOLDSTEIN, J. R. Z., *Paradoxo, objeto transicional e fetiche*, Revista Brasileira de Psicanálise, Vol 43, nº1, 2008.
- CINTRA, M. E. U., *André Green e o trabalho do negativo*, 2012, No prelo.
- DIAS, E. O. *A teoria das Psicoses em D. W. Winnicott*, tese de doutoramento, Puc-SP, 1998.
- DIAS, E. O., *A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott*, Rio de Janeiro, Imago, 2003.
- DUPARC, F. *André Green*. São Paulo; Via Lettera, 2000 (Psicanalistas de Hoje).
- FIGUEIREDO, L. C., *Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi*, São Paulo, Escuta, 1999.
- FIGUEIREDO, L.C., *Elementos para a clínica contemporânea*, São Paulo, ED. Escuta, 2003.
- FIGUEIREDO, L. C. e Cintra, E. M. U., Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In *Limites*, São Paulo : Escuta, 2004.
- FIGUEIREDO, L.C., André Green lê Winnicott in Bezerra Jr., Benilton & Ortega, Francisco (orgs) *Winnicott e seus interlocutores*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2007.
- FIGUEIREDO, L. C., *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*, 1ª reimpressão, São Paulo: Escuta, 2008.
- FIGUEIREDO, L. C., *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*, São Paulo: Escuta, 2009.
- FREUD, S. *A interpretação dos sonhos*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2001 [1900].
- FREUD, S., Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol.7, Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1905.

- FREUD. S., Totem e tabu [1913]. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 13, Imago: Rio de Janeiro, 1987.
- FREUD, S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Imago: Rio De Janeiro, 1996.
- FREUD, S., O instinto e suas vicissitudes. In *Introdução ao narcisismo: ensaios metapsicológicos e outros textos (1914-1916)*, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- FREUD, S., Introdução ao narcisismo. In *Introdução ao narcisismo: ensaios metapsicológicos e outros textos (1914-1916)*, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- FREUD, S., Luto e Melancolia (1917). In *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- FREUD, S., A Negação (1925). In *O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos (1923-1925)*, São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- FREUD, S., Novas Conferencias introdutórias da psicanálise. In *O mal-estar na civilização, Novas conferencias introdutórias à psicanálise e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- FREUD. S., Acerca de uma visão de mundo. In *O mal estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930 a 1936)*, São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1933].
- GREEN, A. *Narcisismo de Vida, Narcisismo de Morte*, São Paulo: Editora Escuta, 1988.
- GREEN, A., *Conferências brasileiras*, Rio de janeiro, Imago Ed., 1990.
- GREEN, A., *On private madness*, London: Hogarth Press ldt. : 1986
- GREEN, A., O conceito do fronteiroço. In *Sobre a loucura pessoal*, Ed. Imago: Rio de Janeiro, 1988 [1976].
- GREEN, A., O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In *Sobre a loucura pessoal*, Ed. Imago: Rio de Janeiro, 1988 [1975].
- GREEN, A., O espaço potencial em psicanálise. In *Sobre a loucura pessoal*, Rio de Janeiro: Imago, 1988.

- GREEN, A., A paixão e suas vicissitudes (1980). In *Sobre a loucura pessoal*, Rio de Janeiro: Imago, 1988
- GREEN, A., A mãe morta. In *Sobre a loucura pessoal*, Ed. Imago: Rio de Janeiro, 1988 [1983].
- GREEN, A., *André Green at the Squiggle Foundation* Londres: The Squiggle Foundation, 2000
- GREEN, A., “Play reflection in Donald Winnicott’s writings and “Addendum to lecture”, London: Cesare Sacerdoti: 2005.
- GREEN, A. La terceridad. In *Jugar con Winnicott*, Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- GREEN, A., La intuición de lo negativo em Realidad y juego. In *Jugar com Winnicott – Buenos Aires: Amorroto*, 2007.
- GREEN, A., A Intuição do Negativo em “O Brincar e a Realidade”. In *André Green e a Fundação Squiggle*, São Paulo: Roca, 2003.
- GREEN, A., *Orientações para uma Psicanálise Contemporânea*, Rio de Janeiro: Imago, São Paulo: SPBSP; Depto de Publicações, 2008.
- GREEN, A. Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. In *O trabalho do negativo*, Porto Alegre: Artmed, 2010.
- GREEN, A., *O trabalho do negativo*, Porto Alegre: Artmed, 2010 [1993].
- GREEN, A. The metaphorization of analytic speech. In *Illusions and Disillusions of psychoanalytic Work*, London: Karnac Books Ltd, 2011.
- GODLEY, W., *Saving Masud Kahn*, London Review of Books, vol. 23, n.4, pp. 5-7, 2001.
- HOPKINS, L., *False Self – The Life of Masud Kahn*, New York: Other Press, 2005.
- KAHN, M., *Psicanálise: teoria, técnica e casos*. Rio de Janeiro, F. Alves, 1984. [1963]
- KOHON, G., *The Dead Mother: the work of André Green*, London: Psychology Press, 1999.
- KUPERMANN, D., *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B., *Vocabulário da psicanálise*, Ed. Martins Fontes: São Paulo, 2001.
- LEJARRAGE. A. L., *O amor em Winnicott*, Rio de Janeiro: Garamond, 2012.
- LITTLE, M. I. (1990). *Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott* [*Ansiedades psicóticas e prevenção: Registro pessoal de uma análise com Winnicott*]. Northvale, N. J.: Jason Aronson.
- LOPARIC, Z., *Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade*, Revista Natureza Humana 7(2), jul.dez 2005.
- MINERBO, M., *Neurose e não-neurose*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2009.
- NAFFAH NETO, A., *A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline – Revisitando Winnicott*, Revista Brasileira de Psicanálise, v.41, n.4, São Paulo, dez. 2007.
- NAFFAH NETO, A. *O caso Margaret Little: Winnicott e as bordas da Psicanálise*. Jornal de Psicanálise, São Paulo, v. 41, n. 75, dez. 2008.
- NAFFAH NETO, A., *Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes*, Revista Natureza Humana, vol.12, no.2 São Paulo, 2010.
- NAFFAH NETO, A., *As funções da interpretação psicanalítica em diferentes modalidades de transferência: As contribuições de D. W. Winnicott*, Jornal de Psicanálise, vol.3, São Paulo, 2010.
- NAFFAH NETO, A., *Sobre a elaboração imaginativa das funções corporais: corpo e intersubjetividade na constituição do psiquismo*. In *Dimensões da intersubjetividade* (organizadores: Nelson Coelho Junior, Pedro Salem, Perla Klautau), São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.
- OGDEN, T., *The Matrix of the Mind: Object Relations and Psychoanalytic Dialogue*, Rowman & Littlefield Publishers: USA, 2004.
- OGDEN, T. H., *On Psychoanalytic Writing*. In *This Art of Psychoanalysis: Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries*, London: Taylor & Francis Group, 2005.

OGDEN, T., Reading Winnicott (2001). In *Donald Winnicott Today*, London: Taylor e Francis USA, 2012.

PHILLIPS, A. *Winnicott*, Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006.

PONTALIS, J-B., *Perder de Vista: Da fantasia de recuperação do objeto perdido*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

PONTALIS, J-B., *Entre o sonho e a dor*, Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2005 – (coleção psicanálise século I).

WINNICOTT, D. W., Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1945].

WINNICOTT, D. W., A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1949].

WINNICOTT, D.W., Objetos Transicionais e fenômenos transicionais. In *Da pediatria a psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000 [1951].

WINNICOTT, D. W., Psicose e Cuidados Maternos. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1952].

WINNICOTT, D. W., Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1952].

WINNICOTT, D. W., A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1954-5].

WINNICOTT, D. W., A Agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional. In *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000 [1950-1955].

WINNICOTT, D. W., Psicanálise do sentimento de culpa. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1958].

WINNICOTT, D. W., Classificação: existe uma contribuição psicanalítica a classificação psiquiátrica?. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1959-1964].

WINNICOTT, D. W., Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1960].

WINNICOTT, D. W., Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1960].

WINNICOTT, D. W., A integração do ego no desenvolvimento da criança. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1962].

WINNICOTT, D. W., Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1963].

WINNICOTT, D. W., Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1963].

WINNICOTT, D. W., O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983 [1963].

WINNICOTT, D. W., *Playing and Reality*, London: Tavistock, 1971.

WINNICOTT, D.W., Objetos Transicionais e fenômenos transicionais. In *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro: Imago,[1971] 1975.

WINNICOTT, D. W., O uso de um objeto. In *O Brincar e a Realidade*, Imago: Rio de Janeiro, 1975 [1969].

WINNICOTT, D.W., (1969). *The Use of an Object*, Internacional Journal of Psychoanalysis, 50: 711-716.

WINNICOTT, D. W., *Natureza Humana*, Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W., D. W. W. por D. W. W. In D. W. Winnicott. In *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994 [1967].

WINNICOTT, D.W., O medo do colapso (1963). In *Explorações Psicanalíticas: D.W.Winnicott*, Porto alegre: Artmed (1994).

ZILBERLEIB, M.C.V.O., *Acompanhamento terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limite*, Dissertação de Mestrado, PUC: 2005.

