

A CONTRATRANSFERÊNCIA COMO DISPOSITIVO VIVO NA CLÍNICA DOS FUNCIONAMENTOS LIMITES

*Renata Arouca de Oliveira Morais**
*Deise Matos do Amparo***
*Ana Clara de Oliveira Alves****

RESUMO

Neste artigo abordamos o tema dos casos-limite e as especificidades dessa clínica para, em seguida, apresentarmos um caso clínico que permite discutir as questões sobre a técnica e a contratransferência. Ao se considerar essa outra cena como dispositivo vivo do analista, refletimos sobre a necessidade de adaptações no setting e da manutenção da capacidade de pensar do analista para conter a destrutividade apresentada por tais pacientes. A análise ocorre, então, como um espaço para construir o que não foi representado ou o nunca vivido, ao construir possibilidades da realização da alteridade e do desenvolvimento da função simbólica. Esta clínica demanda do analista disponibilidade, abertura, presença, apoio, receptividade, capacidade de “conter”, de receber em depósito e de simbolizar ali onde o outro ainda não consegue fazê-lo, nisso reside uma grande parte das condições de trabalho. Nesse sentido, o trabalho

*Psicóloga, Psicanalista, Professora de Psicologia na Universidade Nove de Julho (UNINOVE) – São Paulo. Membro associado da Sociedade de Psicanálise de Brasília (SPBsb, Febrapsi, Fepal, IPA). Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisa Sándor Ferenczi (GBPSF). Pós-doutoranda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP).

**Psicóloga, Psicanalista, Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília. Doutorado Sanduíche pela *Université Jules Verne* – Amiens, França. Pós-Doutorado pela *Université Paris Descartes* e pela *Université Sorbonne Nord* - Paris, França.

***Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB), Psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela UnB, Professora da Universidade Católica de Brasília.

clínico requer do analista, além de sua capacidade de pensar e sonhar, sua capacidade de estar com o outro de forma afetiva. Trabalho que convoca ter empatia, paciência, capacidade de espera, em função de lidar com pacientes mais sensíveis e ter a capacidade de enlouquecer junto, ao entrar em sintonia com eles no momento da sessão.

Palavras-chave: contratransferência, transferência, dispositivo, funcionamentos limites

COUNTERTRANSFERENCE AS A LIVING DEVICE IN THE CLINIC OF LIMIT FUNCTIONS

ABSTRACT

In this article, we address the topic of limiting cases and the specificities of this clinic, and then present a clinical case that allows us to discuss questions about technique and countertransference. By considering this other scene as a living device of the analyst, we reflect on the need for adaptations in the setting and the maintenance of the analyst's ability to think to contain the destructiveness presented by such patients. Analysis then occurs as a space to construct what has not been represented or what has never been experienced, by constructing possibilities for the realization of otherness and the development of the symbolic function. This clinic demands from the analyst availability, openness, presence, support, receptivity, the ability to "contain", to receive in deposit and to symbolize where the other is not yet able to do so; this is a large part of the working conditions. In this sense, clinical work requires from the analyst, in addition to his ability to think and dream, his ability to be with the other in an emotional way. Work that requires empathy, patience, and the ability to wait, to deal with more sensitive patients and to have the ability to go crazy together, by getting in tune with them during the session.

Keywords: countertransference, transfer, device, limit functions.

LA CONTRATRANSFERENCIA COMO DISPOSITIVO VIVO EN LA CLÍNICA DEL FUNCIONAMIENTO LÍMITE

RESUMEN

En este artículo abordamos el tema de los casos límite y las especificidades de esta clínica para luego presentar un caso clínico que nos permite discutir cuestiones sobre la técnica y la contratransferencia. Teniendo en cuenta esta otra escena como dispositivo vivo del analista, reflexionamos sobre la necesidad de ajustes en la configuración y en el mantenimiento de la capacidad de

pensar del analista para contener la destrucción de este tipo de pacientes. Por consiguiente, el análisis sobrevén como un espacio para construir lo que no se ha sido representado o nunca se ha vivido, para construir posibilidades de realización de la alteridad y del desarrollo de la función simbólica. El analista debe tener la disponibilidad, la apertura, la presencia, el apoyo, la capacidad de respuesta, capacidad de “contener” el recibimiento en depósito y simbolizar allí donde el otro no lo puede hacer; en esto reside gran parte de las condiciones de analisabilidad. En este sentido, el trabajo clínico requiere del analista, así como su capacidad para pensar y soñar, su capacidad de estar con el otro afectivamente. Un trabajo que requiere empatía, paciencia, capacidad de espera, para poder tratar con pacientes más sensibles y tener la capacidad de volvernos locos juntos, sintonizándonos con ellos en el momento de la sesión.

Palabras clave: contratransferencia, transferencia, dispositivo, funcionamientos límite.

A clínica dos casos-limite, de acordo com as referências bibliográficas da área, principalmente a partir do autor André Green (1975/2017), tem demandado a flexibilidade em relação às regras da psicanálise, tais como: a associação livre, a atenção flutuante, a abstinência e o enquadre. Isso ocorre pela eminência das atuações, do ataque ao enquadre e ao terapeuta, e por uma qualidade de transferência marcada pelo desligamento e pela dependência. A atuação, nesses casos, é o verdadeiro modelo da mente, seja quando ocorre no corpo ou quando é dirigida ao ambiente. O agir preenche o espaço, denotando a presença de certo tipo de dependência em relação ao objeto. Nesse sentido, a configuração da transferência, um dos pilares do manejo clínico do enquadre psicanalítico, apresenta uma qualidade diferenciada com a contratransferência do analista sendo um elemento fundamental para os processos de simbolização e um instrumento sensível para o analista pensar aquilo que ainda se encontra como irrepresentável pelo analisando.

O perfil geral do tratamento analítico é subvertido, na medida em que o analista tem agora que lidar, para além do desejo, com o ato. Isso se dá na medida em que o principal mecanismo de defesa desses pacientes é a clivagem (Green, 1975/2017). A clivagem é uma força disjuntiva para lidar com as experiências de excesso no contato com o objeto, ocasionando uma disjunção do dentro/fora, somático/psíquico,

bom/mau que os impede de se comunicar. Esse mecanismo de defesa relaciona-se a traumas primitivos que suscitam sucessivas disjunções destinadas a amenizar a angústia e a dor que as vivências de encontro e de desencontro da pulsionalidade com os objetos comportam (Roussillon, 1999; Green, 1988a; Figueiredo, 2008).

A clivagem, como resposta própria dos pacientes-limite, ocorre no espaço psíquico, bem como entre o interno (psíquico) e o externo (soma e mundo externo). Na primeira, o aparelho psíquico é fragmentado em núcleos psíquicos (arquipélagos) sem comunicação uns com os outros e cercados por um espaço vazio. Na segunda, há expulsão da realidade psíquica intolerável pela via somática e pela passagem ao ato (Green, 1988).

Diante disso, o trabalho analítico entra em xeque diante da (im) possibilidade de o analisando criar símbolos e de sonhar (Green, 2010). Desse modo, a palavra proferida no enquadre clínico perde a sua potência e eficácia, pois há uma repetição dessimbolizada ou atualização do traumático. Assim, o enquadre acaba sendo a projeção do transbordamento e implosão do aparelho psíquico do analisando.

Todo trabalho clínico se compõe com a presença de um enquadre interno do analista, como descrito por Green (2008), adquirido e internalizado no processo de formação. Nas psicoterapias dos casos-limite, o analista se vê diante da necessidade de reinventar o que ele internalizou em seu processo de formação e no decorrer de sua própria análise, pois há a necessidade de um redirecionamento do modo como é feita tradicionalmente a montagem do enquadre externo com o enquadre interno do analista para a condução clínica.

A compulsão à repetição pela via do transbordamento, ou o fator quantitativo, caracteriza essa clínica do traumático (Ferenczi, 1928/1992). Assim, o manejo clínico coloca em causa algo para além da palavra, o ato sensível. Ou melhor, para além da interpretação uma ação terapêutica apoiada na qualidade da relação entre analista e analisando. Nessa relação, segundo Ferenczi (1928/1992), está incluída a empatia, o tato, o *feeling*, a intuição, ou seja, a capacidade de o analista saber o que, como e quando comunicar ou deixar de comunicar. Uma sabedoria vinda de conhecimentos técnicos e de experiências clínicas que sustentam o manejo mais adequado da contratransferência e da transferência no contexto clínico

com casos difíceis (Zambelli, Tafuri, Viana & Lazzarini, 2013). Com esses analisandos, é mais importante focalizar a atenção na comunicação, no modo próprio do analista falar e do analisando reagir às suas interpretações do que primariamente no conteúdo. Trata-se de sentir a dor em uma situação fronteira, ou seja, em que os analisandos a descrevem sob um ponto de vista indefinível, no qual é frequente a sensação de não conseguirem comunicar suas experiências ao analista (Joseph, 1992). Ou seja, a dor é vivenciada na fronteira entre o mental e o físico.

Ao expor os dispositivos sobre a técnica analítica, Ferenczi (1928/1992) alega que, nesses casos, há a necessidade de o analista se posicionar em relação ao enquadre de maneira flexível, propondo, assim, a “elasticidade da técnica analítica”. Ou seja, funcionar como uma tira elástica cedendo às tendências do analisando, mas sem abandonar a tração na direção da condução clínica. Essa capacidade de flexibilidade do analista é muito importante. O analista é chamado a se fazer presente, uma presença ativa e verdadeira na relação, no intuito de possibilitar a criação de um vínculo de confiança. O trabalho opera em direção ao cuidado de evitar a repetição do trauma de infância no *setting* e conceber o tratamento como um processo evolutivo que se desenrola sob os seus olhos. O analisando é convidado a saber mais sobre si mesmo ao adaptar-se melhor às dificuldades inevitáveis da vida. Joseph (1992) discute a importância de se fazer com que uma maior parte da personalidade do analisando se torne disponível para com o passar do tempo, com vistas a propiciar mais integração do ego.

Em função desse cenário limítrofe, encontramos ataques reiterados ao trabalho analítico. O analista, frequentemente, experimenta a precariedade do estabelecimento de uma relação de intimidade e confiança (Green, 1982/2017). Trata-se, aqui, da forma como esses analisandos conduzem suas vidas e de como o negativismo, de modo geral, aparece de forma mortífera na transferência. Esse tipo de autodestrutividade, segundo Joseph (1992), é da natureza de um vício de tipo sadomasoquista especial a que esses analisandos se sentem incapazes de resistir. Parece ser uma atração constante para o desespero e a quase morte, um modo de comunicar com o analista e consigo mesmo que afeta seus processos de pensamento.

Em se tratando da comunicação do paciente consigo mesmo e com o analista, e sua tônica destrutiva, podemos retomar o conceito de duplo limite do psiquismo descrito por Green (1982/2017). Trata-se do limite intrapsíquico (consciente, pré-consciente e inconsciente) e o limite intersubjetivo (dentro/fora, eu e o outro). O que se percebe nos casos-limite é que essas fronteiras são mal estabelecidas e instáveis, em função da clivagem como mecanismo de defesa principal. Nesse sentido, os conteúdos insuportáveis do paciente não encontram uma boa continência interna e o retorno dos elementos clivados é acompanhado do sentimento de grave ameaça e desamparo, que diferentes autores, como Winnicott (1974/1997), denominaram de agonias impensáveis. Esses elementos retornam com toda sua força e convocam a fronteira intersubjetiva para expulsão, colocando em xeque a diferenciação entre o eu e o outro.

O enquadre analítico, conjunto de condições materiais e mentais para o exercício da psicanálise, reproduz de alguma maneira a forma do duplo limite do aparelho psíquico (Green, 1982/2017). O duplo limite, que determina o enquadre entre o dentro e o fora da sessão, e entre o analista e o paciente, coloca em questão as fronteiras, na medida em que ele estrutura e protege um espaço interno, no qual podem se manifestar as forças presentes na relação entre analista e analisando, e delimita um dentro e um fora da relação (Candi, 2010). Nos momentos de autodestrutividade e de comunicação turbulenta com o analista, comuns nos casos-limite, os objetos traumáticos aliam-se às pulsões em uma tarefa destrutiva. Figueiredo e Cintra (2004) afirmam que, em todos os ataques, há uma tentativa do analisando de dizer sua verdade profunda, algo ainda não simbolizado e, por isso mesmo, difícil de ser expresso em palavras e, muitas vezes, é expresso em passagem ao ato, crise depressiva, adoecimento psicossomático, que, dentre outras formas de expressões, podem ocupar o lugar do não dizer, do irrepresentável, em que os contornos são intoleráveis, bem como os limites.

Sendo o aparelho mental do analista considerado parte do próprio duplo limite do enquadre analítico, sua capacidade de pensar é também intensamente atacada. Desse modo, é importante a preservação da capacidade de pensar do analista e a atenção ao manejo da contratransferência, evitando as formas de atuação destrutiva. Ou seja, a

manutenção do enquadre interno do analista (Green, 2008) torna-se um dispositivo fundamental.

As contribuições de Racker (1982) e Heimann (1950) apontam que, para além de um obstáculo, a contratransferência pode ser útil para o desenvolvimento do processo analítico. O primeiro autor acrescenta que a contratransferência configura o campo em que se dará a modificação do paciente na medida em que ele pode realmente adquirir uma experiência viva e diferente da que teve, ou crê que teve, originalmente. Isso ocorre em função de um funcionamento mental mais arcaico, em que o processo de simbolização, possibilitado pela separação do primeiro objeto, foi falho em sua função de se fazer esquecer e se ausentar, e, com isso, traz consequências na distância espacial intersubjetiva e intrapsíquica, entre analista e analisando.

Os casos limítrofes seriam distúrbios de interioridade que remetem às questões de dentro e fora, entre percepção e projeção, eu e objeto, corpo e psique; são indivíduos marcados por angústias traduzidas na instalação de um quadro de dependência e da problemática depressiva. Assim, encontramos nessa clínica o fracasso para estabelecer o duplo limite (limite entre exterior e interior, e limite entre as diversas instâncias do aparelho psíquico). Ocorre, então, a (im)possibilidade do luto/separação e, com isso, uma dissincronia temporal interminável, fazendo dessa experiência a marca do ressentimento, do ódio e do desespero, ou seja, do desligamento.

A seguir, apresentamos um caso clínico em que a contratransferência é utilizada como dispositivo de trabalho do analista na clínica de uma analisanda com funcionamento-limite. Entendemos a noção de dispositivo, a partir de Mallot e Roussillon (2010), como facilitador do encontro/desencontro entre o analista e o analisando, oferecendo recursos para permitir que o paciente se utilize dele para se expressar e poder simbolizar. A cada vez que um elemento do dispositivo é utilizado, ele nos indica o funcionamento psíquico do paciente, já que esse modo de funcionamento irá se projetar no dispositivo. Neste caso, os afetos e os pensamentos da analista, e o que não necessariamente se encontra em palavras, podem ser utilizados como elementos de simbolização. Assim, a contratransferência seria um dispositivo vivo do analista, isto é, a matéria

psíquica viva do analista, graças à qual a transferência pode ganhar corpo e ser reconhecida. Poderíamos aproximar esta qualificação de vivacidade, do que Fédida (1989) descreveu como a capacidade tonal de se acordar às sensibilidades do paciente. A contratransferência da analista possibilitou evidenciar o estado de fusão, seguido da recuperação da separação e discriminação de conteúdos mentais, conjugando afetos e racionalidade no auxílio ao entendimento da realidade psíquica e da relação clínica.

UM CASO CLÍNICO

Joana tem 51 anos e está em atendimento semanal há dois anos. Seu percurso clínico foi marcado por algumas internações psiquiátricas e várias tentativas de suicídio. O início do trabalho caracterizou-se por sessões difíceis, cujo conteúdo de sua fala expressava muita violência na relação com os outros familiares, principalmente o marido, desejos de morte e escarificações. Ela comparecia às sessões sempre com a mesma roupa e apresentava uma ausência de cuidados com seu corpo. Em casa, passava o dia sem ânimo para fazer qualquer atividade, pouca coisa na vida dava-lhe prazer. Com frequência, despertava a impressão de que vivia em um mundo vazio, com pouca coesão do *self*. Muitas vezes, apresentava um funcionamento cindido e projetado de forma identificatória nos objetos dos quais dependia desesperadamente, mas que, ao mesmo tempo, eram sentidos como intrusivos e ameaçadores. Entrava em desespero quando falava da saída de seus dois filhos mais velhos de casa. Ela dizia: “*Não tenho mais nada, por que eles foram embora? Eu achava que iríamos ficar os quatro em casa, eu cuidando deles*”. Essa dinâmica da dependência e da destrutividade, evidentes nas suas sessões, logo se revelaram na transferência.

As sessões eram ocupadas, em grande parte, pelo seu desejo de morte, angústias impensáveis, e relatos dos cortes que fazia em seu corpo. Em uma delas, Joana mostrou vários cortes em seus braços, pulsos e barriga, feitos com facas, giletes ou objetos. Ela dizia: “*Sinto um aperto tão grande dentro de mim, que vai subindo pelo corpo, pela garganta, que eu preciso fazer algo para que isso pare! É muito ruim, doutora, muito ruim, eu não aguento mais esse sofrimento!*” Durante as sessões, balançava o corpo repetidamente,

fazendo movimentos autísticos e, muitas vezes, chegava a dizer: “*Doutora, não sei o que dizer, não consigo pensar*”. Os cortes e os movimentos autísticos pareciam demonstrar essa paralisia de pensamento e assemelhavam-se a tentativas de dar limite concreto ao corpo e à angústia (Roussillon, 1999).

Os encontros eram tensos, intensos e marcados por uma ambivalência persistente. Os movimentos corporais repetitivos da analisanda despertavam na analista uma vontade de interromper abruptamente a sessão para voltar a respirar. Essa pausa para respirar poderia ser considerada uma metáfora do tempo necessário para a analista transformar em palavra o que era vivenciado e sentido pela analisanda. Ao nomear para a analisanda sua própria angústia, ainda sem nome, a analista trabalhava no sentido de discriminar o Eu do outro. Uma contratransferência em ato que, ao ser colocada em palavras, permitia a construção de um campo alteritário.

Os ataques ao enquadre compareciam pelas frequentes faltas às sessões, principalmente durante os períodos de crise e instabilidade, nos quais as ideias suicidas predominavam, quando Joana não vinha às sessões e telefonava à analista falando do seu desejo de se matar. Tratava-se de uma analisanda com um sofrimento intenso, que vinha pouco às sessões e, ao mesmo tempo, de forma ambivalente, reivindicava a presença da analista, telefonando fora dos horários das sessões e demandando uma extensão do *setting*. Esses eram momentos muito turbulentos do ponto de vista contratransferencial.

Suas ausências funcionavam como brancos psíquicos, nos quais ela deixava com a analista o seu desejo de morte. Era uma transferência marcada pela ausência, pelo vazio e, ao mesmo tempo, pela adesividade que ultrapassava os limites do enquadre clínico. Esse movimento da analisanda demandava uma ética do cuidado e, de forma ambivalente, mobilizava a aflição da analista.

Joana, apesar de não vir a muitas sessões, pedia uma disponibilidade benevolente da parte da analista (Ferenczi, 1933/1992). O limite das sessões era tênue e a dependência era a tônica. A angústia de Joana era (re)sentida e paralisava a analista em uma posição de aflição, como se Joana quisesse fazer a analista sentir “na própria pele” o desespero que ela sentia. Acreditamos que a paralisia vivenciada pela analista seja a contratransferência em ato. A analista sentia que falhava com Joana;

consequentemente, detinha a suposta frustração da paciente dentro de si por via da identificação projetiva. Na transferência, a analista percebeu que a sustentação do tratamento não poderia se dar sem que limites externos e internos se constituíssem para tornar possível a análise. Refazer o contrato e utilizar a contratransferência como um dispositivo vivo parecia uma demanda do processo clínico com esses casos difíceis.

Para além do trabalho constante com o contrato terapêutico, diante das faltas, a analista era tomada por uma raiva narcísica que a impedia de realizar um trabalho de escuta e de análise dessa contratransferência. Em um primeiro momento, havia uma dificuldade da analista em deixar-se estar na posição de reserva exigida pelo ofício, tendo em vista seu ressentimento pelas ausências da analisanda se tornarem mais presentes do que a sua própria presença (Figueiredo & Junior, 2000). Diante do ataque sofrido, pela intensidade da relação e suas possíveis atuações, a analista tentava preservar não somente o enquadre externo, mas o seu enquadre interno (Green, 2008).

Os mecanismos inconscientes e a intensa vida de fantasia da analisanda ganham corpo na prática clínica, deslocando o analista de seu lugar de abstinência e neutralidade e transformando-o em um dispositivo vivo para o trabalho. A contratransferência tenta dar conta do impasse vivido pelo analista diante do impacto da transferência (Ferenczi, 1924/1992; Heimann, 1950; Racker, 1982). Ela surge como resultado da influência do analisanda sobre os sentimentos inconscientes do analista e lhe suscita reconhecê-la, também como obstáculo, sustentá-la e usá-la como para apreender o inconsciente do analisando, sendo assim um dispositivo de trabalho.

O MANEJO DA CONTRATRANSFERÊNCIA COMO DISPOSITIVO VIVO

A coincidência do amor e do ódio nos casos-limite pode levar a dificuldades no manejo clínico e deixar o analista sem recursos. Quando esses afetos ambivalentes são despertados no analista, é importante que ele tenha uma noção do melhor momento (*kairos*) para interpretá-los. A adequada comunicação do ódio pode contribuir para um grande avanço no ajustamento do analisando à realidade, desde que também sejam introduzidos objetos bons na sua experiência.

No caso clínico apresentado, quando a analista pôde conter a “destrutividade” da realidade psíquica de Joana, sem deixar que o ódio viesse a destruí-la, permitindo-se sentir a raiva depositada pela analisanda, acolhendo e sustentando esse sentimento como algo possível de ser sentido, curiosamente Joana mudou seu discurso, e não trazia mais para sua vida a morte como saída. Ao acolher e sustentar seu afeto como um ego auxiliar, a analista auxiliou a analisanda a enxergar outras possibilidades de existência para além da destruição. Esse movimento contratransferencial, em uma posição de presença da analista, permitiu construir um processo de historicização com retorno à infância e às relações mais precoces de Joana, possibilitando a ampliação do seu mundo interno e do seu *self*. Tratava-se de introduzir e resgatar objetos bons para além das experiências destrutivas arcaicas.

Durante os meses iniciais do acompanhamento psicanalítico, manifestou-se o que poderíamos chamar de narcisismo negativo, conceito formulado por Green (1988). Joana recusava-se a viver, a cuidar-se, a comer. Sua recusa narcísica tinha uma pulsionalidade com uma aspiração a nível zero de excitação. A pulsão de morte evidenciava-se em seus comportamentos e em seu estado de ser. Pela via do desligamento, atacava as relações com os objetos, tanto de seu mundo interno, quanto no externo e na relação com a analista. O desligamento da função desobjetalizante, identificada por Green (2010), expressa bem essa dinâmica. Não é somente a relação com o objeto que é atacada, mas também com os substitutos deste – o Eu, por exemplo. Na maior parte do tempo, o que vemos, de fato, é o funcionamento concomitante de atividades condizentes com os dois grupos de pulsões. Entretanto, a manifestação da destrutividade da pulsão de morte e seu desinvestimento/desligamento tem supremacia na clínica dos limites. Este é tido, então, como um mecanismo de desinvestimento extremo que, dando vazão à meta disjuntiva da pulsão de morte, aspira à inércia psíquica ou à tendência radical para o estado zero de tensão, que levam à indiferença e à real falta de empatia pelo objeto em uma exacerbação do desinvestimento egoico. Resta, portanto, apenas um anseio por desaparecer e ser atraído para a morte ou para o nada. Joana ataca e tenta desligar toda e qualquer oportunidade de relação e investimento

no mundo externo. O seu funcionamento psíquico será projetado e, conseqüentemente, aparecerá no *setting*.

É fundamental que sejam feitas adaptações ao *setting* para a contenção da destrutividade apresentada por tais analisandos. Entretanto, é necessário que a mente do analista – elemento do *setting* – seja preservada como uma forma de manter intacta sua capacidade de pensar (Luz, 2011). A contratransferência reflete a problemática do sujeito em espelho. Assim, nesses casos, há uma dinâmica mais imperiosa e constrangedora do que nos atendimentos com funcionamentos neuróticos. O analista pode oscilar na sua contratransferência entre uma paralisia de pensar e representar, refletindo como um espelho o analisando, ou ser atravessado pela onipotência com esperanças descabidas, excitantes e ansiosas. Essas esperanças, no entanto, devem ser abandonadas, e o abandono é condição para a manutenção da outra esperança, a que sustenta a resistência do analista aos ataques ao enquadre.

Nos casos-limite, os pacientes precisam sentir veracidade na relação com o analista – por isso, no início, não aceitam a interpretação. Mas, se a relação analisando-analista for sentida como verdadeira, a intolerância à frustração diminui aos poucos e se desenvolve também lentamente um espaço para pensar. Para Luz (2011), diante da dificuldade de tolerância à frustração, bem como de uma boa capacidade simbólica, a neurose de transferência lhes parece falsa e irreal. Os analisandos com funcionamentos-limite possuem “fome” de relações verdadeiras com um objeto verdadeiro e autêntico, feito de carne e osso e de sentimentos genuínos e, com isso, não aceitam qualquer interpretação transferencial. A analista escutava Joana perguntar-se: “Estaria minha analista interessada mesmo em minha dor? Ela conseguiria atravessar comigo os horrores de minha mente?”.

No caso de Joana, ela “pedia” uma analista em presença, uma “presença viva”, com função de estimulação e de contenção diferentes da que teve com seu objeto primário. A paciente transferia para a analista, na forma de afeto e agir, uma experiência não representável. Assim, o trabalho da analista envolvia traduzir, também para si mesma, pela sua capacidade de sonhar (Bion, 1962) essa experiência, abrindo espaço de representação possível.

O pensamento do analista pode proporcionar um espaço de representação. Dessa maneira, Ferrreira, Mello e Verztman (2013) falam sobre a função do *setting* e, em especial, da qualidade da presença do analista conter e suportar o que é vivido como tensão extrema (tanto por parte do paciente quanto por parte do analista), com vistas a uma transformação da intensidade e qualidade dessa experiência.

Assim, nesses casos é demandado uma mãe viva, suficientemente boa (Winnicott, 1945/1978), que possa favorecer a experiência de continuidade, como as mães que bem podem acolher seus bebês ao nascerem em contraponto aos bebês mal acolhidos e a pulsão de morte como indicado por Ferenczi (1926/1992). O trabalho do analista, nesse sentido, é de sustentar que a destrutividade do analisando não irá destruí-lo, mas que é possível atravessar o luto do objeto e se fazer existir. Entretanto, para que o processo de simbolização ocorra, é preciso que o objeto tenha sido encontrado e que, depois desse encontro, possa ser perdido, o que não acontece com os casos-limite.

Um certo tipo de presença é demandado do analista para que seja facilitador do processo de simbolização. Ou seja, que o analista possa se apresentar como objeto que se deixa modificar e ser usado de um modo muito específico, como um meio maleável, como diz Roussillon (2012a). De certa maneira, é necessário que os traços afetivo-perceptivo-sensório-motores se materializem e sejam transferidos sobre o objeto, tido como o psiquismo do analista. “É na/pela contratransferência que a matéria a ser simbolizada ganha forma sensível e perceptível, na medida em que o analista experimenta em si um pedaço da história que o paciente não pode viver” (Minerbo, 2013, p. 151). Este é o passo seguinte para o analisando se apropriar dos aspectos traumáticos de sua história e representar, em seu espaço psíquico interno, aspectos não maleáveis do objeto. Têm-se aí processos distintos, que convocam modos de presença igualmente distintos por parte do analista.

Na primeira passagem representada pela simbolização primária descrita por Roussillon (2012a), o paciente poderá usar transferencialmente os objetos que encontrou no mundo, a pessoa do analista, para dar forma perceptível e depositar a sua fantasia, matéria psíquica. Em contrapartida, o analista identifica e reconhece com o que lhe é depositado/projetado.

Nesse percurso, instaura-se uma “compulsão a simbolizar”. O paciente procurará maneiras de narrar os desencontros iniciais com o objeto, o que não foi apropriado ou sua não maleabilidade. Mas, segundo Minerbo (2013), a narrativa só se torna comunicação se o analista for ao encontro dela, reconhecendo, compartilhando e refletindo, ou seja, nomeando os elementos que ainda estão em estado bruto. Sem essa forma de presença do analista, a representação-coisa não se forma, nem se inscreve no psiquismo do paciente (Roussillon, 2012). Para tanto, é importante que o analista seja um objeto presente/ausente.

O caso de Joana serve de ilustração para a metáfora do porco-espinho, na qual Green (1990) descreve a relação do indivíduo com o objeto nos funcionamentos-limite: longe demais se congelam e perto demais se espetam. O objeto muito próximo pode se tornar intrusivo ou, se muito longe, reverbera as angústias de separação/perda e as angústias paranoide/invasão e o tema da confiança na relação.

Esse tema da confiança se entrelaça estreitamente com as questões da clínica contemporânea e da transferência de analisandos não neuróticos (Figueiredo, 2009). Sobre o tratamento analítico desses ditos analisandos desconfiados, Figueiredo recorre à Balint (1968/1993) e ao que denomina *amor primário*. Relação de ligação com o objeto tida como determinante e absoluta com total vulnerabilidade às falhas dos objetos primários, pela indiferenciação sujeito-objeto. No amor primário, a relação com o ambiente constituirá a condição para a confiança e a desconfiança simultaneamente. Como modo de defesa à vulnerabilidade existente, instala-se uma *desconfiança básica* ou uma suspeita paranoica sobre o ambiente, ou sobre os objetos mais significativos, que abala as bases da capacidade de confiar do sujeito. Esses momentos das vicissitudes para instalação da confiança primária, entendida por momentos decisivos marcados pelo despertar pulsional associado a atividades lúdicas no exercício de entrega ao objeto, sob medida em que se misturam medo, prazer e esperança confiante, funda o que Balint chama de *thrills*. O *thrills* é identificado por duas atitudes fundamentais que organizam essas primeiras formas de interação com o mundo de objetos. A *ocnofilia*, na qual predomina o medo de vazios, ausências e separação, decorrendo, desse modo, sobre o objeto um apego ansioso e obsessivo. E o *filobatismo*,

no qual predominam o medo da ligação e da dependência, o medo de objetos excessivamente próximos, invasivos, que em decorrência emergiria um estado de desconexão afetiva.

Os casos-limite, analisados de “falha básica” (Balint, 1968/1993), se organizarão em torno dessas duas atitudes fundamentais e das angústias identificadas por Green (1990), como de separação e de invasão, remetendo ao lugar da contratransferência na condução da análise nesses casos.

Pick (1990) aponta três fatores, que estão em intercâmbio constante, e irão auxiliar os analistas na elaboração da contratransferência. O primeiro seria a perturbação emocional do analista; o segundo, o papel do analisando em ocasioná-la; e o terceiro, o efeito da perturbação emocional do analista no analisando. Na análise, o acolhimento de uma experiência implicará uma reação e caberá ao analista manejar não somente a transferência do analisando, mas também sua própria contratransferência. O não saber faz parte desse contexto, além do tempo necessário ao analista para que ele possa integrar em sua mente os conteúdos e vivências do analisando, até que se sinta confortável para dar uma devolutiva ou fazer uma interpretação.

As situações trazidas por Joana em nível pré-verbal davam à analista a noção, quando atualizada na transferência, da dependência do objeto. O seu discurso era uma avalanche de fatos narrados sem aparente conexão entre si, mas que pareciam tentar manter a analista atada firmemente à analisanda e, ao mesmo tempo, se constituía como tentativas para fazer existir o objeto a qualquer preço. O tom de voz da analista, sua forma afetiva de estar com a analisanda, sua sobrevivência, trouxeram um colorido novo e significativo aos encontros. Essa presença sensível da analista funcionou como um elo entre analista e analisanda e ancorou uma esperança de caminho clínico e de sobrevivência psíquica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo *setting* é proposto como um arranjo que colocará em evidência a força da pulsão. Diante desse arranjo, o analista é tido como o vigia e guardião e se oferece como apoio ao recuo, no analisando, do seu acervo *interior*. A batalha que se estabelece no analisando-limite é contra a

ilusão do apagamento de sua existência ante o outro. A lógica que impera nessas organizações defensivas maciças é a da sobrevivência – “ou ele, ou eu”. Assim, é importante, não reagir a tal necessidade de alucinação, de merecida onipotência, dando ao analisando a oportunidade de existir e, com isso, outorgar-lhe o direito de se afirmar, realizando agora: “sou eu, eu o apaguei: eu existo” (Delouya, 2012). A partir dessa travessia em destruir, poderá constatar “eu o destruí e ele sobreviveu”, adentrando em outra lógica, em que poderia aceitar “eu e ele”, ou seja, começar a se abrir a uma área terceira para ligação, a vida.

Ao reconhecer o que se passa com o analisando, à *flor da pele*, com uma escuta do sensível (Kuppermann, 2008), em que a nomeação se faz presente, o analista reconhece sua existência e continuidade. Ao criar a possibilidade de continência do ódio e da destrutividade, permite que, conjuntamente com o desligamento, a ligação intrapsíquica comece a se fazer presente, auxiliando na instauração de contradições, amor/ódio, ligação/desligamento.

A travessia por essa lógica psíquica contraditória possibilita um distanciamento do objeto, do outro, com declínio do sentimento de onipotência, e o estabelecimento do sentimento de realidade, instaurando um campo terceiro entre o Eu e o outro, o espaço transicional (Winnicott, 1951/1978). Nesses casos, a contenção da destrutividade, pelo analista, permite que o analisando conceba o outro como fora da extensão do si mesmo, ou seja, um outro presente, confiável, mas, ao mesmo tempo, diferente. A internalização dessa contradição e de um objeto suficientemente bom/mau abre caminhos para outras saídas, a capacidade de pensar, simbolizar e de reparar.

Nesse sentido, essa clínica demanda do analista disponibilidade, abertura, presença, apoio, receptividade, capacidade de *conter*, de receber em depósito e de sonhar ali onde o outro não consegue fazê-lo. O rigor da técnica clássica pode, se perseguido, fazer com que o processo analítico chegue a um impasse intransponível ou mesmo se interrompa. Nos casos-limite, o trabalho de interpretação fica em segundo plano. Segundo Fédida (1992), o analista, assim como uma mãe, deve ser um receptor capaz de ressonância com o estado psíquico da criança/paciente para ativação da linguagem e conseqüente alívio de seu sofrimento.

Aqui, a contratransferência tem uma função que regula a “experiência intersubjetiva” analista-paciente e tem uma função de para-excitação; se regida em nível pré-consciente, torna possível a nomeação. Isso é o que sustenta o enquadre analítico, como espaço de potência, e engendra o processo analítico.

Esse trabalho clínico requer do analista, além de sua capacidade de pensar e sonhar, a competência de estar com o outro de forma afetiva, uma presença viva. O analisando-limítrofe, por apresentar, em muitos momentos, formas mais regredidas de estar e ser no mundo, vai impor dificuldades a esse trabalho, já que sua linguagem se expressa muito mais por meio de projeções e atuações, verbais e corporais, do que por meio de uma linguagem compartilhada e, portanto, passível de representação, de compreensão e de interpretação.

Nesses casos, o movimento transferencial dominante não obedece à lógica do deslocamento, mas do retorno, isto é, retorno de uma vivência não integrada do passado do paciente e, portanto, impossibilitada de introduzir-se nas cadeias associativas (Roussillon, 1991). Isso marca a diferença entre a neurose de transferência da neurose e a transferência com os pacientes-limite que ocorre mais por uma atuação de determinada relação com o objeto do que pela fantasia do jogo transferencial neurótico.

O analisando faz o objeto/analista viver ativamente o que ele suportou e suporta passivamente na raiva, na impotência, na angústia e na vergonha (Roussillon, 2005). A sensação de paralisia vem desse cenário e se torna um dos grandes desafios para o analista se sustentar em sua função de ser suporte do que o analisando o faz viver, buscando reconstruir imaginativamente essa experiência para si mesmo, a fim de que possa ser integrada pelo paciente. Pela via da contratransferência o analista se oferece como um objeto presente e vivo afetivamente, possibilitando que o paciente possa usá-lo como espelho do seu mundo interno a ser nomeado e traduzido.

REFERÊNCIAS

- Balint, M. (1993). *A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão* (F. F. Settineri, trad.). Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968)
- Bion, W. R. (1962). *O aprender com a experiência* (P. D. Corrêa, trad.). Imago.
- Candi, T. S. (2010). *O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green*. Escuta.
- Delouya, D. (2012). O trabalho no limite do analisável: destrutividade e enquadre interno no analista. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(2), 31-37.
- Fédida, P. (1989). Modalidades da comunicação na transferência e momentos críticos da contratransferência. In Fédida, P. (Org.). *Comunicação e representação*. (pp.91-123). Escuta.
- Fédida, P. (1992). *Crise et Contre-transfert*. Presses Universitaires de France.
- Ferenczi, S. A. (1992). Perspectivas da psicanálise. In Ferenczi, S. A. *Obras Completas* (A. Cabral, trad., Vol. III, pp. 225-240). Livraria Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1924)
- Ferenczi, S. A. (1992). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In Ferenczi, S. A. *Obras Completas* (A. Cabral, trad., Vol. III, pp. 47-52). Livraria Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926)
- Ferenczi, S. A. (1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In Ferenczi, S. A. *Obras Completas* (A. Cabral, trad., Vol. IV, pp. 25-36). Livraria Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Ferenczi, S. A. (1992). Confusão de língua entre adultos e a criança. In Ferenczi, S. A. *Obras Completas* (A. Cabral, trad., Vol. IV, pp. 97-106). Livraria Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)
- Ferreira, F. P., Mello, R., & Verztman, J. S. (2013). Algumas peculiaridades do manejo clínico nos sofrimentos narcísicos. In Figueiredo, L. C., Saviato, B. B., & Souza, O. (Org.). *Elasticidade e limites na clínica contemporânea* (pp. 239-257). Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2008) O caso-limite e as sabotagens do prazer. In L. C. Figueiredo. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. Escuta.

- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. Escuta.
- Figueiredo, L. C. & Cintra, E. U. (2004). *Lendo André Green: o trabalho do negativo e o analisanda limite*. Escuta.
- Figueiredo, L. C. & Junior, N. C. (2000). *Ética e técnica em psicanálise*. Escuta.
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida e Narcisismo de morte*. Escuta.
- Green, A. (1988a) *Sobre a loucura pessoal*. Imago.
- Green, A. (1990). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Imago.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Imago.
- Green, A. (2010). *O trabalho do negativo*. Artmed.
- Green, A. (2017). O analista, a simbolização e a ausência no enquadre analítico (M. Gambini, Trans.). In M. C. R. Magalhães (Ed.). *A loucura privada Psicanálise de casos-limite* (1ª ed., pp. 69-102). Escuta. (Original publicado em 1974).
- Green, A. (2017). O duplo limite (M. Gambini, Trans.). In M.C.R. Magalhães (Ed.). *A loucura privada Psicanálise de casos-limite* (1ª ed., pp. 269-288). Escuta. (Original publicado em 1982).
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *Int. Journal Psycho-Anal.* (31), 81-84.
- Joseph, B. (1992). *Equilíbrio Psíquico e Mudança Psíquica – Artigos selecionados de Betty Joseph*. Imago.
- Kupermann, D. (2008). Presença Sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), 75-96.
- Luz, A. B. (2011). A verdade como forma de desenvolver e preservar o espaço para pensar nas mentes da analisanda e da analista. *Livro Anual de Psicanálise*, (25), 101-116.
- Minerbo, M. (2013). A metapsicologia da simbolização segundo René Roussillon. In L. C. Figueiredo, B. B. Saviato, & O. Souza (Orgs.). *Elasticidade e limites na clínica contemporânea* (pp. 147-155). Escuta.
- Pick, I. B. (1990). Elaboração na contratransferência. In E. B. Spillius (ed.). *Melanie Klein hoje - Desenvolvimentos da teoria e da técnica - Volume 2: Artigos predominantemente técnicos* (pp. 47-61). Imago.
- Roussillon, R. (1991/2006). *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. Unisinos.

- Roussillon, R. (1999). Symbolization primaire et identité. In R. Roussillon. *Agonie, clivage et symbolization* (pp. 217-235). PUF.
- Roussillon, R. (2005). La “conversation” psychanalytique: undivane en latence. *Revue Française de Psychanalyse*, 69(2), 365-381.
- Roussillon, R. (2012). *Manuel de pratique clinique*. Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (2012a). Les logiques de survie et la reencontre clinique. In V. Estellon & F. Marty (Orgs.). *Cliniques de l'extrême* (pp. 289-306). Paris: Armand Colin.
- Racker, H. (1982). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1978). Desenvolvimento emocional primitivo. In Winnicott, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 269-285). F. Alves. (Trabalho original publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (1978). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In Winnicott, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, trad., pp. 389-408). Rio de Janeiro: F. Alves. (Trabalho original publicado em 1951).
- Winnicott, D. W. (1997). Fear of breakdown. In D. W. Winnicott (1997/1989a), *Psycho-analytic explorations*. Harvard University Press. (Trabalho original publicado em 1974).
- Zambelli, C. K., Tafuri, M. L., Viana, T. C., & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia Clínica*, 25(1), 179-195.