



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

MARIANA ARRUDA DIPP

**OS LIMITES NAS PATOLOGIAS NARCÍSICAS E SEUS
DESDOBRAMENTOS**

Brasília
2017

MARIANA ARRUDA DIPP

**OS LIMITES NAS PATOLOGIAS NARCÍSICAS E SEUS
DESDOBRAMENTOS**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Profa. Dra. Thais Sarmanho Paulo

Brasília
2017

MARIANA ARRUDA DIPP

**OS LIMITES NAS PATOLOGIAS NARCÍSICAS E SEUS
DESDOBRAMENTOS**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria
Psicanalítica.

Orientador: Profa. Dra. Thais Sarmanho
Paulo

Brasília, 05 de maio de 2017.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

AGRADECIMENTOS

À professora Thais Sarmanho, pela orientação e ensinamentos valiosos que tornaram esse trabalho possível.

Aos meus professores, supervisores e colegas, por compartilharem seus conhecimentos e suas experiências.

Aos meus clientes, por me confiarem suas histórias e me ensinarem todos os dias.

Aos meus amigos e namorado, por ouvirem os desabafos e comemorarem comigo as conquistas.

Especialmente à minha família, que sempre me incentivou e esteve presente ao longo do meu percurso.

“O objeto analítico é o objeto que resulta das trocas entre o analisando e o analista. A cada sessão eles se separam e cada qual evolui por sua própria conta, e a cada início de sessão eles se encontram de novo: reunião/separação/limite. ”

Conferências Brasileiras de André Green.
1ª Conferência: “Conceituações e limites”
André Green

RESUMO

A mudanças na cultura contemporânea fizeram surgir novas formas de subjetividade. As neuroses clássicas cederam lugar às manifestações psíquicas em que predominam o narcisismo e a fragilidade das fronteiras. A teoria e a técnica psicanalítica se modificaram para abarcar essa nova realidade. Uma dessas transformações foi considerar a noção de limite como um conceito metapsicológico. Com isso, toda a constituição do psiquismo recebeu um novo olhar, e a questão das fronteiras pode ser observada nas relações com a alteridade, entre o corpo e o psíquico, entre as instâncias (id, ego e superego), e entre as estruturas. Este trabalho buscou delimitar essas mudanças e compreender como elas tem influenciado a clínica atual. Observou-se que a postura do analista passou a ser mais ativa, e o manejo do enquadre tem sido um recurso encontrado para tornar a análise desses pacientes possível. As limitações das técnicas clássicas e os limites da analisabilidade foram também considerados nesse estudo.

Palavras-chave: Patologias do narcisismo. Estados limites. Limites e fronteiras psíquicas. Clínica contemporânea.

ABSTRACT

The changes in the contemporary culture have made emerge new forms of subjectivity. The classical neuroses have given place to psychic manifestations in which predominates the narcissism and weakness of the borders. The psychoanalytic theory and technique have been modified to embrace this new reality. One of these transformations was to consider the notion of limit as a metapsychological concept. Therewith, the whole constitution of the psychism received a new look, and the matter os the bonderies can be observed in the relations of the otherness, between the body and the psychic, between the instances (id, ego, superego), and between the structures. This monography aimed to delimit theses changes and understand how they have influencing the clinic work nowadays. Through this academic work, we observed that the posture of the analyst became more active, and the handling of the setting has been a resource used to make the analysis of these patients possible. The limitations of the classical techniques and the limits of analysability were also considered in this study.

Key words: Pathologies of narcissism. Borderline. Psychic limits and boundaries. Contemporary clinic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1 O NARCISISMO	12
1.1 Narcisismo em Freud	12
1.2 Narcisismo em Lacan	15
1.3 O narcisismo na cultura atual	19
2 OS LIMITES E FRONTEIRAS NAS PATOLOGIAS NARCÍICAS	22
2.1 O conceito de limite e fronteira	22
2.2 Patologias do narcisismo	26
3. A CLÍNICA	38
3.1 Ressonâncias no trabalho analítico	38
3.2 Os limites do enquadre	41
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	48

INTRODUÇÃO

A psicanálise é utilizada para pensar a cultura desde os tempos de Freud. Suas reflexões sobre o funcionamento psíquico sempre foram por ele utilizadas para analisar as manifestações sociais e culturais e como estas se relacionavam com a dinâmica psíquica de seus pacientes. Hoje, muito se tem produzido sobre as novas configurações subjetivas na clínica contemporânea. As mudanças na cultura têm feito surgirem novas demandas que não são suficientemente explicadas pela psicanálise clássica.

A contemporaneidade tem sido marcada por um excesso de informações e demandas, relações mais difusas e efêmeras, escassez de modelos identificatórios, felicidade atrelada a posse de bens, exaltação do corpo e busca por ideais de perfeição estética (REFOSCO; MACEDO, 2010). Os avanços tecnológicos acenam “com a ilusão de satisfação imediata dos ideais narcisistas” (LIBERMANN, 2010, p.41).

Essas mudanças fazem surgir na clínica pacientes com sintomas e manifestações que não se enquadram nas neuroses clássicas propostas por Freud. O corpo toma lugar central, mas este não representa os conflitos psíquicos como na clínica da neurose (REFOSCO; MACEDO, 2010, p. 41). A representação e o pensamento cedem lugar ao ato. A impossibilidade de simbolização se manifesta sendo sentida no corpo.

A dimensão do traumático e os processos de cisão são característicos da contemporaneidade. Assim, as manifestações psíquicas enquadradas sob o nome de “patologias narcísicas” são as doenças psicossomáticas, as depressões, os transtornos alimentares (anorexia, bulimia), a síndrome do pânico, as diversas formas de adições e os casos-limites. São marcadas pela presença de uma resposta narcísica – em diferentes intensidades –, as quais não encontram na sua gênese um conflito relacionado a sexualidade edípica (LAZZARINI, 2006). No presente trabalho serão abordadas algumas dessas manifestações específicas, como forma de ilustrar e melhor compreender esse invólucro de subjetivas denominadas narcísicas.

Nessas configurações há um certo grau de fragmentação do sujeito, a presença de um vazio interior e um mal-estar invasor e difuso. São marcados por um desamparo primordial e uma escolha de objeto com base na eleição narcisista, em

que o objeto é eleito a partir da imagem e semelhança do próprio eu, transformando-o em seu próprio ideal contemporâneo (LAZZARINI; VIANA, 2010). O desamparo ocorre quando o bebê é completamente dependente de outro para a satisfação de suas necessidades, e esse estado de desamparo é o protótipo da situação traumática, que gera angústia no sujeito adulto (LAPANCHE; PONTALIS, 2001). Essa dependência biológica estabelece, segundo Freud (1926[1925]/1996), as primeiras situações de perigo, criando na criança a necessidade de ser amado, que é levada por toda vida.

As manifestações dos sofrimentos psíquicos atuais não mais se centram em conflitos psíquicos originados em torno de interdições morais e da pressão dos impulsos, mas tem como problemática a questão dos limites. Esse fato fez aumentar significativamente os debates sobre os “estados limites” (RITTER, 2013). O referido autor ressalta a centralidade da questão dos limites nas patologias contemporâneas, em especial do limite no registro das representações, ou seja, das dificuldades na esfera das representações psíquicas – que faz com que o excesso pulsional dê origem aos sintomas no registro do corpo e da ação.

Cardoso (2005, p.65) descreve a clínica contemporânea como sendo marcada pela “violência psíquica” e por elementos “irrepresentáveis”. A autora aponta que a noção do limite não se refere somente a questão das fronteiras na vida psíquica, entre eu e outro – o problema da alteridade -, mas também o limite entre o corpo e o psíquico, os limites da representação e das fronteiras entre as patologias neurose, psicose e perversão.

O objetivo do trabalho é compreender as mudanças das demandas clínicas e quais as repercussões para teoria e prática psicanalíticas, com enfoque para as questões das fronteiras na constituição psíquica e para os limites e modificações da análise, entendendo que essas demandas surgem como reflexo das transformações do mundo contemporâneo. Assim, pretende-se compreender a dinâmica e as características das patologias do narcisismo, analisar o papel que a questão dos limites desempenha na estruturação de tais manifestações e refletir sobre as mudanças no setting e na postura do analista diante das novas demandas clínicas.

A tradição da psicanálise francesa transformou a discussão dos limites psíquicos em um conceito metapsicológico imprescindível para compreender as patologias contemporâneas (RITTER, 2013).

Um dos principais autores a ser abordado ao se falar em narcisismo, patologias narcísicas e fronteiras é André Green (1988a). O autor expõe que os ensinamentos da clínica nos autorizam a pensar que existem estruturas narcisistas e transferências narcisistas, sendo que nelas o cerne do conflito é o narcisismo. No entanto, não se pode pensá-las e interpretá-las isoladamente, sem verificar outros aspectos do funcionamento psíquico e das relações objetais. Ele esclarece ainda:

Penso ser pouco contestável que certas estruturas mereçam uma individualização em nome do narcisismo, mas seria errôneo, a meu ver, exagerar as diferenças entre estruturas narcisistas e casos-limites. Se, como acredito, deve-se pensar o limite como um conceito e não apenas de maneira empírica situando os borderlines nas fronteiras da psicose, como poderia o narcisismo ser mantido de lado? (GREEN, 1988a, p.16)

Candi (2010) explora a concepção do aparelho psíquico proposto por Green. Ela aponta que para o autor toda a concepção de aparelho psíquico faz referência aos limites, uma vez que sua própria funcionalidade reside em duas áreas fronteiriças. A primeira área diz respeito a delimitação e interação do mundo externo com o interno, e a segunda é uma barreira de contato entre conteúdos inconscientes e conscientes, comparada ao conceito de pré-consciente. Destaca ainda que sem o funcionamento adequado das fronteiras, o psiquismo se estrutura caoticamente.

A noção de limite trouxe à tona divergências teóricas, como explica Ritter (2013). O autor destaca que há uma discordância entre a visão anglo-saxônica, que concebe os quadros *borderlines* como uma estrutura específica, e a francesa, que utiliza o termo estados limites para designar que esses quadros não tem uma estrutura diferente, mas englobam aspectos que podem estar presentes na estruturação de qualquer sujeito.

Essas transformações têm confrontado o enquadre analítico e seus pressupostos e técnicas, como a neutralidade do analista, o silêncio, o divã, a associação livre, etc. (LIBERMANN, 2010). A psicanálise sempre progrediu a partir da escuta clínica, e como tal tem levado os analistas a pensarem mudanças e a flexibilizarem o setting analítico diante das novas demandas.

Considerando o exposto, torna-se relevante pensar como esses limites operam nas manifestações psíquicas denominadas patologias narcísicas, contribuindo para o avanço na compreensão desse fenômeno. Além disso, o

presente trabalho contribuirá para a reflexão acerca dos limites do setting clássico e das limitações do analista dos tempos de hoje.

Nesse trabalho foi utilizada pesquisa qualitativa como perspectiva metodológica, abordando questões teóricas no campo da subjetividade, almejando a compreensão do fenômeno. A metodologia utilizada para a elaboração desta monografia foi uma revisão bibliográfica de textos psicanalíticos que abordam as questões do narcisismo, as patologias narcísicas, o conceito de limites e seus desdobramentos nessas formas de subjetivação e o manejo e enquadre clínicos necessários para abranger essas estruturações.

Para isso, foram analisados textos de autores clássicos da psicanálise, como Freud e Lacan, e autores contemporâneos, como André Green. Também foram utilizados artigos científicos e trabalhos acadêmicos que discorram sobre o tema proposto

Dessa forma, foram analisadas as manifestações psíquicas da clínica contemporânea, enfocando na questão dos limites – da alteridade, do corpo, das representações, das estruturas – que é central para a compreensão das patologias do narcisismo. Para tanto, algumas questões essenciais foram exploradas ao longo dos próximos capítulos.

No primeiro capítulo, aborda-se a noção de narcisismo com base em dois autores: Freud e Lacan. Em seguida é realizada uma análise das mudanças sociais e culturais ocorridas na contemporaneidade, e de como o narcisismo tem aparecido como uma questão central.

O conceito de limite/fronteira, seu desenvolvimento na teoria psicanalítica e seus desdobramentos na constituição do psiquismo são explorados na primeira parte do segundo capítulo. Na segunda parte, exploramos as patologias do narcisismo, suas características principais, seu enquadramento nas classificações psicanalíticas e sua articulação com as fronteiras, ou melhor, a precariedade delas.

Por fim, são delimitados os desdobramentos do aumento dessas configurações subjetivas na clínica analítica. As modificações que foram feitas nas técnicas e enquadre clássicos, bem como os limites impostos à análise desses pacientes, são estudados no último capítulo.

1 O NARCISISMO

1.1 Narcisismo em Freud

A referência ao narcisismo na obra de Freud já aparece em 1900 na *Interpretação dos sonhos* e nos *Três Ensaio sobre a sexualidade* em 1905. No entanto, é somente em 1914 no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914/1996) que Freud apresenta o conceito como fundamental para a compreensão da teoria da libido e do desenvolvimento psicosexual. O narcisismo, na concepção freudiana, ocupa o lugar intermediário entre o autoerotismo e o amor objetal. O termo faz referência ao mito de Narciso, e designa o amor de um indivíduo por si mesmo.

Ele observa que o narcisismo pode ser subdividido em um narcisismo primário e outro secundário. Há uma catexia libidinal original do ego, que será, em partes, direcionada posteriormente para objetos. As catexias objetais podem também retornar para o ego e serem deslocadas para outros objetos. O retorno da libido objetal para o eu é denominado narcisismo primário. Freud postula uma antítese entre a libido do ego e a libido objetal, sendo que quanto mais uma é empregada, mais a outra se esvazia.

O narcisismo primário, no entanto, não está sempre presente no sujeito. No início da vida do bebê, não há uma unidade comparável ao ego. Há, nesse momento, somente as pulsões autoeróticas. Uma nova ação psíquica é então adicionada para que surja o narcisismo.

Freud (1914/1996) se questiona sobre o que torna necessário ultrapassar os limites do narcisismo e ligar a libido a objetos. A isso responde do ponto de vista econômico, atribuindo a necessidade quando a catexia do ego excede certa quantidade.

A questão do narcisismo aparece ainda em sua obra ao analisar a vida erótica e as escolhas objetais das pessoas. Ele postula dois tipos de escolhas objetais: anaclítica ou de ligação, e narcísica. A primeira se refere a escolha de acordo com o modelo das pessoas que a alimentam e protegeram quando crianças, como seus pais. A segunda é uma procura por si mesmo como objeto amoroso, podendo ser o que a pessoa é, o que ela foi, o que gostaria de ser, ou ainda alguém que foi uma vez parte dela mesma.

O narcisismo infantil sofre modificações no sujeito adulto. Ele é deslocado para a formação de um eu ideal. Esse ideal é pelo qual o sujeito mede o seu eu real. Ele busca recuperar a perfeição narcísica tentando atingi-lo. O eu ideal aumenta as exigências do eu, e é o fator mais poderoso da repressão. Freud, em seu texto sobre o narcisismo, começa a deduzir a existência do superego. Ele aponta que deve haver um agente psíquico que realiza a função de assegurar a satisfação narcísica proveniente do ideal do eu, vigiando o eu real. O ideal do eu surgiu da educação e crítica de seus pais, somado aos ensinamentos de outras pessoas que fizeram parte de sua vida (professores, por exemplo) e à opinião pública. Portanto, o eu ideal é a referência a onipotência infantil, de um passado de plena felicidade e completude, e seu descentramento para o ideal de eu – ideal com base nos referenciais externos, voltado ao futuro – é possível pela experiência da castração (MENDES; GARCIA, 2015).

Há uma relação da autoestima com o narcisismo. A autoestima expressa o tamanho do ego. Ela pode ser dividida em três partes: “uma parte da auto-estima é primária – o resíduo do narcisismo infantil; outra decorre da onipotência que é corroborada pela experiência (a realização do ideal do ego). Enquanto uma terceira parte provém da satisfação da libido-objetal” (FREUD, 1914/1996).

Nas Conferências Introdutórias sobre a psicanálise, mais especificamente na Conferência XXVI (FREUD, 1916-1917[1915-1917]/1996), Freud esclarece alguns outros pontos sobre a teoria do narcisismo. Ele enfatiza que o narcisismo é uma situação universal e original, e é somente a partir dele que o amor objetal se desenvolve, sem, no entanto, fazer o narcisismo desaparecer. A situação de retorno da libido para o ego é observada por ele em algumas situações comuns, como no momento que uma pessoa passa por uma doença orgânica, ou quando vai dormir.

Em alguns casos, porém, ocorre algo diferente, quando um processo muito forte retira a libido dos objetos, e está, que se tornou narcísica, não consegue retornar aos objetos – aí ocorre um retorno patológico da libido sobre o ego. Essa diferença é explicada em termos da fixação em um momento diferente do desenvolvimento. Nesses casos, a fixação ocorreu na fase do narcisismo primário, fase muito anterior aos pontos de fixação da histeria e da neurose obsessiva.

Freud (1916-1917[1915-1917]/1996) observa nesse texto que as neuroses narcísicas – nas quais ocorreu o retorno patológico da libido – dificilmente são acessíveis pelos métodos tradicionais da psicanálise, suas resistências são

intransponíveis, e as técnicas até então utilizadas deverão ser substituídas por outras.

A introdução dos conceitos de narcisismo e ideal do ego reabriu as suas teorizações sobre luto e melancolia, como enfatiza o editor inglês no trabalho de Freud sobre o tema (FREUD, 1917[1915]/1996). Esse trabalho é de extrema importância para a psicanálise, especialmente por trabalhar as relações de objeto, tão importantes para a compreensão da clínica contemporânea.

O luto (FREUD, 1917[1915]/1996) é a reação a perda de alguém querido, ou alguma abstração que ocupou esse lugar especial, como um país, o ideal de alguém, etc. Ele é uma reação normal, não patológica, e é superado após um espaço de tempo. O trabalho do luto consiste em o teste de realidade mostrar que o objeto amado não mais existe, e toda libido investida no objeto deve ser retirada. Esse trabalho é muito penoso, e executado pouco a pouco, e cada lembrança e expectativa isolada vinculadas ao objeto são evocadas e hipercatexizadas, desligando a libido de cada uma delas. A libido, portanto, volta para o ego, permitindo esse desligamento e deixando o ego livre novamente para fazer novos investimentos.

Na melancolia, no entanto, pode haver uma perda real do objeto amado, mas prevalece algo de uma perda de natureza mais ideal. Outras vezes, porém, o objeto não morreu, mas foi perdido enquanto objeto de amor. O que importa é que não se pode ver claramente o que foi perdido, pois se sabe quem perdeu, mas não o que perdeu nessa pessoa. Essa perda objetual é retida da consciência, enquanto no luto a perda é consciente. Na melancolia, há uma perturbação intensa da autoestima, um empobrecimento do ego - diferentemente do luto, em que o mundo é que se torna pobre e vazio, e não há interferência na autoestima. Há, nesses casos, um desânimo profundo, perda do interesse pelo mundo externo e da capacidade de amar, inibição de toda atividade, auto-recriminação e uma expectativa delirante de punição. A auto repreensão não é vergonhosa para ele, pelo contrário, há uma satisfação no desmascaramento de si mesmo (FREUD, 1917[1915]/1996).

Como nos esclarece Freud (1917[1915]/1996), uma parte do ego é tomado como objeto, sendo o agente crítico – denominação utilizada anteriormente para designar o que viria a ser o superego – responsável por esse ataque e insatisfação com o ego, especialmente por motivos morais. A chave do problema da melancolia é descrita por Freud como sendo a percepção de que essas auto-acusações não se

dirigem a própria pessoa, mas sim – com algumas modificações – a alguém que se ama, amou ou deveria amar. Ou seja, há um deslocamento das auto-recriminações do objeto amado para o próprio ego.

A relação objetal, na melancolia, foi destroçada. O resultado não foi o deslocamento para outros objetos, mas uma retirada da libido para o ego. No ego ela foi empregada de maneira específica, como uma identificação do ego com o objeto abandonado. “A sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado” (FREUD, 1917[1915]/1996, p.255). A escolha objetal ocorreu numa base narcisista, e quando a catexia objetal enfrentou obstáculos, ela regrediu para o narcisismo. Dessa forma, não é preciso renunciar à relação amorosa. Nessa relação aparecerem os sentimentos ambivalentes de amor e ódio, e eles travam um conflito em que um procura separar a libido do objeto, e o outro defende a posição da libido contra o assédio, batalha essa travada no inconsciente. É possível que esse processo chegue ao fim ou após a dissipação da fúria, ou após o objeto ser abandonado como destituído de valor. Assim, o ego pode se satisfazer sabendo que é melhor que os dois e que é superior ao objeto.

A melancolia é compreendida por Freud (1916-1917[1915-1917]/1996) como uma neurose narcísica em que há uma “identificação narcísica” do ego com o objeto, tratando o ego à semelhança do objeto abandonado e submetido às agressões. Como toda neurose narcísica, Freud destaca a presença da ambivalência na vida emocional, em que se dirige a mesma pessoa sentimentos amorosos e hostis.

1.2 Narcisismo em Lacan

A compreensão de Lacan sobre o estágio do espelho na constituição do eu possibilita uma nova leitura sobre o desenvolvimento subjetivo da criança e sobre o narcisismo. Esse entendimento vem complementar a teorização de Freud, situando o surgimento do narcisismo em um período anterior no desenvolvimento infantil.

A formação do narcisismo parte, para o autor (LACAN, 1998), de um processo de identificação que ocorre em um momento bem primordial na vida do sujeito. É por volta de seis meses de idade que o bebê se olha diante do espelho e observa sua imagem. Esse fenômeno é denominado por Lacan de estágio do espelho.

A observação sobre o fenômeno da criança se reconhecer no espelho e o termo “estádio do espelho” é anterior à Lacan. Wallon é quem traz essa contribuição em seu trabalho, destacando a experiência da criança de se reconhecer na imagem produzida pelo espelho, constatando assim o desenvolvimento cognitivo da criança naquela fase (SALES, 2005). Lacan, no entanto, observa esse fenômeno sobre outro ângulo, buscando compreender a função e os efeitos daquilo no desenvolvimento subjetivo da criança.

Como observa em seu texto “O estágio do espelho como formador da função do eu” (LACAN,1998), o bebê, nesse período, ainda sem controlar sua marcha e sem conseguir se manter em postura ereta sozinho, procura se sustentar em algo ou alguém para observar a imagem que vê diante do espelho. É nesse momento, envolto de muito entusiasmo dos que o cercam, que o bebê percebe pela primeira vez sua imagem. É assim que o eu se precipita em uma forma primordial, antes de estar inserido na linguagem e de se identificar com o outro.

Dor (1989) apresenta os três tempos dessa experiência. No primeiro momento, há uma confusão da criança de si e do outro. Ela percebe a imagem do próprio corpo como sendo de um outro ser real, de quem tenta se aproximar. No segundo tempo, há a compreensão de que o outro do espelho é uma imagem e não um sujeito real. Já o terceiro momento dialetiza as etapas anteriores. A criança tem certeza de que o reflexo é uma imagem e tem convicção de que não é nada mais do que sua própria imagem.

Sobre a função do estágio do espelho, Lacan (1998) aponta como sendo um caso particular da função da imago, que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade. No entanto, essa relação é permeada por uma visão de um corpo inacabado, de uma falta de coordenação motora do bebê que se observa diante do espelho.

Antes desse estágio a criança experimenta seu corpo como não unificado, disperso. Essa experiência fantasmática do corpo esfacelado aparece em alguns sonhos e na destruição psicótica, por exemplo. O estágio do espelho é uma experiência de identificação fundamental, no qual a criança conquista a imagem do seu próprio corpo. Essa identificação com sua imagem irá promover a estruturação do eu, acabando com o fantasma do corpo esfacelado (DOR, 1989). Portanto, sua

função é neutralizar a angustiante dispersão do corpo, favorecendo a unidade do corpo próprio.

Lacan marca a distinção entre eu e sujeito. O sujeito (Je) é o sujeito do inconsciente e o eu (moi) é o eu enquanto objeto e imagem. O eu é da ordem do imaginário, é a imagem observada no espelho. O sujeito é “partido entre significantes do simbólico” (JORGE, 2008, p. 46) e, portanto, a unidade obtida no eu não ocorre jamais no nível do sujeito, pois esse é sempre dividido e conflitivo.

Há uma importante consequência desse estágio na formação do eu, observada por Lacan (1998, p.98):

essa forma situa *eu*, desde antes de sua determinação social, numa linha de ficção, para sempre irreduzível para o indivíduo isolado – ou melhor, que só se unirá assintoticamente ao devir do sujeito, qualquer que seja o sucesso das sínteses dialéticas pelas quais ele tenha que resolver, na condição de [*eu*], sua discordância de sua própria realidade.

A identificação desse período é da ordem do Imaginário, uma vez que a criança se identifica a partir de algo virtual (imagem ótica) que não é ela mesma. Nessa idade a maturação da criança nem sequer lhe permite um conhecimento específico do próprio corpo, e ocorre antes do advento do esquema corporal. Essa identificação pressupõe em sua própria estruturação o seu destino de alienação no imaginário, pois o reconhecimento de si mesmo ocorre por uma imagem exterior que é invertida. É dessa imagem distorcida e externa que forma a unidade do corpo e delinea o “desconhecimento crônico” de si mesmo (DOR, 1989).

A identificação com essa imagem gera a ilusão da totalidade. O eu é sede das resistências ao pulsional e ao desejo, e essa ilusão de totalidade confronta a parcialidade da pulsão. A criança se vale dessa imagem que não é ele, mas um outro, e aí residirá a alienação fundante do eu (JORGE, 2008).

Candi (2010) aponta que na teoria lacaniana a instância egóica é de alienação, fonte de ilusão que leva a relações imaginárias. O corpo despedaçado encontra uma unificação imaginária no espelho, e esse reflexo será sempre mediado pelo olhar materno, que remeterá ao objeto a. Assim, é nessa relação especular do imaginário que se dá o objeto a, objeto que se constitui em torno do vazio, da falta, e é causa do desejo que buscará anular a perda desse objeto, abrindo assim as vias da constituição do sujeito desejante, impelindo à relação do simbólico.

Quinet (1994 apud CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002) traz uma contribuição quanto a isso, dizendo que nessa experiência o olhar é objeto que escapa do corpo do Outro materno, que observa com júbilo a criança diante do espelho, sendo um objeto fugaz e inapreensível, mas que situa a experiência especular no âmbito do espetáculo dominado pela pulsão escópica. O olhar do Outro ocupa assim o lugar de objeto a.

Taillandier (1995, p.266) esclarece que:

Estou alienado no sentido de que não tenho unificação — se é que esse termo tem valor em Lacan, mais do que a título ilustrativo — de meu estado incoordenado, a não ser ao preço de ficar alienado naquilo em que consigo me constituir. Não é que eu constitua o outro a partir de mim. Muito pelo contrário, é que, se existe um eu, ele é resultado do efeito que esse outro tem em mim, ao preço de essa imagem de mim, constituída no outro e pelo outro, ficar primordialmente alienada nele. Nessas condições, o eu nunca é senão a imagem do outro, e é assim que o mundo funciona.

O sujeito fica alienado nessa imagem que não é ele mesmo, imagem que sempre vem acompanhada do reflexo de outra pessoa, com a qual ele se compara e da qual se distingue, e dessa forma se constitui. Alienação no sentido de transferir para domínio alheio, transmissão do direito de propriedade. Logo, o estádio do espelho é operação de alienação no desejo do outro.

Na conclusão do seu texto sobre o estádio do espelho, Lacan (1998, p.101) destaca que se “inaugura, pela identificação com a imago do semelhante e pelo drama do ciúme primordial [...], a dialética que desde então liga o [eu] a situações socialmente elaboradas”. Nesse momento todo sujeito passa para a mediatização pelo desejo do outro, constituindo seus objetos em uma equivalência abstrata pela concorrência do outro, e o eu passa a sentir qualquer pressão dos instintos como um perigo, e, se tiver uma satisfatória intermediação cultural, esse processo maturacional se normaliza.

No texto de Lacan, segundo Candi (2010), é apresentada a saga da criança à procura de uma imagem que possa representar o buraco da falta, investindo assim de libido narcísica tudo o que a seus olhos possa representá-la. Essa fase tem uma função estruturante de toda trama da dialética entre a alienação e a subjetivação. Ela aponta que será preciso a ordem simbólica para restituir essa função de sujeito.

Cukiert e Prizskulnik (2002) articulam o surgimento do narcisismo em Freud e Lacan. Retomam a passagem do auto-erotismo para o narcisismo em Freud, destacando que o ego não existe desde o nascimento, mas para se formar é necessário que às pulsões auto-eróticas presentes no bebê seja adicionado algo – uma nova ação psíquica – para se provocar o narcisismo. Os autores concluem que para Lacan, essa ação que é a própria antecipação imaginária do corpo unificado, que se dá na identificação primordial da criança com sua imagem no espelho.

1.3 O narcisismo na cultura atual

A psicanálise, desde de seu início, nos permite observar, através da análise dos indivíduos que aparecem na clínica, os modos de funcionamento social de cada época. Lasch (1983) bem observa esse fenômeno, destacando que a análise intensiva de casos individuais e suas evidências clínicas nos permite dizer algo sobre as operações internas da própria sociedade. Ele realiza uma elaborada análise dos fenômenos sociais e culturais, sendo importante para o presente trabalho sua contribuição sobre o que cunha “cultura do narcisismo”.

De acordo com o autor, houve um aumento do número de pacientes que se apresentavam à análise com queixas que não lembram neuroses clássicas, trazendo como temáticas insatisfações difusas e vagas, sentimento de uma existência amorfa e sem finalidade, manifestando uma superficialidade (protetora) nos relacionamentos, impulsividade e “act out”. As mudanças na sociedade e cultura por ele destacadas incluem proliferação de imagens, racionalização da vida interior, culto ao consumo, mudanças na vida familiar e nos padrões de socialização, conscientização de uma insegurança na vida social, competitividade e busca de um bem-estar social. Acrescenta as contribuições de Joel Kovel sobre o assunto, o qual aponta como mudanças a usurpação da autoridade dos pais pelos meios de comunicação de massa e pela escola, estimulação de desejos infantis em anúncios e falsa promessa de satisfação pessoal.

Lazzarini (2006) observa que em texto posterior de Lasch, ele propõe uma substituição do termo “cultura do narcisismo” por “cultura do sobrevivencialismo”, pois considera que melhor explica a sociedade contemporânea, a qual é regida por uma apatia seletiva, descompromisso emocional com os outros, renúncia do passado e futuro, em que predominam as estratégias de sobrevivência aos que se

encontram em extrema adversidade. Para o autor a sociedade está organizada em torno do consumo de massa, porém as pessoas não estão mais gananciosas e agressivas, e sim dependentes e frágeis, e a cultura burguesa do século XIX que enfocava em padrões anais de comportamento passa a representar os padrões orais, fase anterior do desenvolvimento em que a criança é completamente dependente do seio materno.

Costa (1988) define a cultura do narcisismo como sendo “a cultura onde a experiência de impotência/desamparo é levada a um ponto tal, que torna conflitante e extremamente difícil a prática da solidariedade social”. A globalização, o excesso de informações, a valorização do consumo atrelando a posse de bem com a ideia de completude, revelam um modelo de sociedade em que há uma escassez de modelos “identificatórios” que possibilitem um processo de subjetivação que permita o enfrentamento do vazio e da incompletude (REFOSCO; MACEDO, 2010).

As perturbações de um mal-estar invasor e difuso, sentimento de vazio interior, incapacidade de sentir as pessoas e coisas, falam de configurações subjetivas marcadas por um desamparo primordial e pelo narcisismo. Essas mudanças estão relacionadas a passagem de uma sociedade repressiva, autoritária e puritana dos tempos de Freud – em que predominavam os sintomas neuróticos – para uma sociedade mais permissiva e eclética em suas manifestações (CARVALHO, LAZZARINI; VIANA, 2012).

Nos tempos atuais a temática do corpo tomou um lugar de destaque. A busca de um corpo perfeito, idealizado, que espera reconhecimento e valorização a partir do olhar do outro. Há, nesse sentido, como expõe Refosco e Macedo (2010) um comprometimento com a alteridade e o centramento no eu. Os autores reforçam a ideia com a contribuição de diversos autores, apresentando que hoje se predomina a exaltação do corpo e marca da dimensão narcísica. O sofrimento e a dor são expressados no corpo devido à escassez de recursos simbólicos para dar conta do excesso pulsional. A obesidade, bulimia, anorexia e hipocondria são alguns exemplos dessa preocupação excessiva com o corpo (COUTINHO, 2008).

Além do culto ao corpo belo e saudável, as relações entre as pessoas também estão mais frágeis, superficiais e passageiras, vividas em meio ao tédio, a futilidade e ao vazio, ficando o indivíduo a mercê do desamparado e da angústia (LAZZARINI, 2006). Acrescentam-se ainda as características de uma revolução dos avanços científicos e tecnológicos, em descompasso com a possibilidade de apreensão

imediate dessas mudanças pelo indivíduo, a sobrecarga de uma sociedade que se desenvolve rapidamente e acelera as demandas, a valorização dos interesses íntimos e empobrecimento da experiência coletiva (LAZZARINI; VIANA, 2010).

2 OS LIMITES E FRONTEIRAS NAS PATOLOGIAS NARCÍICAS

2.1 O conceito de limite e fronteira

A noção de limite, de fronteira, foi elevada, na teoria psicanalítica, a um novo patamar, passando a ser um conceito metapsicológico que exigia estudos especiais. Apesar do crescente número de trabalho sobre o problema dos limites no psiquismo – em especial pelo aumento de casos de patologias denominadas “estados limites” -, podemos encontrar essa noção em diversos momentos da obra freudiana, embora sendo abordado de forma indireta.

Alguns autores, como Green (1986), Villa e Cardoso (2004) e Cardoso (2005) fazem esse percurso pela obra de Freud apresentando suas contribuições sobre a questão dos limites. Em um dos primeiros textos de Freud, “O projeto para uma psicologia científica”, podemos observar a presença da dimensão dos limites e espaços fronteirizos ao apresentar a noção de barreiras de contato e facilitação, compreendendo o espaço “entre” os neurônios – os elementos que compõem o aparelho psíquico –, abordando a questão da entrada de estímulos no interior do psiquismo e a retenção e descarga de excitação. Na primeira tópica, ao falar dos três sistemas – consciente, pré-consciente, inconsciente – observa-se as fronteiras existentes entre eles, e o próprio pré-consciente como sendo um espaço de fronteira entre os outros dois.

Ainda sobre as contribuições de Freud destacadas pelos autores citados, podemos apontar sua importante conceituação sobre a pulsão. A pulsão é concebida, em seu texto “O instinto e suas vicissitudes”, como um conceito localizado na fronteira entre o mental e o somático, representante psíquico dos estímulos do organismo, e que possui uma fonte (estímulo de um órgão ou parte do corpo), um objeto (coisa através da qual atinge sua finalidade), uma finalidade (a finalidade última é sempre a satisfação, mas pode ocorrer por diversos caminhos) e uma pressão (quantidade de força) (FREUD, 1915/1996). A pulsão representa psiquicamente as excitações corporais e é compreendida por meio de seus representantes psíquicos – o afeto e o representante ideativo (GARCIA-ROZA, 2009). A afirmação de Freud embasa também o estudo da conversão histérica, pois

se refere a algo que é da esfera psíquica e passa a ser simbolizado no corpo. O recalque e a censura, também trazem em si a questão dos limites. Na segunda tópica, com as três instâncias psíquicas (ego, id, superego) observamos a noção das fronteiras internas. Ressalta-se aqui um trecho do texto de Freud (1933[1932], apud GREEN, 1986, p.15) das Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise destacado por Green:

Não pensem que as diversas instâncias da personalidade sejam tão rigorosamente delimitadas quanto o são, artificialmente, em geografia política, os diversos países. Os contornos lineares, tal como os vemos nos desenhos ou na pintura primitiva, não podem fazer-nos perceber as particularidades do psiquismo; as cores fundidas dos pintores modernos se prestariam melhor a isso. Depois de ter separados as partes, somos agora forçados a reuni-las. Tentei fazer compreender o que era esse psiquismo tão difícil de penetrar; não julguem com excessiva severidade essa primeira tentativa. É muito provável que as divisões sejam muito variáveis nos diferentes indivíduos, que elas se modifiquem mesmo durante o funcionamento e que possam, momentaneamente, apagar-se.

Por fim, podemos apontar para as relações do sujeito com o outro, remetendo as fronteiras entre externo e interno; a questão das fantasias que convocam aos limites da realidade externa e da realidade psíquica; a pulsão de morte conduz aos limites da representação; e teoria do narcisismo que irá ampliar a compreensão das organizações psíquicas, abrindo espaço para o estudo de organizações para além da neurose, que irá posteriormente embasar os desdobramentos da investigação mais recente sobre as fronteiras entre as três organizações psíquicas – neurose, psicose e perversão (CARDOSO, 2005; GREEN, 1986; VILLA; CARDOSO, 2004).

Um dos principais autores a tratar do próprio conceito de limite foi Green (1986). O autor se propôs a reconsiderar toda a metapsicologia sob o ângulo do limite. Ele releva que o limite é um conceito relacionado a territorialidade, a noções espaciais, e apresenta a importância da contribuição de Winnicott sobre os objetos transicionais para a compreensão das fronteiras – objeto transicional é o local “entre” e que comporta o paradoxo (é e não é interno; é e não é o seio). Green aborda a ideia de que cada vez que se divide um espaço em dois, atribuindo a eles propriedades contrárias, cria-se um terceiro espaço, a junção dos dois. Esse espaço é uma formação de compromisso entre eles, que tem características de ambos, e que é o próprio espaço de simbolização. Essa concepção pode ser observada na análise, em que há o paciente, o analista, e o espaço de encontro e de separação

entre eles, onde há trocas e se forma um terceiro elemento da análise, a transferência/contratransferência.

Candi (2010) ressalta que Green transforma o limite em um dos elementos fundantes do psiquismo, residindo nele a possibilidade de modulação, mediação, transição e transformação. Assim, o limite permite transitar entre separação e junção, e a intercalação desses movimentos possibilita restabelecer a comunicação entre os elementos clivados, coexistindo com o mínimo de conflito. Esse movimento disjuntivo e conjuntivo cria um terceiro elemento, diferente da soma dos elementos separados, que é o próprio trabalho de simbolização.

Figueiredo e Cintra (2004) se propõem a traçar um percurso pela obra de Green trazendo suas principais contribuições para um novo olhar da psicanálise, com um novo enfoque para o problema das fronteiras, para os pacientes limites e para a negatividade. Os autores apontam que as inovações teóricas de Green ocorreram pelo autor se situar entre a psicanálise francesa e a psicanálise britânica. Isso quer dizer que, além de lançar o olhar sobre o jogo pulsional, ele observa a importância das relações de objeto para a constituição da subjetividade. Green (1988a) esclarece que a metapsicologia das relações self-objeto foi se impondo pois ela dá conta melhor da clínica contemporânea do que o modelo clássico de Freud, que ficou limitado por seu referente – a neurose, especialmente a neurose de transferência -, e esse novo enfoque permite explicar melhor os casos-limites e as estruturas narcisistas.

Seguindo pela análise de Figueiredo e Cintra (2004), abordaremos a relação da negatividade com o problema do objeto. O texto de Freud “Luto e Melancolia” teve significativa importância para as teorias das relações de objeto, pois o luto é um processo de negatividade, de apagamento do objeto. Green, como apresentam os autores, enfatizará essa relação, esclarecendo a importância do objeto perdido, que morre ou decepciona. O objeto que pode ser esquecido no luto – diferentemente da melancolia – contribui para a constituição da subjetividade, pois o objeto é transformado e integrado ao eu, tornando-o apto para fazer novas ligações. O “objeto absolutamente necessário” e que é estruturante do psiquismo é aquele que pode se fazer esquecer, ou seja, deve ter sido antes encontrado e responder aos movimentos pulsionais – despertando as pulsões e contendo-as. Ele só pode ser esquecido se fracassar, se mostrar-se falível e inadequado, abrindo assim as vias

para que ocorra um duplo movimento de negação: negação para dentro, sendo esquecido e convertendo-se em elemento estrutural e estruturante do psiquismo, o que gera um vazio interior, base da vida desejante; e negação para fora, em que deixa-se perder e distanciar-se para reaparecer como objeto de atração e repulsão, permitindo o reconhecimento de que há uma multiplicidade de objetos substitutivos, igualmente inadequados e falíveis.

Esse apagamento constitutivo do objeto ocorre pelo recalçamento. Também pode ser observado o trabalho do negativo operando na cisão. Como apresentam os autores (FIGUEIREDO; CINTRA, 2004), no começo da vida não existem objetos, somente o caos. Os objetos nascem do trabalho do negativo que cinde o bom e o mau, o mau sendo colocado para fora, projetado, e o bom tende a se situar dentro, no campo das fantasias. Sobre isso, eles apontam para o que denomina Green de um “duplo limite”. O limite original – entre externo e interno – deve se articular com um segundo limite, que se desdobra no interior, e que separa os sistemas consciente, pré-consciente e inconsciente. A expulsão do objeto mau deve ser dominada no retorno das lembranças, justificando o recalçamento. Sem esse segundo limite, pode-se gerar um intenso mundo externo imaginário (ou muito bom, ou mau e persecutório), e também um mundo interno com diversos objetos reais não simbolizados e não incluídos na vida psíquica. Essa falta de uma articulação e sustentação do duplo limite é o que ocorre nos estados-limite.

O duplo-limite sugere que o pensamento ocorre entre dois eixos, um interno de trabalho intrapsíquico, e outro externo, do trabalho intersubjetivo. Esse processo tem a capacidade de promover contato e articulação entre os dois pilares (CANDI, 2010).

Por fim, ressalta-se a ideia de Green (1988b, p.80) que as fronteiras são móveis e flutuantes, não havendo divisões nítidas. Sobre isso, ele diz que:

podemos dizer que em *nenhuma parte* realmente existe uma divisão nítida: nos instintos; entre o corpo e a mente; no ego e suas inter-relações com o id, o superego e a realidade. Portanto, temos de considerar o fronteiroço como uma fronteira *móvel e flutuante*, tanto na normalidade como na grave doença, e como o conceito mais básico na psicanálise, que não pode ser compreendido em termos (representações) pictóricos, mas tem de ser concebido como processos de transformações de *energia e simbolização* (força e significado).

2.2 Patologias do narcisismo

Os desafios ao modelo teórico-clínico clássico proposto por Freud se impõem na clínica a medida que aumentam os casos de patologias que escapam ao modelo das neuroses e da análise tradicional (CARVALHO, 2004). Libermann (2010) acrescenta que as mudanças sociais refletem na incidência de patologias nas quais predominam as pulsões desenfreadas, as identificações primárias e o mecanismo da desmentida, com o conseqüente empobrecimento do funcionamento psíquico. O autor afirma que a própria prática psicanalítica passou por transformações, tanto em razão dessas organizações que estão além da neurose, como também pela possibilidade de ampliar a análise de pacientes neuróticos, uma vez que, embora com intensidade menor, também mostram aspectos de experiências primitivas do desenvolvimento. Segundo Marucco (1998, apud LIBERMANN, 2010), em toda neurose transferencial coexiste também uma neurose narcísica.

Carvalho (2004) faz um percurso nas contribuições de diversos autores e aponta que o termo “patologias atuais” – utilizado como sinônimo de patologias da contemporaneidade, patologias do narcisismo – condensa dois sentidos: de contemporâneo e de patologias do ato. Além disso, evoca também ao que Freud chama de neuroses atuais – caracterizadas pela falta de uma resposta psíquica a uma excitação sexual que era convertida em angústia, e se aproximava de manifestações corporais.

Nas neuroses atuais de Freud pode-se observar algumas características que se aproximam das manifestações aqui referidas, como o excesso de excitação, sintomas corporais e ausência de elaboração. O termo “atual” permite esse enlace entre a dimensão temporal e a dimensão da ação que estão presentes tanto nas patologias contemporâneas como nas neuroses atuais (RITTER, 2013).

Junqueira e Coelho Junior (2006) retornam aos textos de Freud, traçando um paralelo entre neuroses narcísicas, neuroses atuais e os quadros borderline. Eles propõem que assim como as neuroses narcísicas, as neuroses atuais também eram consideradas intratáveis pelo método psicanalítico, pois não se estabelecia a transferência. Com isso, propõem uma hipótese etiológica para esses casos. As neuroses narcísicas eram, na concepção freudiana, consideradas como sendo uma regressão da libido a pontos de fixação muito primitivos, dos tempos do narcisismo

primário. Nas neuroses atuais e nas patologias borderline deveria haver, portanto, uma fixação no narcisismo primário, e boa parte da libido nunca se tornaria objetal. O represamento da libido, no entanto, não se daria no ego, mas fora do psiquismo, sendo assim traumático. Essa hipótese, como acreditam os autores, se relaciona corretamente com as falhas de representação dos objetos da pulsão, a permeabilidade das fronteiras entre as instâncias psíquicas e a dificuldade de estabelecimento da transferência presentes nesses quadros.

As patologias do narcisismo abarcam um leque de manifestações muito vasto, como expõe Carvalho (2004), citando com maior frequência os casos-limites, os fenômenos psicossomáticos, as toxicomanias e adicções em geral, os transtornos alimentares, depressões e a síndrome do pânico. A autora, resguardando as especificidades de cada manifestação, apresenta diversas características comuns que geraram uma necessidade de tratá-las de forma aproximada. Ela aponta que nesses pacientes não parece haver um mundo da fantasia operando em que derivados do recalco possam se manifestar, nem sintomas com formações de compromisso. Quando aparecem manifestações sintomáticas, são de outra ordem, e não como um conflito neurótico entre desejos inconscientes e as defesas do ego. Também são caracterizadas por uma falha na simbolização e o predomínio de passagens ao ato.

Lazzarini e Viana (2010) esclarecem que tem predominado atualmente na clínica as “neuroses mistas”, nas quais as manifestações do eu aparecem fragmentadas. Essas pessoas têm grande dificuldade de se individualizarem e costumam se mostrar incapazes de responder ao enquadre tradicional da análise. Apresentam uma falta de apoio interno que se mostra na carência de natureza narcísica nas falhas precoces do desenvolvimento – anteriores ao complexo de Édipo e à castração. Na cultura atual esses sujeitos têm tido dificuldade de encontrar respaldo e amparo para superar suas dificuldades.

As autoras apresentam a análise de Anzieu sobre essa temática. Ele observa que a clínica psicanalítica tem sido confrontada com a necessidade de delimitar os distúrbios narcísicos de personalidade e os estados limites. Ambas as categorias, para ele, tratam de pacientes com experiências ruins de individuação e separação. Isso faz com que se sintam inseguras, vivendo no aqui e agora; relatam o fato e não a emoção; tem dificuldade de aprender com a experiência pessoal e se desprender

do vivido; e permanecem grudadas, fusionadas, na vida social, aos outros, ou excessivamente afastadas, temendo a penetração e a invasão do outro.

O processo de constituição psíquica do sujeito sofre significativa influência dos relacionamentos precoces, em especial da relação mãe-bebê. Essa primeira relação com o outro é na qual se instaura o mundo interno e a dimensão da alteridade – estritamente ligada a individuação do sujeito. A partir dos investimentos e cuidados iniciais da mãe que se promove a constituição do narcisismo, do investimento da libido em si, passagem essa que promove a autonomização, estruturação egóica e discriminação em relação ao outro. Falhas nessa fase, como a dificuldade de superar essa relação primária, podem levar a uma fixação no narcisismo (GASPAR, 2005).

No começo da vida do bebê ocorre a relação simbiótica com a mãe, momento em que ele se encontra em um estado de absoluta dependência, indiferenciado da mãe, e experimentando a sensação de onipotência. A etapa que se segue é a da diferenciação, que constituiu o início do sujeito desejante. Nesse processo, Zimerman (2004) situa que as pessoas que se encontram em uma posição narcisista não obtiveram sucesso nessa etapa de diferenciação, permanecendo em um estado indiferenciado, com falhas no reconhecimento da incompletude e na aceitação das diferenças em relação aos demais.

A função alimentar na relação do bebê com sua mãe tem um papel primordial para a constituição do corpo erógeno (LAZZARINI, 2006). Se há uma falha nessa constituição do corpo, há conseqüentemente uma falha no estabelecimento de fronteiras protetoras, e tais falhas podem levar a fissuras no eu que impeçam o estabelecimento da “metaforização do amor materno” (AMARAL, 2000 apud LAZZARINI; VIANA, 2010, p.276), essencial para constituição do eu narcísico. Dunker (2006) aponta que os primórdios das relações amorosas da criança são estabelecidos especialmente na relação com a mãe ou com quem exerce semelhante função – o outro primordial – e coincidem com a entrada na linguagem, pulsionalização do corpo, formação da imagem de si. Ocorre posteriormente a descoberta fundamental de que a mãe e seus correlatos (pai e figuras de apego secundário) não é toda suficiência. Quando a criança nasce ela não é inteiramente passiva, mas pela sua condição de absoluta dependência necessita dos cuidados e interações com as figuras iniciais, e é através destes que ela pode se constituir

enquanto sujeito. Jerusalinsky (2004) expõe que esse outro primordial, a mãe, é quem interpreta e dá contornos para o mal-estar do bebê diante das suas necessidades, as quais não consegue compreender e nem satisfazer sozinho. É por isso que a criança é constituída e alienada no Outro, pois é esse quem significa os acontecimentos para ele. As presenças e ausências da mãe irão fazer com que a criança se coloque em uma busca por aquilo que falta. As separações constituem danos narcísicos. O sujeito, portanto, é obra da linguagem, antecipada no discurso parental.

Nessas novas configurações as dinâmicas psíquicas são pautadas pelo mecanismo da clivagem - mais do que pelo recalçamento – em que esse é uma reação básica à atitude do outro da relação primordial (objeto primitivo), a qual pode ser dupla: falta de ligação ou excesso de fusão (LAZZARINI; VIANA, 2010).

Uma referência aos pacientes psicossomáticos pode ser observada na obra de Green (1988b). A diferença entre sintoma psicossomático e sintoma da histeria de conversão é que enquanto os dessa são construídos simbolicamente, relacionados com o corpo libidinal, os daquela não são de natureza simbólica. Os sintomas psicossomáticos são carregados de agressividade.

Há uma semelhança apresentada nas manifestações psicossomáticas com as das patologias alimentares. Refosco e Macedo (2010) apresentam que as patologias contemporâneas, segundo o pensamento de Gaspar, possuem como ponto em comum o corpo em padecimento, mas um corpo não atrelado ao campo representacional como na histeria. Os autores destacam que nos transtornos alimentares as questões do corpo ocupam plano central, e, que nesses casos, o corpo “fala”, mas não representa os conflitos como na clínica da neurose, se expressa uma ausência de recursos simbólicos.

Reis (2004 apud CARDOSO, 2007) corrobora esse ponto, esclarecendo que o registro das representações não consegue mais explicar as manifestações resultantes de experiências traumáticas, não inscritas no simbólico nem recalçadas. Passa-se a investigar a impossibilidade de significar, expressa no corpo. O corpo não é mais palco de representações, mas de apresentações de elementos fixados em uma temporalidade externa à memória representacional. O trauma é um acontecimento na vida do sujeito, definido pela intensidade, incapacidade de reagir a

ele adequadamente, e pelos efeitos patogênicos duradouros remanescentes no psiquismo (LAPANCHE; PONTALIS, 2001).

A anorexia é uma das patologias na qual predominam as questões do narcisismo e do corpo. Gaspar (2005) esclarece que a anorexia pode ser vista como uma patologia das fronteiras, pois o núcleo do problema se encontra na elaboração precária do narcisismo e um conseqüente comprometimento da constituição do eu e do reconhecimento da alteridade. Atribui-se a isso uma inadequação de investimento na relação primária com a mãe, marcada tanto por um excesso quanto por uma falta de cuidados que investissem narcisicamente o bebê. Essa invasão da realidade psíquica da mãe, que não o investe como um ser separado dela, provoca um excesso pulsional e uma fragilidade das fronteiras do ego, que não dá conta desse excesso. Essas questões perpassam todas as patologias do narcisismo.

Sobre ausência de simbolização, Figueiredo e Cintra (2004) ressaltam que a presença do “objeto absolutamente necessário” que nunca foi esquecido (conforme explicado anteriormente) que se dá nas subjetividades narcísicas produz um excesso, que provoca uma intrusão intolerável, não dando lugar à representação, ao pensamento e ao desejo - uma vez que para isso ocorrer se supõe a ausência do objeto. A presença maciça do objeto primário faz com que não ocorram os processos de simbolização, e as saídas se dão de forma não-representacional, como a passagem ao ato, condutas perversas, adoecimentos psicossomáticos, etc.

Green (1988a) pensa ser pouco contestável que certas estruturas mereçam uma individualização em nome do narcisismo, mas considera errado também exagerar nas diferenças entre estruturas narcísicas e casos-limites, pois como propõe o limite deve ser visto como um conceito e não apenas situando os casos-limite nas fronteiras da psicose, e o narcisismo não pode ser deixado de lado.

Guardadas as devidas diferenças, Pinheiro (2002) delimita que é na tônica depressiva que podemos encontrar um traço em comum entre essas diversas manifestações citadas. As patologias narcísicas assim agrupam ampla gama de configurações subjetivas que, apesar de mal estudadas em seu conjunto, podem ser compreendidas e tratadas com o enfoque no narcisismo.

Ao se falar em narcisismo e nos desafios da clínica contemporânea, remete-se especialmente aos denominados casos-limites. Green (1986) esclarece que foi em

psiquiatra que pela primeira vez foi usada essa denominação para designar casos nos limites da psicose. A terminologia foi posteriormente adotada pela psicanálise e se percebeu que esses casos não poderiam ser definidos unicamente em relação à psicose, pois eram organizações originais. Essa constatação se deveu também a observação de que esses estados não costumavam evoluir para uma psicose como se acreditava. Isso fez com que Green, ao se dedicar a esse problema, constatasse que a inadequação dos conceitos psicanalíticos se devia à necessidade de tratar o próprio limite como um conceito.

Candi apresenta uma definição dada por Green para os estados-limite:

Emprego a denominação estados-limite não para designar uma variedade clínica em oposição a outras, mas como um conceito clínico genérico e suscetível de ser dividido em uma multiplicidade de aspectos. Talvez valha a pena considerá-los como estados-limite de analisabilidade (GREEN, 1974 apud CANDI, 2010).

A autora esclarece ainda que Green não pretende designar uma nova categoria clínica (o borderline), mas se empenha em compreendê-lo a partir de uma nova tópica, colocando o trabalho analítico no limite do funcionamento mental do analista e da sua possibilidade de escuta, colocando em xeque o método interpretativo clássico.

Os casos-limites podem ser compreendidos como uma espécie de estrutura geral que é indeterminada, que pode se voltar para o lado da depressão, da perversão, da toxicomania, da psicose. Seria como se no interior do psiquismo os diversos núcleos das estruturas citadas travassem uma luta uns com os outros para ver qual conseguirá apoderar-se da estrutura psíquica (GREEN, 1986).

O problema das fronteiras nos pacientes limite é esclarecido por Villa e Cardoso (2004) como uma dificuldade na capacidade de transitar entre as diversas fronteiras que compõem o psiquismo, havendo uma estreiteza desses espaços de trânsito entre o eu e o outro, espaços de elaboração e simbolização. Para as autoras, isso ocorre por uma ausência de recursos eficazes de um ego incipiente, ou pela violência pulsional exercida pelo outro interno na vida psíquica do sujeito (seja por ter um caráter excessivo ou de falta/privação). Isso releva um problema na relação com a alteridade, em que ora o sujeito se encontra muito próximo do objeto – confundindo-se com esse – ora se afasta excessivamente – podendo correr o risco de perder o próprio sentido de si.

Green (1986) fala da presença nesses casos de uma dupla angústia contraditória: a angústia de separação, gerada pelos lutos intermináveis e não vivenciados; e uma angústia de intrusão. Isso é compreendido pela relação dos limites existentes entre o ego e o objeto, seja quando o objeto é inacessível, fora do alcance, seja quando o objeto invade o ego, perseguindo-o dentro de seu próprio território. Não quer dizer, no entanto, que a angústia de separação ocorre somente quando o objeto está ausente, atingindo seu máximo, ao contrário, quando o objeto está presente. Na mesma via, a angústia de intrusão não predomina quando há a presença do objeto, mas quando o objeto está ausente. Cardoso (2005) acrescenta a isso que a angústia de separação, mais do que uma ameaça de perda, é uma ameaça da impossibilidade de perder.

A posição tomada por Green (1986) é de deixar de procurar as diferenças existentes entre os casos-limites e as neuroses, mas buscar articulá-los, pensando que se na neurose há uma certa problemática, nos estados-limites terá uma problemática correspondente. Assim, ele busca relacionar as angústias de separação e de intrusão às angústias de castração e penetração. Para o autor, não é possível separar completamente a angústia de separação da angústia de castração, nem a angústia de intrusão à de penetração – para o autor o par angústia de castração e de penetração é algo que deveria ser revisto na teoria de Freud, pois a primeira não deve ser considerada única nas neuroses, em especial na sexualidade feminina.

A fragilidade dos limites psíquicos desses pacientes se relaciona a centralidade da clivagem, segundo Mendes e Garcia (2015), associada à idealização como mecanismo de radical negativização, atuando com o intuito de encapsular as experiências traumáticas primitivas. As autoras afirmam que a clivagem e idealização nesses casos não servem a estruturação psíquica, mas sua desestruturação. Em circunstâncias favoráveis e constitutivas esses mecanismos servem para neutralizar a tensão causada pelo objeto absolutamente necessário que se deixa esquecer. Porém, nas patologias limítrofes, não ocorre o apagamento desse objeto, resultando no uso extremo da clivagem, levando à imobilização e idealização desse objeto.

As autoras trazem uma noção da clivagem desses pacientes apresentada por Green. A clivagem, para ele, ocorre de duas maneiras: clivagem entre o psíquico e o

não psíquico e clivagem dentro da própria esfera psíquica. A primeira aponta para uma pseudo-flexibilidade operante na flutuação entre expansão e retração egóica. Em ambas flutuações se vivencia a ameaça de perda de controle sobre si, e esses movimentos correspondem à oscilação entre angústia de fusão/invasão e angústia de separação.

Acrescentam que Green fala também da clivagem no aspecto edípico como provocando uma bi-triangulação, em que o objeto é cindido em duas partes devido as suas qualidades afetivas – o que difere da triangulação edípica das neuroses, a qual responde ao critério da diferença sexual. A bi-triangulação é uma divisão entre os dois genitores com noções de “mau” e “bom”, “persecutório” e “idealizado”. O medo do abandono pelo objeto intrusor “mau” não leva a nenhum lugar que não a um deserto, e o objeto “bom” idealizado está indisponível, muito distante e incerto, levando a um dilema insolúvel. Essas qualidades do objeto aparecem nas angústias de intrusão e separação.

A clivagem patológica dos pacientes limite difere significativamente da clivagem estruturante neurótica, a qual tem um caráter protetor contra as situações de perda. A negação da ausência do objeto e a idealização do que foi perdido, mantendo vivo o objeto temporariamente, é uma reação inicial esperada no trabalho do luto, que ameniza a dor e a angústia (MENDES; GARCIA, 2015). No entanto, nos casos-limites a clivagem ocorre indefinidamente, o que ocasiona um enfraquecimento do eu que esgota suas possibilidades de investimento. A clivagem é assim desorganizadora e desestruturante, levando a sofrimentos narcísicos e identitários associados a pulsão de morte.

Mendes e Garcia (2015) pontuam ainda que a desidealização está diretamente relacionado ao trabalho do luto, pois é somente por meio dessa que se pode operar o desinvestimento e descentramento do objeto, abrindo o espaço psíquico para novos investimentos – processo que vai na contramão da clivagem.

O que as autoras apontaram é a presença de um luto impossível nos estados-limites. Dessa forma, pode-se pensar a relação desses casos com a melancolia. A melancolia se refere a um luto patológico, e a um retorno ao narcisismo. Ocorre uma identificação com o objeto, que pôde então ser preservado. Há uma ambivalência afetiva em relação ao objeto – e conseqüentemente ao ego – e um empobrecimento psíquico. Essas características são semelhantes àquelas que ocorrem nos casos-

limites. O objeto absolutamente necessário não pôde ser esquecido, perdido, e assim se integrar a constituição psíquica.

Cardoso (2007) concorda com a aproximação dos estados limites com a melancolia em relação a impossibilidade do luto, do trabalho do negativo. No entanto, aborda algumas diferenças entre as duas manifestações subjetivas. A dificuldade de assimilação do objeto perdido apresenta uma modalidade de resposta diferente na melancolia que seria o apelo à auto-acusação pela ação de um superego feroz. Esse processo não se assemelha as angústias paradoxais dos estados limites. Além disso, nesses últimos há uma tendência à exteriorização como forma de defesa, e na melancolia o combate com o objeto perseguidor se dá no plano interior. Na base da melancolia há uma identificação do tipo narcísico, e nos estados limites a autora sugere a existência mais próxima a uma “servidão do outro”, estado de dependência e passividade radical devido a uma importante falha no plano da interiorização do objeto.

Moreira (2002) apresenta pontos de contato entre o narcisismo e melancolia. Para a autora, quando Freud diferenciou o luto e a melancolia, colocando que essa última se diferenciava do luto em especial pela presença da redução da autoestima, considera que isso coloca a dimensão narcísica em um lugar central. Além disso, traz as ideias de Laplanche e Pontalis (1992 apud MOREIRA, 2002) que apontam que Freud sustentou em um primeiro momento que a melancolia deveria ser considerada uma neurose narcísica, ao lado da esquizofrenia e da paranoia, revendo essa formulação classificatória posteriormente. Nessa revisão, manteve a designação dada, mas diferenciou a melancolia tanto das neuroses de transferência como das psicoses.

Para Carvalho (2004) o conceito de narcisismo é sempre invocado nessas manifestações, pois evidencia-se nos estados-limites uma fragilidade narcísica, que deixaria o sujeito suscetível a angústias de desintegração e morte. A falha na constituição narcísica desses pacientes se mostra dentro da análise, como explica Candi (2010), em uma grande resistência a mudança, especialmente quando se luta contra a repetição. A autora traz a contribuição de Green (1993 apud CANDI, 2010) sobre a hipótese da falha narcísica. Ele diz que o narcisismo desses sujeitos se encontra ferido e despedaçado, e sua ferida narcísica remonta uma origem na infância, sendo uma ferida prestes a reabrir, que nunca cicatrizou. Provoca aguda

dor psíquica e demonstra as perturbações e precariedade nos limites do eu, mostrando que atrás de um funcionamento aparentemente normal, o eu sofre contragolpes de uma economia narcísica caótica. Isso dá a sensação de se estar lidando com “esfolados vivos”, e esses pacientes “falam de seus envelopes psíquicos em termos de crostas que, quando caem, deixam uma pele exposta a todas as agressões” (GREEN, 1993 apud CANDI, 2010, p.218).

Lazzarini (2006) apresenta a contribuição de Anzieu sobre os casos-limites e sua relação com as fronteiras psíquicas. Ele observada que hoje boa parte dos pacientes que se apresentam na clínica se referem aos casos-limites e/ou personalidades narcísicas, e que esses pacientes sofrem de:

[...] uma falta de limites, isto é, incertezas entre o Eu psíquico e o Eu corporal, entre o Eu realidade e o Eu ideal, entre o que depende do Self e o que depende do outro, bruscas flutuações destas fronteiras, acompanhadas de quedas na depressão, indiferenciação das zonas erógenas, confusão das experiências agradáveis e dolorosas, não distinção pulsional que faz sentir a emergência de uma pulsão como violência e não como desejo, vulnerabilidade à ferida narcísica devido a fraqueza ou às falhas do envelope psíquico, sensação difusa de mal estar, sentimento de não habitar a sua vida, de ver de fora funcionar seu corpo e seu pensamento, de ser o espectador de alguma coisa que é e que não é sua própria existência (ANZIEU, 2000 apud LAZZARINI, 2006, p. 19).

O narcisismo vem agenciar a consolidação dos limites egóicos, exigindo sua delimitação e flexibilização de suas fronteiras, tanto internas como externas. Quando isso é feito precariamente o espaço fronteiro entre eu e outro (externo/interno) – espaço de trânsito – tende a permanecer demasiadamente estreito (CARDOSO, 2005). A relação objetal, para essa autora, traz a marca de uma relação do tipo absoluta, como fosse um estado de “paixão mortífera”. Isso se daria por um desapoio – noção apresentada por François Gantheret (1999 apud CARDOSO, 2005) – do objeto de desejo ao objeto de necessidade. Assim, para a autora, esse estado de “paixão mortífera” orienta não para a indiscriminação entre eu e outro, mas a uma servidão ao outro. Essa ideia difere de uma paixão “narcísica”.

Para Cardoso (2005) nos estados limites muitas vezes o ego é mais do que nunca um ego-corporal, e trava um embate compulsivo com o “objeto único”, que pode ser denominado objeto-coisa devido a sua concretude e exigência imperativa. Ele ameaça se apossar do espaço psíquico, gerando tanto o medo de invasão pelo objeto, como medo de perdê-lo. Essas angústias provocadas pela relação objetal

expressam o funcionamento limite desses sujeitos, suplantando a interioridade por uma exteriorização, uma vez que há falhas na capacidade de representação e de recalque. Isso dificulta o estabelecimento de uma formação de compromisso entre as marcas traumáticas e o ego (CARDOSO, 2007).

As relações objetais não podem ser pensadas de forma dissociada dos aspectos pulsionais. A dinâmica econômica exerce forte influência para o irrompimento das angústias paradoxais e para os mecanismos de atuação, exteriorização e para as manifestações corporais dessas subjetividades limite. O trauma pode ser compreendido na teoria freudiana como um excesso pulsional, excesso de energia livre, que o ego não tem meios para ligá-la e elaborá-la psiquicamente. Essa forma não ligada tende a invadir o espaço egóico, e um dos recursos utilizados para lidar com isso é colocar para fora os elementos intraduzíveis, utilizando a realidade para suprir o vazio/excesso do interior do psiquismo (CARDOSO, 2007).

As patologias do narcisismo, segundo Brum (2004), se tratam de sofrimentos de vazio, oriundos de falhas precoces na relação mãe-bebê. O vazio psíquico característico desses pacientes se forma pela falha do trabalho do negativo. Esse trabalho, que tem como função realizar o apagamento do objeto primário para que esse seja integrado no psiquismo, falha e, conseqüentemente a constituição psíquica e os processos de simbolização e pensamento ficam prejudicados. Garcia (2007) analisa as contribuições de Green e expõe que a cisão e expulsão inicial geram um buraco não integrado ao processo psíquico do pensamento. O vazio interno engolfante que se forma é ameaçado de invasão pelo objeto ou pelas pulsões desligadas, e se apresenta como um sentimento de morte psíquica e sensação de cabeça vazia, tão frequente nesses pacientes.

Nessa perspectiva, Carvalho (2001) acrescenta que o sujeito pode alcançar o narcisismo negativo (denominação de Green), ou seja, a aspiração ao nível zero de excitação, “um estado de não ser, onde não faz sentido falar em desejo, apenas no trabalho da função desobjetalizante”. Disso decorrem as duas angústias presentes nesses pacientes, de separação e intrusão.

O narcisismo negativo é estudado por Green (1988a, p. 49) na perspectiva da clínica dos estados de vazio e a aspiração pelo nada objetal. Ele é compreendido como um desinvestimento, que aparece nas dobras de todo investimento, e recobre

“todas as valorizações da satisfação narcisista pela não-satisfação do desejo objetal, julgadas mais desejáveis do que uma satisfação submetida à dependência, ao objeto e às suas [...] repostas sempre defeituosas”. Esse narcisismo se relaciona a pulsão de morte e tem essa função desobjetalizante, ao contrário da pulsão de vida que tem a função objetalizante - responsável pela possibilidade de constituição do psiquismo, da simbolização e do pensamento (CARVALHO, 2001). De acordo com Freud (1920/1996) a pulsão de morte visa atingir o objetivo final da vida, a morte, e é contraposta pela força da pulsão de vida, que busca prolongar e preservar a própria vida. Freud chega a conclusão da existência da pulsão de morte quando observa que o sujeito repete, compelido pela compulsão à repetição, situações que não incluem a possibilidade de prazer e nunca trouxeram uma satisfação. Dessa forma, a compulsão à repetição sobrepuja o princípio do prazer. A pulsão de morte é silenciosa, invisível, está para além da dizibilidade e da representação, portanto fora do aparelho psíquico, concebida como caos pulsional, disjuntivo e destrutivo (GARCIA-ROZA,2008). Portanto, na pulsão de morte o que está em jogo é a morte como um retorno ao inorgânico, onde não há investimento nem tensão.

3 A CLÍNICA

3.1 Ressonâncias no trabalho analítico

O aumento dos casos de pessoas com patologias do narcisismo impulsionou não somente as modificações nas teorias psicanalíticas, mas também a revisão e transformação da prática clínica. As construções de Freud foram condizentes com a predominância das neuroses em sua época, e as mudanças da sociedade e das subjetividades tornam imprescindíveis essas transformações no fazer e pensar psicanalítico.

O perfil dos pacientes narcisistas que se apresentam na clínica, para Zimerman (2004), mostram a história de um precoce fracasso ambiental quanto às necessidades de apego da criança, seja por privação por parte de uma mãe indiferente, seja pelo excesso de mães intrusivas. Ocorreram, assim, graves falhas de continência materna, empatia e frustrações adequadas – ou essas foram excessivas e indiscriminadas, ou escassas. Esse paciente, portanto, apresenta prejuízo na construção de uma confiança básica e de uma constância objetal. Mostram na clínica dificuldade de depender do outro e angústia de desamparo frente a separações, que são ligadas a ansiedade de aniquilamento e abandono. Toleram muito pouco as frustrações vindas do analista, pois não conseguem distinguir entre as frustrações necessárias e estruturantes daquelas inadequadas. As consequentes decepções com o analista levam a indignação e a planos de vingança, surgindo sentimento de desânimo e vazio, com a desistência da análise ou continuidade da mesma, porém com descrença na recuperação.

Green (1986) compreende as estruturas-limites como uma placa giratória, pois não há uma organização bem delimitada, com variações nos núcleos/posições que predominam (como depressão, toxicomania, etc.). As alternâncias dos núcleos predominantes podem ser percebidas na clínica pela variação entre sessões da relação transferencial. Tal fato implica uma modificação da contratransferência, uma vez que o analista deve ser mais ativo e não pode contentar-se em esperar o desenrolar do processo como ocorre com pacientes neuróticos. Segundo Green, o analista só consegue compreender o que está em questão para esses pacientes

abolindo os próprios limites da sua atividade racional, calcando seu funcionamento mental sobre o do paciente.

A falha na constituição narcísica culmina em uma análise com maior resistência a mudanças. O desprazer e a dor surgem quando se inicia a luta contra as repetições, e a dor da transferência se manifesta na luta contra a renúncia das ligações com seus primeiros objetos de amor – cujas marcas de dor são as únicas possíveis –, pois a análise provoca a substituição do objeto até então único e a abertura a novos investimentos objetivos (CANDI, 2010).

Para Green, como observa Candi (2010), os pacientes-limites tem uma destrutividade livre, não ligada ao superego. Esta energia desligada se mostra na erotização das defesas e do sofrimento, o que pode indicar uma organização sadomasoquista. A pulsão destrutiva se encontra presa nos próprios núcleos egóicos, se esforçando para que não estabeleçam vínculos. Dessa forma, a agressividade é muitas vezes direcionada ao analista, sendo a análise alvo de ataques mortíferos recorrentes.

Quando objeto primordial não se deixou esquecer, não ocorreu a constituição da ausência e a formação do mundo das representações, e os processos de pensamento ficaram paralisados, com a presença de angústias intoleráveis. Assim, a relação com o analista fica muito além ou aquém do temor e do desejo pelos objetos substitutos. Dessa forma, Figueiredo e Cintra (2004) ressaltam que o termo transferência não é o mais adequado nesses casos, pois não se trata de procurar o velho no novo objeto, e sim de procurar objetos que respondam a necessidades muito primitivas de constituição psíquica, operando nesse caso uma compulsão a repetição além do princípio do prazer.

As atuações desses pacientes têm sido consideradas como modalidades de transferência, uma vez que comunicam o que está em jogo na relação entre o analista e o paciente. As passagens ao ato atualizam na relação analítica os traumas e as angústias. Não se trata aqui da transferência como era concebida por Freud, mas sim da compreensão mais ampliada do seu aspecto comunicador (JUNQUEIRA; COELHO JUNIOR, 2008).

As constatações dos analistas da ineficácia da interpretação em diversos momentos da análise desses pacientes, especialmente pela dificuldade de

manutenção do enquadre clássico, provocam sugestões de flexibilização e de manejo do enquadre como um instrumento da análise nessa clínica, e o uso da “construção” como um dos objetivos principais do trabalho, de acordo com Junqueira e Coelho Junior (2008). Para os autores, essa ideia de construção difere da concebida por Freud, e:

Parece estar relacionada à constituição do recalque originário que, se não estiver firmemente estabelecido, não funciona como ponto de imantação e aderência dos elementos do recalque secundário que formarão parte das barreiras e dos limites psíquicos, de que tanto carecem os pacientes-limite (JUNQUEIRA; COELHO JUNIOR, 2008, p.145).

As patologias narcísicas se manifestam na clínica de forma diferente da neurose. A exacerbação do narcisismo, escassez de recalques, falta de desejos e excesso de pulsões modificaram o trabalho analítico e a clássica transferência. Na neurose transferencial os desejos recalcados dos primeiros objetos deslocam-se para o analista. Já na clínica atual, as comunicações do inconsciente não se expressam transferencialmente através do retorno do recalcado, pois há uma falta da própria operação do recalque. As distinções entre sujeito e objeto não são claras, e o paciente convoca muitas vezes o analista a ocupar o lugar do próprio sujeito – e não das figuras parentais. É com base nessa análise que Uchitel (2002) propõe que a intervenção terapêutica deve se pautar na compreensão empática e satisfação das necessidades de sustentação do paciente, até o momento que esse possa se sustentar sozinho. A autora ressaltar a importância de singularização do tratamento, sendo analista para cada paciente. Esses quadros narcísicos, sugere, exigem que a clínica seja mais abrangente, contemplando as repetições não somente no plano da transferência, mas também aquelas sem objeto sujeitas às excitações pulsionais, abrangendo o corpo na sessão para auxiliar na formação de contornos e fronteiras mais nítidas. O divã cede lugar a cadeira, o silêncio do analista dá lugar a tentativa de retirar o paciente de seu silêncio e trauma, as construções na análise criam formas no vazio de suas experiências, e a formação de um vínculo afetivo estável oferece a possibilidade de continuidade de sua existência.

De acordo com Garcia e Penna (2010) nos casos em que prevalecem aspectos clivados, denegados ou forcluídos, a escuta analítica tem ainda mais importância, pois traz à tona “aquilo que permaneceu negativado, permitindo o desvelamento de segredos e situações traumáticas do passado e o início de um trabalho elaborativo,

realizando assim um processo de luto desse objeto, a construção de vínculos positivos e ampliação da atuação da pulsão de vida, que tem uma função objetualizante.

Garcia (2007) aborda as questões da clínica dos estados-limite através de uma análise do pensamento de Green. Para ele, a impossibilidade de pensar desses pacientes pode ser inferida pela contratransferência que provoca. O analista deve utilizar sua capacidade vinculatória para suprir essas falhas e possibilitar a expressão do que ainda é irrepresentável para o paciente. Ainda a respeito da clínica, acrescenta:

Os ataques constantes ao enquadre e a atmosfera densa e nebulosa dominante no espaço analítico provocam movimentos internos, no analista, no sentido não apenas de proteger o enquadre, mas também de dar forma e uma certa ordenação ao material incipiente e fragmentado que o paciente apresenta. Na ausência de uma capacidade vinculatória que possa se expressar na construção de representações, o paciente mobiliza a estrutura de pensamento do analista, o que garante a simbolização necessária à realização de uma análise. Uma avaliação sobre os movimentos internos que ocorrem com o analista indica, portanto, que esses pacientes apresentam uma incapacidade de representar, aqui entendida como resultante da oscilação entre o excesso e a falta do objeto no espaço psíquico (GARCIA, 2007, p.128).

O uso da contratransferência na clínica dos pacientes fronteiros é destacado por Green (1988b) como tendo um papel complementar na análise, tornando-se portadora das comunicações do paciente. Considera que o discurso do paciente limite não apresenta uma cadeia de palavras, afetos e representações, mas somente essas manifestações de forma desconexa, mas não sem significado. Cabe a quem observa, e, portanto, ao analista no contexto da análise, estabelecer esse elo faltante utilizando o seu próprio aparelho psíquico.

3.2 Os limites do enquadre

O setting (enquadre) se refere as regras e combinações que possibilitam o trabalho analítico, mas vai além, abarcando o fato de esse comportar-se como a conquista de um novo e singular espaço, em que o paciente poderá reproduzir as experiências emocionais mal resolvidas em etapas anteriores de seu desenvolvimento (ZIMERMAN, 2004).

Green (1986) faz uma interessante análise sobre o setting. Esclarece que o setting é a definição do espaço psicanalítico, com a fixação de horários e honorários, instrução da regra fundamental, etc. Assim, define-se um espaço em que vão se produzir trocas transferenciais e que deve ser protegido, sendo o analista o guardião do setting. Depois de enunciadas todas as condições, é como se o analista encarregasse o próprio setting de cuidar do espaço. Para o autor, o setting é definido para que se faça a experiência da transgressão, uma vez que nenhuma das partes vai conseguir mantê-lo. O paciente é o primeiro a tentar rompê-lo, como em atrasos no horário da sessão, ausência, atraso no pagamento, etc. O analista também não vai conseguir sustenta-lo, sendo obrigado por vezes a cancelar sessões, ou permanecendo as vezes um pouco a mais ou a menos com o paciente. O setting assim está acima do analista e do analisando, ao qual os dois estão submetidos.

Pensando na questão dos limites, Green (1986) aponta que o setting é definido como um limite. A delimitação da análise permite ver as relações que estão dentro e fora dela, ver quais as passagens e transgressões que ocorrem de um espaço para o outro. A questão do limite se faz presente também na regra fundamental da associação livre. Ela impõe uma abolição de um limite, abolição da censura. Ela desfaz a trama da lógica e do pensamento, revelando a loucura potencial do indivíduo, ameaçando assim os limites da razão.

Para Mayer (2004) não é efetivo com esses pacientes (com dependência de drogas e/ou álcool, distúrbios alimentares) o tratamento analítico baseado em um enquadre mudo no qual se evidenciam as transgressões dos analisandos, uma vez que geralmente os pacientes apresentam tantas transgressões, e de ampla magnitude, que o enquadre normal não consegue ser sustentado. O autor sugere então que, uma vez que esses quadros apresentam intensa determinação sócio-familiar e dificuldade de cumprir as exigências do enquadre, se associem complementarmente à análise outras abordagens psicoterapêuticas, como a nível grupal ou familiar, podendo favorecer o reconhecimento da patologia, o respeito pelo enquadre e o estabelecimento de limites.

Candi (2010) apresenta a visão de Green de que a problemática da separação e abandono nos estados-limites se deve ao registro da ausência estar defeituoso. A questão é não experimentar a ausência que é inerente às relações amorosas e à

possibilidade de transferência. Isso faz com que esses pacientes estejam próximos dos limites da possibilidade de ação analítica. A autora acrescenta que para Freud, é justamente a possibilidade de colocar em jogo o polo transferencial que torna o paciente analisável.

A respeito dos limites da analisabilidade, a autora apresenta que Green trata esses limites como dependentes dos limites do próprio analista, o qual serve de alter ego ao paciente. A analisabilidade se encontra no intervalo entre a escuta do analista e a expressão do paciente dentro da análise. O crescente interesse pelos casos limites parece mostrar que os analistas estão sendo capazes de suportar um intervalo maior de escuta.

A luta contra o enquadre que o paciente tenta regular é constante:

Longe de poder utilizar os benefícios regressivos que decorrem do enquadre, eles lutam como se estivessem precisando se defender contra um inimigo invisível que estava se aproveitando da situação, seja para fazer uma operação de ataque contra o Eu do paciente, seja para abandoná-lo à própria sorte, em algum deserto, onde não podem esperar nenhum auxílio, em um lugar preenchido somente por presenças monstruosas” (GREEN, 1982 apud CANDI, 2010, p. 217).

Na transferência, a oscilação entre o objeto interno presente demais, ou muito distante e ausente, se manifesta na dificuldade de instalação de um enquadre estável, que permita a diminuição do excesso de estímulo (CANDI, 2010).

Complementarmente, Figueiredo e Cintra (2004, p.35) acrescentam a respeito dos ataques ao enquadre:

O enquadre analítico reproduz de certa forma o duplo limite do aparelho psíquico e a instalação, manutenção e manejo do enquadre incidem justamente sobre a articulação entre eles. Os ataques ao enquadre são, assim, ataques às estruturas psíquicas representadas por ele, quando os objetos traumáticos aliam-se às pulsões em uma tarefa destrutiva. Nesta medida, em todos os ataques se diz a verdade profunda destes psiquismos *borderline*: ‘Não posso dizer’. Alguma passagem ao ato, adoecimento psicossomático, golpe depressivo, etc. virá ocupar o lugar deste dizer impossível. E o dizer é impossível porque as perdas são intoleráveis, bem como os limites.

Cruz e Viana (2012) propõem, assim, que os elementos definidores da análise devem estar ligados as condições do paciente de suportar o que o processo analítico exige. Tanto por cada vez nos depararmos com estruturas não neuróticas na clínica, quanto pela mudança da inserção dos analistas em diversos campos e condições de trabalho, a situação analítica clássica encontra-se prejudicada. Dessa

forma, devem ser feitos e pensados ajustes no enquadre e manejo do trabalho analítico, de forma que comporte as características subjetivas de cada paciente.

Os limites do trabalho clínico aparecem na própria dificuldade desses pacientes de constituir objetos internos, de internalizar algo. Isso torna a interpretação insuficiente, pois eles precisam do ato para se fazer existir, e podem arrastar o analista a perder de vista as possibilidades de manejo analítico. O enquadre internalizado no analista é que pode devolver certa eficácia ao trabalho, onde o analista permita essa luta pela sobrevivência do paciente mesmo que para isso precise suportar sua destrutividade, até que o enquadre possa propiciar a constatação do paciente da possibilidade de existência de ambos, abrindo-se uma terceira área entre dois (DELOUYA, 2012).

CONCLUSÃO

Como foi possível observar ao longo do trabalho, as formas de subjetividade predominantes acompanham o tempo e a cultura em que se inserem. As mudanças na sociedade atual incluem a globalização, o excesso de informações, a velocidade de transformação e a necessidade de adaptação, o culto ao consumo e a valorização do corpo, a primazia da individualidade e as novas configurações familiares. As relações e interações entre as pessoas se tornaram mais rápidas e fluidas e a sociedade menos repressora e mais permissiva. Nesse contexto, surgiram novas queixas e demandas clínicas, com foco nas sensações de vazio, impulsividade, acting-out, angústias de desamparo e invasão, predomínio de questões relacionadas ao corpo.

Observando essas transformações, a psicanálise, que sempre se construiu a partir da clínica, começou a buscar novas teorias e técnicas que dessem conta dessa realidade. As novas demandas apresentam diversas denominações dependendo do autor e da perspectiva teórica, como patologias da contemporaneidade, patologias do narcisismo, pacientes fronteiraços, borderline, estados limites, etc. Independente da denominação, buscou-se delimitar as subjetividades que apresentam uma centralidade das questões do narcisismo e da fragilidade das fronteiras.

Assim, verificou-se que o narcisismo é a ação de unificação das pulsões autoeróticas e parciais. Em Lacan, atribui-se a esse movimento a passagem pelo estágio do espelho, momento de identificação da criança com sua imagem. A relação primordial com a mãe é essencial nessa função, pois é através da interação com o bebê que ela investe o seu corpo narcisicamente.

A relação da criança com sua mãe – quem exerce os primeiros cuidados e é o outro primordial - é que constitui também a distinção entre eu e outro, marcando a dimensão da alteridade. Falhas nessa relação podem provocar uma precária formação das fronteiras psíquicas, pobre registro da alteridade, falta de diferenciação eu-outro, e uma fixação no narcisismo.

Contatou-se que o estudo dos limites enquanto um constructo teórico acrescentou uma nova visão ao entendimento psicanalítico. A própria pulsão é

concebida como um conceito de fronteira, essa entre corpo e psíquico. Os limites são observados também na divisão: dos três registros – consciente, pré-consciente, inconsciente -; entre externo e interno, eu e outro; das instâncias ego, id e superego; entre realidade psíquica e realidade externa; dentre outras. Portanto, todo processo de constituição psíquica é permeado pelas delimitações de fronteiras.

Quando essas fronteiras são frágeis e há um estreitamento na possibilidade de transitar entre elas, o sujeito apresenta falhas no processo de simbolização. O trabalho de simbolização é concebido por Green como esse espaço de trânsito, como um terceiro elemento formado a partir da possibilidade de separação e junção, de comunicação entre elementos separados. A falha no trabalho do negativo não possibilita o apagamento do objeto primário e sua integração ao psiquismo, provocando prejuízo ao processo de pensamento e simbolização e à constituição do eu, além da presença das angústias de separação e intrusão.

Dessa forma, a clínica teve que se adaptar para dar conta dessa demanda. Buscou-se demonstrar no presente trabalho essas transformações, com o objetivo de fornecer um aporte teórico e técnico e uma possibilidade de análise dos pacientes limites. Na análise, a destrutividade e pouca tolerância às frustrações do analista começaram a estar mais presentes. As necessidades básicas de constituição e contenção psíquica trouxeram novas exigências ao analista, que a partir da sustentação dessas necessidades consegue auxiliar na construção das fronteiras psíquicas.

A transferência tem sido compreendida de uma forma mais abrangente, como sendo uma forma de comunicação. A transferência clássica de desejos recalçados deslocados para o analista não encontra mais lugar na clínica dos pacientes fronteirios, já que a própria operação do recalque não foi bem constituída. Assim, considerando-a em seu aspecto comunicador, as atuações desses pacientes podem ser compreendidas como modalidades de transferência.

A contratransferência possui lugar essencial na clínica atual. Através dela pode ser compreendido o que o paciente tenta comunicar de formas não mediadas e simbolizáveis. A interpretação não é eficaz e o enquadre não consegue ser mantido. Como recurso, os analistas têm recorrido ao uso do manejo do enquadre.

A impossibilidade de manutenção do enquadre clássico e o não estabelecimento da transferência como concebida até então pela psicanálise colocou em xeque os próprios limites da analisabilidade desses pacientes. Os analistas têm aumentado seu campo de escuta da compreensão dos fenômenos irrepresentáveis e flexibilizado o setting para tentar abarcar essa nova realidade.

O próprio setting é um limite, pois delimita o que ocorre dentro e fora da análise. Os constantes ataques ao enquadre exigem do analista uma capacidade de suportar a agressividade e manejar, sustentar o setting. Se o analista consegue sobreviver, abre-se a possibilidade de existência tanto do analista como do paciente, permitindo a construção uma área intermediária, em que se possa transitar entre os limites estabelecidos, levando a uma conseqüente constituição de fronteiras psíquicas no paciente.

Conclui-se que na análise desses pacientes a flexibilização e manejo do setting são essenciais. O uso da contratransferência e da capacidade de simbolização do próprio analista são necessárias para a compreensão das comunicações do paciente, exigindo uma postura mais ativa e presente do analista.

REFERÊNCIAS

- BRUM, E. H. M. Patologias do vazio: um desafio à prática clínica contemporânea. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 2, p. 48-53, 2004.
- CANDI, T. S. **O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green**. São Paulo: Escuta, 2010.
- CARDOSO, M. R. A servidão ao “outro” nos estados limites. **Psychê**, São Paulo, ano IX, n. 16, p. 65-75, jul-dez/2005.
- CARDOSO, M. R. A impossível “perda” do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 325-338, dez. 2007.
- CARVALHO, M. T. M. Sobre o alcance e os limites do recalçamento nas chamadas “psicopatologias da contemporaneidade”. In: CARDOSO, M. R. (Org.). **Limites**. São Paulo: Escuta, 2004, p.151-166.
- CARVALHO, M. T. P. **A atualidade dos estados-limite: trauma e trabalho do negativo**. 2001. 182 f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- CARVALHO, M. T. P.; LAZZARINI, E. R.; VIANA, T. C. Narcisismo e estados limites. In: VIANA, T. de C. et. al. (Org.). **Psicologia clínica e cultura contemporânea**. Brasília: Liber Livros, p. 268-280, 2012.
- COSTA, J. F. Narcisismo em tempos sombrios. In: BIRMAN, J. **Recursos na história da psicanálise**. Rio de Janeiro: Taurus, 1988.
- COUTINHO, A. A escuta analítica, o corpo e a contemporaneidade. **Tempo Psicanalítico**, Rio De Janeiro, v.40.2, p. 307-326, 2008.
- CRUZ, W. F. O.; VIANA, T. C. Limites – a questão do manejo clínico hoje. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 27-41, 2012.
- CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. **Estudos de psicologia**, v. 7, n. 1, p. 143-149, 2002.
- DELOUYA, D. O trabalho no limite do analisável: destrutividade e enquadre interno do analista. **ALTER Revista de Estudos Psicanalíticos**, v. 30, n. 2, p. 31-37, 2012.
- DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- DUNKER, C. I. L. O Nascimento do Sujeito. **Viver Mente e Cérebro**, São Paulo, v.2, p.14-26, 2006.
- FIGUEIREDO, L. C.; CINTRA, E. M. U. Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In: CARDOSO, M. R. (Org.). **Limites**. São Paulo: Escuta, 2004, p. 13-58.
- FREUD, S. Além do princípio do prazer. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1920/1996, v.18.
- FREUD, S. Conferência XXVI – A teoria da libido e o narcisismo. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1916-1917[1915-1917]/1996, v. 16.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1926[1925]/1996, v. 20.

FREUD, S. Luto e melancolia. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1917[1915]/1996, v. 14.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996, v. 14.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1996, v. 14.

GARCIA, C. A.; PENNA, C. M. P. e A. O trabalho do negativo e a transmissão psíquica. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 68-79, 2010.

GARCIA, C. A. Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A.Green para a clínica contemporânea. **Revista Mal-estar E Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 123-135, março/2007.

GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à metapsicologia freudiana**. Volume 3: Artigos de metapsicologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 7 ed., 2008.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 24 ed., 2009.

GASPAR, F. L. A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 4, p. 629-643, 2005.

GREEN, A. 1ª Conferência: "Conceituações e limites", 1986. In: _____. **Conferência Brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites**. Rio de Janeiro, Imago, 1990, p.11-32.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988a.

GREEN, A. **Sobre a loucura pessoal**. Rio de Janeiro, Imago, 1988b.

JERUSALINSKY, A. Desenvolvimento e Psicanálise. In: _____. **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Trad. Diana Myriam Lichtenstein, 3ª ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2004.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

JUNQUEIRA, C.; COELHO JUNIOR, N. E. C. Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros *borderline*. **Psic. Clin.**, Rio De Janeiro, v. 18, n. 2, p. 25-35, 2006.

JUNQUEIRA, C.; COELHO JUNIOR, N. C. Interpretação e manejo do enquadre na clínica de pacientes-limite. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 137-157, 2008.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p.96-103.

- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LASCH, C. **A cultura do narcisismo**: a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983
- LAZZARINI, E. R. **Emergência do narcisismo na cultura e na clínica psicanalítica contemporânea**: novos rumos, reiteradas questões. 2006. 194f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- LAZZARINI, E. R.; VIANA, T. C. Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 269-280, 2010.
- LIBERMANN, Z. Patologias atuais ou psicanálise atual? **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.44, n.1, 41-49, 2010.
- MAYER, H. A técnica ante os desafios clínicos da atualidade. In: CARDOSO, M. R. (Org.). **Limites**. São Paulo: Escuta, 2004, p. 81-88.
- MENDES, L. da C.; GARCIA, C. A. Clivagem e idealização: sobre o luto impossível nas patologias limítrofes. **Cadernos de Psicanálise – CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 33, p. 31-49, jul./dez. 2015.
- MOREIRA, A. C. G. **Clínica da melancolia**. São Paulo: Escuta/Edufpa, 2002.
- PINHEIRO, T. Escuta psicanalítica e novas demandas clínicas: sobre a melancolia na contemporaneidade. **Psychê**, São Paulo, ano VI, n. 9, p. 167-176, 2002.
- REFOSCO, L. DA L.; MACEDO, M. M. K. Anorexia e bulimia na adolescência: expressão do mal-estar na contemporaneidade. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 33, 2010.
- RITTER, P. G. G. **Confluências entre as neuroses atuais e as patologias da atualidade**. 2013. 111f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- SALES, L. S. Posição do estágio do espelho na teoria lacaniana do imaginário. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 17 – n. 1, p. 113-127, jan./jun. 2005.
- TAILLANDIER, G. Introdução à obra de Lacan. In: NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- UCHITEL, M. Novos tempos, novos sintomas: novo lugar para a transferência. **Revista Percursos**, n. 29, p. 21-26, 2002
- VILLA, F. C.; CARDOSO, M. R. A questão das fronteiras nos estados limites. In: CARDOSO, M. R. (Org.). **Limites**. São Paulo: Escuta, 2004, p. 59-70.
- ZIMERMAN, D. E. **Manual da técnica psicanalítica**: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.