



Marina Fibe De Cicco*
Eva Maria Migliavacca**

Especificidades da experiência transferencial na clínica dos casos-limite

Diferentes autores (Green, 1975; Pontalis, 2005; Roussillon, 1995; Winnicott, 1960) parecem concordar quanto à necessidade de ampliar a concepção de transferência enunciada por Freud para compreender o lugar transferencial ocupado pelo terapeuta no trabalho com casos limite. A singularidade desses casos seria dada pela falta de estruturação psíquica estável, devido às falhas na constituição dos limites do eu. Os limites internos, que demarcam as diferentes instâncias psíquicas, estariam mal configurados, assim como os limites sujeito-objeto. Essa “doença das fronteiras do ser” derivaria do fracasso na discriminação eu-outro, com duas angústias fundamentais: a de separação, abandono e perda do objeto, por um lado, e a de invasão ou anulação do eu pelo objeto, por outro (Green, 1975; citado por Figueiredo, 2000, p. 67).

* Universidade de São Paulo.

** Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Sabe-se que mesmo o campo clínico das neuroses tem mais a comunicar do que a palavra reprimida (Garcia, 1998, p. 3), mas o foco deste artigo são as análises em que a tarefa principal consiste em constituir os limites do eu e atrair o trauma para o sistema de representações. Nesses casos, ganha relevo a função do analista como objeto de investimentos e projeções maciças aos quais somente sua presença inteira, corporal, poderá fazer face, erigindo-se em suporte para a transposição e reordenação não só da pulsão, mas de modalidades de relação traumáticas, marcadas pela ausência ou excessiva presença do objeto.

Pontalis (2005) pondera que não se trata, nos estados-limite, da transferência como a entendemos tradicionalmente: espaço de projeção e jogo em que nada é tomado em sua concretude, sendo as manifestações clínicas continuamente remetidas a outra cena e outro sentido não imediatamente dado ou observável. O fato de a diferenciação eu-outro não ter sido bem estabelecida, e de o trabalho de organização tópica ser incessantemente ameaçado por atuações demasiadamente intensas, transformam profundamente a concepção de transferência -o “como se” não existe mais, a função metaforizante não está bem assegurada e a própria sessão fica próxima de um *acting-out*. Para compreender os estados-limite, portanto, não podemos nos centrar de maneira nenhuma apenas na concepção corrente de transferência, já que não há subjetivação suficiente para garantir suas bases.

No prefácio ao livro de Roussillon (1995), Donnet adota ponto de vista semelhante e escreve:

as situações fronteiriças manifestam, essencialmente, uma reversão da situação analítica em repetição atuada, onde a compulsão à repetição pode parecer estar exclusivamente a serviço da pulsão de morte. Elas realizam um paradoxo que pode ser resumido como segue: a regra do jogo é não jogar. O aparelho psíquico não se manifesta como aparelho de linguagem (A. Green), mas como aparelho de ação, externalizado na sessão. (pp. 16-17).

Define-se assim um modo de funcionamento mental com que o analista não está tão familiarizado e com o qual precisa aprender a trabalhar. Daí a importância de examinar a dinâmica analista-analisando, que se caracteriza pela presença das atuações como principal forma de comunicação e pela alta carga afetiva circulando entre a dupla, pressionando o analista a agir também. Considerando que as marcas e impressões dos diferentes registros do aparelho psíquico aos poucos são transcritas para registros mais próximos da palavra e da significação, neste artigo será ressaltada a importância de intervenções que atinjam também os primeiros registros, isto é, formas de intervir/conversar/interagir que não se atenham ao registro da linguagem verbal.

Psicanalistas como Ferenczi, Balint e Winnicott deram contribuições amplamente aceitas sobre manejo e técnica na clínica dos pacientes difíceis, enfatizando que tais casos “alteram completamente a atitude profissional do terapeuta” (Winnicott, 1960, p. 149). Winnicott ressalta que, quando os pacientes realizam testes e exigências especiais, forçando a passagem do limite profissional, é preciso “tomar o tema a partir das respostas do analista” (Winnicott, 1960, p. 149) e relata uma situação clínica em que não interpretou o paciente, mas

reagiu a um evento. Sugere, então, que os analistas estudem a resposta total do analista às necessidades do paciente, conforme termo sugerido por Margaret Little, e escreve:

Sob esse título ou outro similar, há muito para dizer sobre o uso que o analista pode fazer de suas próprias reações conscientes ou inconscientes diante do impacto do paciente psicótico ou da parte psicótica de seu paciente no self do analista, e do efeito disso na atitude profissional do analista. (...) Isso poderia formar, e na verdade deveria formar, a base de futuras discussões. (Winnicott, 1960, pp. 150-151).

Embora Winnicott teça suas formulações dentro de um referencial teórico específico, ele curiosamente parece anunciar o tema que analistas contemporâneos vêm investigando, relacionado às respostas ou ações do analista frente a analisandos que não dispõem de recursos de simbolização suficientes para que se desenvolva uma neurose de transferência interpretável. Minha experiência e a de outros autores confirmam que as ocasiões em que o analista age de forma involuntária e inédita podem ser imprescindíveis para desestabilizar arranjos relacionais enrijecidos, introduzindo no campo analítico um fator com poder suficiente para interceptar a compulsão à repetição (Boraks, 2012; Godfrind-Haber & Haber, 2002; Zygouris, 2011). Em geral esse tipo de troca entre analista e analisando prescinde da interpretação. Seu potencial transformador deriva da novidade e da força mobilizadora da ação: “Certamente as palavras tocam, emocionam, irritam. Mas o poder do agir é mais radical, mais imediato; é mais difícil escapar a seu efeito” (Godfrind, 2008, p. 42).

A dimensão de descarga, que diz respeito ao aspecto econômico da transferência, está presente em todo agir. Por isso a parte agida da transferência, comportamento endereçado ao analista, é responsável pela força da pressão transferencial que se instala quando o analista está diante de pacientes atuadores. É essa força que induz o analista a *responder* ao paciente em um registro de funcionamento análogo ao seu (Godfrind-Haber & Haber, 2002, p. 1423).

Sabe-se o quanto o analista precisa trabalhar psiquicamente para não reagir, simplesmente, ao paciente, mas sim responder analiticamente. Em um dos recortes clínicos apresentados a seguir, veremos que a análise de um menino de sete anos progrediu justamente quando eu pude agir mais espontaneamente, mostrando que certos avanços só podem ocorrer através de intervenções agidas, “de corpo inteiro”. Uma resposta espontânea do analista pode ser uma intervenção bem-sucedida? Se o conceito de neutralidade for repensado –mas talvez não o de abstinência (no sentido de não-gratificação de desejos e demandas, e de ausência de julgamento)–, a resposta seria sim, embora não seja simples descrever sob que condições uma ação espontânea, advinda do inconsciente, pode ter efeito analítico e sob que condições isso configuraria uma descarga ou atuação do analista.

De qualquer forma, frente às ações do paciente, o analista tem o desafio de restabelecer a cadeia associativa e o processo de mentalização, o que, segundo Roussillon (1995), “não pode se realizar sem que esteja implicada em um ou outro nível de seu próprio funcionamento

mental uma teoria do *acting out/in* que permita atribuir-lhe um *sentido* [itálicos do autor], (p. 186).

Em “O papel da ilusão na formação simbólica” (Milner, 1952), vemos como o sentido que o analista pode dar aos diferentes fatos clínicos é determinante da contratransferência e das possibilidades de intervenção, e, portanto, do destino das análises. Nesse texto, Marion Milner narra a análise de um menino de 11 anos em que ela interpretava a agressão do paciente enfatizando os mecanismos de projeção e as defesas persecutórias. Ela escreve: “No entanto, quando eu assim o fazia, a agressão não diminuía, e por vezes fiquei desesperada em relação à sua qualidade implacável” (Milner, 1952, p. 107).

Milner relata como a análise evoluiu decisivamente quando ela passou a ver o uso que o menino fazia de sua pessoa não só como uma regressão defensiva, mas também como “uma fase recorrente essencial no desenvolvimento de uma relação criativa com o mundo. Aí, o caráter da análise mudou completamente” (Milner, 1952, p. 109). A autora ressalta que novas ideias psicanalíticas mudaram sua visão da transferência, permitindo que ela lidasse com a contratransferência negativa, e então o principal progresso da análise aconteceu. Para tanto, foram essenciais as considerações sobre a necessidade de a criança poder experimentar o estágio da ilusão antes de poder experimentar o alívio da defusão (p. 109).

Na análise de um menino de sete anos, uma profunda mudança no caráter das sessões se deu quando pude entender as ações resultantes da impulsividade da criança não como ataques, mas como apelos, adotando perspectiva próxima à de Milner. Passei a sentir menos raiva, o que me libertou do medo de agir.

Cerca de seis meses após o início da análise, depois de inúmeras sessões extenuantes com esse garoto bastante perturbado, em que conversar ou interpretar não parecia funcionar, em dado momento deixei-me responder a ele mais espontaneamente. Ele teve um de seus frequentes rompantes de agressividade e cortou uma carta do baralho com a tesoura, sem que houvesse a menor chance de detê-lo. Estava enraivecido, prestes a estragar outros objetos do consultório, como costumava fazer, impulsivamente, e então eu o segurei. Ele se estendeu no chão e agarrei seus braços com firmeza, explicando que eu precisava segurá-lo porque ele não estava conseguindo se segurar. Disse-lhe que não podia mais deixá-lo destruir coisas que eram importantes para mim e para ele, e por isso o seguraria pelo tempo necessário. Ele se debatia, xingava, esperneava, mas eu continuava firme, sempre verbalizando o porquê de estar fazendo aquilo.

Realizei essa intervenção por volta de quatro ou cinco vezes. Em dois momentos, ele se mostrou efetivamente angustiado por estar preso, e então eu o soltei, dizendo: “Tudo bem, vamos fazer um trato. Eu te solto agora, mas, se você continuar o que estava fazendo, eu vou te segurar e não vou te largar até o final da sessão”. Nas duas vezes em que isso ocorreu, eu o liberei e o atendimento prosseguiu sem nenhuma outra agitação.

Na sessão seguinte àquela em que o segurei pela primeira vez, o paciente chegou pedindo para desenhar -algo que jamais havia feito. Desenhou um corpo de menina; em outra folha, um corpo de

menino; em seguida, me desenhou e depois fez algumas letras e uma paisagem. Perguntei-me se de alguma forma o embate do encontro anterior, cheio de energia e tensão, fizera nascer a possibilidade de ele perceber que habita um corpo e de se representar como “um”, desenhando seu corpo com contornos e separado do meu, diferente da subjetividade transbordante que até então não parecia ter noção de existir dentro de um corpo próprio e com fronteiras.

Como sugeriu Elisa Cintra¹, esse recorte clínico permite pensar no contato corporal analista-analisando como limite ao transbordamento pulsional. A analista exerceu a função de *oposição*, que, de acordo com Safra (2005), é tão importante para a constituição do gesto e do sentido de existência da criança quanto as experiências de *continuidade* com o outro significativo:

A motilidade necessitará de um tipo diferente de função e de presença do outro: *a oposição*. É importante ressaltar que não se está falando, nesse momento, de frustração, mas sim de presença corporal que, ao se opor à criança, dá a ela a possibilidade de se apropriar de sua musculatura e também de encontrar sentido para seu movimento, para a dimensão motriz. Há, portanto, o gesto que se constitui pela criação do objeto e da sensualidade e o gesto que se desenha na oposição. São experiências distintas, que se organizam separadamente e apenas se integram, ao longo do tempo, pelo *holding* proporcionado pela mãe. O interjogo do encontro entre a mãe e o bebê, que se dá pelas zonas erógenas, e o encontro que acontece pela oposição dos corpos possibilitam à criança maneiras distintas de estar no corpo e, mais tarde, no mundo [grifo do autor], (Safra, 2005, p. 100).

Em geral, entende-se que as ações do analista expressam conteúdos cindidos do psiquismo do paciente. Subestima-se, porém, a reflexão relativa ao papel que as ações do analista têm em sua (do analista) economia afetiva. Assim como interpretar, agir pode ter um papel importante no reequilíbrio psíquico do próprio analista, e por essa perspectiva o ato do analista adquire novo significado. A ação do terapeuta, e aqui o caso dessa criança é um bom exemplo, expressa sua agressividade, mas de forma contida (Figueiredo, 2013). O analista utiliza sua agressividade para sair da paralisia em que o paciente busca encerrar a dupla, sem renegá-la e nem descarregá-la reativamente.

Botter (2012), ao comentar ideias de Pontalis (2005), lembra que, diante de certos pacientes, o analista precisa se defender para permanecer vivo, mas não de forma tão intensa a ponto de transmitir ao paciente a ideia de que nada do que ele faça irá atingi-lo –pois isso seria justamente recolocá-lo no lugar da indiferença e, no limite, da inexistência (Pontalis, 2005, p. 135). Indo ao texto de Pontalis (2005), seria como dizer: “Qualquer coisa que você me faça não muda nada, porque você não é nada” (p. 243). Ao expressar sua agressividade sem ser retaliador nem violento, o analista afirma sua existência e a do paciente em um só gesto: mostra-se capaz de sobreviver e dá lugar à experiência da alteridade, fundamental para o processo de constituição subjetiva.

Muitos analistas têm ressaltado que, no atendimento aos casos-

1. Dra. Elisa Cintra, professora da PUC-SP. Comunicação pessoal, 2013.

-limite, o psiquismo do analista sofre inundações afetivas correlatas às sofridas pelos pacientes, e suas reações emocionais correspondem de forma muito próxima ao que foi descrito por Coelho Junior e Getlinger (2006): níveis extremos de tensão, angústia, pesar e desesperança. As ideias dos autores ora mencionados permitem entender tais vivências como resultado de experiências de transbordamento pulsional que promovem uma indiscriminação temporária, pois em análises como essas “tanto os limites e fronteiras psíquicas do paciente são indefinidos, quanto tenderão a ficar indefinidos os limites e fronteiras psíquicas do analista, em contato com a intensidade e o primitivismo dos mecanismos psíquicos presentes nesses atendimentos” (Coelho Junior & Getlinger, 2006, p. 3).

Pontalis (2005), ao comentar as imagens utilizadas pelos analistas quando evocam seus casos difíceis, observa:

As palavras que aparecem então são: “atrapalhado”, “petrificado”, “bombardeado”, “*helpless*” –que nesse caso não é tomado no sentido de uma vaga impotência, mas revela um estado de sem recurso e sem socorro de um analista atingido (como que) em seu *corpo*. Isso porque, na dupla função que o constitui como analista –intérprete e objeto-suporte da transferência-, a segunda passa a ocupar todo o espaço, mas mudando de repente profundamente de sentido: justamente, o analista não é um simples suporte, que permaneceria diferenciado dele na realidade, mas é *efetivamente* visado. Os efeitos são perceptíveis *nele*, geralmente depois de certo tempo, física e mentalmente, pois ele se sente paralisado tanto nos movimentos de seu corpo como em seu “movimento” associativo [grifos do autor]. (pp. 221-222).

Adotando perspectiva semelhante à de Pontalis, Donnet escreve que a compreensão dos estados-limite “só pode surgir da consideração estrutural e imediata do outro, pois o que está em jogo é, precisamente, em um registro pré-histórico, a diferenciação sujeito-objeto” (Roussillon, 1995, p. 14).

Para entender o que é a experiência transferencial na análise dos casos-limite, é preciso, então, destacar, ampliar e desenvolver também as ideias de dependência e regressão fusional. Zygoris (2011) considera que a experiência simbiótica original eu-outro ou *self*-ambiente é um período que nunca se fecha de uma vez por todas. A autora afirma haver uma “competência para a simbiose”, que seria uma competência profissional necessária ao analista, e pensa que é pela relação simbiótica que se dão transformações significativas, ainda que silenciosas, no contexto de uma análise, em especial no atendimento a casos difíceis. A simbiose seria um vínculo bilateral que se dá sem palavras, onde reina uma indiferenciação relativa entre o “meu” e o “seu”.

A chamada “simbiose terapêutica”, segundo Zygoris (2011), necessita de uma implicação por parte do analista e é também favorecida pela empatia, embora seja mais inconsciente do que esta. Através do vínculo que aos poucos se estabelece entre analista e paciente, seria possível reativar uma zona psíquica onde há uma não-separação, ainda que separações tenham sido vividas anteriormente. Quando o analista aceita partilhar uma experiência peculiar do paciente, ele está aceitando se deixar levar por uma vivência que passa de corpo para corpo, silenciosamente, e que o ultrapassa. Assim ele pode entrar no mundo do

paciente, algo fundamental, pois, sobretudo no atendimento aos casos difíceis, existem momentos em que não se trata mais de traduzir nem interpretar fantasias em termos de significante/significado, mas sim de “mergulhar, partilhar” (Zygouris, 2011).

Para ilustrar suas ideias, Zygouris apresentou o recorte da análise de um paciente. O chamado “Sr. X” tinha mais de 60 anos e já fizera 40 anos de análise quando a procurou. A autora propôs uma reflexão sobre o sentido de um ato praticado por ela em análise, ação, segundo ela, impensada e quase automática, inexplicável e sem lógica.

Certo dia, após algum tempo de análise com Zygouris, Sr. X chegou à sessão com uma aparência horrível. Seu rosto estava desfigurado, muito fora do normal. Zygouris se impressionou, olhou para ele e indagou de uma maneira bastante teatral (conforme sua própria descrição): “Quem morreu?”. O paciente ficou um pouco surpreso e disse: “Ninguém”. Ela lhe perguntou por que estava com aquela aparência, ele disse que não sabia. Então ela se levantou sem pensar por um segundo, pegou um espelho que havia em seu consultório e lhe disse: “Veja. Veja!”. Nesse momento, o paciente revelou que não se olhava no espelho, e que não fazia isso há muitos anos. A analista se surpreendeu, disse que ele nunca lhe contara nada sobre isso. Ele respondeu que ela nunca perguntou, e que também não falou sobre isso com nenhum de seus outros analistas. Ela disse que, então, ele precisava olhar. Ele se olhou no espelho e passou longos minutos em silêncio. Finalmente, falou: “Não dá pra ver”. Zygouris: “O quê? O que não dá pra ver?”, e o paciente: “Que eu sou louco”.

Então os dois caíram na risada.

Seguiu-se uma série de associações importantes sobre o medo que o paciente sentia do pai, acompanhadas de uma lembrança de infância em que o pai o repreendera por fazer caretas para o espelho, dizendo: “Não faça isso. Você parece um louco”. Quando o Sr. X terminou de contar essa e outras histórias relacionadas ao seu medo de se olhar no espelho, Zygouris apenas lhe perguntou o que ele pensava de tudo isso, e ele respondeu: “Penso que eu era uma criança louca”. E, na saída, disse a ela: “Eu acho que hoje algo se passou”.

De onde veio a ação da analista de se levantar subitamente, pegar o espelho e pedir que o Sr. X se olhasse? Segundo Zygouris, seu comportamento emergiu devido à “saturação transferencial”, interessante ideia proposta por ela, segundo a qual os conteúdos cujo sentido até então não se formara chegam a um tal grau de “concentração” na zona de indiferenciação comum à dupla que, em dado ponto, “transbordam” na relação, fazendo com que o analista sirva de canal para que a palavra que o paciente não pode dizer seja veiculada por ele (terapeuta). Ela destaca que seu movimento de pegar o espelho foi um ato, e que depois disso nada mais era preciso interpretar: o ato era a própria interpretação.

Há em psicanálise diferentes conceitos, com variações importantes, que permitem pensar essa zona de indiferenciação ou campo transubjetivo de circulação, projeção e introjeção de conteúdos pré-representação. É a existência desse registro que permite ao analista receber outro tipo de coisa que não só representações de palavras -caso contrário, a única comunicação possível seria pré-consciente/consciente.

Em “O inconsciente”, Freud (1915/1996) fala das comunicações entre o inconsciente e outros sistemas. Ele lembra que o conteúdo dos sistemas pré-consciente (Pcs.) e consciente (Cs.) deriva em parte da vida pulsional, isto é, do inconsciente (Ics), e em parte da percepção. Ressalta não ser possível saber até que ponto os processos do sistema pré-consciente/consciente podem exercer influência direta sobre o inconsciente. Ainda assim, o tratamento psicanalítico se baseia na possibilidade de o consciente atingir e transformar o inconsciente, demonstrando tratar-se de tarefa laboriosa, mas não impossível.

Em seguida, Freud lembra que, nos primórdios da atividade psíquica, a comunicação entre os sistemas é mais ampla e extensiva. Intrapsiquicamente, uma parte dos processos pulsionais primitivos “passa através do Ics., como que por uma etapa preparatória, e atinge o desenvolvimento mais elevado no Cs.; outra parcela é retida como Ics” (Freud, 1915/1996, p. 198). Na direção inversa, o inconsciente é afetado por experiências oriundas da percepção externa. O autor sublinha que o inconsciente pode inclusive ser influenciado por outro inconsciente sem a mediação da consciência:

Normalmente, todos os caminhos desde a percepção até o Ics. permanecem abertos, e só os que partem do Ics. estão sujeitos ao bloqueio pela repressão. Constitui fato marcante que o Ics. de um ser humano possa reagir ao de outro, sem passar através do Cs. Isso merece uma investigação mais detida, principalmente com o fim de descobrir se podemos excluir a atividade pré-consciente do desempenho de um papel nesse caso; descritivamente falando, porém, o fato é incontestável. (Freud, 1915/1996, pp. 198-199).

Freud fornece as bases para explicarmos teoricamente o potencial de transformação da interação atuada paciente-terapeuta que ora examinamos. Ele mostra ainda que os processos que se dão em nível inconsciente são uma etapa preparatória para que se atinja um grau mais elevado de organização psíquica. Nessa perspectiva, as diferentes formas de intercâmbio que passam prioritariamente pelo agir seriam capazes de preparar terreno para que material psíquico pouco (ou mal) constituído e simbolizado se transforme em conteúdo mais organizado e com grau mais elevado de simbolização.

Ao lembrarmos que, como diz Freud, o inconsciente de um ser humano pode reagir ao de outro sem passar pelo consciente, é preciso lembrar também que a psicanálise não é assunto místico. Ainda que dependam de uma experiência afetiva, os fenômenos de que a psicanálise se ocupa podem ser reconhecidos pela razão. Por isso Freud defende o reconhecimento e a interpretação da referida experiência afetiva.

A comunicação de inconsciente para inconsciente seria a comunicação que não passa por nenhum lugar de articulação de sentido. O sentido aí foi despedaçado ou jamais construído; para que seja inaugurado ou reencontrado, é necessária a presença do outro.

Podemos, portanto, supor que, como no caso do Sr. X, é a instauração desse campo de compartilhamento de experiências psíquicas que abre caminho para a *construção*, para ir além da interpretação e resgatar através da experiência vivida pela dupla um fragmento da história do paciente que estava enterrado.

trados, mas ainda não se fala tanto sobre a importância *das ações ou gestos do analista* no processo de constituição da pele psíquica.

No texto “Psicossomática: comunicação deformada” (Boraks, 2012), há um belo exemplo da importância do gesto do analista e de como o agir e o corpo constituem em muitos casos o “canal pelo qual passa imperiosamente o desejo de comunicar” (Godfrind-Haber & Haber, 2002, p. 1427), não só no que diz respeito ao paciente, mas também em se tratando do terapeuta.

Boraks (2012) relata o caso de uma paciente de 28 anos encaminhada por sua dermatologista para a análise. A paciente tinha crises de coceira decorrentes de uma irritação na pele não diagnosticada pelos médicos. Em suas crises, a coceira chegava a tamanha intensidade que F., como Boraks chama a paciente, não conseguia dormir, trabalhar ou namorar. Durante as crises, que aconteciam de madrugada, a mãe da paciente se levantava para fazer compressas frias, que atenuavam seu sofrimento. No entanto, segundo F., a mãe cobrava caro por essas compressas, dizendo que suas noites eram interrompidas por causa da filha e que, por isso, ela tinha um cansaço e esgotamento permanentes.

Durante as sessões, F. mostrava grande desesperança em relação à análise e à possibilidade de ser ajudada, e se coçava quase o tempo todo. Também buscava na analista uma conselheira para as situações enfrentadas no dia a dia, especialmente no trabalho. F. estava sempre tentando assegurar-se da presença da analista ou, mais especificamente, da continuidade de sua presença. A analista procurava uma maneira de acompanhar a paciente, entendendo que o fato de F. requerer contínua e incansavelmente sua atenção “mostrava a busca que empreendia para alcançar um estado de ilusão assegurador que pudesse ser uma pele continente, protetora e delimitadora do seu lugar no mundo” (Boraks, 2012, p. 58).

Nesse ponto, vale lembrar, com Safra (2005), a importância da qualidade do encontro com o outro para o surgimento da unidade corporal e do corpo psíquico:

A observação clínica mostra que, muitas vezes, determinadas regiões corporais são vividas pelo indivíduo com estranhamento, pois são áreas corporais que ainda se encontram no estado de coisa. Ele tem a sensação de que aquela parte do corpo não lhe pertence e nem mesmo é parte de si. O indivíduo só se sente vivo em determinada região de seu corpo, se ela foi transfigurada pela presença do outro. (...) O encontro do corpo do bebê com o corpo da mãe devotada dá a ele condições de ter um repertório imaginativo que o capacitara a elaborar, imaginativamente, as funções corporais. Portanto, as diferentes funções corporais atualizam as qualidades dos encontros que o bebê teve com sua mãe. Trata-se de um repertório que é fruto da presença humanizadora do outro. (pp. 78-79).

Boraks ressalta que o medo, a raiva e os sentimentos de abandono estavam quase sempre presentes, mas, ainda assim, após o primeiro ano de análise, o vínculo se aprofundou, e F. tornou-se mais aberta às suas intervenções. A analista passava a ser, de modo mais estável, o objeto ansiado. Por outro lado, dada a obstinação de F. em encontrar continuidade, buscando “hospedar-se” na analista, esta inevitavelmente era sentida como o objeto que a abandonava e rejeitava. Quando

analista e paciente conseguiram chegar a uma maior proximidade, o anúncio do fim da sessão era sentido por F. como uma traição, o que acontecia mesmo que Boraks tomasse muito cuidado. A paciente passava a questionar a análise e destruir o estado de ilusão vivido durante o encontro, exclamando: “Sacanagem sua parar agora!”.

Certo dia, no terceiro ano de análise, ocorreu um momento decisivo. F. reagiu violentamente à finalização de uma sessão em que se coçara muito. Gritou furiosamente: “O que nós estamos fazendo não está me ajudando em nada! Eu vim aqui porque eu queria que alguém me ajudasse a parar essa coceira horrível que me dá principalmente à noite e não consigo dormir. Como é que eu vou agora desse jeito para casa?”.

A analista ouviu em sua súplica todo o desespero e a urgência, disse a ela que percebia sua dor e sofrimento, “e que esperava que pudéssemos encontrar uma maneira de lidar com a ausência/buraco que ela assinalava ter se tornado tão presente”. F. irritou-se ainda mais. Observou sarcasticamente que os analistas gostam de olhar cuidadosamente para tudo, mas de que adianta?, e em seguida foi novamente enfática: “Eu não estou conseguindo dormir! Vê se dá para fazer alguma coisa!”. Quase gritando, completou: “Às vezes, eu penso que isso aqui não é uma relação de verdade. É muito devagar! Você é devagar!! Acho que eu preciso de acupuntura ou de massagem para ativar a minha circulação!!”.

Boraks aponta que a sensorialidade presente nesse diálogo estivera presente a sessão inteira, nas coceiras, e agora aparecia no tom da voz, na intensidade das palavras, no gestual. A analista entende que F. buscava contundentemente comunicar-se nos registros corporal e principalmente sensorial.

Na sequência, a analista tenta refletir sobre o que estava sentindo, mas sente-se incapaz de encontrar algo criativo para dizer. Fala apenas que “iria pensar no seu pedido e que ela poderia ter certeza de que tudo aquilo ficaria dentro de mim”.

Ao despedir-se, F. estende a mão para a analista, como costumava fazer.

Boraks, pela primeira vez, *toma a mão de F. entre as suas duas mãos*. F., então, chora emocionadamente e abraça a analista antes de ir embora.

Na sessão seguinte, F. declara: “Minha mãe finalmente entendeu que não adianta jogar aquelas compressas em cima de mim e ir dormir. Dessa vez, não sei por quê, ela ficou comigo, foi trocando a água, e a coceira passou”. Sua fala remete imediatamente ao gesto da analista da sessão anterior. Boraks percebe que algo importante se passou, pois pela primeira vez F. consegue relacionar a coceira, somatização, a um sentimento, estabelecendo maior enraizamento no corpo e mostrando que seu grito do dia anterior era “um grito para não perder a esperança que eu via ressurgir ali comigo” (Boraks, 2012, p. 62).

Pontalis (1986), citado por Boraks (2012), aponta a importância de o analista se deixar afetar corporalmente pelo paciente e de poder afetá-lo, pois somente essas reações *encarnadas* sinalizam de forma inequívoca que “o paciente se tornou ‘meu’ paciente e que, de modo análogo, o seu analista se tornou um ‘corpo’ para ele”. (p. 6). Porém,

como diz Boraks, não é essa a área onde preferimos transitar, e o princípio de abstinência de Freud –entendido pela autora como a necessidade de se abstrair de tudo o que seja corporal ou sensorial– teria contribuído muito para essa quase aversão dos analistas a utilizar sua ação e seu gesto como via mensageira, levando-os a negar ou cindir as vivências que podem veicular.

Se aqui nos aproximamos de uma área perigosa, fronteira, onde há o risco de ultrapassagem de limites que a princípio não devem ser ultrapassados, “quando esses efeitos podem ser tolerados e transformados, tende a ocorrer uma evolução que aponta em direção ao fundo da vida psíquica tanto do analisando como do analista” (Boraks, 2012, p. 62). Dito de outra forma, o que acontece é que eventualmente o analista ultrapassa esses limites, involuntariamente, e depois, quando se põe a pensar sobre isso, descobre que algo muito rico, e fundamental, aconteceu –como nos recortes clínicos ora apresentados, em que a comunicação só foi bem-sucedida quando o corpo do analista entrou na conversa.

Godfrind-Haber e Haber (2002) comentam uma situação clínica em que o analista se via, involuntariamente, respondendo com excesso de ações às solicitações de um paciente extremamente atuador. As reações do analista iam desde falar demais até atender imediatamente a pedidos concretos do paciente, como o de lhe passar uma caixa de fósforos ou de lhe dar um “trocado” para pegar o ônibus. O analista não podia escapar a uma espécie de imperativo interno de agir assim, e essa curiosa reação se manteve até o dia em que o analista foi pego de surpresa por sua atitude de finalmente fazer oposição a um pedido do paciente.

Nesse exemplo, sugerem os autores, a permanência, por certo período, das respostas ágeas do analista evidenciaria a potência da identificação projetiva associada às ações do paciente. Por outro lado, essa forma de agir do analista, ainda que desrespeitando a regra de abstinência, talvez não tenha sido um erro, mas sim representado benefício para o analisando. O analista teria inconscientemente se adaptado às necessidades primordiais do analisando, garantindo uma segurança –ou confiança– de base através da troca ágea. Essa experiência teria instaurado um intercâmbio propício ao desenvolvimento da simbolização, confirmando a hipótese de que, na análise dos casos-limite, “o trabalho propriamente psicanalítico parece subordinado a uma fase de reconstituição de uma ‘pele psíquica’, fase onde predomina a interação atuada” [grifo do autor], (Roussillon, 1995, p. 198).

Resumo

O artigo investiga aspectos da experiência transferencial na clínica dos casos-limite. Parte-se do pressuposto de que, para compreender os estados-limite, o analista não deve centrar-se apenas na concepção tradicional de transferência, já que não há subjetivação suficiente para garantir suas bases. Tendo em vista a importância das dimensões não-verbal e fusional da transferência, ressalta-se a necessidade de examinar a dinâmica analista-analisando que se caracteriza pela



presença das atuações como principal forma de comunicação e pela alta carga afetiva circulando entre a dupla, pressionando o analista a agir também. Nesse contexto, e a partir de recortes clínicos, demonstra-se a importância das ações e dos gestos não só do paciente, mas também do analista, mostrando que este pode responder às atuações desde o lugar solicitado pela fantasia do analisando, ou deslocar-se dessa posição e agir de forma original, em uma experiência em que “o ato chama o ato”, mas a cena atual é inédita.

Palavras-chave: *Clínica, Transferência, Borderline, Atuação.*

Abstract

The paper investigates aspects of the transference experience in the borderline cases clinic. This is on the assumption that, to understand the borderline cases, the analyst should not focus only on the traditional definition of transference, as there is no subjectivity enough to ensure their bases. Given the importance of the non-verbal and fusional dimensions of the transference, it emphasizes the need to examine the dynamics analyst-analysand characterized by the presence of actions as the main form of communication and by high emotional charge present in the sessions, pressing the analyst to act, too. In this context, and from clinical vignettes, the paper demonstrates the importance not only of the patients' actions and gestures, but also of the analyst's, showing that it can respond to actions from the place requested by the fantasy of the patient, or move from this position and act in an original way, building an experience in which “the act calls the act” but the current scene is unprecedented.

Keywords: *Clinic, Transference, Borderline, Acting.*

Referências

- Boraks, R. (2012). Psicossomática comunicação deformada. *Rêverie Revista de Psicanálise*, 5(1), 55-65.
- Botter, I. (2012). *Fundamentos metapsicológicos da constituição do espaço psíquico e a elaboração de um sentido terapêutico do tratamento psicanalítico*. (Tese inédita de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Coelho Junior, N. E., & Getlinger, P. V. (2006). Fronteiras no trabalho clínico com casos-limites. *Jornal de Psicanálise*, 39(71), 151-168.
- Figueiredo, L. C. (2000). O caso-limite e as sabotagens do prazer. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 3(2), 61-87. Recuperado de http://www.psicopatologiasfundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n2/o_casolimite_e_as_sabotagens_do_prazer.pdf
- Figueiredo, L. C. (Outubro, 2013). Comentário. Conferência: *Clínica psicanalítica contemporânea: Desafios e perspectivas do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo*.
- Freud, S. (1996). O inconsciente. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol XIV, pp. 185-223). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Garcia, J. C. (1998). *O ato analítico e seu potencial de simbolização*. (Tese inédita de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Godfrind, J. (2008). Lacte, allié ou enemi de la symbolisation. In B. Chouvier & R. Roussillon (Eds.). *Corps, acte et symbolisation: Psychanalyse aux frontières* (pp. 39-50). Bruxelas: Groupe De Boeck.
- Godfrind-Haber, J., & Haber, M. (2002). L'expérience agie partagée. *Revue Française de Psychanalyse*, 66(5), 1417-1460.
- Green, A. (1975). O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In A. Green, *Sobre a loucura pessoal* (pp. 36-65). Rio de Janeiro: Imago.
- Milner, M. (1952). O papel da ilusão na formação simbólica. In M. Milner, *A loucura suprimida do homem são: Quarenta e quatro anos explorando a psicanálise*. (pp. 89-117). Rio de Janeiro: Imago.
- Pontalis, J.-B. (2005). *Entre o sonho e a dor*. Aparecida: Ideias & Letras.
- Roussillon, R. (1995). *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: Teoria e clínica*. Aparecida: Ideias & Letras.
- Winnicott, D. W. (1960). Contratransferência. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 145-151). Porto Alegre: Artmed.
- Zygouris, R. (Abril, 2011). *Simbiose e interpretação*. Trabalho apresentado em conferência do Centro de Estudos Psicanalíticos (CEP), São Paulo.