

Clivagem e idealização: sobre o luto impossível nas patologias limítrofes

Splitting and idealization: on the impossible mourning in borderline pathologies

Luiza da Costa Mendes*

Claudia Amorim Garcia**

Resumo: Este artigo consiste numa discussão sobre o destino do objeto nos casos-limite, diante das dificuldades envolvidas nas relações primárias com o objeto absolutamente necessário. Quando, em um momento muito primitivo de despreparo subjetivo, este objeto falha sucessivamente em desempenhar suas funções de modo adequado, a constituição psíquica é marcada por traumatismos primários, clivagens e idealizações que entram o luto. Como consequência, observa-se uma desorganização no interior do aparelho psíquico que impede a construção de um espaço de ausência propício ao surgimento de representações que estruturam o pensamento.

Palavras-chave: Casos-limite. Traumatismo primário. Luto. Clivagem. Idealização.

Abstract: *This paper intends to discuss the vicissitudes of the object in borderline patients faced with difficulties involved in primary relationships with the absolutely necessary object. When this object successively fails to perform its functions adequately in a very primitive moment of subjective helplessness, the psychic constitution is marked by primary traumatismos, splittings and idealizations that hinder mourning processes. As a result, there is a disruption in the psychic apparatus that prevents the construction of an empty space that favors the emergence of representations that structure thought.*

Keywords: *Borderline-cases. Primary traumatismos. Mourning. Splitting. Idealization.*

* Psicanalista, mestre Psicologia Clínica/PUC-Rio. Psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro-RJ-Brasil).

** Psicanalista, doutora Psicologia Clínica/Wright Institute, Berkeley, membro efetivo/Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ), profa. associada Programa de Pós-Graduação Psicologia Clínica/Departamento de Psicologia da PUC-Rio (Rio de Janeiro-RJ-Brasil).

A clínica psicanalítica tem sido insistentemente povoada por múltiplas modalidades de sofrimento, de cunho narcísico, que se apresentam no cenário contemporâneo de forma frequente. Desde o início dos anos 60, o perfil de demanda clínica vem se modificando em função de configurações psicopatológicas marcadas por uma diversidade de sintomas que funcionam como remendos narcísicos que buscam incessantemente aplacar as marcas traumáticas causadoras de graves fissuras no eu (ROUSSILLON, 1999; GARCIA, 2005/2010; CARDOSO, 2006/2010). A variedade dos enfoques presentes nas literaturas francesa e anglo-saxônica está intimamente relacionada à magnitude da constelação sintomática destes pacientes, denominados de casos-limite, que, em geral, apresentam uma tonalidade depressiva de humor atrelada à comportamentos somáticos e aditivos relacionados à transtornos na esfera do pensamento.

André Green foi um autor que, ao longo de sua produção teórica forneceu substância e consistência às discussões sobre a multiplicidade dos aspectos clínicos das patologias limítrofes, ressaltando significativamente a importância de uma construção teórico-clínica, na qual teoria pulsional e teoria das relações objetais encontram-se firmemente costuradas (GARCIA, 2007/2010). Nesta perspectiva, e empenhados na tarefa de destrinchar estes fenômenos, Green e Donnet, em 1973, associaram a dinâmica fronteira a um núcleo psicótico sem delírio denominado de psicose branca (DONNET; GREEN, 1973). Esta designação se destinava a circunscrever pacientes que apresentavam sintomas diversos e aparentemente banais que recobriam, perigosamente, um sério prejuízo no funcionamento psíquico, estreitamente articulado à fragilidade dos limites psíquicos presente nos casos limite.

A importância, então, de definir limite como um conceito se impõe e reside não apenas no interesse teórico-clínico em delimitar dois ou mais espaços, mas, “[...] sobretudo, ver quais serão as passagens, as transgressões que poderão ocorrer de um espaço para o outro, e nos dois sentidos” (GREEN, 1986a/1990, p. 19). O limite não é, portanto, apenas uma linha divisória ou uma simples fronteira que separa um espaço do outro, mas sim uma rica noção que aponta para um território de trocas, no qual se produzem transições e transformações (GREEN, 1986a/1990). Sua fragilidade, resultante do processo de constituição psíquica centrado na relação com o objeto primário, é elemento central na delimitação do que convencionalmente denominamos de clínica dos limites.

A fragilização dos limites psíquicos, característica da clínica dos pacientes limítrofes, se relaciona à centralidade da clivagem, associada à idealização,

como um mecanismo radical de negativização, que atua no sentido de enquistar as experiências traumáticas primitivas, interferindo no processo de constituição de um espaço psíquico pessoal. A clivagem e a idealização estão presentes, evidentemente, em qualquer processo de constituição psíquica podendo, portanto, contribuir igualmente tanto para a estruturação quanto para a desestruturação subjetiva. Em circunstâncias favoráveis, protegem o espaço psíquico, ainda incipiente, do excesso de tensão, efeito da ocupação pelo objeto primário a que Green se refere como objeto absolutamente necessário (GREEN, 1986a/1990; 1988a/2010), indispensável ao processo de estruturação psíquica, na condição de que se deixe esquecer. Nas patologias limítrofes, no entanto, não se dá o apagamento necessário do objeto o que resulta no uso extremado da clivagem, levando à imobilização e à idealização do objeto absolutamente necessário. Instaura-se, assim, no que seria o espaço psíquico representativo, uma cripta secreta (TOROK, 1968/1995) que preserva o objeto como se este estivesse hibernando (GREEN, 1980/1988), sem acesso à representação. De fato, este processo dificulta significativamente a capacidade de construir representações e, portanto, o pensamento se mostra bastante prejudicado nestes pacientes, como atesta sua dificuldade de fazer uso do enquadre analítico classicamente definido.

Deste modo, devido à extrema importância dos mecanismos de clivagem e idealização nos casos-limite, este trabalho concentrou-se em compreender as especificidades destas estratégias defensivas que buscam preservar, ainda que precariamente, o território psíquico devastado pelos estados traumáticos primários (ROUSSILLON, 1999).

A clivagem como medida de sobrevivência

A clivagem do eu, enquanto divisão psíquica, é destrinchada por Freud principalmente nos artigos sobre o *Fetichismo* (1927/1996), *A divisão do ego no processo de defesa* (1938a/1996) e *Esboço de psicanálise* (1938b/1996), estando mais associada à problemática das psicoses e do fetichismo. No entanto, como ressalta Garcia (2012) no trabalho sobre o narcisismo em 1914, Freud já apontava a existência de uma divisão do eu entre uma parte que observa e outra que é observada, processo responsável pelo desencadeamento da operação de recalque. Em 1920, com a introdução da segunda teoria pulsional, o conceito de clivagem passa a ocupar um lugar de destaque no contexto do trauma e da pulsão de morte, mas é, principalmente em 1927, e, posteriormente, nos trabalhos de 1938 que uma discussão mais pormenorizada aparece. Assim, em 1927,

o fetichista é caracterizado por uma divisão psíquica que resulta das atitudes concomitantes de recusa e aceitação da ausência do pênis, “o que, de resto, pode se dar também em relação a outras situações traumáticas cuja percepção é igualmente recusada pelo eu”, afirma Garcia (2012, p.18) ao se referir à menção de Freud à reação clivada de dois meninos à morte do pai. Neste sentido, Garcia (2012) remarca a ampliação do conceito que, inicialmente restrito ao âmbito da castração, passa, ao longo da obra freudiana a se referir também a outras situações, sempre mantendo sua função de divisão. O mesmo ocorre no trabalho de 1938 sobre a divisão do eu no qual o modelo padrão utilizado por Freud é a recusa à castração, mas onde, no entanto encontramos a afirmação freudiana de que “não abrange todos os modos possíveis de causação” (FREUD, 1938, p.309 *apud* GARCIA, 2012, p. 18). É neste contexto então que uma primeira definição formal de clivagem do eu é apresentada centrada na reação do fetichista à percepção da ausência do pênis e, portanto, como uma estigma da perversão. No entanto, o reconhecimento e o não reconhecimento perceptivos, persistindo lado a lado, também podem redundar numa divisão no eu que não é exclusivamente fruto de uma resposta à castração, mas pode ser também uma resposta defensiva que se ergue diante de situações traumáticas com a finalidade de preservar o eu de experiências dolorosas (FREUD, 1938a/1996; GARCIA, 2012).

É somente no *Esboço* (1938b/1996), em uma ampla discussão sobre a divisão na psicose, que Freud aproxima a clivagem dos estados neuróticos, apontando sua função defensiva de corte ou ruptura. Sendo assim, qualquer percepção que causa desprazer é negada ou recusada desencadeando uma divisão psíquica que é própria do fetichista, do psicótico mas também do neurótico. Então, o conceito de clivagem, nascido no cerne da discussão sobre o fetichismo, marca central da perversão, passou a ser também associado à clínica das psicoses, adquirindo, finalmente, uma enorme importância dentro dos quadros neuróticos (GARCIA, 2012).

A ampliação do conceito de clivagem ao longo do texto freudiano, tanto no que se refere à causação quanto à pertinência às diferentes configurações clínicas nos conduz à discussão sobre a clivagem nos casos limites. De fato, na literatura psicanalítica parece haver um consenso de que a clínica dos casos-limite é centrada em traumas muito primitivos que suscitam sucessivas clivagens destinadas a amenizar a angústia e a dor que essas vivências comportam (ROUSSILLON, 1999; GREEN, 1980/1988; FIGUEIREDO, 2003/2008). Assim, o excesso pulsional a que esses sujeitos estão submetidos devido aos traumatismos primários faz com que o fronteiro, na urgência de dar um contorno ao transbordamento,

recorra insistentemente à clivagem em um movimento repetido de disjunção emergencial. Deste modo, a clivagem tem a função de proteger e conservar uma zona secreta, um espaço de não-contato “em que seu self real está protegido” (GREEN, 1975/1988, p.45), mantido longe das marcas traumáticas (ROUSSILLON, 1999; GARCIA, 2005/2010; CARDOSO, 2006/2010).

Segundo Green (1977/1988), a clivagem no fronteiroço se apresenta de duas maneiras: clivagem entre o psíquico e o não psíquico (que engloba soma e mundo exterior) e clivagem dentro da própria esfera psíquica. No primeiro caso o efeito da clivagem resulta na impressão equivocada de uma flexibilidade nas fronteiras, na verdade, uma pseudo-flexibilidade que opera como uma flutuação de expansão e retração egóica. Tanto na expansão narcisista quanto no retraimento esquizóide experimenta-se a ameaça de perda de controle sobre si-mesmo seja por uma super exposição de uma superfície ampliada ou por um empobrecimento egóico decorrente de sua contração. Segundo Figueiredo (2003/2008), este movimento de expansão e retração egoicos corresponde à oscilação entre a angústia de fusão/invasão e a angústia de abandono/separação tão freqüentes na clínica dos pacientes limítrofes.

No segundo caso, a clivagem se apresenta como uma fragmentação do eu em diferentes núcleos que não se comunicam: “estes núcleos podem receber a designação de arquipélagos” (GREEN, 1977/1988, p. 85). Tal metáfora nos remete à falta de unidade, coerência e comunicação entre os elementos cindidos do eu. São os espaços vazios entre os arquipélagos que vão caracterizar a constelação psicopatológica do paciente fronteiroço enquanto “uma coexistência de pensamentos, afetos, fantasias contraditórias, mas, além disso, subprodutos contraditórios do princípio do prazer, do princípio da realidade, ou de ambos” (GREEN, 1977/1988, p. 85). Os núcleos incomunicáveis que se formam no psiquismo representam verdadeiros entraves ao pensamento. Assim, um discurso vazio, repleto de palavras desconexas, sem encadeamento como um “colar de pérolas sem fio” (GREEN, 1977/1988, p.85), expressa eloqüentemente a dificuldade de representar e de expressar afetos, aspectos característicos do paciente fronteiroço que indicam a prevalência do mecanismo de clivagem. Antes de qualquer coisa, no entanto, clivagem resulta numa amputação ampla no eu que atinge não apenas o não representado ou mesmo as representações pulsionais destrutivas mas também outras partes importantes do espaço egóico. O fronteiroço também faz uso da clivagem como uma forma de compensar sua incapacidade de suportar a ambivalência, condição que pressupõe a possibilidade de experienciar conflitos, capacidade que o paciente limítrofe não apresenta em função de sua frágil delimitação psíquica.

Remarcando a especificidade da clivagem nas patologias limítrofes, Garcia (2012), lembra que a clivagem, no que tange ao aspecto edípico, provoca uma bi-triangulação (GREEN, 1975/1988, 1977/1988) na qual o objeto é cindido em duas partes devido à sua qualidade afetiva, diferentemente da triangulação edípica clássica que obedece ao critério da diferença sexual. Sobre a bi-triangulação Green afirma:

[...] nas pessoas fronteiriças, existe uma divisão entre os dois genitores lado a lado com as noções do “mau” e do “bom”, o “persecutório” e o “idealizado”; um genitor é sentido como “totalmente mau” e o outro como “totalmente bom”. Neste relacionamento o objeto paterno (ou materno) “bom” é percebido como fraco e ineficiente e a supervalorização da idealização do bom não ajuda contra a “maldade” onipotente do outro genitor. O medo de que o abandono pelo objeto paterno intrusor “mau” não levará a nenhum outro lugar senão a um deserto, e de que o objeto “bom” idealizado está indisponível, por demais distante e incerto, leva o paciente fronteiro a um dilema insolúvel (GREEN, 1977/1988, p. 87).

Nestes casos, portanto, a diferença se faz notar através das qualidades bom e mau referidas à dupla angústia de intrusão e separação. As angústias de intrusão apontam a presença do objeto mau e persecutório, enquanto as angústias de separação indicam a existência do objeto bom, idealizado e inacessível. Há, portanto, nas triangulações presentes nas patologias limítrofes, um objeto bilateral (GREEN, 1977/1988) clivado em duas partes simetricamente opostas que encenam oscilações dramáticas na dinâmica fronteira, na qual o mau articula-se à onipresença e o bom à inacessibilidade.

A clivagem patológica observada nos pacientes limítrofes difere, de fato, significativamente da clivagem estruturante presente em constituições subjetivas neuróticas cujo caráter protetor e funcional frente às situações de perda é ressaltado por Bayle (2009). Negar a ausência do objeto e idealizar o que foi perdido são reações iniciais esperadas e necessárias que ajudam no processo de cicatrização da perda. Sendo assim, são os mecanismos de clivagem e idealização que, inicialmente, vão auxiliar o trabalho de luto amenizando a dor e a angústia. Neste sentido Bayle (2009) afirma que: “O objetivo do processamento da perda é criar uma parte clivada do ego que vai manter viva a crença na sobrevivência psíquica, atuando em certa medida como um tampão inserido no local em que a perda foi sentida, onde a hemorragia ocorreu (BAYLE, 2009, p. 28, *tradução nossa*).

A descarga de libido que sucede após a perda necessita ser estancada, via clivagem, a partir da construção de um espaço ainda habitado pelo objeto que foi perdido e que, temporariamente, precisa ser mantido vivo até que o sujeito seja capaz de processar o advento da perda. O trabalho da clivagem, no entanto, quando indefinidamente prolongado, como ocorre nas patologias limítrofes, pode ocasionar um enfraquecimento do eu que esgota suas possibilidades de investimento imbuídas na manutenção da própria clivagem (GARCIA, 2012). Nestes quadros, a clivagem passa, então, a ser desorganizadora e destruturante provocando um sofrimento narcísico-identitário (ROUSSILLON, 1999) associado a um além do princípio do prazer (FREUD, 1920/1996), oriundo de estados traumáticos primários. Discutindo sobre o funcionamento psíquico de pacientes narcisistas Roussillon (1999) afirma:

Certas partes da vida psíquica não são recaláveis porque não são representadas [...] são “inconscientes”, isto é, não integradas à subjetividade. [...] Estas experiências psíquicas “inconscientes” ainda que não recalçadas, afetam o narcisismo e a relação à falta de uma outra maneira [...] elas estão na origem disso que chamo de sofrimentos narcísicos-identitários, que são mais bem caracterizados por uma falta a ser do que por uma falta no ser (ROUSSILLON, 1999, p. 13, *tradução nossa*).

A falta a ser apontada por Roussillon (1999) expressa intensamente a problemática identitária presente nas dificuldades na separação eu/outro, no processo de subjetivação e na estruturação do pensamento. Dando seguimento a esta discussão, e preocupado em remarcar a relevância do caráter irrepresentado do clivado, Roussillon postula dois tipos de clivagens que se destinam a diferentes finalidades: a clivagem “do” eu, pautada na descrição de divisão freudiana, e a clivagem “ao” eu, marca central do funcionamento psíquico do paciente limítrofe. “(...) a clivagem que descrevemos dilacera a subjetividade entre uma parte representada e uma parte não representada, é mais uma clivagem “ao” eu do que uma clivagem do eu” (ROUSSILLON, 1999, p. 21, *tradução nossa*).

Nestes casos, o corte que é efetuado na subjetividade tem como principal objetivo enquistar a experiência dolorosa, deixando uma parte conectada com a realidade externa e uma outra alienada à lógica do desespero (GREEN, 1979/1988) causada pela efração pulsional oriunda da situação traumática. Este processo gera a criação de uma “(...) espécie de zona branca, vazia (...) que tem como efeito a desorganização da relação dele, sujeito, consigo

mesmo, desorganizando também a reflexividade” (ROUSSILLON, 2008, p. 20, (tradução nossa).

A alienação de si causada pela clivagem, contudo, não se mostra como uma solução eficaz no que tange a manter distante do espaço egóico as partes não representáveis da experiência, já que estas forçosamente insistem em se fazer integrar. Neste sentido, o retorno do que foi clivado incide drasticamente no eu, empobrecendo-o e fragilizando-o em uma dinâmica que exige uma intensa neutralização energética (ROUSSILLON, 1999) que se apresenta como uma defesa radical. A sobrevivência psíquica depende, muitas vezes, desta intensa neutralização, uma vez que os investimentos objetivos ameaçam a reativação do doloroso estado traumático primário. O retorno dos elementos clivados “é acompanhado por sentimentos de grave ameaça, de ‘desamparo’ (a *Hilflosigkeit*, de Freud), ‘aniquilação’ (KLEIN, 1946), ‘terror inominável’ (BION, 1962), ‘desintegração’ ou ‘agonias’ (WINNICOTT, 1958; GREEN, 1977/1988, p. 84).

Deste modo, podemos constatar a diferença que se estabelece entre o retorno do recalçado e o retorno do que foi clivado. No âmbito do recalque este retorno causa angústia, ainda que intensa, enquanto na clivagem este retorno incita sensações de desespero que ameaçam e comprometem a vida psíquica de forma insuportável. Na operação de recalque, a energia psíquica encontra-se retida e os elos permanecem intactos, estando apenas recombinados com outras representações ou afetos. As combinações originais no elo associativo são substituídas por outras, no entanto, a função vinculadora é preservada, pois ela é apenas transformada e não danificada. Na clivagem, por outro lado, “[...] os elos são destruídos ou de tal forma prejudicados, que somente através de um intenso esforço o analista pode adivinhar o que poderiam ter sido” (GREEN, 1977/1988, p.84).

Então, diferentemente da clivagem freudiana, que aponta para uma divisão no eu que gera duas atitudes antagônicas frente à castração, a clivagem nas patologias limítrofes se anuncia na direção de uma exclusão de uma parte do espaço pessoal através de um corte na subjetividade que dilacera uma extensão importante do psiquismo (ROUSSILLON, 1999), mas também se processa nos moldes do modelo kleiniano de divisão entre objeto bom idealizado e inacessível e objeto mau intrusivo, como aponta Green (1975/1988, 1977/1988) ao discorrer sobre a bi-triangulação. Assim, a leitura de André Green sobre a clivagem intrapsíquica e intersubjetiva que ocorre nas patologias limítrofes, ou mesmo as concepções de Roussillon acerca do traumatismo primário e do dilaceramento subjetivo, nos remetem, à clivagem kleiniana, mecanismo que incide no objeto dividindo-o em bom e mau, idealizado e persecutório (GARCIA, 2012).

A idealização como forma de purificação

A concepção de objeto idealizado foi introduzida na psicanálise primeiramente por Freud para caracterizar determinados fenômenos como o apaixonamento (FREUD, 1914/1996), o estado de hipnose e a relação das massas com seu líder (FREUD, 1921/1996). A importância deste conceito está diretamente relacionada à postulação das instâncias ideais – eu ideal e ideal de eu – e ao surgimento das noções de superego, identificação, introjeção e projeção (BARANGER, 1956). Posteriormente, os trabalhos da Escola Inglesa, principalmente as contribuições kleinianas, impulsionaram e complementaram a noção de objeto idealizado, conferindo-lhe um enorme destaque no arcabouço teórico psicanalítico. Podemos afirmar que na psicanálise contemporânea o mecanismo de idealização vem se revelando como peça chave para a compreensão dos pacientes esquizóides e fronteirios.

Nos textos freudianos, as instâncias ideais, derivam diretamente da concepção de objeto idealizado de modo que o eu ideal e o ideal de eu caracterizam-se pelas formas que a libido narcísica assume, sendo a primeira referida à onipotência máxima de um eu infantil idealizado, enquanto a segunda se apresenta como um referencial externo, algo que se impõe de fora e se coloca diante do eu como o seu ideal. O descentramento do eu ideal para o ideal de eu só é possível mediante a experiência de castração que viabiliza a formulação desta segunda instância.

Deste modo, enquanto a dinâmica do eu ideal aponta essencialmente para uma dinâmica pré-edípica, a instância do ideal de eu opera no registro do pós-edípico.

A partir de Freud, podemos, então, compreender centralidade da idealização na constituição das instâncias ideais que orientam o processo da constituição do sujeito, projetando-o em uma temporalidade regida, em última análise, pela lógica do narcisismo que oscila entre a imagem de um passado pleno, repleto de felicidade, que foi perdido, e um futuro promissor a ser alcançado que visa o resgate da plenitude perdida da infância.

Em *Psicologia de grupo e análise a do ego* (1921/1996), Freud retorna ao processo de idealização a partir da perspectiva do apaixonamento e da hipnose. No estado de apaixonamento o objeto é tratado como se fosse o próprio eu, de forma que em algumas situações este objeto pode acabar substituindo o ideal não alcançado do eu. Trata-se de um objeto que se apoderou completamente do eu e de um eu que se deixou absorver inteiramente pelo objeto. Nesse sentido, o eu se empobrece e se torna cada vez mais humilde e menos

exigente, sacrificando-se em prol de um objeto que é admirado e exaltado, elevado a sua máxima potência. “O objeto, por assim dizer, consumiu o ego” (FREUD, 1921/1996, p. 123).

Dando continuidade ao desenvolvimento freudiano, nos trabalhos kleinianos a idealização é definida como um processo pelo qual os aspectos bons do objeto são exagerados e elevados a sua máxima potência com a finalidade de salvaguardar o eu primitivo de toda a angústia e temor causado pelos aspectos maus e perseguidores do objeto (KLEIN, 1948/1996). Assim, o seio bom se torna o seio ideal e, satisfaz o desejo de voracidade havendo sempre uma gratificação imediata, contínua e ilimitada. É então, a partir desse processo que surge fantasia de um seio perfeito, gratificante, inesgotável e sempre à disposição do bebê (KLEIN, 1948/1996).

Deste modo, a idealização na obra kleiniana tem a função não só de proteger o eu, fornecendo um refúgio contra as angústias primitivas provenientes da ameaça dos possíveis ataques do objeto perseguidor, como também permite ao eu se sobrepor à angústia depressiva, angústia que expressa o medo de que os objetos amados, assim como o próprio eu, sejam destruídos (KLEIN, 1940/1996). O combate à perda do objeto bom é realizado através da construção de fantasias onipotentes que visam controlar os objetos maus e ameaçadores, bem como restaurar os objetos bons e amados. Essas fantasias produzem no eu uma sensação de possuir e reter, dentro de si, o objeto idealizado, para sempre gratificante (KLEIN, 1940/1996; BARANGER, 1956).

O caráter de perfeição conferido aos objetos bons vai de encontro ao pavor excessivo desencadeado pelos aspectos perseguidores do objeto e, nesse sentido, a idealização está estreitamente relacionada à negação (KLEIN, 1940/1996). No que tange à posição depressiva, esta negação parcial e temporária é, inicialmente, fundamental para o eu, que ainda não consegue suportar a ameaça de desastre subjetivo que advém intensamente quando a posição depressiva encontra seu ápice. “A onipotência, a negação e a idealização (...) permitem que o ego primitivo se levante até certo ponto contra seus perseguidores internos e contra uma dependência submissa e perigosa em relação aos objetos amados” (KLEIN, 1940/1996, p. 392).

Sendo assim, tanto em Freud quanto em Klein, a idealização do objeto vai estar presente em todo processo de constituição subjetiva. Quando a satisfação apazigua as angústias primitivas, o caráter mau e persecutório do objeto é mitigado havendo uma diminuição da necessidade de idealizar os objetos bons (BARANGER, 1956). Por outro lado, o mecanismo de idealização será mais intenso, podendo se tornar patológico, em situações nas quais a frustração e a

angústia de perseguição, por parte do objeto mau, dominam o cenário psíquico (KLEIN, 1940/1996).

Deste modo, a idealização se torna excessiva e patológica em constituições psíquicas marcadas por traumatismos primários que desorganizam os limites no interior do aparelho psíquico interferindo drasticamente na relação sujeito/objeto. Em configurações subjetivas pautadas em traumas desestruturantes a necessidade de exaltar o objeto bom ou os fragmentos deste, revestindo-o de fantasias de perfeição, está diretamente relacionada às intensas e insuportáveis frustrações experimentadas no início da vida. O amor gelado (GREEN, 1980/1988), o ódio e o desinvestimento, traços característicos das situações traumáticas primárias, provocam, frequentemente, clivagens e idealizações que constroem um novo objeto, alucinado, repleto de desejos e fantasias inconscientes onipotentes que o conservam de forma cristalizada, como se este estivesse hibernando (GREEN, 1980/1988). A luz quase delirante que o sujeito projeta sobre este objeto morto psiquicamente é uma tentativa desesperada de forjar vida, reencontrando um sentido, antes perdido, para a existência.

De fato, em configurações psicopatológicas, como a dos casos-limite, a idealização possui esta faceta desestruturante cuja marca é o excesso. Helene Deutsch já afirmava em 1942, ao se referir às personalidades esquizóides, que as intensas fantasias de idealização atribuídas aos pais têm o objetivo de proporcionar um ganho narcísico ausente nos primeiros momentos da constituição psíquica. Para ela, a criança desprovida de afeto – e incapaz de desenvolver uma vida emocional satisfatória – é objeto de sucessivas frustrações decorrentes de experiências negativas provenientes de cada encontro catastrófico com os pais da realidade. A qualidade deste encontro tende a separar cada vez mais estes pais reais das imagos parentais fantasiadas pelo infante, resultando em figuras onipotentes cristalizadas em sua imaginação, radicalmente opostas às figuras da realidade externa. A incompatibilidade entre a percepção objetiva e a representação subjetiva impossibilita o luto dessas imagos parentais idealizadas – que continuarão incrustadas no psiquismo – acentuando a clivagem, emperrando o curso da constituição psíquica e o estabelecimento de novas relações afetivas. A necessidade desesperada de se proteger de um mundo cheio de objetos perigosos está relacionada à ausência de uma identificação onipotente infantil consistente. Em consequência disso, há uma extrema necessidade de idealizar os objetos, mecanismo defensivo que aponta para um narcisismo repleto de feridas incictrizáveis.

Para Green (1988b), as patologias limítrofes também estão inseridas nesta dinâmica e denunciam, para além da questão traumática primária, as especifi-

idades de uma complexa e singular relação entre o objeto real e o objeto da fantasia. Da mesma forma, conforme afirmou Deutsch (1942) a respeito dos pacientes esquizóides, o que está em jogo na problemática limítrofe é uma distorção e uma falta de correspondência entre as experiências reais e as imagos fantasiadas, estas últimas parecendo estar completamente desconectadas da realidade externa. O revestimento fantasmático do objeto absolutamente necessário não é mais colorido pela realidade perceptiva, mas sim ofuscado pelos traumatismos primários que, ao redundarem na clivagem, provocam a cisão entre o ausente idealizado e o presente intrusivo. Como consequência disso, há uma perda da supremacia da realidade objetiva acompanhada de uma inadequada coexistência entre realidade e fantasia que, agora, adquirem indevidamente a mesma importância.

Com efeito, tudo se dá como se o objeto de fantasia, ainda que reconhecido na sua qualidade de objeto da realidade psíquica, co-existisse com o objeto real sem que este último possua o poder de afirmar sua supremacia sobre o outro. Como se uma dupla inscrição dos acontecimentos psíquicos atribuísse uma mesma realidade aos objetos de fantasia e aos objetos reais (GREEN, 1988b, p. 23).

É, portanto, o ruído na correspondência entre objeto interno e objeto externo que provoca uma separação brutal e uma falta de comunicação entre as imagos idealizadas e a dimensão real do objeto. Este abismo é mantido pelas sucessivas operações de clivagem que separam, cada vez mais, a dimensão fantástica da dimensão real do objeto, redundando em um forçoso paralelismo, no qual fantasia e realidade – uma vez desconectadas – estão em pé de igualdade.

Diferentemente de Green, que atribui o mesmo peso ao objeto da fantasia e ao objeto real nos casos-limite, Aulagnier (1979/1985) destaca a preponderância da realidade fantasmática em detrimento da realidade objetiva em quadros nos quais a idealização patológica é proeminente. Para a autora, o que parece caracterizar o funcionamento psíquico desses sujeitos é, sobretudo, uma idealização alienante provocada por uma contradição entre o objeto interno fantasiado e o objeto externo real (AULAGNIER, 1979/1985).

Em *Os destinos do prazer*, Aulagnier (1979/1985) descreve os estados de alienação como característicos de relações assimétricas, que satisfazem conjuntamente – ainda que ilusoriamente – os objetivos de *Eros* e *Tânatos*, produzindo um precário intrincamento pulsional que silencia o conflito e, conseqüentemente, toda possibilidade de sofrimento psíquico que dele possa

advir. Diferente do amor, entendido enquanto produto de relações simétricas, o estado de alienação consistiria em uma “patologia da idealização e, portanto, da identificação” (AULAGNIER, 1979/1985, p.35) no sentido de uma adesividade irrestrita e global em lugar de um laço emocional (FREUD, 1921) necessariamente ambivalente e estruturante no processo de constituição psíquica. Nesse sentido, alienar o próprio pensamento ao pensamento do outro não significa uma adaptação saudável ou uma via enriquecedora para a solução de conflitos, mas, ao contrário, implica em um esvaziamento e em uma anulação de seus próprios ideais prejudicando todas as partes da atividade do pensar.

Aulagnier (1979/1985) define o estado de alienação como

[...] um destino do Eu e da atividade de pensar que visa a um estado a-conflitual, através da abolição de todas as causas de conflito entre o identificador e o identificado e, também, entre o Eu e seus ideais, o que implica visar à abolição de qualquer conflito entre o Eu, seus desejos e os desejos do Eu dos outros por ele investidos. [...] ao abolir toda a situação de conflito, aboliria também toda a causa de sofrimento [...] eu diria, então, que o estado de alienação representa o extremo limite que pode alcançar o Eu na realização deste desejo, sendo o caráter de limite determinado pelo fato de que mais um passo nesta direção implicaria a morte efetiva do pensamento e, portanto, do próprio Eu (AULAGNIER, 1979/1985, p. 34).

O desinvestimento da atividade de pensar e o desejo de morte do pensamento implícito nas tentativas de abolição do conflito e do sofrimento psíquico, inerentes ao sujeito, estão no cerne da problemática da alienação. O recurso à alienação tem suas origens na necessidade de se preservar intacta a idealização das imagos dos pais até que se encontre alguém capaz de servir de suplência para tal imago e sobre a qual o sujeito possa enfim projetá-la. Muitas vezes, é apenas desse modo que se obtém certo nível de narcisização, à custa do outro que funciona como prótese, na medida em que a valorização de si talvez possa se efetivar por intermédio desse outro maciçamente idealizado.

Esta dinâmica de funcionamento encontrada nos casos-limite nos mostra que, diante de investimentos libidinais parentais inconstantes e falhos, estes pacientes acabam estabelecendo relações turbulentas, excessivas e assimétricas – seja com o analista ou com objetos de seu amor, ou melhor, de sua necessidade – como forma de estabelecer uma relação de proximidade, na tentativa desesperada de constituir o objeto de desejo. Sendo assim, o fronteiro experimenta um paradoxo: ao mesmo tempo em que relações passionais possibilitam uma espécie de (re)encontro, ainda que tumultuado com o outro, é

também responsável por desfazer este encontro de forma trágica, causando intensa desilusão e sofrimento.

As relações assimétricas (AULAGNIER, 1979/1985; CARDOSO, 2005/2010, 2007/2010), características destes pacientes, lançam o sujeito em uma dependência absoluta em relação ao objeto idealizado. Trata-se de uma relação passional, de submissão patológica, na qual o eu é consumido, escravizado e destituído de valor. Sua autonomia é sacrificada em prol da árdua tarefa de manter o objeto purificado, protegido e imaculado. A este respeito Baranger (1966) já esclarecia:

O eu se sente escravo do objeto, não se sente mais valorizado e não possui vida própria, se reduz a uma crosta superficial, a uma casca envolvendo o objeto idealizado. [...] o objeto idealizado está enquistado dentro do eu que se subordina compulsivamente a sua preservação. [...] o objeto idealizado chega a exercer uma função persecutória. Parasita o eu, o empobrece, o enfraquece, o fascina. Mas não se trata de uma perseguição do mesmo tipo que exerce o objeto mau. Este último tem por finalidade a destruição total, o aniquilamento do eu – enquanto o objeto idealizado quer escravizar o eu, viver às custas dele, fazê-lo totalmente dependente, mantê-lo sempre a mercê. O amo não tem interesse em aniquilar o seu escravo (BARANGER, 1956, p. 31, *tradução nossa*).

Este estado de escravidão e fascinação descrito por Baranger que se estabelece entre o eu e o objeto idealizado em muito se assemelha ao estado de servidão ao “outro” postulado por Cardoso (2005/2010) e aos estados de alienação e paixão teorizados por Aulagnier (1979/1985). Neste sentido, discutindo sobre a passividade radical que ocorre nos estados-limites, Cardoso (2005/2010) afirma que:

Esses sujeitos encontram-se, portanto, passivos, num estado que pode ser considerado como uma paixão mortífera, escravizados, assim, ao domínio do outro ainda que passando ao ato – ato de dominação que pressupõe, paradoxalmente, a cristalização do ego numa situação de radical passividade pulsional. [...] a exacerbação extrema da idealização do objeto, própria à relação passional, remete-nos a uma situação de fascinação no sentido de uma servidão (CARDOSO, 2005/2010, p. 22).

Este estado de servidão mostra que a vulnerabilidade narcísica desses sujeitos os leva a um movimento excessivo de exteriorização em decorrência da

frágil capacidade de interiorização (CARDOSO, 2005/2010, 2007/2010). O processo de interiorização pressupõe a assimilação do objeto (BARANGER, 1956) enquanto estrutura psíquica (GREEN, 1988a/2010), situação que não ocorre nos pacientes limítrofes. Assim, os casos-limite, na tentativa de preencher o esvaziado campo psíquico, ocupado por um objeto oco, se lançam em “uma espécie de abertura desesperada ao outro, para o outro” (CARDOSO, 2007/2010, p.81), processo que visa, em princípio, a um enriquecimento egóico, mas que, paradoxalmente, redundando, por fim, em um empobrecimento subjetivo. A exteriorização é, portanto, marca central destas patologias, nas quais “(...) o objeto é insistentemente procurado no exterior, via compulsão à repetição (CARDOSO, 2007/2010, p. 88).

O que situa o sujeito do lado da assimetria, protótipo da paixão e dos estados de alienação, ou da simetria, protótipo do amor, é a qualidade e a efetividade do trabalho de desidealização (AULAGNIER, 1979/1985). Este trabalho é tão importante quanto o trabalho de idealização, já que ambos fazem parte do processo de constituição psíquica desempenhando papéis cruciais na formação identitária. O eu infantil, após o momento inicial de idealização do objeto, fundamentalmente necessário na construção dos ideais e na contenção das angústias primitivas, deve ser capaz de renunciar às imagos idealizadas de si e das figuras parentais para que um funcionamento egóico próprio possa emergir. É através deste processo que a onipotência infantil pode ser gradualmente abandonada e o reconhecimento da realidade pode se dar sem que haja uma submissão patológica ao objeto interno ou ao meio externo. É, portanto, através do trabalho de desidealização que as relações simétricas amorosas podem se estabelecer como protótipo de relações satisfatórias com objetos substitutos.

[...] o amor pode e deve se diferenciar de uma forma patológica dos investimentos do Eu, porque amar implica e exige que o Eu tenha podido diversificar e preservar um certo número de destinatários de suas demandas de prazer [...]. É necessário que o Eu tenha podido conservar a capacidade de deslocamento, de mobilidade dos investimentos (AULAGNIER, 1979/1985, p. 144).

O trabalho de desidealização, por sua vez, está diretamente relacionado ao trabalho de luto, pois é somente a partir de um processo de desidealização gradativa que o sujeito poderá operar um trabalho de desinvestimento que permite o deslocamento, descentramento do objeto no seu espaço psíquico,

medida necessária a reapropriação de seu próprio capital libidinal e de sua liberdade de fazer novas escolhas. No caso do objeto originário, a desidealização é o recurso que permitirá o reconhecimento e aceitação da existência de um objeto total, portador de características boas e más, gratificantes e frustrantes. O ato de desidealizar vai, portanto, na contramão da clivagem, já que esta trabalha no sentido da idealização, da purificação e cristalização dos objetos.

Assim, desidealização, luto e simetria, segundo Aulagnier (1979/1985), são fenômenos que se articulam e encontram-se diretamente relacionados às constituições psíquicas satisfatórias nas quais o sujeito é capaz de direcionar o seu investimento e também o seu desinvestimento a mais de um objeto. A simetria, consequência profícua do trabalho de desidealização e de luto, pressupõe que sujeito e objeto sejam um para o outro, porém não exclusivamente, fonte de um prazer privilegiado, mas também de um sofrimento igualmente privilegiado (AULAGNIER, 1979/1985).

Nas patologias limítrofes, a impossibilidade de desidealizar e de efetivar o trabalho de luto paralisa o objeto conferindo ao mesmo uma mortífera inacessibilidade, que imediatamente impede a emergência de relações de origem simétrica. Trata-se de um objeto que se tornou um objeto da necessidade, alvo de um maciço investimento típico das relações assimétricas passionais. “O objeto de necessidade é por definição um objeto que não somente se faz inesquecível, mas que se torna tanto mais presente quando dele estamos privados. Quanto menos se dá, quanto menos se faz, tanto mais se existe: estranha álgebra na qual a soma dos menos dá um mais” (AULAGNIER, 1979/1985, p. 206).

O objeto da necessidade é, portanto, este objeto fixo, coisificado, que rege as relações de assimetria em um circuito de servidão/alienação. Esta condição rígida do objeto “[...] traz a marca de um funcionamento de tipo absoluto, poderíamos acrescentar, estado de paixão mortífera” (CARDOSO, 2005/2010, p. 23).

Assim, a primazia da lógica da necessidade em detrimento do desejo está no cerne das patologias narcísicas nas quais predomina a idealização excessiva e patológica do objeto diante de seu desaparecimento abrupto, por morte, abandono ou decepção, situação que leva à precarização dos suportes presentes no campo da realidade objetiva. Nestes pacientes, o enquistamento do objeto idealizado, clivado, representa um entrave ao processo de desidealização e luto, pois o objeto primário não se deixa negativizar (GREEN, 1988a), permanece inerte, congelado e cristalizado, entupindo o espaço pessoal e impedindo a estruturação do pensamento.

Sendo assim, nas patologias limítrofes, em função dos traumatismos primários, a clivagem e a idealização apresentam esta faceta radical e desestruturante, cuja marca é o sofrimento narcísico-identitário (ROUSSILLON, 1999) provocado pela centralidade do objeto no espaço psíquico. É, portanto, este objeto purificado, integralmente bom, imóvel e obstipante, resistente a qualquer tentativa de apagamento ou esquecimento, que leva à inibição das funções de representação e ao bloqueio do pensamento (GREEN, 1975/1988), revelando, eloquentemente, a sua faceta mortífera característica das patologias limítrofes.

Luiza da Costa Mendes

lugamendes@gmail.com

Rio de Janeiro-RJ-Brasil

Claudia Amorim Garcia

clauag@uol.com.br

Rio de Janeiro-RJ-Brasil

Tramitação

Recebido em 17/04/2015

Aprovado em 09/06/2015

Referências

AULAGNIER, P. *Os destinos do prazer: alienação, amor, paixão*. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

BARANGER, W. Asimilación y encapsulamiento: estudio de los objetos idealizados. *Revista uruguaya de psicoanalisis*, v.1, n.1. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1956. p. 26-63.

BAYLE, G. Splitting, processes loss and borderline states. In: BOKANOWSKI, T. ; LEWKOWICZ, S. *On Freud's Splitting of the ego in the process of defense*. London: Karnac Books, 2009.

CARDOSO, M. A servidão ao 'outro' nos estados-limites. In. CARDOSO, M. ; GARCIA, C. *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá, 2010.

_____. A insistência do traumático no espaço psíquico e analítico. In: _____. Curitiba: Juruá, 2010.

_____. A impossível perda do outro nos estados-limites: explorando as noções de limite e alteridade. In: _____. Curitiba: Juruá, 2010.

DEUTSCH, H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quartely*, v.11. New York: The Psychoanalytic Quartely, p. 301- 321, 1942.

DONNET, J. ; GREEN, A. *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1973.

FIGUEIREDO, L. C. O caso-limite e as sabotagens do prazer. In: _____. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

FREUD, Sigmund (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 77-108. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).

_____. (1920). *Além do princípio de prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-75. (ESB, 18).

_____. (1921). *Psicologia de grupo e análise do ego*. p. 79-154. (ESB, 18).

_____. (1927). *Fetichismo*. p. 151-160. (ESB, 21).

_____. (1938a). *A divisão do ego no processo de defesa*. p. 291-296. (ESB, 23).

_____. (1938b). *Esboço de psicanálise*. p. 153-221. (ESB, 23).

GARCIA, C. Trauma e narcisismo negativo: questões para a clínica contemporânea. In: CARDOSO, M. ; GARCIA, C. *Entre o eu e o outro – espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá, 2010.

_____. Os estados-limites e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea. In: _____. _____. Curitiba: Juruá, 2010.

_____. A face clínica do indivíduo insuficiente. In: CARDOSO, M. ; MARRACCINI, E. M. *Limites de eros*. São Paulo: Primavera Editorial, 2012.

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

_____. O conceito de fronteiroço. In: _____. _____. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____. A psicanálise e modos comuns de pensamento. In: _____. _____. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

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

_____. (1986a). Conceituações e limites. In: _____. *Conferências brasileiras de André Green: Metapsicologia dos Limites*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1988a). Seminário sobre o trabalho do negativo. In: _____. *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. (1988b). *Narcisismo de vida* – Narcisismo de morte. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

KLEIN, M. *Obras completas de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1940). O luto e sua relação com os estados maníaco-depressivos. In: _____. *Obras completas de Melanie Klein*, v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 385-412.

_____. (1948). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. In: _____. *Obras completas de Melanie Klein*, v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 44-63.

ROUSSILLON, R. Traumatisme primaire, clivage et liaison primaires non symboliques, in *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF, 1999.

_____. Configuración de los estados limites. *Revista de Psicoanálisis*, v.65, n. 1. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, p. 17-27, 2008.