

# Abraços Partidos: repetição e abertura no vínculo transferencial de pacientes fronteiriços<sup>1</sup>

Patrícia Cabianca Gazire,<sup>2</sup> São Paulo

**Resumo:** No presente trabalho pretendemos relatar situações clínicas de dois pacientes atendidos no AMBORDER<sup>3</sup> em que ocorre a ruptura do *setting* analítico através da experiência com o corpo do analista: o abraço. A partir disso, recorreremos a conceitos fundamentais propostos por Freud a fim de discutir a prática psicanalítica em dois eixos: 1) o que define a escuta psicanalítica? 2) em quanto será preciso modificar os cânones, sobretudo do *setting*, para tratar os pacientes *borderline*?

**Palavras-chave:** fronteiriço; corpo; psicanálise; transferência; contratransferência.

A clínica dos pacientes fronteiriços vem se mostrando um desafio, levando os psicanalistas a questionar se esses pacientes constituem um novo paradigma para a psicanálise, no que se refere ao método, à prática e à teoria. Para Jacques André et al. (1999) essa questão divide os psicanalistas em dois principais grupos. O primeiro (representado principalmente pela escola anglo-saxã) situa o paciente fronteiriço como uma entidade com uma especificidade psicopatológica, ao lado das neuroses e das psicoses. Para esse grupo, Freud é um autor ultrapassado, havendo a necessidade da teoria psicanalítica evoluir e se modificar. O segundo grupo (onde se situa a maioria dos psicanalistas franceses da escola freudiana) entende que, muito embora o atendimento dos pacientes fronteiriços coloque questões na e para a própria psicopatologia psicanalítica – questões essas de ordem metapsicológica e conceitual – Freud continua a ser uma das fontes importantes de questionamento, mesmo que as leituras sejam divergentes e conduzam o pensar psicanalítico a caminhos distintos.

Um dos vértices de meu percurso analítico tem sido o acompanhamento e supervisão de jovens analistas em seus atendimentos a pacientes fronteiriços na instituição universitária – o AMBORDER. O atendimento psicanalítico individual ocorre sustentado por uma rede institucional ampla composta por atendimento psiquiátrico, enfermaria de psiquiatria, CAPS<sup>4</sup> e pronto-socorro psiquiátrico. Além disso, o grupo de jovens analistas se reúne semanalmente com um ou mais psicanalistas, mais experientes, em sessões de supervisão-pesquisa (Roussillon, 2004) a fim de discutirem as situações transferenciais que os colocam frente aos “limites”.

Essa pesquisa clínica institucional resultou em artigos nos quais discorreremos sobre como o método e a técnica analítica são constantemente questionados durante o processo

1 Este artigo é o desdobramento de um trabalho a ser apresentado como tema livre no XXVIII Congresso Latino-americano de Psicanálise, FEPAL, setembro 2010, Bogotá, Colômbia. Uma parte deste artigo foi apresentada no debate com o Dr. Otto Kernberg em conferência ministrada na SBPSP em 15.4.2010.

2 Membro filiado do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP. Psicóloga e doutoranda do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/EPM. Supervisora e professora do AMBORDER.

3 Ambulatório Clínico e de Pesquisa em Psicoterapia Psicanalítica para pacientes com Transtornos da Personalidade do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/EPM. Coordenação: Dra. Julieta Freitas Ramalho da Silva, membro associado da SBPSP.

4 Centro de Atenção Psicossocial.

analítico dos pacientes fronteirços, em vários níveis – ataques e ruptura do *setting*, do vínculo com o analista, desistência do tratamento e da própria vida – de forma que somos levados, por um lado, a repensar constantemente nossa prática e mesmo os próprios conceitos psicanalíticos (Ramalho da Silva et al., 2003; Fiore et al, 2006; Avancine et al., 2005; Ramalho da Silva et al., 2002). Por outro lado, experimentamos situações clínicas que nos remetem à vivacidade de conceitos colocados por Freud no início de seus escritos, voltando a lembrá-los com toda força. Observamos, a todo o momento, questões que nos situam entre um modo mais clássico de ver a psicanálise e seus questionamentos atuais.

No presente trabalho pretendo relatar situações clínicas de dois pacientes atendidos no AMBORDER e supervisionados por mim, em que ocorre a ruptura do *setting* analítico através da experiência com o corpo dos analistas: o abraço. Utilizarei o gesto do abraço como um recurso de difração, à medida que ele produz elementos que ajudam tanto a relatar os casos escolhidos como também a formular as questões por mim perseguidas.

Recorrerei, então, a conceitos fundamentais propostos por Freud a fim de discutir a clínica psicanalítica em dois eixos:

1. O que define a escuta psicanalítica?
2. Em quanto será preciso modificar os cânones, sobretudo do *setting*, para tratar os pacientes fronteirços?

Cabe salientar que entendo a experiência de supervisão como um momento privilegiado para trabalhar e transmitir o método psicanalítico. Ao mesmo tempo, essa experiência suscita em mim efeitos analíticos – pontos contratransferenciais bloqueadores de minha escuta, que me intrigam e me remetem a uma série de reflexões. Assim, embora os casos que ilustram este artigo sejam conduzidos por meus supervisandos, as questões levantadas dizem respeito à minha própria clínica e ao meu percurso como analista.

### Os abraços ternos de Selma

Selma é atendida por uma analista mulher, tem 21 anos, mora desde os 15 em um abrigo da prefeitura e frequenta o CAPS/UNIFESP. Passou por dez internações psiquiátricas em momentos durante os quais vivenciou estados de confusão mental e crises de hetero e autoagressão. Na primeira entrevista para possível início de análise, entrega à analista um caderno que contém cenas desenhadas ao longo dos anos, com seu próprio sangue, provenientes dos cortes que faz em seu corpo. As figuras vão revelando, junto com sua fala retraída, uma história de extremo desamparo: pai falecido na infância, mãe falecida ou desaparecida<sup>5</sup> na infância, avó falecida na adolescência, irmão com problemas de adição.

Desde a primeira entrevista há transferencialmente o anseio por contato intenso, por fusão com a analista e o medo concomitante de “se tornar prisioneira, se sentir sufocada”, de confiar na analista. A analista responde em várias ocasiões oferecendo uma frequência grande de encontros semanais (sentindo a necessidade de proximidade) mas, ao mesmo tempo, teme sufocar Selma, espantá-la com um excesso de contato.

5 Esta dúvida é verbalizada pela paciente.

Selma se ausenta em algumas sessões, e em seguida a analista é informada de que a paciente havia sido internada no pronto-socorro, pois estava confusa, desorientada e dizia que queria dar fim à própria vida.

A seguir, a analista relata o ocorrido:

Quando retorna à análise, Selma parecia estar diferente no contato comigo. Pede desculpas pelas faltas, demonstrando preocupação com o vínculo. Sua “linguagem corporal” também parece ter se modificado. Senta-se na poltrona, me olhando de frente, coloca a mochila entre as pernas movimentando-as como se estivesse embalando um bebê, num vai e vem cadenciado. No decorrer da sessão, sonolenta, sai da poltrona e senta-se no divã, porém de maneira surpreendente: está encolhida, aconchegada ao divã, como se fosse um bebê tentando se envolver pelo colo da mãe. Enquanto fala, fecha os olhos lentamente dizendo estar bastante sonolenta: “... não estou conseguindo ficar de olhos abertos, mas tenho medo de fechá-los porque sinto que tem pessoas atrás de mim”. Pergunto se tem medo de estar dentro da sala e Selma responde: “Não sei... acho que não, mas quando eu for embora, na rua, acho que vou sentir isso”. Digo: “Se você quiser fechar os olhos um pouquinho, eu estou aqui com você”. Selma deita-se, então, no divã e continua falando lentamente das pessoas que passam por sua vida – a equipe de profissionais do CAPS, os moradores do abrigo onde mora – e “vão embora” e sobre como planeja suicidar-se: “quero ir embora também, não consigo ir, ontem comprei veneno e naftalina, vou tomar, mas a última vez que tomei não deu certo. Tenho ouvido muitas vozes... não quero tomar e ficar pior do que já estou”. Selma abre os olhos em alguns momentos, olhando para mim, oscilando entre períodos de silêncio e de repetição das falas anteriores, até que adormece por alguns minutos. Acorda assustada, olha para a sala, como se agora precisasse reconhecer o local. Pergunta se a sessão terminou, mas continua com os olhos fechados, deitada, em silêncio, com o corpo encolhido, em posição fetal. Fico confusa, sem saber o que fazer e saio da sala. Procuo o grupo de terapeutas que estava reunido naquele momento, e narro o ocorrido, com ansiedade e preocupação. O grupo sugere que eu volte à sala e continue com a paciente (como uma mãe que olha o bebê). Volto à sala de análise, sento na poltrona e aguardo. Selma abre os olhos algumas vezes para confirmar minha presença. Digo que permanecerei ali; Selma fecha novamente os olhos e cochila. Acorda e cochila de novo. Após cochilar e acordar pela terceira vez, ao abrir os olhos parece estar mais tranquila, já não fala das vozes, mas acha que talvez devesse ir ao hospital. Saio da sala novamente e, transtornada, converso com o grupo de terapeutas e faço um encaminhamento, de meu próprio punho, para que Selma procure o pronto-socorro. Entrego a carta para ela, que ainda está encolhida no divã. Nesse momento, já havíamos ultrapassado em vinte minutos o tempo do término da sessão. Ao se levantar e após pegar o encaminhamento, Selma se despede dando-me um abraço, ao que eu correspondo. Ao final das sessões que sucederam, Selma passa a se despedir de mim com longos abraços, aos quais retribuo da mesma maneira afetuosa. Parece-me que o vínculo está menos frágil, Selma tem comparecido às duas sessões semanais sem faltas, e eu me sinto mais à vontade durante as sessões.

### Comentários sobre o abraço de Selma

O abraço de Selma, ao que a analista corresponde espontaneamente, mas que à primeira vista lhe “soa estranho” (pois estaria “quebrando a neutralidade” proposta pelo método analítico clássico) adquire, no contexto acima referido, um significado peculiar,

à medida que parece envolver a experiência de relação com o objeto primordial (Freud, 1914/1981b; Freud, 1915/1981a).

O abraço, repetido por Selma durante várias sessões consecutivas após a sessão (descrita acima) de “crise”, pode indicar que sentir o corpo da analista é importante para a experiência de integração psíquica de Selma. É um primeiro passo para a resignificação de uma experiência em que o eu é vivido como fragmentado. O eu corporal pode ser reconstituído à medida que a corporeidade “se constitui na matriz afetiva do que, a caminho da simbolização, passa da transformação da moção pulsional ao representacional possível da dupla” (Della Nina, 2009, p. 13). Ou seja, retomam-se, a cada abraço, vivências autoeróticas em que o corpo não é nem de Selma, nem da analista, mas encontra-se em um espaço alucinatório intermediário. Retoma-se o encontro primordial com o objeto, que deixa traços de memória, caminhos a serem trilhados pela pulsão nos encontros seguintes. Tece-se, assim, uma situação estruturante que traz a possibilidade de resgatar e restaurar o narcisismo ferido, processo em que o contato com o corpo era (e é) essencial.

Do ponto de vista da analista, a interação dos fenômenos de regressão e repetição que caracterizam a situação analítica resulta em pontos cegos que tornam o exame da contratransferência essencial para a continuidade do trabalho da dupla. Segundo Florence Guignard (2008), tais pontos cegos não são os mesmos em um analista homem e em uma analista mulher. Dizem respeito a oscilações provocadas no sentimento de identidade do analista, dadas “suas relações com seus próprios objetos parentais internos e com sua fração interna” (p. 2).

### Jorge e o abraço partido

Jorge possui pouco menos de trinta anos, está em análise com um analista do sexo masculino e frequenta o CAPS/UNIFESP há cerca de um ano e meio. Antes de iniciar os atendimentos no AMBORDER, Jorge esteve engajado em um processo psicoterápico em consultório particular por quase dez anos com um terapeuta (também do sexo masculino). Ao final desse processo, o terapeuta deixou de cobrar pelas sessões e tornou-se AT<sup>6</sup> de Jorge, encerrando a psicoterapia. A terapia teria perdido sua função, uma vez que o terapeuta tornara-se uma espécie de “amigo” de Jorge. Naquela época, Jorge fica desesperado com a mudança de enquadre e tenta suicídio por ingestão de remédios com complicações clínicas graves que o levam a permanecer internado em uma UTI hospitalar.

Não trabalha, mora com a mãe (que sustenta a casa). Desde o início da análise atual, Jorge fala pouco de figuras por quem se sente apegado, parecendo sozinho e esvaziado de ligações afetivas. Do pai, conta que o perdeu aos 12 anos e a partir daí sua vida não foi mais a mesma: sente tristeza, é isolado, improdutivo. Com a mãe, sempre brigou muito, tem medo de não controlar seus sentimentos e agredi-la. Há cerca de dois anos, a relação com a mãe está mais amistosa. Os dois têm um pacto de morte: quando um morrer, o outro morrerá também. Sente vergonha de falar sobre “essas coisas” (sic). Sente que “o mundo” o rejeita.

Das duas sessões semanais, Jorge comparece a apenas uma. Vem apático, descuidado e distante. Por inúmeras vezes Jorge pergunta ao analista se este gosta dele, se acredita nele,

se sente raiva dele por suas faltas e atrasos. Ao mesmo tempo, fala de sua dificuldade em se aproximar das mulheres e da vontade de encontrar um grande amor. Em seguida, repete um discurso em que aparecem vivências paranoicas nas quais é denegrado pelas pessoas por não atender às expectativas delas. Essas pessoas o perseguem a fim de agredi-lo. As sessões são permeadas por longos períodos de silêncio. Dos silêncios, Jorge volta ao mesmo discurso: sente-se incapaz, deprimido, sem energia e não tem vontade de sair de casa. E assim, sucessivamente, até que as possibilidades de escuta do analista vão se achatando.

Ao relatar para o grupo de terapeutas suas vivências de profundo cansaço, desânimo e sensações de esvaziamento, o analista se dá conta, junto com o grupo, do ataque ao *setting* que Jorge vem realizando ao desvitalizar o analista, impedindo-o de continuar trabalhando, pensando.

O analista relata esse processo da seguinte maneira:

Tudo isso culminou com uma sessão em que Jorge chega com sono, adormecendo algumas vezes na poltrona. Contou que havia tomado seis comprimidos de tranquilizantes de uma só vez, relatando com dificuldade uma briga que tivera com a mãe. O motivo da briga foi uma tia tê-lo responsabilizado pelo sumiço de um dinheiro. Nervoso, Jorge quebrou diversos objetos em casa e depois tomou os tranquilizantes com a intenção de desligar, buscar um alheamento diante daquela situação. Sentia-se perdido, impotente e desejava morrer. Foi um momento difícil, eu tive uma sensação de intenso vazio e impotência.

Ao final dessa sessão, veio o pedido de Jorge: “Posso te dar um abraço?”. Fiquei surpreso, pois sempre nos despedíamos com um aperto de mãos. Reticente, dei o abraço com tapinhas nas costas, um abraço rápido, algo entre a compaixão e o envolvimento com o momento delicado de um paciente grave.

Com o coração pesado pela quebra da regra e uma distância que no fundo eu não queria, terminei a sessão irritado e me condenando. Com raiva de mim pela falta de presença de espírito para no momento manter o *setting*; com raiva do paciente por sua permanente posição de querer quebrar as regras do tratamento. Principalmente, me senti sem esperança pela incompreensão do paciente das regras implícitas e explícitas sobre o tratamento. Ou pela manipulação, talvez inconsciente, dessas regras a fim de atingir objetivos como já ficara exposto em seus outros tratamentos. Lembrei-me das imagens do terapeuta que se tornou AT, mudando de papel, quebrando completamente o *setting* e provavelmente a maior parte de quaisquer intervenções terapêuticas. A imagem de Jorge se apaixonando por suas terapeutas e dessa forma também minando quaisquer possibilidades de aproximação em relação a elas como profissionais e de possíveis entradas edificantes. Saí da sessão com raiva e disposto a repensar meus esforços, que pareciam em vão. Estava diante de um de meus pacientes mais difíceis de lidar e cuidar. Saí desanimado, ansioso por um espaço de supervisão em que pudesse ouvir sobre Jorge, ouvir outras opiniões, limpar o meu espírito para continuar atendendo. Ou terminar com tudo.

### Comentários sobre o abraço de Jorge

O abraço de Jorge aparece na análise como um momento traumático, tanto para o analista como para o paciente. Parece dar pistas ao analista de um modelo de relação de objeto em que Jorge esgota as possibilidades de que o objeto responda aos seus anseios, pois

as capacidades do objeto são exauridas e minguadas (como ocorreu com o terapeuta anterior). O objeto carrega aspectos paradoxais nas várias facetas pelas quais ele se apresenta. Por exemplo, do ponto de vista transferencial o analista é, por um lado, a mãe que rejeita o bebê porque não o suporta. Ao mesmo tempo, Jorge tem e teve com essa mãe uma relação fusional, indiscriminada, em que não há espaço para pai, tia, analista. Não há espaço para algo que faça a função de terceridade (Green, 2008), abrindo caminho ao registro simbólico. Essa relação culmina com o pacto de morte, que também é atualizado na transferência: a análise está a todo o momento na iminência da morte. Por outro lado, o analista é o pai – perdido no início da adolescência, deixando lacunas nos caminhos identificatórios edípicos – que é procurado desesperadamente como uma referência, um salvador, quando Jorge lhe pede conselhos para encontrar um amor.

Há, contudo, outra corrente no que diz respeito às vivências de Jorge em torno da castração. Lembremos o que escreve Freud (1918/1986a) a respeito do sonho dos lobos de seu paciente que ficou conhecido popularmente como “O homem dos lobos”:

A análise do sonho de ansiedade mostra-nos que o recalçamento estava ligado ao reconhecimento da existência da castração. O novo elemento [castração] foi rejeitado porque sua aceitação ter-lhe-ia custado o pênis (p. 109). (...) O que foi recalçado foi a atitude homossexual compreendida no sentido genital, atitude que se havia formado sob a influência desse reconhecimento da castração (p. 110). (...) Não nos defrontamos com uma triunfante tendência sexual masculina, mas apenas com uma tendência feminina e um esforço contra esta (p. 111).<sup>7</sup>

Segundo o modelo proposto por Freud, é preciso que o menino vivencie, na fase edípica inicial, a possibilidade de ser passivo diante do pai, a fim de ser amado por ele. Trata-se do amor homossexual que o menino sente pelo pai e que é sustentado ao assumir a posição feminina. Estar na posição feminina implica, para o menino, suportar que alguém o satisfaça na posição passiva, ou seja, suportar ser penetrado pelo pai. Essa vivência homossexual é fundamental para o menino, à medida que dela depende sua capacidade de submissão ao outro, às leis sociais. Só assim poderá entrar no mundo da cultura.

No entanto, no caso de Jorge (da mesma forma que no homem dos lobos), a posição feminina precisou ser expelida da consciência, sendo recalçada e reaparecendo no momento atual da análise na forma do pedido do abraço.

Mas o pedido do abraço toca em um ponto-limite do analista de Jorge, que não consegue responder a esse pedido de amor homossexual. Escutá-lo em seu pedido de abraço seria penetrá-lo. Essa vivência desperta toda a problemática infantil de desejo do próprio analista que, por alguma razão, não consegue amar Jorge. Florence Guignard (2008), discute que o analista do sexo masculino, ao ter sua identidade de gênero implicada na relação analítica, é colocado em uma série de situações complementares inversas, que têm relação com suas próprias vivências edípicas. Diz ainda essa autora que “o *setting* analítico suscita *ipso-facto* uma regressão experimental no analisando, qualquer que seja a idade ou patologia. Não levar em conta esse fato primordial, em sua atitude geral e em suas intervenções interpretativas, conduziria o analista a fazer do tratamento analítico uma situação *traumatógena em si*” (p. 8). Acrescento que o *setting* analítico suscita uma regressão também no analista. Este, ao ser tocado, contratransferencialmente, em pontos de seu próprio desejo

<sup>7</sup> Tradução livre da autora a partir da *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, conforme as referências no final deste artigo.

infantil, vê-se muitas vezes paralisado em sua escuta, necessitando dividir a experiência clínica em supervisão, em análise, em espaços de conversas com colegas.

## Discussão

Tanto o abraço de Selma como o abraço de Jorge foram um marco, um “ponto de virada”, fundamental para que as análises prosseguissem. Em ambas as situações, a ambivalência experimentada na situação transferencial – por um lado, vivência de total fusão e esperança, seguida, por outro lado, de faltas sucessivas às sessões, tentativas de suicídio, regressão a estados psicóticos e forte angústia – nos remete à expressão utilizada por René Roussillon (2004): a transferência paradoxal. Segundo o modelo proposto por esse autor, o pano de fundo para as situações de agonia e desespero vivenciadas nas análises de pacientes fronteirços (pelos pacientes e pelos analistas) remete a vivências primordiais com o objeto, no momento da constituição narcísica. Ocorre, assim, que o paciente atualiza, na transferência, a sombra de um objeto que não pôde ser perdido. A sombra do objeto é aquilo (a imagem) que a mãe nunca refletiu do objeto para o próprio objeto. A mãe perdeu a sua função reflexiva, de forma que o sujeito não pode se apropriar e transformar a experiência de relação com o objeto primário. Portanto, o sujeito não pode se apropriar de si mesmo, de forma que o narcisismo é constituído de maneira paradoxal: o que o sujeito incorpora é sombra, um vazio, um vácuo, o negativo do objeto.

Ainda segundo o autor, resta ao analista somente acompanhar a vivência dessa “descida ao inferno”, desse encontro com o fundo traumático reatualizado na transferência, pois a agonia não é analisável nem interpretável. Portanto, é preciso reconhecer a importância da permanência e da disposição de ambos os analistas, nas ilustrações relatadas, em acompanharem seus respectivos pacientes em campos analíticos fortemente impregnados de um erotismo narcísico que apela para o contato corporal. Florence Guignard (2008) chama a atenção para o fato de que todo analista está provavelmente em uma situação de maior fragilidade identitária quando ele/ela forma um par analítico homossexual com seu paciente.

Há, contudo, diferenças. O abraço de Selma parece se aproximar de um momento regressivo, em que o encontro entre os corpos de mãe e filha apontam para algo que está se construindo em um registro primordial, ao nível do narcisismo primário. O narcisismo primário é, de acordo com Freud, uma inferência, algo que é intuído, que tem relação com as moções pulsionais parentais. Na transferência, o trabalho de construção do narcisismo primário pode estar apenas sinalizado pela aproximação extrema e encantamento vividos pela dupla. A analista de Selma sente que, ao abraçar, algo está se abrindo no trabalho analítico, a possibilidade, talvez, de uma elaboração. Na comunicação entre Selma e a analista, coloca-se em questão o maternal – um terreno onde se alteram regressivamente a fusão e o terror da separação. Mas a analista sente-se confusa e, ao sair da sala, busca um terceiro elemento a fim de se discriminar, de possibilitar uma diferenciação, como uma mãe intui a necessidade da entrada do pai na relação com seu bebê.

Por outro lado, no abraço de Jorge, o esvaziamento e cansaço vividos contratransferencialmente pelo analista apontam para um buraco, uma fenda narcísica, que coloca analista e paciente diante de um abismo que é a própria existência. É o narcisismo de morte (Green, 1988), sombrio, difícil de ser elaborado pelo próprio analista, que sofre daquele os

ecos em seu próprio psiquismo. A angústia vivida pelo analista de Jorge – indiscriminação e vivências relacionadas ao próprio homossexualismo – fazem com que também busque o grupo de terapeutas como um modo de se discriminar de Jorge, porém não sabe ainda se isso será possível; sua tendência é se afastar, romper, desistir.

Nas duas situações, torna-se evidente a necessidade de, por meio da introdução do terceiro e da discriminação, retomar a presença dos parâmetros edipianos nas trocas do par analítico. “São as pulsões genitais que dirigem o funcionamento intrapsíquico e interpessoal no tratamento analítico, mesmo se elas são, na maioria das vezes, disfarçadas atrás de uma defesa oral” (Guignard, 2008, p. 3). Mesmo na análise de adultos, é o infantil que retorna, fazendo do sexual aquilo com que podemos trabalhar na análise.

Aqui está implícita, ademais, outra noção freudiana pouco explorada que diz respeito à noção da temporalidade: o *après-coup*. Essa noção (*Nachträglichkeit*) foi formulada inicialmente em 1986 para designar o processo pelo qual um acontecimento traumático só adquire significação para o sujeito *a posteriori*, a partir de uma reassignificação. Freud retomou o conceito em “Repetir, recordar e elaborar (1914/1981c) e em alguns casos clínicos como “O homem dos lobos” (1918/1986a), quando, ao introduzir o conceito de pulsão de morte, colocou uma das modalidades do “retorno do recalcado” como um material psíquico cujo funcionamento está “além do princípio do prazer”: o que retorna é o traço solto de uma experiência em excesso, cujo significado fica inapreensível para o aparelho psíquico. Num momento posterior, outra experiência promove a estimulação do núcleo anterior “adormecido”, fazendo com que a experiência de uma vivência de desordem invada o psiquismo causando desprazer, dor, angústia e desespero. Aqui emerge a questão: como pensar a temporalidade dos abraços repetidos de Selma e do abraço partido (traumático) de Jorge? Seria uma tentativa de rememorar um tempo que não é só o presente?

Recentemente, Luís Carlos Menezes (2009) formulou da seguinte maneira a segunda das duas questões iniciais deste artigo (a saber: é preciso modificar a psicanálise clássica para tratar os pacientes fronteirizos?): “Por apaixonante que possa ser a clínica dos estados-limite, tornaria ela a ‘clínica clássica’ mais ou menos ultrapassada, aquela da qual o trabalho do sonho é o paradigma (não o sonho da neurose traumática)?” (p. 165). O autor coloca a seguinte questão: será que a teoria do *après-coup* não oferece uma abertura para a clínica dos pacientes fronteirizos, à medida que sustenta a ideia de uma “correção” da experiência traumática originária, ou do recalque originário, ou do “primeiro golpe”? Com base nesta ideia, formulamos a pergunta em relação aos abraços estudados: com a repetição incessante dos abraços, o que será que retorna? Não estaria Selma tentando corrigir (elaborar) “os machucados precoces do Eu” (Freud, citado por Menezes, 2009, p. 165)? O “abraço partido” de Jorge seria um machucado, uma experiência traumática que retorna, em *après-coup*? Os abraços de Selma seriam o retorno de algo que ainda está por se produzir enquanto traço de experiência e que na transferência pode ser (re)vivido de forma autoerótica, a fim de reconstruir os buracos vazios deixados pelas primeiras experiências de relação com o objeto primário? E o que dizer do abraço de Jorge, que gera no analista afastamento, raiva e cansaço, que lembram experiências vividas por uma mãe sobrecarregada, que não pode responder aos “gritos” de seu bebê senão com um profundo sentimento de rejeição que não pode se tornar consciente?

É importante lembrar que a teoria do *après-coup* tem suas raízes nos escritos freudianos de 1900 (Freud, 1900/1986b) em que Freud, baseado no modelo de aparelho psíquico da primeira tópica, sustenta que nos sonhos – assim como nas neuroses e em outros esta-



dos de vigília – a excitação psíquica se move em sentido inverso, regressivo, partindo dos traços mnêmicos (sistema inconsciente) e indo em direção ao polo sensorial, sem sofrer a censura do sistema pré-consciente. Daí o caráter alucinatório do sonho. A ideia de regressão, entretanto, contém uma noção peculiar de temporalidade em que o tempo passado não está localizado em um lugar, mas é nomeado enquanto inconsciente, cuja lógica é, sobretudo, temporal, portanto móvel. Assim, o tempo passado é também tornado tempo presente à medida que a experiência armazenada através dos traços de memória está presente na malha discursiva da relação transferencial. Dessa forma, na escuta analítica também está presente esse movimento regressivo dos sonhos e é justamente ele que promove a vivência atual do desejo infantil por parte do analista. Cesar e Sara Botella (2003) afirmam que ocorre uma regressão temporal – e não libidinal – do pensamento do analista a fim de figurar uma experiência sem representação. Instala-se uma regressão em imagens, criam-se novas representações-coisa, novos traços de memória.

Nos dois casos, o gesto do abraço seria uma tentativa de ressignificar experiências com o objeto primordial, a fim de recriar traços de memória, *huellas*<sup>8</sup>, pegadas na areia, que abrem trilhas para que o desejo faça seu caminho. De modo que, ao contrário das pegadas na areia que se apagam com o vento, a afeição pelo objeto possa se estabilizar. O abraço põe a descoberto, portanto, o desamparo vivido pelos pacientes, e também pelos analistas e pela supervisora (que sou eu). Portanto, as minhas angústias, assim como a dos colegas com relação ao abraço, funcionam como uma espécie de revelador das tensões, no atendimento institucional, entre o modelo psicanalítico clássico e as situações que o põem em xeque quando atendemos psicanaliticamente na instituição.

Com relação à escuta psicanalítica, retornemos à primeira das questões iniciais deste artigo: “O que a define?”. Esta questão está ligada à anterior, uma vez que se, ao atender pacientes fronteirços, precisando por vezes abraçá-los (ou contê-los, ou tomá-los pelas mãos e levá-los ao pronto-socorro), afastando-nos, assim, da psicanálise clássica, poderíamos nos perguntar se estaríamos realizando uma clínica psicanalítica com pacientes fronteirços. Como a escuta psicanalítica pode ser entendida nesses casos em que os analistas abraçam seus pacientes?

Essa questão nos leva a pensar sobre o que faz com que um material clínico seja reconhecido como psicanalítico. Ou, como pergunta Marília Aisenstein (2009): “O que permite a um psicanalista admitir que um colega tenha feito de fato um trabalho analítico?” (p. 174).

De meu ponto de vista, o que define a escuta psicanalítica é a abertura para o estranho na transferência, ou seja, sustentar situações contratransferenciais, como os abraços partidos de Selma e Jorge, sem saber, de início, como proceder ou como manejar a própria agonia despertada pelo abraço.

A esse respeito, Fédida (Jacques André et al., 1999) sustenta que as mudanças necessárias ao enquadre a fim de tratar psicanaliticamente os pacientes fronteirços dizem respeito, não tanto a inovações práticas, mas principalmente à mobilidade contratransferencial. Diz ele: “Poderíamos dizer que o único recurso do analista é aquele do retorno ao seu sonho... deixar a regressão do sonho produzir esse retorno ao estado limite do *bufão*”<sup>9</sup> (p.

8 *Huella*, palavra espanhola que significa pegada, é utilizada na edição argentina (Freud, 1900/2004, p. 577) de *A interpretação dos sonhos* para traduzir a palavra *traço*.

9 Tradução livre da autora para a palavra francesa *bouffon*.

76-77). Cabe lembrar que o bufão desempenha na corte um papel ambíguo, que provoca estranhamento e, nessa medida, é um revelador das situações conflitantes inconscientes.

Estamos de acordo com a observação de Marília Aisenstein (2009, p. 174) a respeito de uma parte obscura das nossas teorias implícitas, uma porção inconsciente da contra-transferência, um magma teórico-clínico transferencial-contratransferencial. Esta espécie de “resto” contratransferencial do analista aparece no estranhamento de falas entre analistas com uma suposta “igualdade teórica fundamental”. Mas aparece também nos reconhecimentos das línguas psicanalíticas estrangeiras ou como elemento surpresa nos tratamentos, podendo permitir avanços nos mesmos, incluindo o tratamento dos pacientes fronteiriços.

*Abrazos partidos: repetición y apertura en el vínculo transferencial de pacientes límite.*

**Resumen:** En este trabajo se describen dos situaciones clínicas de pacientes atendidos en el AMBORDER donde se produce la ruptura en el encuadre psicoanalítico a través de la experiencia con el cuerpo del analista por medio del abrazo. A partir de los relatos, nos basaremos en conceptos fundamentales, propuestos por Freud, con la finalidad de discutir la práctica clínica en torno a dos cuestiones: 1) ¿Qué define la consulta psicoanalítica? 2) ¿En qué medida es necesario modificar los cánones, sobretudo del encuadre, para el tratamiento de pacientes límite?

**Palabras clave:** pacientes límite; cuerpo; psicanálisis; transferencia; contratransferencia.

*Broken embraces: repetitions and openings in the transferential bond of borderline patients*

**Abstract:** This paper has the purpose of reporting two clinical situations from AMBORDER, in which there are ruptures to the psychoanalytic setting due to experimentation with the body of the analyst, through the act of embracing. From this, we will draw on fundamental concepts proposed by Freud in order to discuss the psychoanalytic practice regarding two issues: 1) what defines psychoanalytic listening? 2) How much will we need to modify the canons, particularly the setting, in order to treat borderline patients?

**Keywords:** borderline; body; psychoanalysis; transference; counter-transference.

*Agradecimentos*

Agradeço a Miquelli Nakabayashi e Bruno Nogueira (meus supervisandos) e a Cecília Maria de Britto Orsini – membro efetivo da SBPSP – pela cuidadosa leitura do texto.

**Referências**

- André, J.; Chabert, C.; Donnet, J.L.; Fédida, P.; Green, A.; Widlöcher, D. (1999). *Les états limites*. Petite Bibliothèque de Psychanalyse. Paris: PUF, 2005.
- Aisenstein, M. (2009). Sobre a ação terapêutica da psicanálise no século XXI. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43(3), 171-181.
- Avancine, A.; Gazire, P.C.; Fiore, M.L.M.; Ramalho da Silva, J.F.; Yazigi, L. (2005). Invasões Bárbaras: a explosão do setting analítico no atendimento de pacientes *borderline*. *XX Congresso Brasileiro de Psicanálise, Brasília*.
- Botella, C.; Botella, S. (2003) Figurabilidade e Regrediência. *Revista de Psicanálise de Porto Alegre*, 10(2), 249-341.
- Della Nina, M. (2009). *Clínica da compulsão, corporeidade e o campo de representação*. São Paulo: SBPSP.
- Fiore, M.L.M.; Ramalho da Silva, J.F.; Gazire, P.C.; Avancine, M.A (2006). Existir-desistir: a questão do vínculo no processo terapêutico de pacientes *borderline*. *XXVI Congresso Latino Americano de Psicanálise, Lima Peru*.
- Freud, S. (1981a). Instincts and their vicissitudes. In S. Freud, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 109-140). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1915)

- Freud, S. (1981b). On narcissism. In S. Freud, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 67-102). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1981c). Remembering, repeating and working-through (Further recommendations on the technique of psychoanalysis II). In S. Freud, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 145-156). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1986a). From the history of an infantile neurosis. In S. Freud, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 1-123). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1918)
- Freud, S. (1986b). The interpretation of dreams. In S. Freud, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 5, part II, Chapter VII, pp. 509-621). London: The Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (2004). La interpretación de los sueños: segunda parte. In S. Freud, *Obras completas*. (J. L. Etcheverry, trad., 2ª ed., Vol. 5, part II, pp. 345-747). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1900)
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. (C. Berliner, trad.). São Paulo: Escuta.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. (A. M. R. Rivarola et al, trad.). Coordenador da edição brasileira: Paulo César de Souza. Rio de Janeiro: Imago. São Paulo: SBPSP. Departamento de Publicações e Acervo Editorial.
- Guignard, F. (2008). O infantil no masculino, o infantil no feminino. Trabalho apresentado em conferência da COWAP na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, no dia 10 de Novembro de 2008.
- Menezes, L.C. (2009). Os tempos do *après-coup*. *Ide*, 32 (49), 165-169.
- Ramalho da Silva, J. F.; Gazire, P.C.; Yazigi, L. (2002). Alice quebra-vidros: experiência psicanalítica na Universidade. *XXIV Congresso Latino Americano de Psicanálise*, Montevidéo.
- Ramalho da Silva, J.F.; Fiore M.L.M; Gazire, P.C; Avancine, MA; Della Nina, M; Bianco, S; Cunha Freire, C.; Tanesi, P; Scappaticci, A.; Maluf, A. (2003). Tecendo a rede: considerações sobre psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*. *XIX Congresso Brasileiro de Psicanálise*, Recife.
- Roussillon, R. (2004). Agonia e desespero na transferência paradoxal. *Revista Brasileira da SPPA*, 11 (1), 13-53.

[Recebido em 29.4.2010, aceito em 28.5.2010]

Patrícia Cabianca Gazire

[Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP]

Rua Leandro Dupret, 204/23 – Vila Clementino

Tel: 11 3487-2288

04025-010 São Paulo, SP

pgazire@gmail.com