

O processo de cronificação em saúde mental: quando os estados-limite configuram uma adição de transferência

*The chronicity process in mental health: when the borderline
states configure a transference addiction*

*Camila Quinteiro Kushnir**

Resumo: Por meio da experiência em um ambulatório público, percebeu-se um fenômeno de nova cronificação dos dispositivos substitutivos de saúde mental. Usuários tornavam-se dependentes dos atendimentos, relatando, com o tempo, piora dos sintomas. Em análise, mostravam-se dominados por uma forte sensação de vazio, produzindo demandas que extrapolavam o setting – estados em que a inconsistência dos limites psíquicos acarreta uma dificuldade na expressão do pensamento e na simbolização. O forte vínculo com a instituição, configurado como adição de transferência, revela-se, assim, uma estratégia para esses sujeitos lidarem com suas fragilidades narcísicas.

Palavras-chave: Narcisismo. Transferência. Estados-limite. Adição.

Abstract: *Through the experience in public ambulatory care the phenomenon of a new chronicity of the substitution devices in mental health has become evident. Users have become dependent on care, reporting, over time, the aggravation of symptoms. Under analysis, they have appeared to be dominated by a strong sense of emptiness, producing demands that transcended the setting – states in which the inconsistency of psychic limits brings a difficulty in the expression of thought and symbolization. The strong bond with the institution, configured as a transference addiction, has proved to be a strategy for these individuals to deal with their narcissistic fragilities.*

Keywords: *Narcissism. Transference. Borderline states. Addiction.*

* Rio de Janeiro-RJ-Brasil.

Introdução

No cenário do pós-segunda Guerra Mundial, a partir da década de 40, a psiquiatria passou a balizar-se pelo contexto de “reliberação”, através da perspectiva social de igualdade e liberdade. Novas possibilidades começaram a ser construídas, opondo-se à psiquiatria repressora e fiscalista que tomava a institucionalização como principal forma de tratamento. A necessidade de “desinstitucionalizar para cuidar” circulou como emblema pelo mundo. Nos Estados Unidos, surgiram as comunidades terapêuticas. Na França, a psicoterapia comunitária, como modo de dar voz aos doentes mentais. Na Itália, no final da década de 1960, a psiquiatria democrática, tendo como principal representante Franco Basaglia (VENANCIO, 1993).

No Brasil, foi na segunda metade da década de 70 que ganharam força as críticas sobre o funcionamento dos hospícios e a ineficiência da assistência pública. Ao longo dos anos 80, a luta antimanicomial liderada por usuários, familiares e trabalhadores propiciou a visibilidade das condições de violência e abandono sofridos por internos dos hospitais psiquiátricos, em todo o país. Além disso, este movimento denunciou também uma mercantilização da loucura, ocorrida através da privatização da assistência em hospitais conveniados (AMARANTE, 2006).

A reforma psiquiátrica brasileira ocasionou, assim, reformulações institucionais e políticas, levando a implementação de serviços substitutivos ao modelo clássico e conservador. Os grandes hospitais deram lugar à redução de leitos com atividades de atenção diária. Centros e núcleos de atenção psicossocial foram sendo organizados, visando à eliminação do estatuto de exclusão de pacientes que sofrem de algum tipo de transtorno psiquiátrico (DUNKER; NETO, 2004).

Dentre os dispositivos alternativos de tratamento, encontram-se os ambulatórios. Estes constituem uma das portas de entrada na rede de saúde mental¹. Através da experiência clínica em um desses locais, percebeu-se um fenômeno curioso. Grande parte dos casos absorvidos para acompanhamento ambulatorial permanecia em tratamento por longos períodos (10 a 30 anos), passando por diferentes especialistas. Por se tratar de uma instituição universitária, a

¹ Compreende-se por porta de entrada o processo de triagem acompanhado, ou não, por grupos de admissão, formados por usuários que buscam tratamento em dada instituição. Para serem encaminhados, eles têm suas demandas avaliadas, a fim de que sejam formuladas com maior clareza.

maioria dos profissionais, médicos e analistas, ficava apenas por um período específico. Terminado o curso, que durava, em média, dois anos, eles encaminhavam os pacientes para novos clínicos. Este foi o caso de alguns pacientes enviados a mim por analistas egressos.

Após algum tempo de atendimento, observou-se como o cotidiano desses usuários gravitava em torno do tratamento. Um paciente aproveitava a ida aos atendimentos para sair de casa e fazer de tudo. Em outros dias, passava a maior parte do tempo na cama. Já outro encontrava como dilema não poder aceitar um emprego melhor, pois com um aumento da carga horária teria que diminuir sua frequência no ambulatório. Situações que representavam para além de um sofrimento, certa dependência da instituição.

Diante disso, ao buscar na literatura relacionada à mudança do modelo hospitalocêntrico, encontrou-se um fenômeno descrito como uma nova cronificação dos dispositivos substitutivos de saúde mental. Em documento recente do Ministério da Saúde (2010), os ambulatórios foram tidos como um desafio à consolidação dos pressupostos da reforma psiquiátrica. Existiriam entraves na articulação desses locais com os demais órgãos de saúde, prejudicando a chegada e encaminhamento dos usuários, além de um processo de burocratização que tenderia à mecanização dos atendimentos.

A respeito da cronificação de muitos pacientes em ambulatórios, Desviat (1999) comenta que estes seguiriam um acompanhamento irregular com os profissionais o que dificultaria o avanço do tratamento. Barros (2003), por outro lado, salienta que a permanência por tempo indeterminado do usuário atrela-se, muitas vezes, à dificuldade de suas ações fora desses serviços, como a adoção de novas convivências na comunidade e espaço urbano.

Restritos a esse “circuito especial” da instituição, como principal campo de sociabilidade, a dependência do paciente, segundo Severo (2009), se autogendraria. Para Santos, Oliveira e Yamamoto (2009), o trabalho nos ambulatórios não seguiria um constante questionamento acerca dos efeitos que continuam a ocorrer mesmo após a reforma psiquiátrica, como a estigmatização do usuário e a hierarquização entre os membros da equipe, o que favoreceria o desenvolvimento da cronificação.

Recorrendo-se à psicanálise, encontrou-se no texto *A dinâmica da transferência* uma descrição sobre um processo semelhante, observado por Freud (1912/1996) nas instituições de tratamento:

A transferência erótica não possui efeito tão inibidor nas instituições, visto que nessas, tal como acontece na vida comum, ela

é encoberta ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como resistência ao restabelecimento, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição – pelo contrário, *retém-no aí* – mas por *mantê-lo a certa distância da vida* (p. 141, grifo nosso).

A transferência erótica nessa situação aparece, assim, como uma dependência configurada enquanto resistência ao restabelecimento. O paciente permaneceria atrelado à instituição, afastando-se de outras atividades fora dela.

Dentre os diversos sujeitos escutados, percebeu-se que, para alguns, fazer parte do ambulatório tornou-se uma necessidade análoga a um vício. Temiam perder sua vaga pelas recorrentes faltas nas consultas e negavam-se a continuar o tratamento com seus médicos e analistas em outros locais, mesmo que mais acessíveis. Deixar aquela instituição era inconcebível.

Em análise, mostravam-se dominados por uma forte sensação de vazio e angústia, produzindo demandas que extrapolavam o *setting*, frequentemente pela via da atuação. Diziam necessitar de muita atenção, tendo seus sintomas agravados com o tempo, além de fazerem um uso cada vez maior de medicações.

Ao seguir uma leitura, que toma a contemporaneidade como um cenário de mudanças na demanda clínica (LAZZARINI; VIANA, 2010), verifica-se como a forte transferência com a instituição, em seu estatuto de dependência, pode revelar-se uma estratégia para alguns sujeitos lidarem com suas fragilidades narcísicas (GURFINKEL, 2011).

Através de limites pouco firmes de seu ego, convocam com seus corpos serem cuidados pela instituição como forma de manutenção da existência psíquica. Essas patologias possuem, segundo Figueiredo (2008), uma estrutura singular, diferente da neurose, psicose ou perversão, cuja dinâmica aponta para uma desestruturação psíquica e do comportamento.

A constituição narcísica no cerne dos estados-limite

No estudo das patologias contemporâneas, um conceito-chave recorrentemente citado é o de narcisismo. Freud apropriou-se deste termo já em 1909, em uma reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena, salientando que o narcisismo representa uma fase intermediária entre o autoerotismo e o amor objetal.

Em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914/1996), buscando ampliar suas considerações sobre a teoria da libido, Freud percebe ser essencial debru-

çar-se sobre a constituição narcísica. O ego não estaria presente desde o nascimento do indivíduo, sendo necessário que uma nova ação psíquica fosse acrescentada ao autoerotismo originando, assim, o narcisismo. Nesse processo ganha importância a dimensão da alteridade. “É o outro que concede e possibilita o nascimento do corpo do sujeito e, portanto, a constituição de seu eu” (LAZZARINI; VIANA, 2010, p. 273).

Com os investimentos e o comovente amor parental – no fundo, um narcisismo revivido pelos pais – o ego do bebê passa a constituir-se como um reservatório da energia pulsional sexual (FREUD, 1914/1996). A diferenciação entre o ego e o outro enquanto objeto começa a ocorrer nesta época.

McDougall (2013) destaca a importância do que seriam objetos pré-transicionais neste processo de individuação. Peças que estiveram em contato com a mãe e puderam associar-se à natureza tátil e ao calor de seu corpo passam a ser usados pelo bebê em momentos de afastamento, assegurando a ilusão de sua presença. Com o tempo, outros representantes maternos mais sofisticados ganham espaço. Ursos e bonecas, enquanto símbolos, permitem certo controle sobre a situação de desamparo (WINNICOTT, 1951/2000).

Pela associação entre o brincar e as palavras, a estruturação do psiquismo ganha forma. A linguagem verbal, assim, destaca-se em detrimento da comunicação corporal. Para McDougall (2013), a representação mental da mãe como objeto passa a ser nomeada e evocada na garantia de conforto e segurança. Contudo, falhas podem ocorrer neste processo suscitando a vivência de um trauma.

Ao tratar dos primórdios do indivíduo, Freud (1920/1996) faz menção à vesícula viva que, pelo recebimento de estímulos do ambiente, diferencia-se em sua camada mais externa, criando um escudo protetor. Esta proteção impede que grandes intensidades adentrem o aparelho psíquico, mas permite a passagem de alguma energia livre que é, então, ligada através do processo de representação psíquica.

Não há, contudo, semelhante defesa para lidar com os estímulos internos. Nesse caso, o mecanismo de projeção é ativado. O aparelho psíquico ao reagir a excitações internas que produzem um aumento muito grande de desprazer tende a tratá-las como se viessem do meio externo, a fim de colocar em ação o mesmo escudo protetor. Essa camada protetora, todavia, não suporta quando atingida por estímulos intensos. Se isto ocorre, há o rompimento do escudo e a energia que invade o psiquismo não consegue ser ligada. A ansiedade torna-se automática e avassaladora. Sem direção, passa a representar um excesso pulsional.

Esse trauma, que desestrutura o aparelho, estaria na base dos estados-limite, nos quais, segundo Mayer (2001), há a prevalência de aspectos atuais, traumáticos que não conseguiram chegar à representação, diferentemente dos quadros clássicos de neurose em que o conflito psíquico põe em cena a fantasia.

Para Cardoso (2007), nos estados-limite, é possível localizar uma problemática das fronteiras. A relação entre o ego e o objeto externo e interno é marcada pela falta de contorno que assegura a existência própria de cada sujeito. Isto ocorre por certo fracasso na constituição narcísica, momento em que o outro é fundamental.

Uma das funções primordiais desse outro/objeto é a possibilidade de contenção. “No fundo, nunca há carência para o lactente; para este, sempre é demais, sempre traumático. A carência é um ponto de vista do observador. Aquilo que para este último é falta, carência, para o bebê é intrusão, arrombamento (dos limites do eu)” (ANDRÉ, 1999, p. 78-79). O outro é, assim, quem possibilita que o escudo protetor mantenha-se em funcionamento e que, aos poucos, mecanismos de defesa mais elaborados sejam utilizados como destinos pulsionais.

Se a maternagem falha, tornando-se extremamente ausente ou invasiva, a energia que passa a vigorar no aparelho psíquico do bebê fica em excesso. Sem ligação possível, a descarga realiza-se através da atuação (CARDOSO, 2007).

Para Green (1988), dessa forma, o corpóreo mantém-se habitado pela presença do corpo materno. O sujeito, impregnado deste outro em seu próprio eu, vivencia angústias de invasão como ameaças da anulação de si. Contudo, separar-se deste objeto torna-se impossível, pois é ele quem garante, mesmo com sua onipresença, a existência de ser. Sem ele não existem defesas contra a dissolução do próprio ego.

Cardoso (2005) ressalta ainda que não se trata, nesses casos, de uma indiscriminação entre o eu e o objeto, mas sim de uma servidão ao outro², um estado de “paixão mortífera”, semelhante à relação que o adito tem com o objeto-droga. Há, dessa forma, uma reversão da lógica do apoio, isto é, o objeto alvo do desejo – “eu quero isso” – regride à categoria de necessidade – “eu dependo disso para viver”. Braunschweig e Fain (2001), por sua vez, criaram o termo *neonecessidade* para descrever a relação com o objeto que, em sua origem, não era fundamental, mas se converteu em modo exclusivo de um prazer do qual não se tem como desistir.

² Freud, em 1912, usou a expressão “servidão mental” para referir-se à intensa transferência que ocorria entre alguns doentes dos nervos e as instituições de tratamento.

Nesse sentido, não apenas a constituição psíquica do paciente aponta para transformações radicais. Sua interação com os objetos torna-se singular. Os vínculos estabelecidos passam a representar uma dificuldade de ser no mundo; uma fixação libidinal que impede, em certa medida, o deslocamento dos investimentos libidinais, isto é, a formação de novas relações.

A transferência e as recentes demandas nos serviços ambulatoriais

Ao ingressar na clínica ambulatorial, desde as primeiras semanas foi possível notar a extrema importância da instituição para alguns pacientes. Não possuíam histórico de internações psiquiátricas, mas estavam em tratamento há longos anos, com recorrente piora dos sintomas.

Após a passagem por diferentes analistas no mesmo ambulatório, verificou-se a dificuldade que apresentavam em narrar suas histórias de vida. Falavam muito sobre o presente, sobre os outros, pouco sobre o que sentiam, a não ser quando se voltavam para as queixas físicas ou institucionais. O sofrimento não conseguia ser nomeado. Mostrava-se em cena através de dores, paralisias e atuações que pareciam desvinculadas de qualquer situação ou emoção.

Aproximando-se a possibilidade de que a análise pudesse ser continuada em outro local recusavam-se. A negativa, entretanto, não girava em torno de não querer acompanhar a analista. Alguns sujeitos reclamavam do modo como eram tratados ali e da constante mudança dos profissionais. Gostariam de não precisar passar por essas trocas, mas que isto não inviabilizasse seu estar naquele ambulatório.

Ao serem questionados sobre sua permanência em tratamento, realizado semanalmente, usavam expressões como “aqui me sinto em casa”, “só aqui estou seguro” e “lá fora me veem como maluco”. Frases que chamam a atenção pela dimensão do limite físico – “aqui” e “lá” – que a instituição vem marcar.

Para Pinheiro *et al.* (2006), em casos configurados como patologias narcísicas, o corpo parece ser o único a atestar a existência do sujeito. Não como lugar dotado de investimentos que possibilitaram a constituição da onipotência narcísica, mas sim através de um sofrimento físico, por meio do qual se busca atenção e reconhecimento constante do outro.

Um paciente, há algum tempo em tratamento ambulatorial, começou a pedir por internação. O médico não considerava ser necessário, já que seus sintomas estavam sobre controle. Em análise, relatou seu desejo de poder ser olhado 24 horas por dia por uma equipe para que, ao aprenderem com seu

corpo, pudessem ajudá-lo a curar-se. Falar sobre o que sentia era uma árdua tarefa. Pelo olhar incessante do outro buscava ser cuidado, mas também se preocupava com o que conseguiriam aprender com ele.

Formado professor, fora sempre alvo do olhar materno. Sua postura, desde pequeno, deveria ser altiva para que não passasse a imagem de alguém fraco. Segundo a mãe, não poderia existir segredos entre eles. O espaço entre os dois era sempre controlado, de modo que ela soubesse de todos os seus passos. Ao ficar muito doente, exigiu que o filho cuidasse fisicamente dela. Recusar-se equivaleria à morte.

No tratamento, sofria muito com a rotatividade dos profissionais. Dizia que o cuidado nunca era o mesmo. A cada encaminhamento tinha seus sintomas agravados, o que o levava a buscar, por um tempo, grupos de discussão com profissionais concursados permanentes. Mas sentia falta de ser atendido individualmente por um analista, mesmo sabendo, à priori, que o trabalho teria uma duração burocraticamente estabelecida na instituição, já que ele sempre optava por permanecer nela.

O manejo transferencial, quando estabelecida à análise, mostrava-se dificultoso. Considerava que a analista era capaz de entender o que ele sentia apenas pelo olhar. Segundo Pinheiro *et al.* (2006), a fragilidade narcísica de alguns pacientes, mesmo que permita o reconhecimento de corpo próprio e distinto, revela esse corpo como mero invólucro exterior, dotado de uma subjetividade transparente. Seria possível, segundo eles, terem seus sentimentos e pensamentos entendidos por outras pessoas sem que precisassem falar a respeito.

Nessa medida, é possível afirmar que novas demandas nos serviços ambulatoriais vêm sendo formadas, a partir do modo como muitos sujeitos têm apresentando-se na clínica assistida nas instituições. Um cuidado intensivo e duradouro é requerido como garantia de continuidade de existência, implicando neste processo o corpo, único reduto encontrado para alguma forma de organização e controle de si (*ibid.*).

Entretanto, estas demandas surgem como desafios, principalmente quando o cuidado é permeado pela constante transição de profissionais. Se há dificuldade no estabelecimento de novos laços pela fragilidade narcísica encontrada, as mudanças são sentidas como rompimentos, o que gera muita angústia. Para Bergeret (1974, *apud* GURFINKEL, 2011), diferente da angústia de castração neurótica ou da angústia de fragmentação psicótica, a angústia nos estados-limite refere-se ao temor da perda do objeto do qual se depende para existir. O sujeito imagina que o objeto que o sustenta narcisicamente, corre o risco de faltar.

Nesse sentido, a transferência com a instituição tende a fortalecer-se, já que esta passa a representar o único limite físico permanente encontrado por estes pacientes. O intenso vínculo criado com a instituição manifesta-se como um amor de transferência. Freud (1905 [1901]/1996) chamou a atenção para o fato de que o trabalho analítico não gera a transferência, já que ela aparece também em outras relações do paciente com pessoas ou mesmo lugares. É, assim, um fenômeno inerente à estrutura do sujeito; seu modo de conduzir-se na vida amorosa.

Diante disso, sempre foi uma preocupação assinalada em diferentes textos (FREUD, 1912b, 1915[1914], 1916-17) sobre quais seriam os efeitos de transferência, principalmente no que concerne à transferência erótica. Uma forte transferência poderia acarretar a permanência em instituições de saúde mental, sem que isto implicasse em um trabalho de apropriação cada vez maior de autonomia.

Mannoni (1971) ressalta que esta dependência pode gerar o velamento de conflitos psíquicos que estão na base dos sintomas. Mantendo-os sobre controle, através da medicação e de ganhos secundários com a doença, os pacientes podem acomodar-se em suas posições sem que queiram saber sobre aquilo que lhes faz sofrer.

Para Figueiredo (2001), qualquer amor é passível de configurar-se como dependência, incluindo, aí, o amor de transferência, no qual há o risco de que uma relação com características aditivas possa instaurar-se. Em relação a sujeitos, cujo funcionamento psíquico demanda a presença real de objetos que configurem a possibilidade de existência, a relação transferencial, mais comumente, apresenta-se como uma adição de transferência.

Bollas (2000, *apud* FIGUEIREDO, 2001) considera que, no desenvolvimento dos atendimentos clínicos, os sintomas, à medida que vão sendo trabalhados, abrem campo para o surgimento de outros, alimentando um desejo secreto de que o tratamento continue para sempre. Em lugar da busca de reconhecimento através do pensar, predomina a exigência incessante por gratificação. O trabalho poderia, assim, perverter-se, não na busca por “outra coisa”, objetos substitutivos que colocam em movimento o desejo, mas sim por um encontro com uma substância que revela um “mais do mesmo”, uma repetição a serviço de um mais além do princípio do prazer.

Uma das funções do objeto da adição é a tentativa, sempre frustrada, de desenvolver a capacidade de separação do objeto interno, que pela intrusão não se deixa apagar. Pela droga busca-se negativizar esse objeto. Isto foi o que Green (1986/2010) denominou trabalho do negativo. O objeto, tornado abso-

luto, precisa ser apagado para que haja um espaço estruturante, vazio, possibilitando adir o desejo e o pensamento. O objeto continuará existindo enquanto representação, mas dele não se terá mais notícias.

Porém, a droga, como forma exclusiva de prazer, não permite esse exercício do psiquismo. Exercício, pode-se dizer, de representar a falta necessária ao processo de simbolização. Buscando afastar-se do objeto interno, o sujeito utiliza-se de sua relação com um outro objeto, concreto, encontrado na realidade compartilhada. Serve-se dele como modo de fazer frente à submissão vivenciada com o objeto intrusivo; um esforço para assegurar algum sentimento de onipotência (GURFINKEL, 2011).

Entretanto, o sujeito acaba, neste processo, enlaçado em uma nova dependência que não consegue evitar. A falta, nesse sentido, torna-se desestruturante, já que não há recursos para lidar com a castração simbólica. A substituição da ausência por palavras, bem como a representação da presença por meio da linguagem, fica impossibilitada. A atuação surge, assim, como meio privilegiado de comunicação.

Recorrendo a uma instituição de tratamento, o paciente pode encontrar espaço para que suas expressões sejam consideradas. Contudo, o cuidado que recebe aparece de diferentes formas, indo da escuta do que se manifesta no corpo ao calar disto, através de excessiva medicalização. Se, pela psicanálise, é preciso que o sintoma tenha seu lugar reconhecido, como pôr em ação um trabalho que vise à organização psíquica com a aquisição de maior autonomia?

O acolhimento clínico e institucional diferenciado

Ao pensar a articulação entre a clínica e as atuais instituições de tratamento no país, mais especificamente os serviços ambulatoriais, algo que facilmente perde-se de vista é a noção de singularidade. Por mais que os profissionais esforcem-se para acolher, da melhor forma, os usuários, levando em conta suas especificidades, a constante burocratização tende a tornar o trabalho padronizado. A escuta clínica, nesse sentido, passa a visar o pronto atendimento das demandas, o que gera mais demandas, em um ciclo incessante.

Pelo percurso traçado neste estudo, percebe-se como a relação do sujeito com a instituição pode vigorar enquanto uma adição de transferência, pela qual se estende uma situação de disponibilidade absoluta da instituição, sem que seu potencial cronificante seja questionado.

Uma transferência perpetuada que demonstra certa fixação libidinal dos sujeitos. Um trabalho diferenciado, principalmente com as patologias aqui analisadas, requer muita atenção por parte dos profissionais. André (1999, p. 76) dirá que, para esses pacientes, “ser dois, nada mais do que dois: um na queixa, outro na constatação de sua impotência... e, sobretudo, não sair daí”. Para o autor, não se trata da cura dos sintomas, mas sim da possibilidade de que um processo de integração seja realizado. Certa “terapia sintética”, em que a flexibilidade do profissional é essencial para que consiga adequar-se, mantendo a regularidade possível e indispensável à constituição egóica.

A aposta, todavia, é que aos poucos o sujeito consiga sustentar um espaço de simbolização, em que as faltas e falhas não representem ameaças ao ego. A transferência, nessa perspectiva, precisa ir sendo manejada, tendo como destino sua própria dissolução, com a conquista de novos modos de investimentos. Um estímulo a novas alianças, com novos objetos, sem que a dependência a um deles seja fundamental para a existência de si.

Em última instância, o acolhimento não pode representar uma garantia de conforto para que o sujeito não precise trabalhar suas questões psíquicas, como um refúgio onde permaneça intocada a relação estabelecida com o objeto interno intrusivo. A implicação da instituição, com seus profissionais, deve caminhar sempre em direção a alguma transformação subjetiva, permitindo aos sujeitos renunciarem a um cuidado que pode, com o tempo, tornar-se escravizante.

Autora

Camila Quinteiro Kushnir. Psicanalista, especialista Clínica Psicanalítica /Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), mestranda do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), membro em Formação do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise - Seção Rio de Janeiro. Email: camilaqk@yahoo.com.br.

Tramitação

Recebido em 08/03/2016

Aprovado em 01/09/2016

Referências

- AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Revista mente e cérebro*, São Paulo: Editora Segmento, p. 30-35, set., 2006.
- ANDRÉ, Jacques. O objeto único. *Cadernos de Psicanálise - SPCRJ*, Rio de Janeiro: SPCRJ, v. 15, n. 18, p. 67-85, 1999.
- BARROS, Regina Benevides de. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.
- BRAUNSWHIEG, Denise; FAIN, Michael. *La noche, el día: ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- CARDOSO, Marta Rezende. A servidão ao outro nos estados limites. *Psychê*. Revista de Psicanálise, São Paulo: Unimarco, ano IX, n. 16, p. 65-75, jul./dez., 2005.
- _____. A impossível “perda” do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte: PUCMinas, v. 13, n. 2, p. 325-338, dez., 2007.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz; NETO FUAD, Kyrillos. Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos. *Revista psicologia, ciência e profissão*: v. 1, n. 24, p. 116-125, 2004.
- FIGUEIREDO, Luis Cláudio. O caso-limite e as sabotagens do prazer. In: _____. *Psicanálise: Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2008. p.77-107.
- FREUD, Sigmund (1905[1901]). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7).
- _____. (1912). *A dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 12).
- _____. (1912b). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 12).
- _____. (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 14).
- _____. (1915[1914]). *Observações sobre o amor transferencial: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 12).

- _____ (1916-17). Conferências introdutórias sobre psicanálise. *Conferência XXVII: Transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 16).
- _____ (1920). *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 18).
- GREEN, André (1986). O trabalho do negativo. In: _____. *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, p. 289-294, 2010.
- _____. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Editora Escuta, 1988.
- GURFINKEL, Décio. *Adições: paixão e vício*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- LAZZARINI, Eliana Rigotto; VIANA, Terezinha de Camargo. Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea. *Análise Psicológica*, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), v. 28, n. 2, p. 269-280, 2010.
- MANNONI, Maud. *O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar ed., 1971.
- MAYER, Hugo. Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: Marta Rezende Cardoso (Org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Nau Editora; FAPERJ, 2001. p. 81-102.
- MCDOUGALL, Joyce. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. 3. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental em dados 7*. Disponível em: <http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=100987>. Acesso em: 18 ago. 2014.
- PINHEIRO, Teresa *et al.* Patologias narcísicas e doenças auto-imunes: algumas considerações sobre o corpo na clínica. Rio de Janeiro: *Psicologia clínica*, v. 18, n. 1, p. 193-204, 2006.
- SANTOS, Yalle Fernandes; OLIVEIRA, Isabel Maria Farias Fernandes; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN. Curitiba, *Psicol. Argum.*, v. 27, n. 59, p. 313-322, out./dez., 2009.
- SEVERO, Ana Kalliny de Sousa. *A cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal – RN*. Natal, RN: UFRGN, 2009. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009. Disponível em: <<ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/AnaKS.pdf>>. Acesso em: [05 mai. 2015].
- VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à “nova psiquiatria”. Rio de Janeiro: *Physis*, v. 3, n. 2, p. 117-136, 1993.
- WINNICOTT, Donald Woods (1951). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: _____. *Da Pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 316-331.