



Os Casos-Limite e os Limites da Técnica Psicanalítica: Subversão e Cura nos Fundamentos da Psicanálise*

Eliana Rigotto Lazzarini**  & Maura Cristina de Carvalho 

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

RESUMO – Neste estudo procuramos fazer uma caracterização dos casos-limite como quadro sintomático eliciado pelas contingências socioculturais em crescimento desde a modernidade – implicações que hoje denominamos contemporâneas. A partir disso, procuramos fundamentar a pertinência de uma constante subversão, superação ou transgressão das recomendações técnicas clássicas em psicanálise no sentido do que Ferenczi chamou de elasticidade técnica, a fim de contemplar a noção de cura implicada na especificidade do saber psicanalítico, noção derivada do *cura sui* e, portanto, de filiação sério-cômico e dialógica. Implicamos pensar a subversão como um modo de funcionamento típico da técnica psicanalítica identificado em seus fundamentos. Conclui-se que a relação peculiar da psicanálise com os limites confere a ela um espaço constantemente afeito à criatividade técnica.

PALAVRAS-CHAVE: estados limite, técnica psicanalítica, cura, subversão

The Borderline Cases and the Boundaries of Psychoanalytic Technique: Subversion and Healing in the Foundations of Psychoanalysis

ABSTRACT – In this paper we seek to characterize borderline cases as a symptomatic framework elicited by the growing sociocultural contingencies since modernity - implications that we now call contemporary. We point to the relevance of a constant subversion, overcoming or transgression aspect of the classical technical recommendations in psychoanalysis in the sense of what Ferenczi called technical elasticity. We imply thinking of subversion as a typical mode of functioning in psychoanalysis because it can be identified in fundamental aspects of psychoanalytic theory. In conclusion, psychoanalysis's peculiar relation to limits gives it a space that is constantly open to technical creativity.

KEYWORDS: borderline cases, psychoanalytic intervention, cure, subversion

A clínica psicanalítica contemporânea exige do psicanalista criatividade diante das novas condições de exercício da profissão. Novas demandas clínicas obrigam, segundo Figueiredo (2010), a uma prática rigorosa e corajosa de atravessamento dos paradigmas que reinavam de forma excludente e dogmática na chamada “era das escolas”.

Contudo, apesar das muitas transformações e adaptações pelas quais passam a clínica e a própria psicanálise, a herança deixada por Freud segue como base robusta para novos

psicanalistas diante das imposições clínicas e do momento histórico atual. Fala-se, inclusive, em um retorno à Freud como forma de colocar em marcha o atual da psicanálise. Os denominados pós freudianos, autores que se tornaram clássicos na bibliografia psicanalítica, em diversas partes do mundos – como Jacques Lacan, Jean Laplanche, Didier Anzieu, Jean-Bertrand Pontalis e André Green na França, Melanie Klein e Donald Winnicott no Reino Unido, Luis Cláudio Figueiredo e Luiz Alfredo Garcia-Rosa no Brasil

* Apoio: CAPES.

** E-mail: elianalazzarini@gmail.com

■ Submetido: 10/10/2019; Revisado: 22/01/2020; Aceito: 26/03/2020.

sempre trouxeram, e continuam trazendo, novas luzes capazes de renovar o pensamento freudiano e ainda fornecer reflexões inéditas para o avanço da teoria e da prática clínica.

Na contemporaneidade, a clínica psicanalítica tem sido confrontada com novas formas do adoecer psíquico ou, melhor dizendo, há uma prevalência maior de determinadas patologias psíquicas. De acordo com Roudinesco (1999), estas estão relacionadas principalmente aos transtornos alimentares da anorexia e bulimia, à melancolia, às depressões graves, às adições de toda ordem (drogas lícitas e ilícitas, medicamentos, sexo, compulsões alimentares) ligadas a uma forma de subjetivação que está submetida a variáveis próprias do momento atual e das chamadas facilidades da vida moderna, como as tecnologias de informação e comunicação e as práticas de consumo, fatores que vão de encontro a concepção de subjetividade que implica interioridade e introspecção. Segundo Julia Kristeva (2002), em *Novas doenças da alma*, os pacientes de hoje estão perdendo a sua alma, ou seja, a noção de subjetividade, por séculos disputada entre transcendência e imanência em debates filosóficos, não parece fazer mais sentido ao “sujeito cambaleante entre a (in)eficácia hospitalar e a in(ter)venção do mundo imagético. Talvez, o mais curioso seja o fato de que esse homem continue a sofrer pelo sexo e pelo corpo” (Kristeva, 2002, p. 17). O mundo pós-moderno é o do tempo presente, da realização instantânea do desejo, do invólucro que vale mais que o conteúdo, do corpo que não pode envelhecer. Fechado na exigência narcísica imposta pela sociedade de consumo, o sofrimento psíquico do homem contemporâneo parece restrito ao corpo: “Sem identidade sexual, subjetiva ou moral, esse anfíbio é um ser de fronteira, um borderline ou um falso self” (Kristeva, 2002, p. 14).

Procuramos explicitar, no entanto, que se novas formas do adoecer psíquico confrontam a psicanálise atualmente e a interrogam em sua capacidade de propor uma terapêutica de eficácia a um sujeito submetido a mal-estares decorrentes de sua inserção nos modos socioeconômicos de sua contingência histórica, isso não é uma novidade desconhecida e incômoda. Ao contrário, a condição de rever limites esteve imbricada nos próprios modos de constituição do saber psicanalítico.

A *ideologia do progresso*, para usar a nomenclatura do historiador Eric Hobsbawm, foi sendo paulatinamente cerzida com o fio do iluminismo e em meados do século XVIII “era rigorosamente racionalista e secular, convencida da capacidade dos homens em princípio para compreender tudo e solucionar todos os problemas pelo uso da razão” (Hobsbawm, 1988, p. 256). Para os racionalistas e empiristas, expoentes filosóficos desta ideologia, a verdade habitava a consciência do homem: é o que proclamam os pensadores que, capitaneados por René Descartes e pela física newtoniana, reuniam ineditamente o céu e a terra numa mesma explicação: a consciência.

As “psicologias” foram facultadas pela crescente valorização da consciência e deste modo, a psicanálise é

também largamente subsidiária da herança cartesiana. No entanto, o sujeito psicanalítico e a teoria do inconsciente que o funda fazem uma ruptura com o eixo central do cogito iluminista: a noção de recalque propõe a clivagem da subjetividade através da formulação do inconsciente enquanto um sistema psíquico regido por leis próprias, e instaura, assim, um descentramento da consciência que questiona os limites do reinado do eu e da razão (Figueiredo, 1991).

Acrescentamos a isto a noção de que este descentramento repousa sobre a justificativa científica precípua da psicanálise – a eficácia de seu método de tratamento das neuroses nascentes em começos de século XX a partir de uma teoria do inconsciente. Acreditamos que a relação intrínseca do saber psicanalítico com a disrupção dos limites: epistêmicos, teóricos e técnicos, inclusive no interior de sua própria proposta é esclarecida quando se resgata a especificidade de sua inserção no eixo científico-iluminista.

As questões contemporâneas citadas anteriormente, tais como uma específica relação com os meios de produção caracterizada por intensificação do consumo individualista, bem como a virtualização das relações interpessoais, corroboram com a constituição do sujeito atual e implicam a denotação, no horizonte da clínica psicanalítica, de formas de organização e sofrimento psíquico para além do campo das neuroses tal qual estabelecido por Freud nos começos do século XX. Para uma caracterização introdutória, citamos André Green: “À primeira vista a escuta do material dos casos limites não revela, de uma maneira tão clara como nas neuroses, as relações entre o discurso manifesto e a sexualidade. Os problemas ligados à estrutura do Ego aparecem em primeiro plano” (Green, 2000, p. 52).

Segundo Luís Figueiredo (Figueiredo & Coelho Junior, 2018), as práticas em psicanálise que começaram a se desdobrar e a se explicitar nas últimas décadas do século XX e nas primeiras do XXI, às quais frequentemente chamamos de “contemporâneas”, vão se caracterizar por tentativas de articular duas matrizes principais, a freud-kleiniana e a ferenciana. Alguns autores perfizeram ainda um exercício transmatricial de modo prodigioso em sua experiência clínica, deixando um legado importante para as considerações técnicas contemporâneas, entre eles se destaca André Green, cujas elaborações tomamos como referência.

É tópico reiteradamente discutido que couberam a Sandor Ferenczi os primeiros intentos de inovação do tratamento psicanalítico em atenção a inclusão destes pacientes no espectro de uma psicanálise. Discípulo direto de Freud e com uma disponibilidade contratransferencial singular, Ferenczi (1928/2011) pode acolher em sua clínica os pacientes difíceis e pensar mais elasticamente a técnica psicanalítica ao mesmo tempo em que nomeava a necessidade de que a questão da elasticidade na clínica psicanalítica ficasse colocada em relação dialética com seus limites. Em suas próprias palavras:

A modéstia do analista não é, portanto, uma atitude aprendida, mas a expressão da aceitação dos limites do nosso saber. Assinale-se, aliás, que talvez seja este o ponto onde, com a ajuda da alavanca psicanalítica, começa-se a realizar-se a mudança na anterior atitude do médico. (...) Aceito fazer minha a expressão ‘elasticidade da técnica analítica’ forjada por um paciente. É necessário, como uma tira elástica, ceder às tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada. (Ferenczi 1928/2011, pp. 31-32)

Ferenczi (1928/2011) ressalta neste artigo que as regras fundamentais da psicanálise preconizadas por Freud – abstinência do analista e associação livre do paciente – são deveras importantes, mas em alguns casos tornam-se improdutivas, principalmente em relação à posição do analista no que ele denomina “compulsão para analisar” (Ferenczi, 1928/2011, p. 35): uma posição rígida, exteriorizada e racionalista em relação à fala do paciente. E continua: “o resultado ideal de uma análise terminada é, pois, contrariamente, essa elasticidade que a técnica exige também do psiquiatra” (Ferenczi 1928/2011, p. 35). Como apontou Green, é imprescindível citar a obra inspirada de Ferenczi que “misturou de maneira muito surpreendente aberrações técnicas além do aceitável com observações de uma grande profundidade” que testemunham o seu lugar de precursor de toda a psicanálise contemporânea (Green, 2008, p. 40).

Neste estudo procuramos fazer uma caracterização dos casos-limite como quadro sintomático eliciado pelas contingências socioculturais em crescimento desde a modernidade – implicações que hoje denominamos

contemporâneas. A partir disso, procuramos fundamentar a pertinência de uma constante subversão, superação ou transgressão das recomendações técnicas clássicas no sentido do que Ferenczi chamou de elasticidade técnica (Ferenczi 1928/2011) na direção da cura tal proposta pelo método psicanalítico. Implicamos pensar a subversão como um modo de funcionamento típico em psicanálise pois ela pode ser identificada em aspectos fundantes da teoria psicanalítica: no privilégio que Freud confere à “intencionalidade puramente terapêutica” (Freud, 1926/1996) da psicanálise (em detrimento de seu estatuto teórico) e na especificidade de fundamentação filosófica da noção de cura que ela veicula, subsidiária da tradição dialógica. Reiteramos estes aspectos fundantes da psicanálise para esclarecer sua proposta de eficácia terapêutica subsidiária de uma noção dialógica de cura e, deste modo, justificar seu modo de constituição especialmente afeito à criatividade e à novação.

A direção da cura em psicanálise é subsidiária de uma relação particular entre o sujeito e a verdade, que a diferencia de teorias e métodos de tratamento psicológicos diretamente advindos da noção de clínica médica. A questão dos casos ou funcionamentos limite incide sobre os limites da psicanálise, impelindo-nos a recuperar pontos cardinais da constituição epistêmica deste saber. Intencionamos ressaltar neste percurso a vocação criativa e inovadora da psicanálise, sustentada tanto por sua fundação sobre a maleabilidade de seu método terapêutico, quanto pela especificidade de sua direção de cura fundamentada sobre a filosofia sério-cômica, frente às propostas de cura constituídas sobre a cientificidade iluminista e a tradição filosófica séria.

SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E CLÍNICA DO VAZIO

Nossa época é caracterizada por uma espécie de vazio, uma insatisfação crescente e uma demanda de produtividade maior ainda. É neste contexto que vemos surgir um grupo de apresentações patológicas em torno da égide “casos-limite”. De acordo com Green (1988), “desde as primeiras descrições clínicas do paciente fronteiro (ou borderline) há meio século, uma enorme quantidade de trabalho – dados clínicos, variações técnicas, construtores teóricos – acumulou-se na literatura psicanalítica” (p. 66). Como salienta o autor, a referência à patologia borderline surgiu pela primeira vez na literatura psiquiátrica no final do século XIX, constituindo-se como uma entidade vaga e imprecisa, com a apresentação de sintomas que iam desde a neurose até a psicose. Green acrescenta que em sua experiência clínica “a fronteira da insanidade não é uma linha; é, antes, um vasto território sem nenhuma nítida divisão: uma terra de ninguém entre a sanidade e a insanidade” (p. 67). Ou seja, para ele, “o caso fronteiro é menos de uma fronteira que de uma terra de ninguém, todo um campo cujos limites são vagos” (p. 80).

Tais pacientes recebem também a denominação de pacientes-limite ou casos-limite e/ou pacientes narcísicos já a partir de meados do século passado, e também pacientes difíceis ou casos difíceis, mais recentemente, passando a ser categoria diagnóstica nos casos clínicos nos quais os pacientes apresentam uma qualidade afetiva de comunicação difíceis de serem traduzidas. Green (1988) caracteriza a clínica contemporânea como uma clínica do vazio relacionada aos estados fronteiros cuja evidência é a presença de configurações narcísicas.

Para melhor compreender a gênese dos sintomas, a psicanálise leva em consideração tanto a predisposição psíquica de cada um, como sua sociedade de inserção. Freud (1930/1996) já nos falava, em seus textos sobre o social e a cultura, que se a civilização por um lado oferece vantagens ao sujeito, por outro, exige do indivíduo um sacrifício pulsional e uma perda de gozo. Esta colocação prescrita por Freud em meados do século 20 aponta para o componente cultural invariável da estruturação psíquica,

mas implica considerar as roupagens próprias de cada época, vez que a civilização contemporânea se apresenta de forma sensivelmente diferente daquela que existia à época de Freud. Se na época vitoriana o imperativo recaía na renúncia parcial da pulsão sexual, hoje esta se desloca da patologia dos conflitos, favorecida por uma sociedade repressiva, para uma patologia dos laços, dos limites e da dependência, por uma sociedade mais liberal.

Nossas patologias não são mais as patologias da burguesia como Freud as definiu, mas doenças epidêmicas, sintomas de massa presentes em todas as camadas sociais, dentro de uma estrutura capitalista. De acordo com Recalcati e Zuccardi Merli (2006), a sociedade contemporânea não se baseia nos princípios da renúncia à satisfação imediata, mas ao contrário, joga o sujeito em um mundo no qual a premissa é a do gozo total e imediato, ou seja, não mais da restrição, mas do excesso. O discurso social atual encoraja a ausência de limites oferecendo ilimitadamente promessas para tentar preencher o vazio interior, mas como é sabido, as promessas de felicidade veiculadas nas propagandas de bens de consumo têm pouca chance de se concretizarem. O sujeito contemporâneo vive para consumir o que quer que seja sem jamais conseguir ter um sentimento de preenchimento.

Os transtornos alimentares (anorexia e bulimia), as toxicomanias (ingestão de drogas lícitas e ilícitas), as auto e hetero agressões (escarificação, violência e suicídio) e as depressões são algumas das formas de expressar o mal-estar na contemporaneidade. São chamadas de patologias do limite ou patologias narcísicas, nas quais há uma dificuldade crescente diante da introdução da experiência dos limites, dos obstáculos e da renúncia e, em especial, uma dificuldade do sujeito em se subjetivar. O indivíduo não consegue buscar sua singularidade e se esvazia. Na clínica, elas são consideradas patologias graves e que se servem do corpo para exprimir um sofrimento profundo. Em todas as experiências, a questão está relacionada à impressão de um vazio interno, de um não desejo ou um desejo de nada que se manifesta frequentemente numa distorção relacionada ao corpo. Nas ligações com as pessoas observa-se um distanciamento ou uma fusão muito acentuada que se assemelha a um limite rígido ou um desconhecimento do limite (Birman, 2001, pp. 13-27).

Aqui interpõe-se uma questão concernente à relação entre os limites e o declínio da função paterna nas sociedades ocidentais – função reguladora que junta a lei e o desejo. Para a psicanálise, a função paterna é uma função limitadora ou seja: que introduz uma lei, um limite necessário para abordar a dimensão da diferenciação simbólica e instalar uma relação entre as palavras e o corpo, um modo de pensamento que leva à elaboração. A função paterna foi introduzida por Lacan através de dois eixos: um referente ao Nome-do-Pai;

e outro, ao ternário pai simbólico, pai real e pai imaginário. Lacan (1957-1958/1999) pensa a intervenção do pai como a substituição de um significante por outro, ou seja, como metáfora. Assim, afirma que a metáfora paterna concerne não a presença real do pai, mas à função do pai, a qual, por sua vez está presentificada no centro da questão edípica. Na falência de tal função, instala-se no sujeito um agir, uma descarga pulsional onde a dimensão simbólica não encontra lugar, basicamente porque não pode ser constituída.

Os estados limites constituem um novo paradigma para a psicanálise. É a partir da obra de Ferenczi, nos seus últimos artigos de 1928 a 1933, que começam a surgir na clínica psicanalítica observações sobre este novo paradigma. Importante para Ferenczi neste momento é sua oposição à Freud, afirmando em sua clínica que a natureza do trauma não se resume a um só aspecto. Para Freud (1937/1996), até praticamente seus últimos trabalhos, a natureza do trauma é sempre da ordem do sexual. Ferenczi recebe em sua clínica pacientes considerados, até então, fora do alcance do escopo técnico psicanalítico. São célebres suas experimentações clínicas que denotam uma permeabilidade em sua técnica, citamos, por exemplo, sua técnica ativa. De modo resumido, esta técnica consistia em uma atividade do analista até então inédita e incompatível com a regra da abstinência. Ferenczi impunha tarefas, interdições e provocações em suas intervenções visando produzir efeitos na relação transferencial (Mendes & França, 2012). O que Ferenczi (1928/2011) traz de novo é considerar o trauma como algo que ocorreu na vida do sujeito, mas também como algo que deveria ter ocorrido, *mas não ocorreu* e, portanto, precisa ser oferecido. Por exemplo, a não resposta do objeto primário, mãe, a um apelo do sujeito. Aqui se trata da impossibilidade de satisfação afetiva relacionada aos cuidados primários que pode deixar feridas não cicatrizadas e que podem paralisar as atividades do eu.

A questão da delimitação dos casos limites passou por algumas intercorrências e se coloca em um primeiro momento em relação às neuroses narcísicas que são aproximadas às psicoses. Durante longo tempo, considerou-se que o termo estados limites seria uma contração da expressão estados limites da psicose. Atualmente, segundo Green (2009), não se pensa mais assim. Limite é um conceito importante para a psicanálise e basta percorrer a obra freudiana para verificar o quanto Freud observa a questão do limite mesmo sem fazer referência explícita a ele. Faz isto já na primeira tópica quando fala na relação entre consciente, pré-consciente e inconsciente e na segunda tópica a respeito dos limites entre o eu e o isso e entre o eu e o supereu e de todas as trocas que se pode observar no nível das transições limiares entre as diferentes instâncias.

OS CASOS LIMITE: ESTADO DA ARTE

Green (2009) dispõe a questão da delimitação dos casos limites partindo de uma comparação com a neurose e a abordagem pela noção de realidade psíquica. Para ele, a realidade psíquica em relação à realidade material é a que está em concordância com os fenômenos inconscientes que não são regidos pela certeza e que são constituídos pelos processos primários que reenviam às representações e aos afetos. É a partir disto, segundo o autor, que podemos falar de desejo, pois há uma organização inconsciente de representações e de afetos sobre os modos dos processos primários que na neurose coloca em marcha uma lógica da esperança. Ou seja, quaisquer que sejam os obstáculos colocados pela realidade externa ao desejo, um desfavorecimento de sua realização ou entrave, existe um sistema onde eles irão encontrar uma forma de satisfação que responde a uma ordem do inconsciente de que nada poderá impedir a realização do desejo inconsciente, de uma forma ou de outra, pelos sonhos, fantasias, devaneios ou mesmo sob a forma de um sintoma ou da transferência.

A questão do desejo nos estados limite, segundo Green (2009), coloca a proposição feita pela neurose em cheque. Nos casos limite, diz ele, há outra coisa no lugar do desejo. Green cita Freud em *Além do princípio do prazer* (1920/1996) quando ele fala que a esperança não está garantida em todas as estruturas e que há um certo número delas que não são governadas pelo princípio prazer/desprazer, mas que estariam condenadas à inércia esterilizante pela intermediação da compulsão à repetição relacionadas mais às experiências dolorosas do que às agradáveis. Dito de outra forma, a lembrança ou mesmo a construção cede lugar à atuação: o paciente repete ao invés de recordar.

Green (2009) aponta que a razão está no fato de que se a moção pulsional reenvia para a descarga com o objetivo de resguardar o aparelho psíquico, o resultado é uma não referência ao prazer, mas a salvaguarda da ligação psíquica primária. É isto o que a clínica contemporânea dos estados limites nos diz. Com determinados pacientes, não é legítimo falarmos de realização de desejo, pois há neles uma tendência dominante de excitação da pulsão rumo à descarga e à repetição ao mesmo tempo que tais processos fazem um curto-circuito na elaboração psíquica.

Uma segunda questão em pauta nas delimitações entre os estados limite e a neurose diz respeito à presença do objeto nestas estruturas. Nos estados limites o objeto não é de todo, como na neurose, o objeto de fantasia, dos desejos inconscientes, o objeto que gera as proibições e os interditos.

O que se percebe nos casos limite é a de que existe um enclave do objeto no interior do sujeito, que fala por ele e em seu lugar. O objeto toma conta do espaço antes destinado ao eu do sujeito.

Anzieu (2000) também ressalta elementos que diferenciam os casos limites das neuroses e fazem uma delimitação. Para ele, nos casos limites:

Há uma incerteza instalada entre o Eu psíquico e o Eu corporal, entre o Eu realidade e o Eu ideal, entre o que depende do Self e o que depende do outro além de bruscas flutuações destas fronteiras, acompanhadas de quedas na depressão, indiferenciação das zonas erógenas, confusão das experiências agradáveis e dolorosas, não distinção pulsional que faz sentir a emergência de uma pulsão como violência e não como desejo, vulnerabilidade à ferida narcísica devido a fraqueza ou às falhas do envelope psíquico, sensação difusa de mal estar, sentimento de não habitar a sua vida, de ver de fora funcionar seu corpo e seu pensamento, de ser o espectador de alguma coisa que é e que não é sua própria existência. (p. 22)

Anzieu (2000) acrescenta a questão da falha da repressão nestas estruturas fazendo um contraponto com as normas sociais atuais e o desfalecimento da função paterna o que favorece a imaturidade e suscita uma proliferação de perturbações psíquicas limites. Na impossibilidade de satisfação pela catexia objetal, uma das alternativas da libido é o retorno e represamento no eu, um investimento narcísico que vai dificultar a saída pelo investimento no objeto, em termos freudianos, portanto, uma saída pela alteridade. Na contemporaneidade a referência ao outro tende a diminuir acentuando-se o sentimento originário de desamparo e a incapacidade de lidar com os perigos internos e externos.

Essa descrição auxilia na caracterização dos quadros narcísicos – base da estruturação dos estados limites – uma organização subjetiva que não tem seus parâmetros fornecidos pela sexualidade edípica e nem é norteada pelo recalque. Nessa configuração o corpo será sentido como um fardo que, por sua insistência em se expressar, joga o sujeito em situações-limite de desamparo. O sujeito fica carente de uma sensação de unidade dada pela junção eu/corpo que é efêmera e de uma sensação de posse do corpo e de intimidade corporal que é inexistente. Tais formações psicopatológicas também recebem a denominação de *borda*, patologias *atuais* ou *contemporâneas* tanto pelo caráter epidêmico como a partir da insistência da questão dos limites nestes modos de produção de subjetividade.

A APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS CASOS LIMITE

A grande parte das queixas dos pacientes da clínica psicanalítica está relacionada a um mal-estar difuso, um sentimento de vazio interior e uma incapacidade de fazer ligações afetivas. Os autores psicanalíticos com os quais trabalhamos – André Green, Didier Anzieu, Luiz Cláudio Figueiredo, Piera Aulagnier, Jean-Bertrand Pontalis e Donald Winnicott – situam esta queixa sob a ordem do desamparo primordial, tal como disposto por Freud a partir de 1895, no “Projeto para uma psicologia científica”, a respeito de “experiência de satisfação”. Nesse texto, Freud (1886-1889/1996) relata que o recém-nascido precisa de ajuda alheia para promover a ação específica de que necessita para sua sobrevivência. O sentimento de desamparo, portanto, aparece já nas primeiras experiências da vida, como resultado da incompletude do organismo, de sua necessidade de realizar trocas com o mundo e da extrema dependência da ajuda de outros. A maior parte dos autores pós-freudianos pesquisados concorda que os sintomas de mal-estar neurótico comuns à época de Freud deram lugar a um outro tipo de manifestação, não mais baseada no recalque, e sim no âmbito desta angústia mais arcaica.

Nos consultórios são os pacientes cujas dinâmicas psíquicas se apresentam pautadas pelo mecanismo da cisão, mais do que pela repressão. No mecanismo da cisão, salienta Green (2001), o retorno dos elementos segregados é acompanhado de grave ameaça de desamparo, o que é diferente da repressão, na qual o retorno do reprimido dá origem ao sinal de angústia.

Green (2001) descreve os pacientes narcísicos como sendo pessoas cuja capacidade de fantasiar é muito mais utilizada como forma de preenchimento do vazio. São pessoas que possuem um retardo afetivo acentuado, isto é, têm horror aos apetites sexuais. Para ele, esse paciente vai se constituindo como sendo aquele que está diante de uma enorme vergonha de ser um sujeito pulsional, libidinal, sujeito submetido ao desejo e a excitação do corpo. Segundo Green, nesses pacientes a questão do corpo é complicada porque o corpo, na sua materialidade, é algo difícil de suportar, pois aponta para a finitude, para o desejo, à lei, o limite, à velhice, à feiura, condições difíceis de serem confrontadas.

Corroborando com Green, Anzieu (2000) observa que a clínica psicanalítica se encontra confrontada nestas últimas décadas com a necessidade de introduzir novas categorias. De acordo com ele:

O paciente estado-limite assiste de fora ao funcionamento do seu corpo e de seu espírito, como expectador desinteressado de sua própria vida. Mas a parte do sistema percepção-consciência que subsiste como interface assegura ao indivíduo uma adaptação suficiente à realidade para que ele não seja psicótico. (Anzieu, 2000, p. 162)

Anzieu (2000) afirma que o paciente estado-limite nestas condições lida com experiências ruins de separação que possivelmente violentaram seu eu corporal e/ou seu eu psíquico. Segundo ele, decorrem daí certas características de funcionamento psíquico: são pessoas que não se sentem seguras; que vivem no aqui e agora; cujo modo de comunicação específico é a narração, contam o fato e não a emoção que sentiram; que tendem a não aprender pela experiência vivida pessoal; com dificuldade de se desprender intelectualmente de seu vivido, que na vida social permanecem grudadas aos outros ou excessivamente afastadas e que temem a penetração, seja ela do olhar ou sexual. Anzieu ressalta que, para o tratamento destes pacientes, o psicanalista necessita ter em mente que deve ajudá-lo a não desperdiçar sua energia psíquica e sim conservá-la. Deve também procurar corrigir as falsas realidades e levar o paciente a utilizar corretamente sua experiência do real. Enfim, diz ele, “é levá-lo a se dar conta do estatuto triplo de seu corpo: como parte do eu, como parte do mundo exterior e como fronteira entre o eu e o mundo” (p. 126).

Figueiredo (2003) se refere a esta modalidade clínica como a clínica dos pacientes difíceis, com uma fenomenologia psicopatológica e exigências técnicas específicas. O autor justifica trazendo para o contexto a metapsicologia da esquizoidia de Fairbairn (1952/1980) e acrescenta que essa posição metapsicológica fairbairniana diz mais da subjetivação contemporânea, esquizoide e fragmentada, do que diria a metapsicologia de Freud. Figueiredo ressalta, ainda, que na clínica contemporânea as melancolias clássicas baseadas na culpa, as autorecriminações e os ataques de angústia tendem a desaparecer e em seu lugar aparece uma espécie de desconforto interno.

Para Green (1988), as questões do narcisismo encontram-se em primeiro plano nos casos limites e ele ressalta que podemos identificar em Freud duas funções fundamentais do narcisismo: a primeira é uma tentativa de reunificação da construção de uma imagem mais total, de um eu totalizante chamado narcisismo positivo; e a segunda é um investimento original que visa a redução de tensão a nível zero chamado de narcisismo negativo com “estados de vazio, de futilidade, de inexistência” (Green, 2000, p. 134). Para Green (1988), a situação de narcisismo negativo está muito presente nos pacientes limites nos quais se pode perceber um investimento no eu que visa uma redução a um nível zero de tensão, ou seja, a tentar obter um tipo de satisfação pela não satisfação, como por exemplo, nas autoagressões (anorexia, esscarificações, etc.).

Green (1988) entende o narcisismo negativo como defesa, uma tentativa de não depender do objeto para sua satisfação. Visa além de redução de tensão a nível zero e a dispensa do objeto. Isso caracteriza o que ele denomina de “narcisismo moral” (p. 190): uma situação extremada de investimento

narcísico sobre o eu que tem como característica a anulação do outro como objeto, pela impossibilidade de lidar com o desprazer e com o adiamento da satisfação, e a instalação do neutro numa tentativa de chegar a um estágio ascético de neutralidade. Por isso esses pacientes se caracterizam por um ascetismo intenso que se poderia chamar de uma anorexia de viver; um eu anestesiado e regido mais pela dissolução dos vínculos e redução de tensão do que busca de prazer. Para Green, o narcisismo moral é um dos aspectos do narcisismo negativo e o que caracteriza os casos limites. Quanto à depressão, Green ressalta que nos casos limites ela está articulada com a agressividade. Nestes pacientes cada nova tentativa vinculatoria que redundava em fracasso e agressividade explode de maneira intensa pela via somática ou pela criação de uma realidade, não totalmente delirante, mas ilusória e impregnada pela agressividade, com certa sensação de irrealidade.

Nos casos limites, há a tendência a se valorizar a incidência dos vínculos intersubjetivos e suas falhas, relativas a épocas bastante precoces de constituição do eu. Os sujeitos funcionam psiquicamente em acordo a uma organização primitiva, fusional em relação aos objetos, pois parece ter sido dessa forma que se constituíram.

Fizemos uma atualização breve daquilo que entendemos que são os pontos cardinais do estado da arte sobre casos limites hoje em psicanálise, tanto em aspectos de apresentação clínica, quanto em desenvolvimento teórico. Intenciona-se, a partir disso, reiterar a importante questão da elasticidade técnica, como denominada por Ferenczi (1928/2011). Não é de fazer espanto que as prescrições tidas como clássicas em relação ao manejo e técnica psicanalítica tenham sofrido uma demanda de renovação. Isto não equivale a dizer que as conhecidas recomendações técnicas freudianas se tornaram

obsoletas, mas que demandam diversificação e nuançamento. Conforme procuramos expor na caracterização dos estados-limite, o estrito dispositivo psicanalítico conforme delineado por Freud nos *Artigos sobre técnica* é frequentemente apontado como impossível de ser seguido à risca na clínica contemporânea. Tanto porque é impossível de ser proposto, em contextos hospitalares ou asilares por exemplo, quanto porque, muitas vezes sua proposição parece estéril e remete o analista à ineficácia de seu trabalho não por uma questão diretamente relacionada ao fundamento psicanalítico, qual seja, a teoria do inconsciente, mas especialmente em relação ao dispositivo analítico e aos modos de intervenção.

Gostaríamos, no entanto, de dar um passo atrás na discussão sobre os limites da técnica. Ao invés de discutirmos novas matrizes de atuação e propostas pontuais de experiências clínicas tal como brilhantemente vem sendo feito (Birman, 2001; Figueiredo & Coelho Junior, 2018), nosso enfoque convida a uma reconstituição da formação do método psicanalítico a partir de dois aspectos cruciais para a constituição da psicanálise enquanto terapêutica, ou seja, enquanto proposta de tratamento em saúde mental: a subversão e noção de cura. Esta espécie de linha evolutiva em dois pontos nos permitirá remeter a questão da elasticidade técnica a uma justificativa fundamentada segundo as linhas epistêmicas de constituição da terapêutica psicanalítica. Nosso intuito é esclarecer as bases filosóficas que situam a especificidade da cura proposta pelo método psicanalítico na dimensão da produção de uma verdade subjetiva. O privilégio de tal dimensão pressupõe uma constante adaptação da técnica a novas épocas e a seus quadros de apresentação sintomática de modo a preservar a essência de uma ação existencial criativa na proposta terapêutica da psicanálise.

A SUBVERSÃO EM PSICANÁLISE

É largamente propagada, de modo a ter atingido um estatuto comparável ao de uma parábola (Loffredo, 2006), a tese freudiana sobre as três feridas sofridas pela humanidade no decurso da evolução do conhecimento científico. Para Freud (1917/1996), três foram os golpes que obrigaram a humanidade a um questionamento do saber até então instituído, golpes que infligiram uma espécie de dor narcísica: o primeiro foi o golpe cosmológico, quando a partir das ideias de Copérnico a Terra deixa de ser o centro do universo. O segundo golpe, chamado de biológico e atribuído a Darwin, diz respeito à reinserção do homem ao reino animal, abolindo seu privilégio enquanto espécie ao afirmar que a evolução do homem se deu a partir dos primatas. O terceiro golpe, o psicológico e para Freud, o mais grave e doloroso, foi atribuído à psicanálise, já que esta descentrou a consciência do protagonismo da história do pensamento, ao postular o saber do inconsciente (Freud, 1917/1996).

O que procuramos argumentar, a respeito do tratamento psicanalítico e das adaptações de sua proposta técnica ao âmbito da intervenção terapêutica na clínica dos estados limite, é que esta parábola freudiana rege a própria trama dos conceitos em psicanálise e tem efeitos sobre o processo de construção do conhecimento psicanalítico e implicações sobre a contemporização de sua técnica. Significa dizer que apontamos aqui um caráter inerentemente subversivo e descentralizador da psicanálise, cujas implicações recaem também sobre ela mesma: tanto em sua concepção de cura e de direção do tratamento quanto numa certa maleabilidade da técnica.

De fato, o advento da psicanálise foi um marco revolucionário na história da saúde mental. Ao construir uma teoria do inconsciente, Freud (1900/1996) propôs também um deslocamento do lugar do saber, antes seguramente alocado sobre o discurso da ciência moderna e sobre a tradição iluminista, cujo valor incontestado se sedimentou em

séculos de progresso científico e tecnológico. O indivíduo consciente transformou-se em referencial central e exclusivo para o conhecimento e a verdade, inclusive quando a questão era a sua própria falência – aquilo que se evidencia nos distúrbios psiquiátricos.

A psicanálise é subsidiária da ciência psiquiátrica, mas diferencia-se desta por ser também permissiva às heranças pré-iluministas e incursões na obscuridade mitológica, tendo incorporado o elemento da tragicidade como componente do mal-estar psíquico. É por conseguir comportar, de algum modo, a irracionalidade veiculada na mitologia, nos sonhos e nos enredos literários que a psicanálise é capaz reformular as construções psiquiátricas, tirando o foco das questões orgânicas e dando ênfase à forma pela qual os fenômenos aparecem no registro da fala.

Diante das incipientes propostas advindas tanto da jovem ciência psicológica quanto da tradição médica para tratar os crescentes mal-estares psiquiátricos do começo do século XX, a psicanálise propõe um método de atenção às narrativas pessoais que, não fosse seu imediato sucesso no tratamento das neuroses, teria sido, como tanto temia o seu criador, relegado imediatamente pelas comunidades científicas e indexado ao lado das práticas folclóricas de deciframento de sonhos.

É neste sentido que nos alinhamos à ideia de que a psicanálise não se coloca precipuamente como um *logos*, *um saber definitivo*. Embora inegavelmente tenha criado um extenso corpo conceitual e uma nova forma de discursividade (para usar o termo foucaultiano) de cabal importância para o progresso de todas as ciências humanas, foi resgatando o método das práticas terapêuticas pelo registro da fala que Freud fez enfatizar a psicanálise como *procedimento de tratamento*, anterior mesmo à sua compreensão como conhecimento ou teoria, como infere-se a partir da sua afirmação: a psicanálise é “uma intencionalidade puramente terapêutica”, na busca de “um novo tratamento eficaz para

as enfermidades neuróticas” (Freud, 1925/1996). Como corroboramos:

A psicanálise constituiu-se, inicialmente e nas palavras de Freud (1925e) como “uma intencionalidade puramente terapêutica”, na busca de “um novo tratamento eficaz para as enfermidades neuróticas”. Freud (1919a) até mesmo afirmou ser essa “intencionalidade terapêutica” a sua mais importante significação, devendo-se a ela o prestígio da psicanálise na sociedade dos homens. Dessa maneira, parece que a intencionalidade terapêutica da psicanálise não somente designa seu sentido primeiro, mas também seu motivo de existência e seu valor, o que nos leva a afirmar que um sentido ético está fundamentalmente estabelecido desde a origem da psicanálise. (Celes, 2005, p. 2)

Freud (1925/1996) vê principalmente uma *techné* na psicanálise: um processo e um método de tratamento em saúde mental e é neste sentido que entrevemos em sua letra uma maleabilidade na trama das propostas técnicas. A contemporaneidade da psicanálise diz respeito também ao seu modo peculiar de funcionamento: “A psicanálise tem se caracterizado, nos seus cem anos de existência, do mesmo modo que os fenômenos/conceitos que constituem os seus objetos: numa lógica de afirmações negações, lembranças/esquecimentos e desocultações/ocultações.” (Celes, 2000, p. 73). A intencionalidade terapêutica primordial do conhecimento psicanalítico afiança um modo de funcionamento que, num certo sentido, pode ser dito subversivo pois que admite constantes deslocamentos teóricos no sentido do privilégio da eficácia terapêutica de seus códigos de conduta técnica. Trata-se da tal elasticidade da clínica psicanalítica:

O senso apurado de pesquisa clínica muito cedo fez Freud e alguns de seus pares perceberem que, para serem fiéis aos seus propósitos – tanto como método de pesquisa das subjetividades quanto como método de tratamento dos sofrimentos psíquicos – a psicanálise não poderia se enrijecer. (Figueiredo et al., 2013)

A DIREÇÃO DA CURA EM PSICANÁLISE

Se tomamos este caráter subversivo que entrevemos no conhecimento psicanalítico, podemos remeter seus fundamentos às matrizes de pensamento que formam a especificidade de direção da cura, de terapêutica e de eficácia no âmbito da proposta psicanalítica. Todos estes termos herdados da ciência clássica sofreram, na esteira do deslocamento a que a psicanálise convida o saber médico, a incorporação de nuances.

Segundo lemos em Dunker (2011), em Psicanálise estamos falando de uma concepção renovada de três tradições intimamente relacionadas: A ideia de clínica, a prática terapêutica e o cuidado de si (p. 209). A ideia de

clínica enraiza-se na antiga tradição hipocrática da clínica médica e sofreu poucas modificações ao longo do tempo. Define-se por uma combinação entre a observação de doenças – clínica deriva do latim *clinicus*, “médico que olha os pacientes em seus leitos”, do grego *klinike tekhne*, “prática à beira do leito” donde o privilégio do olhar, do observar – e dos esforços para separá-las em grupos e agir sobre suas causas. O critério de eficácia clínica reside na habilidade de fazer prognósticos dos processos patológicos, já que saúde e doença são consideradas um ciclo de repetições em que não há nada a ser criado ou removido.

Já a prática terapêutica remete a uma ideia de reestabelecimento do indivíduo a partir de uma reintegração narrativa. Pressupõe um retorno a um estado anterior de harmonia e a redução do sofrimento subjetivo. Breuer e Freud (1895/1996) reintegraram a tradição terapêutica à clínica psiquiátrica quando re inserem a importância não só da fala, mas da implicação subjetiva do paciente em sua queixa de mal-estar. Os estudos sobre a histeria (Freud 1895/1996) deslocaram, em comparação com a psiquiatria da época, tanto o lugar do médico, quanto do paciente, quanto do próprio saber, que passa a ser localizado sobre o discurso do paciente. O tratamento dos distúrbios mentais proposto na aurora da psicanálise, a *talking cure*, reestabelece uma identificação primitiva com a órbita das terapias antigas em que a fala e o simbolismo eram preponderantes sobre os sintomas aparentes. Essa identificação amplia o entendimento do tratamento psicológico como um tratamento não só médico clínico, mas também terapêutico, no sentido em que retoma práticas curativas sociologicamente muito antigas de ressignificação da narrativa subjetiva, cuja origem se remete às atividades xamânicas e as narrativas mitológicas (Dunker, 2011).

Entretanto, como observou Lacan (1974/2003, p. 516), “a psicoterapia é um projeto impraticável” se dela se intenciona uma cura nos moldes médicos. Na vida subjetiva é impossível retornar a um estado anterior de harmonia, já que o próprio retorno será sempre história e experiência ampliados, a incorporar-se ao estado progressivo.

É sob este viés que pontuamos que a psicanálise, para além de uma perspectiva clínica e de uma proposta terapêutica, incorpora uma tradição filosófica denominado “cuidado de si”. Esta incorporação subsidia uma diferença essencial no entendimento da direção da cura em psicanálise. Cuidado de si é uma corrente de pensamento que se construiu em torno dos termos cura e cuidado e se delineou como um modo alternativo à tradição filosófica contemplativa ou séria, esta que se consolidou como base hegemônica ocidental nas práticas clínicas. *Cura sui* era:

O formato discursivo das práticas envolvidas na vida ativa e não se caracterizava sempre pelo discurso sobre um objeto específico, mas às vezes, por um discurso com um sujeito que aspira uma transformação em sua vida. Esta prática que encontramos entre os estoicos, epicuristas, cétricos e cínicos, orienta-se para as relações entre o sujeito e a verdade. (Dunker, 2011, p. 198)

Essa tradição, ainda segundo Dunker (2011), foi examinada por Foucault em a “Hermenêutica do sujeito” (Foucault, 2004) sob a expressão cuidado de si. Foucault parece encontrar, seguindo um percurso que vai de Platão até os filósofos epicuristas e estoicos dos séculos I e II da era cristã, a possibilidade – para a formação grega da “enkrateia” enquanto relação a si como domínio de si – de um sujeito verdadeiro cujo estatuto não é mais aquele da sujeição, mas sim o da subjetivação. Tal tradição, acredita-se, é a

concepção que, dentre as três componentes, está evidenciada na psicanálise: um método de abordagem da cura definido pelas condições que viabilizam ao sujeito enunciar e praticar uma forma de vida conforme a verdade que será produzida sobre si no espaço de sua relação com o outro.

Posto deste modo, queremos concluir que a psicanálise, quando comparada a perspectivas de tratamento psicológico modernas e mais diretamente subsidiárias da ideia de clínica médica, diferencia-se pela ênfase sobre a herança da tradição filosófica sério-cômica, a mesma base da tradição dialógica socrática que está na origem do cuidado de si e no questionamento dos discursos sofismáticos predominantes que se deu pela inserção do elemento dialógico no método filosófico. Segundo a teoria do dialogismo em Bakhtin (2013), a relativização e a humanização do discurso foram possibilitadas pela insurgência do gênero sério-cômico. De acordo com o pensador, este gênero, através de um processo de assimilação carnavalesca, irrompe como uma variação reconhecidamente alteritária, ou seja, contraposta, pelos próprios antigos, aos gêneros considerados clássicos, tais como a epopeia, a tragédia e a retórica. O gênero sério-cômico compreendia, entre outros, os diálogos de Sócrates e a sátira menipeica (Bakhtin, 2013). Ilustra lembrar que a própria concepção socrática da natureza dialógica da verdade é considerada exemplo de gênero sério-cômico e fez-se em base cômica. Esta base determinava a forma “alcoviteira” com que Sócrates reunia as pessoas colocando-as frente a frente em discussão e preconizava a indeterminação do conteúdo: “A verdade não nasce nem se encontra na cabeça de um único homem; ela nasce entre os homens, que juntos a procuram no processo de sua comunicação dialógica” (Bakhtin, 2013, p. 125).

Sob esta perspectiva filosófica, o processo de cura remete ao cuidado do sujeito em relação à sua busca pela verdade e neste sentido, não se pretende a extirpação de sintomas e nem o retorno a um estado anterior de harmonia: é o sujeito que se transforma, e a cura em psicanálise se identifica com a cura no sentido lato que atribuímos ao processo de curar um queijo, por exemplo: passar pelo trabalho do tempo e da alteridade. Diz respeito à formação de uma experiência radicalmente nova de si mesmo, algo que compreende, simultaneamente, uma ficção e uma apropriação narrativa, movimentos que pressupõem uma ação existencial criativa.

Roudinesco (1999, p. 33), em “Por que a Psicanálise?”, retoma uma matriz de estudos abrangentes que, a partir de 1952 procurou avaliar, nos EUA e na França, a eficácia dos tratamentos psicanalíticos e das psicoterapias. Ainda que com imensas divergências na escolha dos parâmetros e na fiabilidade dos estudos, a autora aponta que a maior parte dos interrogados (80% dos casos) não se declarava curado dos sintomas que os levaram inicialmente a buscar o tratamento. Por outro lado, frisavam o tratamento como uma experiência benéfica que ocasionou um bem-estar e uma melhora em suas relações, tanto no campo social e profissional, quanto no campo afetivo. O resultado parece nos remeter de volta

ao dilema em relação ao que é de fato cura do sofrimento psicoafetivo.

A este respeito, a autora reconta dois episódios históricos que, se não respondem e não solucionam ao modo empirista, parecem elucidar satisfatoriamente a direção da cura e seu estatuto especial em psicanálise: Freud, informado em 1934 por Saul Rosenzweig, psicólogo experimental, que este havia encontrado resultados experimentais que provavam a validade da teoria do recalçamento, mostrou-se pouco entusiasmado. Não rejeitou a ideia de experimentação, mas lembrou que os resultados deste tipo de estudo são supérfluos e redundantes se comparados às histórias de vida das pessoas que tiveram seu adoecimento transformado pelo encontro com a

psicanálise. Ainda a um outro psicólogo americano que propôs a Freud medir a libido e dar seu nome (um freud) à unidade de medida, ele respondeu:

Não entendo de física o suficiente para formular um juízo confiável nesta matéria. Mas, se o senhor me permite pedir-lhe um favor, não dê meu nome à sua unidade. Espero poder morrer, um dia, com uma libido que não tenha sido medida. (Wittels, 1955, citado por Roudinesco, 1999, p. 34-35)

Esta declaração nos leva a uma conclusão preliminar. A direção da cura é algo contrário a cada tentativa de se considerar o psiquismo como uma coisa puramente experimental.

CONCLUSÃO

Fizemos um esforço de caracterização da atualidade dos estados limites enquanto sintomatologia importante na contemporaneidade da clínica psicanalítica. Pontuamos principalmente a imposição de uma maleabilidade técnica que estes demandam à atualidade da clínica psicanalítica. Propusemos a reflexão sobre dois aspectos basilares na constituição do conhecimento psicanalítico quais sejam, a subversão e a noção de cura, que podem legitimar as propostas de novação técnica por estarem inscritos na própria evolução do delineamento epistêmico da psicanálise.

Procuramos demonstrar que a psicanálise, enquanto saber organizado, comportou constantemente inovações subversivas, transgressividade e rupturas metodológicas no interior de seu próprio escopo. Freud (1920/1996) é constantemente disruptivo dentro de sua própria ciência, atestamos isso claramente quando do advento dos estudos de segunda tópica. Esse modo de funcionamento não é algo que possa ser pensado como estado de exceção, mas sim como algo do funcionamento próprio da psicanálise enquanto intencionalidade terapêutica. Além disso, a própria noção de cura em psicanálise é fundamentada em uma relação

específica do sujeito com a verdade na qual a subversão das posições de clínica médica e de saber são, inerentemente, postas em questão.

Desse modo, nosso intento foi o de apontar que a questão dos limites, que se põe em evidência na clínica atual através da sintomatologia localizada em torno dos limites do eu, reedita a interrogação sobre os limites da técnica e reitera esta questão como uma inerência da psicanálise – aspecto que remontamos tanto a seus processos de constituição interna como à sua filiação filosófica sério-cômica enquanto proposta terapêutica. Tal reiteração é essencial aos caminhos de fundamentação epistemológica das propostas de novação técnica na clínica psicanalítica. A psicanálise constituiu-se em confronto com os limites, fossem eles os limites do saber científico psiquiátrico precedente ou o próprio saber já instituído dentro do corpo da teoria. Concluímos, finalmente, que esta relação peculiar da psicanálise com os limites confere-a um espaço constantemente afeito à criatividade em seus aspectos técnicos e à responsividade dialógica às modificações impelidas pela cultura aos modos de subjetivação.

REFERÊNCIAS

- Anzieu, D. (2000). *O Eu-pele* (Z. Yazigi & R. R. Mahfuz, Trad.). Casa do Psicólogo.
- Bakhtin, M. (2013). *Problemas da Poética de Dostoiévski* (P. Bezerra, Trad.). Forense Universitária.
- Birman, J. (2001). *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação* (3ª ed.). Civilização Brasileira.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. II). Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Celes, L. A. (2000). Contemporaneidade da psicanálise. In R. Pacheco Filho, N. Coelho Júnior & M. D. Rosa. (Orgs.), *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise* (pp. 65-78). Casa do Psicólogo/EDUC.
- Celes, L.A. (2005). Psicanálise é o nome de um trabalho. *Psicologia Clínica*, 17(2), 157-171. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652005000200012>
- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. Annablume.
- Fairbairn, W. R. D. (1980). *Estudos Psicanalíticos da Personalidade* (E. Nick, Trad.). Interamericana. (Original publicado em 1952)
- Ferenczi, S. (2011) Elasticidade da técnica psicanalítica. In *Obras completas* vol. IV. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928)
- Figueiredo, L. C. M. (1991) *Matrizes do Pensamento Psicológico*. Vozes.

- Figueiredo, L. C. M. (2003). *Psicanálise. Elementos para a clínica contemporânea*. Editora Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (2010) Novas vias para a psicanálise. As trans-posições de André Green. In T. Candi (Org.), *O duplo limite: O aparelho psíquico de André Green* (pp. 237-281). Editora Escuta.
- Figueiredo, L. C. M., Savieto, B. B., & Souza, O. (Eds.). (2013). *Elasticidade e limites na clínica contemporânea*. Escuta.
- Figueiredo, L. C., & Coelho Junior, N. E. (2018). *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: Matrizes e modelos em psicanálise*. Blucher.
- Foucault, M. (2004). *A hermenêutica do sujeito*. (M. A. da Fonseca & S. T. Muchail, Trans.). Martins Fontes.
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. I). Imago. (Original publicado em 1886-1889/1996)
- Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. III), Imago. (Original publicado em 1895)
- Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. III). Imago. (Original publicado em 1900)
- Freud, S. (1996). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. XVIII). Imago. (Original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996). Além do princípio de prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. XVIII). Imago. (Original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996). Resistências à Psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. III). Imago. (Original publicado em 1925)
- Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e angústia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., vol. XX). Imago. (Original publicado em 1926)
- Freud, S. (1996). O mal estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. XXI). Imago. (Original publicado em 1930)
- Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., vol. XXIII). Imago. (Original publicado em 1937)
- Green, A. (1988) *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. Escuta.
- Green, A. (2000). *As cadeias de Eros*. Climepsi Editores.
- Green, A. (2001). *De locuras privadas*. Amorrotu.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma Psicanálise Contemporânea*. Imago.
- Green, A. (2009) Gênesis et situation des états limites. In J. André (Ed.), *Les états limites* (pp. 23-68). Presses Universitaires de France.
- Hobsbawm, E. J. (1988). *A Era das revoluções*. Paz e Terra.
- Kristeva, J. (2002). *As novas doenças da alma*. Rocco.
- Lacan, J. (1999). *O seminário, livro 5: As formações do inconsciente* (V. Ribeiro, Trad.). Jorge Zahar. (Original publicado em 1957-1958)
- Loffredo, A. M. (2006). Parábolas freudianas: As narcísicas feridas e o arqueólogo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 289-308.
- Mendes, A. P. N., & França, C. P. (2012). Contribuições de Sándor Ferenczi para a compreensão dos efeitos psíquicos da violência sexual. *Psicologia em Estudo*, 17(1), 121-130. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000100014>
- Recalcati, M., & Zuccardi Merli, U. (2006). *Anorexia, bulimia e obesità*. Bollati Boringhieri.
- Roudinesco, E. (1999). *Por que Psicanálise?*. Zahar.