

INTERPRETAÇÃO E MANEJO DO ENQUADRE NA CLÍNICA DE PACIENTES-LIMITE

*Camila Junqueira**
*Nelson Coelho Junior***

RESUMO

O texto discute os limites do trabalho de interpretação que se apresentam, sobretudo, nos tratamentos de casos-limites. Busca-se, com isso, valorizar o conceito de “manejo do enquadre” como uma alternativa técnica necessária. Procura, também, argumentar que a idéia de construção, que tem sido utilizada por psicanalistas contemporâneos preocupados com a clínica de pacientes-limite, difere da idéia de construção introduzida por Freud em 1937. A partir de um retorno a Winnicott, tem-se ainda como objetivo demonstrar como o “manejo do enquadre” se articula em sua teoria. Por fim, apresenta-se uma ilustração de manejo por meio de um caso clínico atendido por Winnicott e relatado pela própria paciente – Margaret Little –, analista da Sociedade Britânica de Psicanálise e “psicótica *borderline*”, tal como ela se reconhecia.

Palavras-chave: interpretação; manejo; pacientes-limite; Winnicott; Margaret Little.

* Psicanalista, Mestre e Doutoranda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

** Psicanalista, Doutor em Psicologia Clínica, pesquisador, professor e orientador do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

ABSTRACT

INTERPRETATION AND HANDLING IN CLINICAL PRACTICE WITH BORDERLINE PATIENTS

The limits of interpretation, particularly in borderline patients' treatment, are discussed in this text. The aim is to value the concept of handling as a necessary alternative technique. The text also argues that the idea of construction used nowadays differs from the one introduced by Freud in 1937. Through a return to Winnicott, it is showed how handling is articulated in his theory. Finally, Winnicott's conception of handling is presented through one of his clinical cases, which was written and published by the patient herself—Margaret Little – a psychoanalyst from the British Psycho-Analytical Society and a “psychotic-borderline”, as she recognized herself.

Keywords: interpretation; handling; borderline patients; Winnicott; Margaret Little.

AS DIFICULDADES TÉCNICAS IMPOSTAS PELA CLÍNICA DOS PACIENTES-LIMITE

Nos últimos anos tem ficado cada vez mais evidente que certas manifestações, como as adicções, as doenças psicossomáticas e os distúrbios alimentares, entre outras, não podem ser reduzidas às estruturas nosológicas clássicas. Tais manifestações têm sido denominadas de estados-limites ou quadros *borderline*. A escola inglesa concebe o *borderline* como um quadro clínico específico, que tem uma estrutura própria, o que justifica uma modalidade singular de tratamento; um quadro que fica na fronteira entre a neurose e a psicose e que se diferencia da perversão. Já a escola francesa, que prefere o termo *estados-limite*, acredita que esses não se configuram como uma estrutura, sendo mais uma modalidade transitória de funcionamento psíquico presente nas neuroses graves e nas perversões (Villa & Cardoso, 2004). Há também um grupo de psicanalistas lacanianos que defende o uso do termo *pacientes inclassificáveis*, pois esses pacientes não se enquadram nas estruturas clínicas propostas por Lacan (Miller, 1998). Outros analistas preferem o termo *paciente-limite*,

pois esses são os pacientes que nos colocam, a nós, analistas, nos limites da técnica. O termo paciente-limite nos parece particularmente interessante, já que aponta para a própria constituição dos limites do psiquismo.

Também consideramos significativo o termo *patologias atuais*, proposto por Mayer (2001), que indica uma condensação entre as patologias que estão aparecendo com maior frequência na atualidade e as patologias caracterizadas pela atuação (*acting out*, passagem ao ato e *enactment*), pois são essas freqüentes atuações, principalmente, que marcam as dificuldades técnicas na clínica desses pacientes.

De acordo com Brusset (1999), já a partir dos anos sessenta houve uma tentativa de afinar melhor a descrição desses casos. Alguns dos elementos comuns são: a importância dada ao eu, a fragilidade do eu e dos mecanismos de defesa, a angústia maciça, onde os conflitos não são simbolizáveis e se apresentam através de um polimorfismo de sintomas e uma inconsistência das relações de objeto. Numa concepção mais atual: “o estado limite se definirá pela importância da problemática dos limites sob diferentes ângulos: dentro/fora, interior/exterior, eu/fora-do-eu, imaginário e real” (Ibid.: 4). Desse modo, “o estado limite coloca um problema transnosográfico. Ele obriga a sair do ponto de vista estritamente classificador, para considerar a dimensão estrutural [tópica], notadamente em seus limites, e a dimensão dinâmica e genética” (Ibid.: 5). Enquanto a neurose, a psicose e perversão foram, desde Freud, definidas como conflitos entre instâncias psíquicas e a realidade, o funcionamento limite se caracteriza por uma precariedade de constituição do aparelho psíquico e, portanto, por uma porosidade dos limites entre as instâncias.

Uma rápida visada na literatura mostra que as fronteiras entre todos os termos que denominam esse grupo bastante heterogêneo de pacientes são tão nebulosas e múltiplas quando as hipóteses etiológicas acerca desses quadros. Uma discussão acerca da etiologia, embora de grande importância, foge ao escopo deste trabalho. Con-

sideramos, no entanto, que as patologias *borderline* são derivadas de um represamento da libido no narcisismo primário que, diferente das neuroses narcísicas, antecede a constituição consistente do Eu e, portanto, resulta num represamento da libido fora do psiquismo, o que explica por que a libido é constantemente percebida como traumática (Junqueira & Coelho Junior, 2006).

Parece haver consenso na literatura de que nesses quadros o recalque não é o mecanismo de defesa predominante. Diversos autores sugerem a presença de mecanismos como a cisão e a recusa, também compreendida como *desautorização do processo perceptivo* por Figueiredo (2003).

O ataque ao enquadre e a não formação da neurose de transferência são outras características essenciais desses quadros. E nos interessam especialmente neste momento, pois apontam para os limites da interpretação e para a necessidade da inclusão do manejo do enquadre como uma possibilidade de intervenção.

Entretanto, é verdade que as atuações – *enactments* – desses pacientes que atualizam, na relação com o analista, traumas e angústias através da construção de cenas também são consideradas por muitos psicanalistas (Figueiredo, 2003; Uchitel, 2002) como modalidades de transferência, pois de alguma forma se prestam a comunicar ao analista o que está em jogo na relação analista-analisando:

tais pacientes tendem a repetir na situação analítica a vivência traumática que sofreram, com poucas chances de recordá-la; a experiência do trauma está neles dissociada e não-metabolizada. Seu único meio de expressão é a atuação na transferência (*acting in*) [...] ele (o analista) precisa deixar-se utilizar pelo paciente como continente de suas atuações até que, gradualmente, através de um ego mais integrado, possa processá-las psicicamente (Sanches, 1993: 43).

Por outro lado, não se trata aqui da acepção mais freudiana de transferência, que remete à repetição e atualização dos desejos e conflitos psíquicos inconscientes na relação com o analista, e sim de uma concepção mais ampliada que enfatiza o aspecto comunicador da transferência, ainda que não seja de desejos e conflitos.

Nessas encenações das vivências traumáticas, segundo André (2004), o *borderline* ataca o enquadre (tempo, dinheiro, número de sessões, pagamento das sessões a que se falte, o respeito, a regra fundamental – associação livre e escuta flutuante...) e, além de colocar em risco a continuidade da análise, o principal problema é que o enquadre clássico, tal como foi concebido por Freud, é a condição básica para o exercício da interpretação.

o discurso contínuo de Esther não evita nem dissimula, apenas é inapreensível. O silêncio de Margaret¹ tem a espessura da angústia, e não a do segredo que se encobre. Num caso ou no outro o enunciado da regra fundamental seria inútil ou absurdo. [...] a experiência *borderline* em psicanálise começa aí onde a neurose de transferência não começa. E o risco que corre isso que não começa é que nunca termine – ou então que pare de repente [...] “perdendo” a neurose de transferência, a análise perde também seu aliado natural [...] a interpretação-desligamento de uma é também, simultaneamente, a dissolução-análise da outra (André, 2004: 74-78).

Diante disso, grande parte dos autores que se debruçam sobre a temática da clínica dos pacientes-limite, inspirados nos ensinamentos de Ferenczi e Winnicott, ao se darem conta da ineficácia da interpretação em muitos momentos da análise, devido, entre outros fatores², à impossibilidade de manutenção de um enquadre clássico, sugerem a flexibilização e o manejo do enquadre como instrumento fundamental para o tratamento desses pacientes, e alguns apontam para a “construção” como um dos principais objetivos do trabalho analítico com esses pacientes.

INTERPRETAÇÃO E CONSTRUÇÃO

Vale lembrar que Freud já havia notado de certa forma que em alguns casos a interpretação não dava conta da complexidade do trabalho analítico e por isso propôs, ao final de sua obra, o conceito

de construção. De acordo com o relato do próprio Freud em “Um estudo autobiográfico” ([1925] 1969), entre “Artigos sobre metapsicologia” ([1915] 1990) e “O ego e o Id” ([1923] 1969), seu interesse se movimentou dos conteúdos recalcados para o estudo das forças recalcadoras, interessando-se por temas como a resistência, a compulsão à repetição e pelo próprio funcionamento do ego. Contudo, embora Freud mencione outros mecanismos de defesa como a recusa, por exemplo, e outras patologias além da neurose, como a psicose e a perversão, o recalque e a neurose serão seus principais objetos de estudo, e a interpretação será o principal correspondente técnico para esses.

De acordo com Laplanche & Pontalis (1967/1990: 246), “a interpretação está no centro da doutrina e da técnica freudiana. Poderíamos caracterizar a psicanálise pela interpretação, isto é, pela evidenciação do sentido latente de um material [...] o objetivo principal é fazer surgir recordações patogênicas inconscientes”. Os autores ainda comentam que a interpretação está presente desde as origens da psicanálise, aparecendo nos “Estudos sobre a histeria” de 1895 (1969), mas só depois da “Interpretação dos sonhos” ([1900] 1969) e do progressivo abandono da hipnose e da catarse como técnicas terapêuticas é que a interpretação conquistou o lugar central na psicanálise.

Entretanto, às voltas com as dificuldades que impunham os tratamentos analíticos, às voltas com a resistência, a reação terapêutica negativa, a compulsão à repetição e com a rocha da castração, Freud começou a pensar que nem tudo pode ser propriamente interpretado, e propôs, em um de seus últimos textos, o conceito de construção (Freud, [1937] 1990).

Nesse texto Freud afirma: “sua tarefa é a de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, *construí-lo*” (Freud, [1937] 1990: 293; grifo do autor). “Seu trabalho de construção, ou, se preferirem, de *re*construção, assemelha-se muito à escavação, feita por um arqueólogo, de alguma morada que foi destruída e soterrada, ou de algum edifício

antigo. Os dois processos são de fato idênticos” (Freud, [1937] 1990: 293; grifo nosso). Contudo, continua Freud, o analista trabalha em melhores condições que o arqueólogo, pois

todos os elementos essenciais estão preservados; mesmo coisas que parecem completamente esquecidas estão presentes, de alguma maneira e em algum lugar, e simplesmente foram enterradas e tornadas inacessíveis ao indivíduo. Na verdade, como sabemos, *é possível duvidar de que alguma estrutura psíquica possa realmente ser vítima de destruição total*. Depende exclusivamente do trabalho analítico obtermos sucesso em trazer à luz o que está completamente oculto (Freud, [1937] 1990: 294; grifos nossos).

Freud ainda afirma que a construção do analista deveria resultar na recordação do paciente, embora nem sempre isso aconteça, e procura explicar porque

O “impulso ascendente” do reprimido, colocado em atividade pela apresentação da construção, se esforçou por conduzir os importantes traços de memória para a consciência; uma resistência, porém, alcançou êxito – não, é verdade, em deter o movimento, mas em deslocá-lo para objetos adjacentes de menor significação (Freud, [1937] 1990: 301; grifos nossos).

Dessa forma, nos parece que Freud continua apostando que o caminho do tratamento analítico passa pela recordação dos elementos recalcados e que a construção também incide sobre esses dois elementos: a recordação e o recalque, tal como a interpretação.

De fato, não se pretende discordar de Freud em relação a que a recordação dos elementos recalcados seja grande parte do trabalho analítico, sobretudo quando se trata de uma neurose, ou das partes neuróticas de um paciente. O que se pretende questionar é quais devem ser as intervenções empregadas nos tratamentos onde o que predomina não é o recalque, não é a neurose e não é a transferência, no seu sentido mais freudiano.

Freud dizia no trecho citado acima: “é possível duvidar de que alguma estrutura psíquica possa realmente ser vítima de destruição total”. Não discordamos de Freud neste ponto também, entretanto, tendo em vista que as estruturas psíquicas não são dadas *a priori* e elas necessitam se constituir, nosso questionamento incide sobre o que ocorre quando há falhas nessa constituição, supondo que é dessas falhas mais primitivas que padecem os pacientes-limite.

Depois de Freud os conceitos de interpretação e construção foram modificados e ampliados. Vidermann (1990) propõe uma diferença entre re-construção, que pode ser realizada a partir do material que sofreu o recalque propriamente dito (ou secundário), e a construção, que se pode fazer dos elementos do recalque originário, que nunca poderão retornar à consciência, sendo tarefa do analista colaborar para a construção desses elementos, suficientemente distantes dos elementos originários para que possam transpor a censura e de algum modo se apresentar mais próximos da consciência. Imagino que isso seja importante, pois amplia as possibilidades de satisfação pulsional, ainda que indireta, dos elementos do recalque originário. Entretanto, o que ocorre e o que podemos fazer quando o recalque originário é que está em questão, ou seja, não está consistentemente constituído? Cabe lembrar que o recalque originário, segundo Laplanche & Pontalis ([1967] 1990), é o

processo hipotético descrito por Freud como o primeiro momento da operação do recalque. Tem como efeito a formação de certo número de representações inconscientes ou “recalcado originário”. Os núcleos inconscientes assim constituídos colaboram mais tarde no recalque propriamente dito pela atração que exercem sobre os conteúdos a recalcar, conjuntamente com a repulsão proveniente das instâncias superiores (Laplanche & Pontalis [1967] 1990: 434).

Entretanto, o que desejamos destacar aqui é que, quando os psicanalistas contemporâneos (André, 2004; Mayer, 2004) sugerem a “construção” como fundamental no tratamento dos pacientes

borderline, compreendemos que estão fazendo referência a algo diferente das construções na acepção freudiana, pois aquela não está relacionada com a produção de sentido a partir de elementos recalcados, está se referindo a algo que está aquém do recalque secundário. A idéia de construção nesses autores parece estar relacionada à constituição do recalque originário que, se não estiver firmemente estabelecido, não funciona como ponto de imantação e aderência dos elementos do recalque secundário que formarão parte das barreiras e dos limites psíquicos, de que tanto carecem os pacientes-limite.

O conceito de interpretação também foi ampliado. Em Winnicott, por exemplo, passou a incluir o *holding* e outras intervenções que não visavam o acesso aos conflitos psíquicos inconscientes, visavam a própria constituição do desenvolvimento emocional, como será visto adiante.

Com uma concepção bastante ampliada de interpretação Uchitel (1997) afirma que essa não é apenas um meio de aceder aos conflitos ou aos desejos inconscientes. Além de tecer sentidos a interpretação também destece, também desconstrói e desliga: “É necessário que a interpretação surpreenda, ofereça algo de novo, desestabilize e crie rupturas no campo reconhecível das certezas; que reinstale o enigma e com ele a pergunta, abrindo espaço de instabilidade, de não-representabilidade, do qual emergjam novas representações” (Ibid.: 91) .

O que Uchitel (1997) está afirmando aqui é que a interpretação pode incidir para além do des-recalque, pois, ao desligar certos significados, a interpretação pode promover uma nova inscrição da pulsão. Em acordo com Videmann (1990: 113-114), que afirma que “uma interpretação não diz (somente) o que é, mas faz ser (também) o que ela diz. É pelo discurso interpretativo que a fenomenalidade dos vividos inconscientes vem à existência mundana, no presente da situação analítica”. Sem a ilusão de que esse processo seja indolor Uchitel (1997) adverte:

decompor a repetição, tirando a representatividade do sintoma conseguida a árduas penas pelo paciente, significa reinstalar a vivência do trauma. Mas, como veremos, acreditamos que só através dessa revivência, dessa reedição na experiência analítica, seja possível *retomar a pulsão inscrevendo-a em novos circuitos* (Uchitel, 1997: 120-121; grifos nossos).

Dessa forma há uma valorização daquilo que é vivido na relação analítica, o que de certo modo se aproxima dos objetivos do “manejo do enquadre” proposto por Winnicott, que examinaremos a seguir.

Para Uchitel (1997) os limites da interpretação estão na irreduzibilidade da pulsão ao simbólico e ao representacional. Contudo, penso que é importante enfatizar que pode haver duas situações *bem* diferentes: a irreduzibilidade inerente à pulsão, um resto que sempre resiste aos esforços de significação, tal como o umbigo do sonho ou as representações do recalque originário; e a irreduzibilidade da pulsão devido a uma patologia que incide nos processos de formação de representação, na instalação do próprio recalque originário, tal como se imagina ocorrer no caso dos *borderlines*.

Uchitel (1997:146) propõe, então, uma questão: “em que medida o ato pode ser para a segunda tópica a ‘resposta técnica’ que a interpretação foi para a primeira? E, nesse caso, poderíamos insinuar um ‘novo’ caminho a ser transitado no processo terapêutico, e um ‘novo’ papel para o terapeuta?”. Mas esclarece: “Interpretar e atuar ficam então em coordenadas de diferentes eixos. Ainda que pensemos que a interpretação é um ato, e que há atos interpretativos, as problemáticas do ato e da interpretação não se sobrepõem” (Ibid.: 148).

A idéia do ato como resposta técnica para a segunda tópica me parece bem interessante, especialmente se compreendemos o “manejo do enquadre” como uma das possibilidades de ato, que encontra em Ferenczi e Winnicott suas origens. Para compreender melhor o que se entende por “manejo do enquadre” propomos para esse

estudo um retorno a Winnicott, pois é em sua clínica que encontraremos um exemplo de sua aplicação, relatado pela própria paciente – Margaret Little –, analista da Sociedade Britânica de Psicanálise e “psicótica *borderline*”, tal como ela se denomina, e que será examinado a seguir.

Ainda cabe afirmar que a interpretação que será colocada aqui em oposição ao “manejo do enquadre” é a interpretação no seu sentido mais clássico: “comunicação feita ao sujeito visando lhe dar acesso ao sentido latente” (Laplanche & Pontalis, [1967] 1990: 245) de uma fala, de um sonho, ou de um sintoma. Interpretação clássica é aquela que incide sobre um desejo inconsciente relacionado a um conflito psíquico. É importante esclarecer isso, pois, como já foi apontado, a interpretação tem ganhado um sentido ampliado.

UM RETORNO A WINNICOTT: O MANEJO DO ENQUADRE

Um retorno a Winnicott é necessário, pois todas as suas proposições clínicas estarão baseadas em concepções significativamente diferentes das de Freud. Enquanto Freud se preocupava em construir uma concepção de aparelho psíquico pensando a articulação entre suas partes, Winnicott estava muito mais preocupado com o desenvolvimento emocional. Não consideramos essas diferenças como divergências necessariamente, todavia não consideramos também a obra de Winnicott apenas como uma continuidade às idéias de Freud. Por ora, apenas destacaremos o que consideramos importante para compreensão de sua proposta de “manejo do enquadre”.

Winnicott ([1963] 1983) sugere que grande parte dos distúrbios mentais não são doenças, mas sim paralisações do desenvolvimento e, conseqüentemente, o trabalho do analista deveria estar muito mais relacionado com retomar o desenvolvimento, lá onde ele foi interrompido, do que com a análise do inconsciente propriamente dita, única e exclusivamente.

Winnicott concebia a psicose, a tendência anti-social, bem como os quadros *borderline*, como distúrbios psíquicos relacionados às fa-

lhas do ambiente nos momentos mais primitivos do desenvolvimento emocional. Diferentemente das neuroses, compreendidas, desde a época de Freud, como conflitos psíquicos relacionados com as vicissitudes das pulsões e do Complexo de Édipo, para os quais a análise do inconsciente fazia, e faz, todo o sentido.

Para Winnicott ([1971] 1975) os quadros *borderline* devem ser localizados *entre* a neurose e a psicose:

pela expressão “caso fronteiro”, quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaça irromper de forma crua (Winnicott, [1971] 1975: 122).

Winnicott pensa a origem dos *borderlines* como uma interrupção do desenvolvimento emocional na fase de indiferenciação, devido a uma falha do ambiente. Entretanto, a maior contribuição de Winnicott para a compreensão desses quadros não é sua concepção sobre a etiologia e, sim, sua teoria da clínica e a proposição do manejo do enquadre, tornando-o mais flexível.

Contudo, um enquadre flexível não significa um enquadre frouxo. As regras devem ser claras e consistentes para transmitir ao paciente a sensação de continuidade e de estabilidade, mas devem ser flexíveis em relação ao enquadre clássico proposto por Freud: o divã pode dar lugar à cadeira, o corpo do paciente e do analista podem ser incluídos na sessão, materiais lúdicos podem ser utilizados com pacientes adultos, a interpretação dos conteúdos inconscientes deve ceder lugar às construções ou, ainda, às simples descrições do que está se passando ou, se quiserem, à interpretação num sentido mais amplo, para além do sentido clássico de dar acesso a um conteúdo inconsciente.

Baseado nesta teoria e disposto a vencer estes desafios, Winnicott privilegiou o manejo do enquadre e o *holding* para a instauração de um momento de regressão analítica que viabilizasse que o desenvol-

vimento emocional pudesse ser retomado do ponto em que foi interrompido por interferências do ambiente.

É possível depreender de Winnicott três categorias de casos clínicos que ele articula com tipos específicos de enquadre: (1) Pacientes que funcionam em termos de pessoas inteiras, cujas dificuldades têm relação com problemas interpessoais e para os quais a psicanálise clássica se aplica sem grandes dificuldades; psicanálise clássica (entenda-se: enquadre clássico e interpretação clássica – comunicação dos conteúdos latentes) que de modo geral basta; esse é o conjunto dos neuróticos; (2) Pacientes com personalidades que recém-começaram a se integrar, que necessitam de uma análise da posição depressiva e para os quais a análise clássica também se aplica, mas para os quais o elemento mais importante é a sobrevivência do analista; ou seja, a comunicação dos conteúdos latentes se aplica e é importante, mas não basta; o elemento mais importante é a sobrevivência do analista: aqui podemos localizar os pacientes com tendência anti-social, entre outros; (3) Pacientes cuja personalidade não está integrada e nos remetem os estágios mais iniciais do desenvolvimento emocional e para os quais o trabalho recai sobre o manejo, sendo às vezes a análise dos conflitos inconscientes deixada de lado para que o manejo ocupe a totalidade do espaço (Winnicott, [1954a] 2000), esse é o conjunto dos pacientes psicóticos/*borderlines*. Nesse contexto Winnicott afirma:

em geral, análise é para aqueles que querem, necessitam e podem tolerá-la. Quando me defronto com o tipo errado de caso, me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, ou tenta satisfazer, as necessidades de um caso especial. Acreditando que este trabalho não-analítico pode ser melhor feito por um analista que é versado na técnica psicanalítica clássica (Winnicott, [1962] 1983: 154).

Esta postura foi adotada, então, construindo uma clínica que passava a incluir o manejo como uma possibilidade de intervenção em oposição a uma clínica que se baseava unicamente nas interpre-

tações clássicas, na tentativa de solução de conflitos psíquicos através da suspensão do recalque de certos conteúdos.

Winnicott comenta em várias passagens de sua obra como foi importante para ele aprender a reter as interpretações para si e assim não atrapalhar o desenvolvimento natural do paciente; já que para ele uma interpretação prematura é como uma antecipação da mãe que interrompe o gesto espontâneo do bebê, favorecendo a submissão e, portanto, o desenvolvimento de um falso *self*.

Assim, em nenhum momento Winnicott abre mão das interpretações, nem mesmo no sentido mais clássico. O que Winnicott propõe, e que é extremamente atual, sem deixar de ser muito freudiano, é uma atenção constante ao uso clínico que se faz de uma interpretação, clássica ou mesmo no seu sentido mais amplo.

Winnicott ([1979] 1983) afirma que nessa técnica modificada:

ver-se-á que o analista está sustentando o paciente e isso muitas vezes toma a forma de transmitir em palavras, no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando. Ocasionalmente o *holding* pode tomar uma forma física, mas acho que o é somente porque houve uma demora na compreensão do analista do que ele deve usar para verbalizar o que está ocorrendo. [...] No tratamento das pessoas esquizóides o analista precisa saber tudo que se refere às interpretações que possam ser feitas, relativas ao material apresentado, mas deve ser capaz de se conter para não ser desviado a fazer esse tipo de trabalho, que seria inapropriado, porque a necessidade principal é a de apoio simples ao ego, ou de *holding* (Winnicott, [1979] 1983: 217).

Diante desse processo Winnicott enfatiza a importância da sobrevivência do analista diante da agressividade implicada na passagem do analista para fora da área de controle onipotente.

Depois [da regressão] vem o penoso processo pelo qual o objeto é separado do sujeito e o analista se separa, sendo colocado fora

do controle onipotente do paciente. A sobrevivência do analista à destrutividade que é própria dessa mudança e a ela se segue permite que aconteça algo de novo, que é o uso, pelo paciente, do analista e o início de um novo relacionamento baseado em identificações cruzadas (Winnicott, [1971] 1975: 185-186).

Onde, para além da identificação do analista-mãe com o seu paciente, surge a identificação, constitutiva do psiquismo, do paciente com o analista-mãe.

É então, em *Retraimento e regressão*, que Winnicott ([1954b] 2001) aponta que a interpretação e o *holding* não são opostos, pois uma interpretação pode ter a função de *holding*. A interpretação vai ganhando, assim, seu sentido ampliado. Ela não é mais somente a comunicação ao paciente de um conteúdo latente, de um desejo inconsciente relacionado a um conflito, de um conteúdo recalçado. A interpretação no seu sentido ampliado vai incluir também todo ato ou comunicação do analista que contribui para a retomada do desenvolvimento emocional do paciente, ou para a *construção* do psiquismo do paciente.

Winnicott constrói, assim, uma proposta clínica que flexibiliza o enquadre no tratamento de pacientes *borderline*, ampliando nossa concepção de interpretação e valorizando os atos do analista no manejo do enquadre, para possibilitar a regressão e, então, a retomada do desenvolvimento, lá onde ele foi interrompido.

O CASO MARGARET

Um dos mais belos exemplos de como Winnicott trabalhava e do que podemos compreender como manejo do enquadre pode ser encontrado no relato que Margaret Little fez de sua própria análise com Winnicott.

Margaret Little (1992) foi analista da Sociedade Britânica de Psicanálise e tem uma produção escrita especialmente relacionada com o tema da psicose e um livro, intitulado *Ansiedades psicóticas e*

prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott, onde ela se declara como uma “psicótica *borderline*”.

Antes de iniciar a análise com Winnicott, Margaret passou por outras duas análises. É importante mencioná-las, ainda que muito brevemente, para que possam ser notadas as diferenças. A primeira análise, com um jungiano, termina de modo bastante estranho. Ele diz a Margaret que ela não precisa mais de análise e, sim, apenas de uma síntese. É estranho não pela idéia de síntese, pois, num certo sentido, se pensarmos, com Winnicott, que Margaret precisava de um trabalho de integração, é possível dizer que o analista junguiano tinha uma boa intuição do que era necessário: uma síntese. O que é estranho é que ao dizer que ela não precisa mais de análise ele encaminha Margaret para Ella Sharpe, uma analista da Sociedade Britânica, com quem Margaret permanece em análise por seis anos.

Há um parágrafo no livro que resume a essência da análise de Margaret com Ella:

O quadro global de minha análise com a Srta. Sharpe é o de luta constante entre nós, ela insistindo em achar que o que eu dizia era devido a um conflito intrapsíquico relacionado com a sexualidade infantil, e eu tentando dizer-lhe que os meus problemas reais eram questões de existência e identidade: eu não sabia “quem era”, a sexualidade (mesmo conhecida) era totalmente irrelevante e sem sentido, a menos que a existência e a sobrevivência pudessem ser tidas como certas, e a identidade pessoal pudesse ser estabelecida (Little, 1992: 35).

Temos, então, uma analista fazendo interpretações dos conflitos edípicos, que poderiam até existir, e uma analisanda tentando argumentar que o mais urgente eram questões pré-edípicas, como diz Margaret, questões relativas à sua existência.

A análise de Margaret com Ella Sharpe termina quando a analista morre subitamente. Subitamente é a expressão que Margaret usa, mas trata-se, imaginamos, de uma espécie de ironia, pois Margaret, que era médica, já havia notado que Ella estava muito doente, mas ao comentar sua impressão com a analista recebe de

volta apenas silêncio; talvez por uma concepção estreita sobre neutralidade e abstinência.

Depois Margaret relata a importância de quando, ao encontrar Winnicott doente ou mesmo deprimido, recebe dele uma confirmação, ainda que breve, de suas percepções. Margaret não estava louca, suas percepções tinham relações muito próximas com a realidade.

Margaret inicia então sua análise com Winnicott, na qual ele trabalhou, ativamente, manejando o enquadre. Sobre a análise com Winnicott, Margaret relata:

No começo da análise, depois de uma crise aguda de gastroenterite [...] continuei a me sentir muito doente, exausta fisicamente e profundamente deprimida. Não conseguia ir me encontrar com D. W. para as minhas sessões. Ele foi à minha casa – cinco, seis e às vezes sete dias por semana, durante três meses. Cada sessão durava noventa minutos. Em quase todas, eu simplesmente ficava deitada chorando, amparada por ele. D. W. não me pressionou, ouviu minhas queixas e demonstrou que reconhecia o meu sofrimento e podia suportá-lo (Little, 1992: 54).

É apenas por um relato como esse que podemos afirmar que Winnicott estava utilizando a idéia de *holding* ou estava manejando o enquadre? Não somente. Esse é apenas um exemplo extremo e raro. O manejo do enquadre e o *holding* podem ser muito mais sutis, e geralmente é isso que acontece. E a própria Margaret se preocupa em esclarecer isso. Ela explica em seu relato que Winnicott utilizava o *holding* num sentido *literal*, como esse descrito acima, e utilizava o *holding* num sentido *metafórico*, o que significava um controle da situação, um contato em todos os níveis com qualquer coisa que estivesse acontecendo com o paciente, fornecendo um ambiente onde era seguro estar, onde Margaret podia se apresentar no seu próprio ritmo e ser ela mesma, onde ela não tinha que se controlar, como pedia insistentemente sua mãe desde quando ela era muito pequena. E onde suas percepções não eram loucas, mas tinham laço com a realidade.

O manejo do enquadre por Winnicott também pode ser percebido na relação com Margaret quando ela conta que ele procurava responder suas perguntas de forma direta e depois se preocupava em pensar sobre o significado delas; e ainda quando Winnicott não tinha medo de ser espontâneo, chorando ao escutar Margaret relatar a perda de uma amiga, ou dizendo com todas as letras “Eu realmente *odeio* a sua mãe” (Little, 1992: 48).

Winnicott ressalta, em diversos momentos de sua obra, a importância da sobrevivência do analista diante dos ataques de pacientes regredidos. Essa sobrevivência fica clara diante de Margaret em alguns momentos. Um deles ocorre logo na primeira sessão de análise e se revela através do que podemos entender como um manejo do enquadre. Depois de um longo momento de paralisia³, Margaret se levanta, anda pela sala, pensa em se atirar pela janela, pensa em atirar os livros no chão e por fim quebra um vaso de lilases brancos. Na sessão seguinte Winnicott diz a Margaret que ela quebrou algo que era muito importante para ele, mas repõe um vaso idêntico. Winnicott não se esquivava de *dizer* o que sente, mas também não elabora uma interpretação e ao repor o vaso *mostra* que pode sobreviver aos ataques, ainda que não goste deles nem um pouco.

Ainda sobre a oposição que se faz aqui entre o manejo do enquadre e a interpretação no seu sentido mais clássico, há uma passagem no livro que pode esclarecer um pouco mais esse ponto. Winnicott diz a Margaret: “Sua mãe é imprevisível, caótica e estabelece o caos ao seu redor” (Little, 1992: 50). Diante dessa fala Margaret escreve: “seu comentário sobre a minha mãe foi uma revelação (não uma ‘interpretação’ analítica). Ele tornou possível e lícito para mim compreender muitas coisas que eu já sabia, havia observado ou me disseram” (Ibid.: 51).

A fala de Winnicott é muito mais uma descrição do que se passava do que uma comunicação de um conteúdo inconsciente, mas é devido a esse tipo de trabalho que atualmente podemos compreender essa fala como uma interpretação, num sentido mais amplo; uma interpretação que não revela um sentido oculto, e sim cria

um sentido novo. Uma interpretação que poderia ser denominada de construção, não no sentido freudiano, mas no sentido mais contemporâneo do termo, construção que tem relação com a instauração do recalque primário e com os demais limites do psiquismo; limites de que tanto carecem os *borderlines*.

Com esse breve relato esperamos ter ilustrado a proposta de “manejo do enquadre” tão fundamental no tratamento de pacientes *borderlines*, bem como ter esclarecido as nuances entre a interpretação clássica, a interpretação no sentido ampliado, a (re)construção do material recalcado no sentido freudiano e a construção do psiquismo, de que demandam mais especialmente os pacientes-limite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- André, J. (2004). Transferência borderline. Em Cardoso, M. R. (org.). *Limites* (pp. 71-80). São Paulo: Escuta.
- Brusset, B. (1999). Névroses e états limites. Em Chabert, C. (org.). *Névroses e états limites* (pp. 3-68). Paris: Dunoud.
- Figueiredo, L. C. (2003). *Elementos para uma clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1895/1969). Estudos sobre a histeria. *Obras completas, ESB*, v. II. Rio de Janeiro: Imago.
- . (1900/1969). Interpretação dos sonhos. *Obras completas, ESB*, v. IV e V. Rio de Janeiro: Imago.
- . (1915/1990). Artigos sobre metapsicologia. *Obras completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- . (1923/1969). O ego e o id. *Obras completas, ESB*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago.
- . (1925/1969). Um estudo autobiográfico. *Obras completas, ESB*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago.
- . (1937/1990). Construções em análise. *Obras completas, ESB*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago.

- Junqueira, C. & Coelho Junior, N. E. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline? *Psicologia Clínica*, v. 18, nº 2, 25-35.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967/1990). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Little, M. (1992). *Ansiedades psicóticas e prevenção: registro pessoal de uma análise com Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Mayer, H. (2001). Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. Em Cardoso, M. R. (org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas* (pp. 81-101). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- . (2004). A técnica ante os desafios clínicos da atualidade. Em Cardoso, M. R. (org.). *Limites* (pp. 81-88). São Paulo: Escuta.
- Miller, J-A. (org.). (1998). *Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica: a conversação de Arcachon*. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira.
- Sanches, G. P. (1993). Sándor Ferenczi e a ampliação dos limites terapêuticos da psicanálise. *Percurso*, v. 10, nº 3, 40-44.
- Uchitel, M. (1997). *Além dos limites da interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- . (2002). Novos tempos, novos sintomas: um lugar para a transferência. *Percurso*, v. 29, nº 2, 21-26.
- Vidermann, S. (1990). *A construção do espaço analítico*. São Paulo: Escuta.
- Villa, F. C. & Cardoso, M. R. (2004). A questão das fronteiras nos estados limites. Em Cardoso, M. R. (org.). *Limites* (pp. 59-70). São Paulo: Escuta.
- Winnicott, D. W. (1954a/2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto Analítico. Em *Da pediatria à psicanálise: obras escolhida* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago.
- . (1954b/2001). Retraimento e regressão: apêndice. Em *Holding e interpretação* (pp. 254-61). São Paulo: Martins Fontes.
- . (1962/1983). Os objetivos no tratamento psicanalítico. Em *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: ArtMed Editora.

- . (1963/1983). Os doentes mentais na prática clínica. Em *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 196-206). Porto Alegre: ArtMed Editora.
- . (1971/1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- . (1979/1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: ArtMed Editora.

NOTAS

- ¹ Esta Margaret citada por André (2004) é a paciente de Winnicott que veremos na seqüência.
- ² Como se sabe, entre os outros fatores que dificultam a eficácia da interpretação, nesses casos estão a dificuldade de simbolização e a predominância dos mecanismos de cisão e recusa.
- ³ Um daqueles mencionados por André (2004).

Recebido em 11 de abril de 2008

Aceito para publicação em 20 de maio de 2008