

A transferência no paciente narcisista¹

The transference with the narcissist patient

Luciana Deretti²

Aqui podemos até mesmo aventurar-nos a abordar a questão de saber o que torna absolutamente necessário para a nossa vida mental ultrapassar os limites do narcisismo e ligar a libido a objetos. A resposta decorrente de nossa linha de raciocínio mais uma vez seria a de que essa necessidade surge quando a catexia do ego com a libido excede certa quantidade. Um egoísmo forte constitui proteção contra o adoecer, mas num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar (FREUD, 1914, p. 92).

Resumo: O tripé fundamental da psicanálise proposto por Freud esta na resistência, interpretação e transferência, dando conta de grande parte da dinâmica que ocorre no *setting* psicanalítico. Freud, no início de sua obra, ao considerar tais processos, diferenciava um determinado grupo de pacientes quanto à disponibilidade psíquica para a vivencia destes aspectos, sob a influencia da técnica analítica. Pacientes com neurose narcísica seriam inacessíveis à psicanálise, não dispondo de recursos psíquicos para o desenvolvimento da técnica. Abordamos a visão contemporânea acerca de pacientes com patologia narcísica, evidenciando potencialidades que transpõe suas limitações estruturais, e enfocando a temática da transferência estabelecida com estes pacientes. Aspectos característicos de sua personalidade e da estruturação do *self* são retomados a fim de compreender o papel exercido pelo analista no *setting* analítico. Ao se tratar de uma patologia de déficit, deve-se ter em mente não só a necessidade de revelação de significados, mas, antes disso, de reconstrução, de edição uma história que, nestes pacientes, em função de falhas primitivas de seu desenvolvimento, deixaram um vazio existencial. Desta forma, é através da transferência e da disponibilidade do analista para que esta se estabeleça, junto ao domínio das particularidades exigidas pelo paciente narcisista, que será possibilitado ao analisando este renascimento psíquico, tornando-se um ser integrado, pensante e desejante.

¹ Trabalho realizado no curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica do CIPT no ano de 2006, Porto Alegre.

² Psicóloga, formada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Aluna do primeiro ano do Curso Regular de Formação do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.

Abstract: The basic tripod of the psychoanalysis considered for Freud is on the resistance, interpretation and transference giving account of great part of the dynamics that occurs in *setting*. Freud at the beginning of its work, when considering such processes differentiated one determined group of patients whatever the psychic availability of these aspects under influences of the analytical technique. Patients with narcissist neurosis would be inaccessible, not making use of psychic resources for the development of the technique. We board the vision contemporary concerning the patients with narcissist pathology, evidencing potentialities that transpose its structural limitations, and focalizing the thematic of the transference established with these patients. Characteristic aspects of its personality and of its *self* structure retaken in order to understand the paper exerted for therapist in analytical setting. Dealing with a deficit pathology, the necessity of revelation of meanings must not only be had in mind, but before this, the reconstruction, the edition of the patient history, in function of primitive imperfections in its development, is necessary having in mind existential emptiness. In such case, is through the transference and the analyst availability to this first happened, together to the domain of the particularities demanded for the narcissist patient, that will be made possible this subject his psychic renaissance, come to be an integrated, thinking and wishing person.

Descritores: Narcisismo, transferência, *self-objeto*, técnica analítica, *setting*.

Keywords: Narcissism, transference, self object, analytical technique, *setting*.

Em 1905, Freud, no caso Dora, define a transferência como reedições, reprodução de moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soam despertar e se tornar conscientes, mas com a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do analista. Em 1917 ele ressalta que o importante na análise não seria a compreensão interna (*insight*) intelectual, mas simples e unicamente a relação do paciente com o analista. Inicialmente, ao se deparar com os primeiros fenômenos transferenciais, Freud (1912) tinha a transferência como a resistência mais poderosa ao tratamento. Porém, com o transcorrer de seus estudos, esta passou de obstáculo à ferramenta de acesso ao inconsciente do paciente. Para ele, a transferência estava presente no paciente desde o início do tratamento, sendo por algum tempo o mais poderoso móvel de seu progresso, que juntamente com a *resistência* e a *interpretação* viria a constituir o tripé fundamental da prática psicanalítica. Porém, ao falar sobre o amor transferencial, Freud (1912) ressalta que a resistência não cria esse amor, encontra-o pronto, à mão, fazendo uso dele e agravando suas manifestações. Assim, o amor transferencial exibiria sua dependência do padrão infantil, edípico, a ser revivido. Freud (1916) aponta que a acessibilidade ao paciente só seria possível, também no aspecto intelectual, desde que este fosse capaz de uma catexia libidinal de objetos, atingida a partir da vivência da etapa edípica do desenvolvimento. Desta forma, Freud considerava a neurose narcísica como inacessível a qualquer esforço terapêutico, considerando o narcisismo não evoluído como uma barreira contra a possibilidade de influência pela melhor técnica analítica. Para ele estes pacientes não teriam capacidade para a transferência ou apenas possuiriam traços insuficientes da mesma; a revivência do conflito patogênico e a superação da resistência devido à regressão neles não poderia ser executado.

Segundo Malva (2005), Freud, apesar de não ter desenvolvido amplamente o conceito de narcisismo, evidencia-o desde o início de sua obra como fator determinante do funcionamento psíquico, definindo o narcisismo primário como a etapa mais precoce na economia energética do bebê, na qual a libido está investida no *self* e as catexias objetais ainda não se desenvolveram. O desenvolvimento do ego consistiria num afastamento deste narcisismo primário, dando margem a uma vigorosa tentativa de recuperação deste estado. Este afastamento seria então ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal de ego imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela satisfação deste ideal. Emitindo as catexias objetais libidinais, o ego torna-se empobrecido destas catexias, do mesmo modo que o faz em benefício do ideal de ego, e se enriquece mais uma vez a partir de suas satisfações no

tocante ao objeto, do mesmo modo que o faz, realizando seu ideal, estando assim disponível para uma verdadeira relação objetal (Freud, 1914).

Assim, ao explicar que o homem inicia sua vida mental imerso no narcisismo primário (um ego reservatório da libido) para seu destino natural (as relações de objeto), Freud (1914) estabelece uma linha de desenvolvimento que vai de Narciso a Édipo. Dentro desta seqüência natural, ele entendeu a patologia mental em dois níveis (edípico e narcisista), considerando que um seria analisável e o outro não. Posteriormente, o desenvolvimento da teoria e da técnica analítica, com uma diferente concepção acerca destes indivíduos, e o reconhecimento de outras potencialidades que transpõem suas limitações estruturais, propiciou uma modificação substancial na maneira de focar as patologias de origem narcisista, assim como a perspectiva terapêutica com estes pacientes.

Desta forma, pretendo ao longo deste escrito refletir acerca da transferência que se estabelece no tratamento do paciente narcisista. Inicialmente retomarei alguns aspectos da estrutura narcísica para poder entender a dinâmica psíquica destes pacientes no *setting* analítico, para em seguida abordar mais especificamente a transferência que se estabelece na relação terapêutica, assim como as particularidades que fazem da análise de pacientes narcísicos, como aponta Katz e Fetter (2001), um desafio para qualquer psicanalista, por mais experiência que tenha.

Segundo Hornstein (2005) o narcisismo é uma etapa da história libidinal, de constituição do ego e das relações com os objetos. É um composto que integra diversas tendências: a de fazer convergir sobre si as satisfações sem levar em conta as exigências da realidade, a busca de autonomia e auto-suficiência com relação aos outros, o intento ativo de dominar e negar a alteridade, assim como o predomínio do fantasmático sobre a realidade. *Desta forma, o narcisismo patológico não consiste em excesso de amor próprio, mas sim em sua falta crônica, o que leva o indivíduo a realizar esforços insaciáveis para substituir o amor próprio pela admiração externa.* O déficit narcisista produz assim um ego ameaçado pela desintegração e por uma sensação de vazio interior. Em meio a um estado de indiferenciação, estes pacientes apresentam uma falha relativa ao reconhecimento de um inevitável estado de incompletude e à aceitação de óbvias diferenças que separam as singularidades de cada indivíduo com quem convivem (Zimmerman, 2004).

Ao encontro destas características, diversos autores como Storolow e Lachmann (1983) e Kohut (1989) apontam que *a atividade mental de um indivíduo é narcisista no grau em que sua função é de manter a coesão estrutural, a estabilidade temporal e a tonalidade*

afetiva positiva da representação do self. Na perspectiva funcional do conceito de narcisismo, o crescimento surge das relações objetais narcísicas pré-estruturais primitivas e caminha em direção a formas mais elevadas de narcisismo, por meio de um acréscimo gradual da estrutura psíquica que assume a função de manter a representação do *self*. Esta, no bebê, é altamente vulnerável e frágil, carecendo de coesão e de linhas divisórias estáveis. Desta forma, como aponta Zimerman (2004), nestes pacientes houve um precoce fracasso ambiental em relação às necessidades de apego enquanto criança, por mães que foram indiferentes ou então intrusivas, com uma falha na empatia, continência materna e da capacidade de frustrar adequadamente.

Para Freud (1914) a auto-estima se conecta muito intimamente com a libido narcísica, sendo que *na escolha narcísica de objeto, o alvo é ser amado*, ou seja, obter a regulação da auto-estima. Segundo Hornstein (2005) o sentimento de si requer um intercâmbio contínuo com os outros, juntamente com as identificações e representações objetais e as recomposições que surgem durante as interações. Porém, em pacientes com patologias narcísicas o que se observa é a não discriminação entre o objeto fantasiado e o objeto real, o que se pode dar em função de que o objeto não é percebido como entidade separada, suprimindo falhas estruturantes, ou porque não é reconhecido em sua alteridade, o que remete a experiências sempre traumáticas ao não cumprir funções protetoras. Para Carneiro (1992), nas relações objetais narcísicas, o objeto viria então a funcionar como um *self-objeto*, ou seja, como um substituto da estrutura psíquica reguladora de uma auto-estima ausente ou deficiente.

Ao estudar a transferência narcísica ou *self-objetal*, termo este que o próprio Kohut (1988) estabeleceu, ele define três áreas constituintes do *self*: *o pólo dos ideais, o pólo das ambições e a área dos talentos e habilidades*. Estas três corresponderiam às necessidades essenciais do ser humano: a necessidade de uma figura idealizada que propicie o sentimento de segurança; *a necessidade de semelhança essencial, que nos permite ser compreendido e compreender o outro, assim como nos sentirmos pertencentes a um grupo (alter-ego) juntamente à necessidade de ser aceito e confirmado em nossos valores pessoais*.

Assim, para Kohut as transferências *self-objetais* são a revivência, no decurso do processo analítico, de um estágio primitivo da relação objetal mãe-bebê, antes que os limites entre *self* e objeto tenham sido estabelecidos e demarcados. Na situação analítica, o analista é igualmente experimentado, ou como prolongamento do próprio *self* do paciente, sobre o qual ele tenta exercer total controle, ou a serviço de seu *self*, inadequadamente formado ou demarcado, devendo exercer determinadas funções importantes para o preenchimento de suas

necessidades essenciais não satisfeitas pelos *self-objetos* arcaicos (Carneiro, 1992; D'Abreu e Carneiro, 1995). Nestes pacientes, quanto mais próximo se estiver da etapa simbiótica, maior será a crença ilusória e onipotente de que possuem uma independência absoluta, quando, na verdade, se encontram em um estado de absoluta dependência (Zimmerman, 2004).

Ao estudar as transferências *self-objetais*, Kohut (1989) as divide em *transferência idealizadora*, *transferência gemelar ou alter-ego* e a *transferência especular*. A necessidade de *idealização* dos pacientes narcísicos está ligada a uma falha empática dos *self-objetos* idealizados da criança ou à *desidealização abrupta* causada pelos *self-objetos*, sendo que é através da *fusão com o objeto idealizado* que a criança adquire o sentimento de segurança. No tratamento destes pacientes, o analista deve estar preparado para aceitar e respeitar sua necessidade de idealização. Inevitavelmente, com o decorrer do processo analítico, falhas empáticas do analista ocorrerão, capazes de possibilitar uma desidealização gradual e a conseqüente formação de uma estrutura no pólo dos ideais, capaz de oferecer ao paciente o sentimento de proteção e segurança. É importante esclarecer que o analista não precisa nem alimentar nem tentar manter esperanças frente às expectativas idealizadas do paciente. Nenhum papel é de fato exigido do analista, a não ser entender e explicar que antigas esperanças estão sendo revividas, juntamente com os temores de desapontamento traumático, temores que invariavelmente estarão envolvidos (D'Abreu e Carneiro, 1995).

A simples presença de pessoas no ambiente da criança, com as interações oriundas da rotina cotidiana, cria segurança, um sentimento de pertencer e participar entre outros seres humanos. Estes aspectos de nossa *semelhança básica* são indicadores do mundo humano que necessitamos, sem saber que necessitamos, tanto quanto eles estão disponíveis para nós. Na prática analítica, segundo D'Abreu e Carneiro (1995), na transferência gemelar ou alter-ego, a necessidade do paciente de uma comunhão silente representa uma situação de grave estresse para o analista, o qual deve tolerar o silêncio do analisando e aceitar sua própria presença muda ou quase muda, o que provoca um sentimento de inutilidade, e às vezes, uma sonolência (Kohut, 1988). Ainda estes pacientes podem apresentar intolerância a qualquer interpretação que revele que seu analista não pensa nem sente como ele. Essas interpretações ocasionam rupturas no vínculo transferencial que, se não compreendidas e analisadas, podem promover até a interrupção do tratamento (D'Abreu e Carneiro, 1995).

Ainda, acerca do silêncio e da expressão de um material vazio de significação inconsciente, Bion (1987 citado por Sokolovsky, 1997), esclarece que o silêncio pode ser uma forma de ataque contra a comunicação verbal entre analista e paciente, para evitar o contato

com a realidade psíquica insuportável, pela intolerância à percepção da existência de *objetos não-eu* e conseqüente impossibilidade de entrada na posição depressiva.

Já na transferência especular, de acordo com Kohut (1988), o analista, embora cognitivamente reconhecido como separado e autônomo, é importante apenas dentro do contexto das necessidades narcísicas do analisando, o qual a ele recorre ou reage apenas na medida em que é sentido como preenchendo ou frustrando as exigências que o paciente faz de um eco, aprovação e confirmação de sua grandiosidade e de seu exibicionismo. As transferências especulares podem também trazer dificuldades contratransferenciais, se o analista não tomar em conta que o exibicionismo do paciente, muitas vezes usado para denegri-lo, já é o resultado da frustração pela falta de *espelhamento* e valorização dos *self-objetos* arcaicos. É necessário, pois, estar atento às próprias reações contratransferenciais, para entender e interpretar tais pacientes (D'Abreu e Carneiro, 1995). Ainda, pode-se observar, na dificuldade em estabelecer vínculos destes pacientes, a vivência da realidade externa como algo catastrófico, um ódio de ter que estabelecer um contato verdadeiro com a parte do *self* capaz de amar, interessada e muito necessitada, a qual na relação com o analista pode mobilizá-lo emocionalmente (Sokolovsky, 1997).

Nestes pacientes, como refere Zimerman (2004), é necessário dar ênfase à acentuada dificuldade em distinguir entre as frustrações necessárias e estruturantes, que são impostas por um ato de amor, e as que foram desnecessárias e inadequadas e podem levar a alguns impasses terapêuticos. Assim, ao sentimento de decepção segue-se o de indignação, com planos de vingança e, após, repetindo o modelo da época da sua infância, surge o sentimento de desânimo e de vazio, às vezes um vazio de morte, que assume a forma clínica de um estado de *desistência* da análise ou numa eterna continuidade da mesma. Porém, como uma descrença na recuperação, uma abolição dos desejos (*o único desejo passa a ser o de nada desejar*) e um acirrado namoro com a morte física e morte psíquica.

Dentro deste aspecto, autores pós-kleinianos, como Rosenfeld e Meltzer, apontam a capacidade destrutiva destes pacientes, com um núcleo cindido da personalidade, fortemente impregnado de destrutividade e inveja, que se opõe, na situação analítica, às tentativas de progresso da parte infantil e dependente do *self* (Katz e Fetter, 2001). A dependência do objeto implicaria amor e reconhecimento de seu valor. Essa dependência estimula, através da organização narcisista, a inveja, que serve para obliterar a percepção do valor do objeto. Segundo Sokolovsky (1997), para rejeitar o reconhecimento da dependência com relação ao objeto, o sujeito trata de fundir-se com ele, para assim controlá-lo onipotentemente num único

momento: Por um lado, para apoderar-se dos aspectos invejados do objeto e senti-los como próprios e, por outro, situar, através da identificação projetiva, tudo o que causa desprazer.

Malva (2005) ao falar da experiência clínica com pacientes narcisistas, refere a ausência de identificação experimentada que tenha deixado no psiquismo um *lugar*, não tendo havido um olhar organizador do objeto (ego). Não há ego, logo, não há identificação. Desta forma, o trabalho emocional requisitado do analista é enorme, sendo a quantidade e intensidade de energia psíquica requisitada para o enfrentamento das defesas narcísicas muito intensas. Ao aceitar tais pacientes em análise, o analista estará dispendo-se a ir ao encontro do que há de mais profundo e ameaçador em nossas estruturas, ou seja, o contato com um ego incipiente, frágil e que se utiliza fantasias onipotentes para se organizar diante das ameaças que se apresentam. Desta forma, é para este cenário que somos arremessados por nossos pacientes quando experimentamos suas identificações projetivas.

Segundo Hornstein (2000), para a análise de pacientes fronteiriços e de organizações narcisistas teria que se estender o campo da psicanálise, modificando o enquadre e o estilo interpretativo para adequar-se ao paciente, criando condições mínimas de simbolização através da elasticidade do enquadre analítico. A potencialidade simbolizante, além de da disponibilidade afetiva e de escuta se faz necessário ao analista, o que não só aponta à recuperação de algo existente, mas a produção de algo que nunca esteve, tratando assim não só de conflito, mas também de carências (déficit).

Killingmo (1989) aponta que, nestes pacientes, não só o conteúdo da transferência é de interesse clínico, mas também aspectos formais como coerência, diferenciação, rigidez e estabilidade da transferência são altamente relevantes. Embora Kohut tenha trabalhado bastante a transferência narcísica, não enfocou aspectos ao nível da organização estrutural e, ao dar ênfase em seu trabalho ao desenvolvimento da transferência *self-objeto*, acabou não explorando a questão dos impulsos e afetos, o que remete ao analista servir de modelo para uma variação de funções do ego. *Na patologia do déficit, a conduta terapêutica não será primariamente de revelar significados reprimidos, mas antes de assistir o ego experienciar significados em si mesmo. Não se trata de descobrir alguma coisa, mas de sentir que alguma coisa tem qualidade de existir (ser).*

Hornstein (2000) considera importante a percepção do narcisismo como organização psíquica que funciona não só em oposição à relação de objeto, mas também paralela a ela. A sexualidade pode ocupar lugar de importância nos quadros narcisistas, já que seu exercício nutre o narcisismo dando provas de integridade ou de valor narcisista. A insatisfação do

desejo assinala a dependência do sujeito com relação ao objeto, aumentando os sofrimentos narcisistas. Aspira-se assim uma satisfação não submetida à dependência do objeto, logrando o silêncio do desejo, sendo que, quando o outro impõe a desmentida à onipotência, emerge a raiva narcisista. *Esta insatisfação priva o narcisista de ser liberado, pela satisfação do desejo, buscando mais o desejo de satisfação que a satisfação de desejo* (Green, 1983 em Hornstein, 2000).

Fica evidente, então, que as defesas narcísicas organizam-se frente a ameaças de perdas de partes do *self* e ante a vivência de desestruturação, despedaçamento ou aniquilação do próprio corpo. É necessário assim estarmos atentos aos impactos contratransferenciais para não responder vingativamente aos ataques do paciente. Da capacidade de *reverie* do analista e da capacidade de suportar tais ansiedades por parte do paciente vai depender o destino do tratamento. Ainda, como aponta Sokolovsky (1997), o *narcisismo patológico* tende a paralisar a capacidade de construir e a criatividade do paciente e do analista, o que impede mudanças, quadro este que impõe ao analista um maior compromisso e atenção ao processo, reclamando um delicado controle da contratransferência.

Fiori (2004) frente a este estado confusional do paciente narcisista, que muitas vezes aparece também num discurso superficial, pontua a importância de uma intervenção técnica no nível da discriminação, pondo em palavras, introduzindo uma ordem, um modelo de processo secundário de pensamento. Uma intervenção organizadora, que vai ao encontro do problema confusional próprio do transtorno narcisista. O paciente com esta estrutura precisa manter a ilusão de fusão com o objeto; necessita, portanto, não discriminar, não fazer nada, no que se refere aos vínculos primários com caráter de separável ou substituível.

Hornstein (2000) recomenda com pacientes narcísicos a aceitação do estado regressivo com uma atitude não intrusiva, suprimindo verbalmente carências fundamentais apesar da característica de indução de dependência e dos questionamentos a respeito, frequentemente assinalados. A análise deve facilitar momentos de desprendimento, contenção e perdurabilidade de experiências transicionais simbolizantes.

Assim, pode-se verificar que nestes pacientes seriamente regredidos existe um estado de profunda necessidade que, se não for intuída e satisfeita pelo analista, reforçará um estado anterior de sua vida, pelo qual, muito mais do que ódio, gera um sentimento de decepção pelo novo fracasso do ambiente. Isso interrompe o crescimento do *self* e prejudica a capacidade de desejar, conduzindo a uma sensação de futilidade e a uma desistência de desejar e de ser. Segundo Zimerman (2004), estes pacientes exercem julgamentos com os critérios baseados no

princípio do prazer, sendo quem frustra sempre *mau* e, no da isonomia, onde todos devem pensar e agir como ele. Tendo em vista esta e outras verdades do paciente narcisista que este de alguma forma nega, somente uma exitosa passagem para a posição depressiva é que possibilitará o desenvolvimento das capacidades de pensar, simbolizar, abstrair, criar e substituir o critério prazer-desprazer pelo de existência; isto é, o de dar liberdade para o ego decidir, independentemente se o objeto é bom ou mau. Como aponta Lisondo (2004), trata-se do analista ser um meio provedor, que conclame à vida, para que o paciente possa vir a ser um ser integrado, desejante e pensante.

Conclusões

Revedo os autores buscados neste escrito e as diversas concepções por eles trabalhadas acerca da técnica com pacientes narcisistas e suas particularidades, refletimos acerca da relevância das diversas abordagens possíveis e necessárias com estes pacientes. Acreditamos que, frente à complexidade destes sujeitos, e da falha primitiva em sua constituição psíquica, todos estes aspectos teóricos e práticos não se excluem, fazendo-se todos relevantes. Embora alguns dos autores difiram quanto aos seus enfoques acerca da técnica, a complexidade do paciente narcísico exige do analista mais disponibilidade, que se faz não só nos aspectos técnicos, mas no papel exercido pelo analista na transferência que se estabelece.

Verifica-se a necessidade de repetição, porém não no viés econômico, como considerava Freud; ao invés de reeditar, necessita-se de carga, de edição, de novas inscrições, de novos significados a partir da relação transferencial, o que exalta ainda mais o papel do analista na relação terapêutica. Como aponta Botella (2000), é preciso inscrever, dar figurabilidade àquilo que nunca teve vez de ser constituído no psiquismo. Desta forma, a repetição vem buscar no *além* um renascimento, a criação e a construção de uma nova história que possa dar voz às marcas mnêmicas na rocha dura, as quais não podem ser ligadas pelo trabalho de elaboração psíquica. A mente e a pessoa do analista são conclamadas em extremo, sendo o lugar do analista mais complexo.

Referências bibliográficas

BOTELLA, C. & BOTELLA, S. O inacabamento de toda a análise o processual: introdução à noção de irreversibilidade psíquica. *Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, v.2, n.1, 2000.

CARNEIRO, I.L. A teoria *self-objeto* e as transferências narcísicas. *Rev. Cuadernos de Psicoanalysis*, v.15, n.3 e 4, pp. 119-128, 1992.

D'ABREU, A. A. & CARNEIRO, L.I. A teoria analítica na Psicologia Psicanalítica do *Self*. In: Outeiral, J. & Thomaz, T. *Psicanálise Brasileira*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FIORI, H. J. *Estruturas e abordagens em psicoterapia psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FREUD, S. Fragmentos da análise de um caso de Histeria (Posfácio). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.7, p.108-116, 1905.

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12, p.107-119, 1912.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.12, p.175-188, 1912.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.14, p.81-108, 1914.

FREUD, S. Transferências. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição Standard. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.16. Conferência XXVII. P. 433-448, 1916.

- Hornstein, L. *Narcisismo: autoestima, identidade, alteridade*. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- HORNSTEIN, L. *Intersubjetividade y clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- KATZ, G. & FETTER, I.S.C. Problemas clínicos do paciente narcisista: Um desafio ao psicanalista. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, v.3, n.2, p. 345-370, 2001.
- KILLIGMO, O. B. Conflito e déficit: implicações para a técnica. *The International Journal of Psycho-Analysis*, v.70, pt.1, p. 1-45, 1989.
- KOHUT, H. *A análise do self: uma abordagem sistemática do tratamento psicanalítico dos distúrbios narcísicos da personalidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- KOHUT, H. *Como cura a psicanálise?* Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- LISONDO, A.B.D. Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.38, n.2, p.335-358, 2004.
- MALVA, M.F.R. O narcisismo na relação analítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 39, n.3, p. 47-58, 2005.
- SOKOLOVSKY, B. Algumas dificuldades técnicas na análise de pacientes narcisistas. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, v. 4, n.1, 87-96, 1997.
- STOLOROW, R. & LACHMANN, F. N. Definição funcional do narcisismo. In: _____ & _____. *Psicanálise das paradas do desenvolvimento: teoria e tratamento*. Rio de Janeiro: Imago, 1983. Parte 1, cap. 2, p.21-3, 1983.
- ZIMERMANN, D.E. *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.