

O narcisismo na clínica contemporânea

Narcissism in the contemporary therapy

Adriana Silveira Gobbi¹

Resumo: Tem-se como objetivo, neste artigo, realizar uma revisão teórica do conceito de narcisismo na Psicanálise. Além disso, busca-se uma compreensão para as apresentações psicopatológicas do narcisismo na contemporaneidade. Para tanto, abordam-se as teorizações de Freud, Green e Hornstein. Para analisar o assunto em questão de forma teórico-clínica, utilizam-se vinhetas clínicas. Por fim, entende-se que é fundamental compreender esta temática não só nas patologias narcisistas, mas também nas implicações do narcisismo no tratamento psicoterápico e na relação terapêutica.

Abstract: This article aims to present a theoretical review about the concept of narcissism according to Psychoanalysis theory. Moreover, we try to understand narcissism pathologies in contemporary years, based on Freud's, Green's and Hornstein's theories. In order to analyze this subject, cases have been used as examples. Finally, it is important to understand narcissism not only pathologically, but also considering its implication in psychotherapy and therapeutical relations.

Palavras-chave: narcisismo; psicopatologia psicanalítica; sofrimento psíquico; psicoterapia, Psicanálise.

Keywords: Narcissism; psychoanalytical psychopathology, psychic suffering, psychotherapy, Psychoanalysis.

¹ Psicóloga. Mestranda em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Contato: adrianagobbi@terra.com.br

Utilizamos a palavra narcisismo, no uso corrente, para nos referirmos àquela pessoa que só preocupa-se consigo mesma. Mas, a psicanálise transformou o narcisismo em um conceito, o qual utiliza o mito de Narciso para explicar, em síntese, o amor pela imagem de si mesmo. Mas, diante das apresentações do narcisismo na atualidade podemos pensar apenas em amor a si mesmo?

Pensando nas histórias infantis, lembrei-me da história da Branca de Neve, em que a madrasta pergunta: “espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu?”. Nesta indagação o valor do Eu está em questão. E parece-me que na atualidade emerge, cada vez mais, uma indagação de outro patamar: “quem sou eu?”, revelando que se antes estávamos no território edípico da competição, agora estamos diante do cenário dual especular da (falha na) constituição do Eu. Há uma diferença considerável entre aquele Narciso que já conhecemos que se enamora com a própria imagem, pois o que vemos com frequência é o horror frente ao que não se vê, porque ainda não se é.

Na clínica, esta interrogação revela o desamparo de uma paciente que olha e não sabe o que enxerga. A imagem, muitas vezes, fragmentada no espelho parece indicar um corpo ainda aos pedaços, refletindo um eu ainda não unificado. Talvez, esta metáfora do espelho nos sirva para entendermos como é que a imagem fora refletida no início da vida. Dizia-me que não sabia quem era. Suplicava que eu lhe dissesse quem era. Queixava-se de não ter opinião e de se pautar pelo externo. Como poderia se pautar pelo interno se a imago materna a invadiu?

Um outro elemento fundamental na clínica atual refere-se à importância do outro na constituição psíquica, o que é teorizada por Marucco (1998). Para este autor, o objeto ocupa um lugar de destaque na fundação e constituição do psiquismo de um bebê. Entende que na origem de patologias graves pode-se encontrar um objeto que exerceu uma violência por meio da intrusão, fusão e também ausência.

A temática do narcisismo nos remonta a relação dual e, então, considero pertinente refletir sobre a impossibilidade de saída dessa relação. E, neste sentido, concordo com Kehl (2005) quando pontua que, atualmente, estamos diante da inconsistência da metáfora paterna, no registro do Eu-ideal e, portanto, frente a um psiquismo que escapa ao registro da falta e das diferenças.

Observo o quanto esta configuração psíquica que nega as diferenças encontra apoio em nossa cultura atual. Veiculava na mídia uma propaganda de xampu que era protagonizada por uma mulher e seu filho. Ambos trocavam um beijo na boca. Os cabelos da mãe estavam completamente ouriçados e o anúncio dizia: “beijar o homem da sua vida, despenteia”. Este anúncio fez-me pensar na erotização da relação materno-filial, em que o menino ocupava, de fato, o lugar do pai.

Formulações Teóricas acerca do Narcisismo: Freud, Green e Hornstein

O território do narcisismo delimita o campo do infantil e da plenitude típica de um bebê. Mas, a psicanálise revela que aquilo que é da ordem do infantil permanece ativo dentro do sujeito em todas as fases do desenvolvimento. O narcisismo, então, faz parte da história psíquica tanto passada quanto presente. Por outro lado, o modelo do narcisismo pode escravizar, fazendo com que o sujeito fique impossibilitado de tomar as rédeas de sua própria vida. Para que possamos visualizar o narcisismo nestas duas concepções convidamos a re-visitar as teorizações acerca deste conceito na perspectiva de Freud, Green e Hornstein.

Freud (1910, 1911, 1914/1976) abordou a temática do narcisismo em diversas passagens de sua obra. No texto freudiano este conceito vai sofrendo transformações e ampliações. Freud parte da escuta do sofrimento de seus pacientes e traça um percurso da patologia até chegar à concepção de narcisismo como fase do desenvolvimento da libido; talvez, a idéia mais conhecida do termo.

O narcisismo, conforme Freud (1911/1969), é uma fase do desenvolvimento libidinal infantil localizada entre o auto-erotismo e o amor objetal. Uma fase “normal” e necessária para a constituição do Eu. Hornstein (1989), desde uma perspectiva mais voltada para intersubjetividade, aponta que o Eu deve ser adequadamente narcisizado pelos pais para que possa constituir-se. O narcisismo caracteriza-se pela etapa em que o si-mesmo é tomado como objeto de amor. Quando Freud (1914/2004) dizia que ao auto-erotismo tem que ser acrescentada uma nova ação psíquica, ele estava falando que precisa haver uma representação unificada de si-mesmo para que se possa amar o Eu.

Mas, como aponta Freud (1911/1969) “se as pessoas demoram por tempo inusitadamente longo nesse estado, as características desta fase serão transportadas para

fases posteriores de seu desenvolvimento” (p.82). Emerge, então, a questão da fixação da libido em uma fase do desenvolvimento.

O narcisismo surgiu dos estudos de Freud (1910/1969; 1911/1969; 1914/2004) acerca da perversão e da psicose e só, posteriormente, foi tratado como uma fase do desenvolvimento da libido. Na perversão o próprio corpo é tomado como um objeto de amor, investe-se no Eu como só se investiria em um objeto; idéia que, posteriormente, possibilitou a hipótese de um narcisismo primário. Já a psicose indicou uma retirada da libido do mundo externo que é, então, retraída para o interior do Eu, causando um engrandecimento típico da megalomania. A partir do entendimento deste mecanismo, imaginou-se o narcisismo secundário.

Os outros caminhos de acesso ao entendimento do narcisismo são a doença orgânica, a hipocondria e a vida amorosa, como bem mencionou Freud (1914/2004). Tanto na doença orgânica quanto na hipocondria ocorre um desinteresse pelo mundo externo e a pessoa recolhe seus investimentos objetais e enquanto sofrer deixará de amar. Na doença orgânica existe uma alteração fisiológica real, o que não ocorre na hipocondria.

A doença orgânica nos mostra o quanto este retraimento é necessário, por um período de tempo, para que a pessoa possa recuperar-se. Tenho observado que, em alguns casos, o interesse pela doença ocupa grande parte da vida do indivíduo, sendo que também é usado como resistência à psicoterapia.

A vida amorosa, por sua vez, é a terceira via para compreensão do narcisismo, em que Freud (1914/2004) formula dois tipos de escolha objetal: *veiculação sustentada e narcísica*. No primeiro tipo, a escolha de objeto serve-se das trilhas deixadas pela satisfação das pulsões de autoconservação. E, na escolha de objeto narcísica busca-se no objeto a si mesmo. Hornstein (1989a) acrescenta que “quanto menor a discriminação Eu não-Eu, mais narcisismo há na eleição de objeto” (p. 172). Ou seja, quando a função que o objeto cumpre é muito importante para a manutenção da auto-estima ou da identidade do Eu pode-se dizer que é uma escolha predominantemente narcisista.

Uma outra maneira de se pensar o narcisismo é por meio da relação dos pais com o seu bebê. Para Freud (1914/2004) o narcisismo primário é mais facilmente observado através desta relação, pois, através do bebê, os pais têm a possibilidade de reviver o seu narcisismo infantil há muito tempo abandonado. Ao bebê são permitidos privilégios que

são vetados aos adultos. Neste momento, o Eu do bebê coincide com ideal. Esta sobreposição é necessária para o desenvolvimento do Eu da criança.

O que leva uma pessoa a ficar aprisionada na fase em que era tomada como ideal? O que deve ocorrer para que o bebê saia deste lugar de ideal é a dor da castração. “O narcisismo é reestruturado pelo Édipo”, afirma Hornstein (1989a, p. 156). O Eu deve sofrer uma grande modificação na vivência edípica: transformar o Eu-ideal em Ideal-de-Eu. Um movimento psíquico que abre possibilidades de saída da relação dual que se, por um lado, é o protótipo da completude, por outro, aprisiona. A partir deste entendimento poderemos nos aproximar de patologias mais ligadas a problemáticas de cunho edípico e daquelas vinculadas ao narcisismo.

Quando se aborda o narcisismo enquanto fase do desenvolvimento libidinal logo se pensa no desenvolvimento sadio, em que o bebê e sua mãe completavam-se dentro de uma ilusão de ideal. Entretanto, um déficit narcisista tem sido observado a partir de algumas manifestações clínicas. Desde os bebês que sofriam de hospitalismo até a psicose propriamente dita, surge uma gama de quadros clínicos que tem como ponto central à problemática do narcisismo.

Green (1988) traz importantes contribuições à teoria do narcisismo ao teorizar sobre a função do objeto no processo de constituição psíquica do bebê. Em Green (1988) precisamos atentar-nos para a questão dos limites entre o Eu e o objeto, uma vez que traz à cena a idéia de *objeto-trauma*. Primeiro, porque a instauração da sexualidade é traumática por si só, mas principalmente, no *objeto-trauma* está em jogo uma oscilação de ausência e presença que o Eu não é capaz de metabolizar. “O objeto não é fixo, nem permanente. Ele é aleatório no tempo, como no espaço. Muda de humor, de estado e de desejo. Apresenta-se presente demais ou muito pouco presente e ausente demais ou muito pouco ausente” (GREEN, 1988, p. 154). Esta movimentação obriga que o Eu realize um trabalho de ajustamento. Firma-se um conflito entre o Eu e o *objeto-trauma* que leva a um desinvestimento do objeto e a um refluxo narcisista, expondo o Eu a angústias narcisistas ameaçadoras.

As Apresentações do Narcisismo na Clínica

Na clínica, o narcisismo manifesta-se de formas variadas. Na histeria existe uma dor narcísica, um Eu tristeza, um Eu insatisfeito e Eu histerizante (NASIO, 1991). Há uma retração libidinal para o mundo da fantasia e esta foi a diferenciação traçada por Freud (1914/2004) em relação à psicose. Então, em termos de economia psíquica o paciente histérico está com sua energia canalizada para dentro e, assim, o mundo externo é visto através do colorido de suas fantasias. Na histeria estão envolvidos aspectos do narcisismo enlaçados com a temática edípica. Parte-se do pressuposto que o bebê fora tomado como ideal, em outras palavras, que o processo de narcisização ocorreu.

Em *Luto e Melancolia* Freud (1917/1999) explicou, através da metapsicologia, as temáticas do luto e da melancolia. Ambas estão estritamente relacionadas ao tema da perda e de seus efeitos no psiquismo, em que o narcisismo ganha um lugar de destaque. Enquanto no processo de luto, o sujeito luta para desinvestir o objeto perdido, na melancolia há um sobreinvestimento deste.

Em seguida trago uma breve vinheta clínica, em que poderemos pensar no lugar da perda no psiquismo de uma pessoa. Diz Luisa²: “Bom, são 60 anos de muito sofrimento. Eu tenho tido algumas perdas ultimamente. Perdi alguns parentes (Começa a chorar). Mas, eu vim aqui, porque eu perdi, há seis meses, uma irmã muito querida. Eu nem gosto de pensar nisso. Foi uma coisa horrível que eu não estou conseguindo dar conta disso sozinha”. Buscara atendimento pela perda da irmã há seis meses – que parece ter sido o auge da dor, pois já vinha perdendo outros familiares. Parece que estamos diante de um luto, mas a primeira frase desta pessoa é impactante: “são 60 anos de sofrimento”. Será que poderíamos pensar somente em luto a partir desta fala?

Na temática do luto e da melancolia observa-se que existe uma diferença importante em relação ao valor atribuído ao Eu. Enquanto, no luto é o mundo que se torna vazio, na melancolia é o próprio Eu - ocorrendo uma diminuição da auto-estima. Diz Freud (1917/1999) que este processo é despertado mediante a perda de um objeto de amor, muito embora na melancolia a perda seja de natureza mais ideal. “O objeto talvez não tenha realmente morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor” (p. 91). A melancolia

² Nome fictício para preservar o sigilo.

manifesta-se, geralmente, após uma perda, em que não se sabe muito bem o que se perdeu, parecendo, muitas vezes, que estamos diante da perda do si-mesmo.

O tema da elaboração de lutos se faz presente na constituição psíquica e não só na patologia, como entendem Figueiredo e Cintra (2003), apoiados no pensamento de Green. O objeto que pode ser perdido e do qual se pode fazer um trabalho de luto é o que mais contribui para a constituição psíquica. Esquecer o objeto pressupõe que ele fora internalizado e que agora faz parte do ego, o qual se torna apto para novas ligações. Este é o trabalho do negativo em sua tarefa constitutiva. Para que este processo ocorra faz-se necessário um *objeto-cuidador* adequado nas suas funções de instaurar o pulsional e, ao mesmo tempo, conter estas excitações.

No caso de um objeto que falha nas funções constitutivas, Green (1988) pontua que este faz-se presente de forma excessiva ou mostra-se demasiadamente ausente, não possibilitando a criação de um espaço vazio – que seria o potencial para o desenvolvimento da capacidade de pensar. O objeto, quando falha nas funções de continente e Eu-auxiliar deixa suas marcas no psiquismo incipiente que é invadido por angústias muito primitivas. Para defender-se deste objeto entra em cena a pulsão de destruição que incidirá no objeto externo, interno e no próprio Eu. Evidencia-se a identificação projetiva, em que as realidades externa e interna serão odiadas. Neste sentido, o narcisismo, que era positivo, transforma-se em negativo.

A angústia de separação presente na patologia *borderline* é o resultado da intrusão intolerável. Na clínica observa-se como a ausência e a presença são vividas de maneira absolutas – o analista pode ser visto como próximo demais ou distanciado em demasia (GREEN, 1990). O autor utiliza o conceito de *fronteira* para demarcar a ausência de organização e limites psíquicos. *Borderline* quer dizer limítrofe. Mas, nos limites do quê? Ensina-nos Green (1990) que estamos nos limites da elaboração de um conflito intrapsíquico, nos limites entre as tópicas psíquicas, nos limites de investimento libidinal. Em síntese, nos limites da morte, do inanimado e do vazio.

Hornstein (2003) tem uma vasta teorização acerca do narcisismo e, neste sentido, vem posicionando-se acerca da temática em questão. Segundo o autor, os estados *borderline* estão localizados dentro das patologias narcisistas, uma vez que nestes pacientes os limites do Eu são frágeis. A fronteira entre o Eu e o objeto é oscilante, ora o objeto é

sentido como parasitário e, ora, como completamente distante. Cabe demarcar que se houvesse total borramento entre o Eu e o objeto estaríamos na psicose. Os limites incertos também se fazem notar na porosidade entre inconsciente e pré-consciente, prevalecendo, assim, a tendência a atuar.

Com fins ilustrativos, trago algumas idéias suscitadas por um atendimento para nos atentarmos aos sentimentos contratransferenciais e ao sofrimento da paciente, que me parece muito semelhante ao discutido teoricamente.

Estávamos ainda nas primeiras entrevistas. Antes de começar uma sessão, eu estava preocupada com o atendimento. Comecei a arrumar a sala, como sempre, fechar as janelas e as persianas. Percebi que estava preocupada com a temperatura da sala, pois a paciente, geralmente, transpira bastante. Acho que não foi a primeira vez que me ocupei desta preocupação. Quando me vi preparando a sala, pensei que era como se ela tivesse que se sentir bem ali, oferecendo conforto... como um quarto de bebê? A sala como um ambiente suficientemente bom? E, então, ela chega novamente com uma garrafa de água, que nunca deixou de trazer consigo. Inclusive, neste dia, ela bebeu água várias vezes durante a sessão.

Notei, nesta sessão, que ela raramente olha nos meus olhos. Parece uma incoerência ela se queixar que está sempre sozinha, mas o modo como se relaciona com os outros só faz com que haja afastamento. Antes da sessão veio em meus pensamentos a idéia de que seria bom se ela não viesse. Estes pensamentos que atravessaram minha mente fizeram com que eu me desse conta de que ela me despertava sensações paralisantes, sensações que eu nem conseguia nomear. Então, questionava-me se poderia ajudá-la. Será que repetia o que a mãe não lhe dera? Por que o outro é tão ameaçador para ela? Será que seus ataques são para se defender? E, esta defesa dá conta de quê? Pode ser que, para ela, não seja possível investir no outro, e reconhecer que o outro é necessário. Talvez, ela não tenha experimentado a alteridade. Parece que congelou na etapa em que deveria ter sido tomada como ideal (parece que não houve um olhar por ela, talvez, por isso, não consiga firmar o olhar no outro). O descaso que ela demonstra em relação a mim pode denunciar como é que ela se sente; como é que ela *sabe* ser. E este é um dos grandes impasses do tratamento: a relação e a instauração de um vínculo.

Na adição busca narcisicamente lidar com a sua dor; não “precisa” de ninguém; precisaria da terapeuta? O álcool anestesia e enebria, fazendo-a dormir. Amortece a dor

quase que por um instante, mas no momento seguinte é invadida por angústia. Desespero. A bebida seria um analgésico para combater a vida? Vivendo na quase morte, matando-se dia-a-dia, pede socorro por meio do ato.

“Eu não sei se eu queria morrer. Na realidade, eu queria dormir para aliviar a dor que eu sentia no peito. Eu sentia uma angústia, uma dor no peito muito forte. Eu achava que dormindo iria passar. Então, eu tomei uns remédios de tarja preta junto com o álcool. É, eu já vinha nesse ritmo de tomar remédio para dormir e beber. Quando eu acordava, eu repetia tudo de novo e isso o dia inteiro. Mas, naquele dia, o que eu fiz de diferente foi tomar uns remédios a mais. Daí, eu acabei ligando para a psiquiatra que eu me tratava e ela me disse que eu tinha que me internar, pois naquele estado eu era perigosa para mim mesma. A vida fica por um fio. Ontem eu não bebi, mas em compensação eu comi que nem um animal. Comi desesperadamente até me sentir mal. Sabe o que é tu engolir a comida e não sentir o gosto? Eu me preocupei em manter a minha boca cheia. E é assim: agora eu vivo comendo, comendo. São duas compulsões que andam meio paralelas, tenho que botar algo para dentro, preencher algo; se não é a bebida, é a comida!”

Implicações na Clínica: Sobre o “Estar em Tratamento”

O modo como o paciente se mostra na relação terapêutica é um “modelo” de suas primeiras relações de objeto. Esta é a base da tão conhecida transferência que, como expressão da repetição, é um dos importantes instrumentos técnicos na clínica. Neste sentido, o estabelecimento de um vínculo (ou a impossibilidade de) nos remete a refletir: como fora a vivência do paciente de *estar com* o outro? Experimentou a intrusão, a violência, a indiferença?

Green (1990) anuncia que em estados fronteiros a tendência do analista é tentar preencher o vazio, a pobreza de associações e o silêncio mortífero com intervenções, que repetem a intrusão do objeto primário. E, por outro lado, há que se considerar o risco de desinvestimento no paciente como resposta ao desinvestimento narcisista típico do vazio. Quais serão, então, as possibilidades de intervenção? Antes de pensar em intervenções, considero relevante olharmos para a contratransferência. Suportar o vazio e as sensações que parecem estar além das palavras.

Comecei a me questionar, pois tenho percebido em alguns pacientes uma confusão nas fronteiras da intersubjetividade; pessoas aprisionadas no desejo alheio. Marucco (1998) aponta para o risco de o analista repetir este modelo quando deseja que seu paciente sirva-se do analista como modelo.

Freud já apontou inúmeras vezes o trilhamento da pulsão que tende a ir pelo *caminho facilitado*. Mas, às vezes, penso no quanto este caminho facilitado dificulta o posicionamento (enquanto sujeito desejante) das pessoas em relação as suas próprias histórias, ficando a mercê da compulsão à repetição. Os caminhos trilhados pela pulsão somados à compulsão à repetição levam-nos a entender o quão difícil é para estas pessoas a experiência de uma relação diferente das que tiveram com seus objetos primários.

Outro tema que tem me inquietado é o da aderência ao tratamento. Quis usar o verbo aderir, porque me parece que é justamente esta a questão nas problemáticas do narcisismo: o quão aderido se está ao narcisismo infantil e a aderência ao outro. Vive-se pelo outro e do desejo do outro. Encontramos uma aderência narcísica mortífera, pois ao continuar grudada ao outro, e, conseqüentemente, imóvel permanecerá sempre no mesmo lugar, repetindo. Por outro lado, a busca por um tratamento mostra que este modo de viver está trazendo dor e no imaginário do paciente o tratamento implica mudanças. Terá que aderir ao tratamento para descolar deste funcionamento. E este processo poderá ser vivenciado como a verdadeira morte psíquica, pois passará por um período de não ser, que emergirá do descolamento deste outro alojado dentro do Eu (MARUCCO, 1998).

Construções possíveis

A motivação por estudar o tema do narcisismo e suas implicações no processo terapêutico proveio da clínica e da necessidade de buscar compreensão e de produzir algo com aquilo que inquieta. E, percebo, ao final deste escrito, que outras indagações emergiram e dou-me conta que a clínica é assim mesmo: “questionante”, “instigante”, “fascinante”. Retomei um antigo pensamento que se refere à passagem da teoria à prática. Isto não é tão fácil quanto parece! Adentrar no campo da experiência clínica requer certas acomodações psíquicas – pelo menos para mim tem sido assim. Não penso que tenham que

ocorrer acomodações, mas sim um saber lidar com a “desacomodação” intrínseca e constante à experiência clínica.

Bion desnudou o “aprender com a experiência”, então, o que tenho apreendido desta experiência clínica? Em uma palavra: possibilidade de criar. Se antes passávamos da teoria à prática, agora, por meio deste escrito, vinculamos o percorrido prático com a experiência teórica. Esse artigo, então, é fruto desta experiência. Além disso, é o espelho de identificações teóricas que foram solidificando-se ao longo do tempo. Freud tinha uma genialidade e foi brilhante, mas o que me encanta nele é sua perseverança, flexibilidade de reformular seu posicionamento teórico e comprometimento com a clínica.

Cada vez mais, na atualidade, o conceito de narcisismo passa a ter destaque, provavelmente, devido à demanda de pacientes com problemáticas muito relacionadas a este território. Entretanto, o narcisismo sempre se manifesta e precisamos compreendê-lo não só nas chamadas patologias narcisistas, mas também nas implicações no tratamento psicoterápico e na relação terapêutica.

Como pontua Hornstein (1989b) temos que “fazer a psicanálise trabalhar” através de um retorno aos autores clássicos e da leitura dos autores contemporâneos, Diz o autor:

O grande mérito de Freud foi ter mantido um sistema aberto que, sem perder em cada uma das descobertas, manteve sempre a complexidade da psicanálise. O retorno a Freud é, para mim, recuperar a liberdade de pensar a psicanálise global, a modalidade de investigação, a inventividade em lugar da ritualização e da estereotipia que hoje parece ser tão freqüente no ambiente psicanalítico.

REFERÊNCIAS

- FIGUEIREDO, L.; CINTRA, E. Lendo André Green. In: CARDOSO, M. **Limites**. São Paulo: Escuta, 2004.
- FREUD, S. Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. Em J. Salomão (Org.), **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**.(Vol. 11, pp. 53-125). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1910), 1969.
- FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides). Em J. Salomão (Org.), **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**.(Vol. 12, pp. 15-105). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1911), 1969.
- FREUD, S. Luto e Melancolia. (T. Brito; P. Brito; C. Oiticica, Trad.). **Artigos de metapsicologia**.(pp. 15-105). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917), 1999.
- FREUD, S. À guisa de introdução ao narcisismo. Em L. Hanns (Trad.; Org.), **Escritos sobre o inconsciente – obras psicológicas de Sigmund Freud**_(Vol. 1, pp. 95-132). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914), 2004.
- GREEN, A. A angustia e o narcisismo. In: _____. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.
- GREEN, A. El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico. In: _____. **De locuras privadas**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- HORNSTEIN, L. **Introdução à Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 1989a.
- HORNSTEIN, L. Fazendo a psicanálise trabalhar. **Entrevista concedida à Revista Percurso**. Acesso em: outubro 2005. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs03/EntrevistaHornstein.htm>, 1989b.
- HORNSTEIN, L. **Narcisismo**: autoestima, identidad, alteridad. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- HORNSTEIN, L. Las organizaciones borderline: los límites borrosos del yo. In: _____. **Clínica y Intersubjetividad**. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- KEHL, M. (2005, Outubro). **Depressão na passagem para a adolescência**. Conferência, Porto Alegre, 2005.
- MARRUCO, Norberto. **Cura analítica y transferencia**: de la represión a la desmentida. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1999.
- NASIO, J-D. **Histeria**: teoria e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.