



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Redeenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Thalita de Souza Reis Ventura

MANEJO DO PACIENTE *BORDERLINE* NA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Palmas – TO

2020

Thalita de Souza Reis Ventura

MANEJO DO PACIENTE *BORDERLINE* NA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Pesquisa elaborada e apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.^a. Me. Muriel Corrêa Neves Rodrigues

Palmas – TO

2020

Thalita De Souza Reis Ventura

MANEJO DO PACIENTE *BORDERLINE* NA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Pesquisa elaborada e apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.^a. Me. Muriel Corrêa Neves Rodrigues

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Muriel Corrêa Neves Rodrigues

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.^a Me. Raphaella Pizani Castor

Centro Universitário Luterano de Palmas

Prof. Me. Sonielson Luciano de Sousa

Centro Universitário Luterano de Palmas

Palmas – TO

2020

Dedico esse estudo ao meu esposo Rodrigo Ventura, que é minha fonte de inspiração tanto profissional como pessoa. Conteí com seu apoio durante toda graduação. Dedico também aos meus pacientes da Clínica Escola SEPSI, que confiaram no meu trabalho, e me desafiaram a apreender e praticar a clínica psicanalítica, mas, sobretudo a ser um ser humano melhor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao Criador que me possibilitou vivenciar essa linda ciência. Agradeço a minha família, em especial meus pais (Dulce e Ronaldo), esposo (Rodrigo), irmã (Raissa) e cunhado (Wesley) que sempre me apoiam e incentivaram desde que iniciei a graduação. Agradeço minha secretária do lar (Maria) e esposo que cuidaram da casa enquanto eu estava imersa na pesquisa. Agradeço aos meus cãesinhos que tornam meus dias mais agradáveis. Agradeço minhas amigas (Adrielle Bezerra, Nathalia Quintela, Gilcirene Sandoval) pelo apoio nas fases da pesquisa, me auxiliando nas dúvidas do processo. Agradeço a banca examinadora, Prof.^a Me. Raphaella Pizani Castor e Prof. Me. Sonielson Luciano de Sousa, pelas ricas contribuições e empenho para fazer com que esse estudo fosse significativo. Fico muito honrada em tê-los na minha banca. Agradeço a minha orientadora e supervisora clínica Prof.^a Me. Muriel Corrêa Neves Rodrigues que apostou no meu trabalho, se mostrando paciente, atenciosa e colaborativa, dando a estabilidade que eu precisava, além de sua experiência e sabedoria. Por fim, não menos importante, gostaria de agradecer a todos professores da UNIRP, onde estudei 1 ano e meio, e ao CEULP ULBRA, especialmente às coordenadoras Irenides Teixeira e Cristina Filipakis.

“Ao praticar psicanálise, tenho propósito de: me manter vivo; me manter bem; me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem. Uma vez iniciada uma análise espero continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la” (WINNICOTT, Os objetivos do tratamento psicanalítico (1962b/1983, p.152).

RESUMO

VENTURA, Thalita de Souza Reis. **Manejo do paciente *borderline* na abordagem psicanalítica**. 2019. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2010.

A psicanálise contemporânea está desafiada a adaptar e aprimorar seus métodos para abarcar as psicopatologias graves que emergem neste contexto, como por exemplo, o Transtorno da Personalidade *Borderline*. Esta pesquisa teve como objetivo identificar, dentro da abordagem psicanalítica, como se dá o manejo e quais os resultados obtidos referentes à adesão ao tratamento e melhora do quadro *borderline*. Além dos objetivos específicos que foram investigar quais métodos de manejo psicanalíticos estão presentes na literatura, referente ao tratamento e manejo do paciente *borderline*, explorar o que a literatura psicanalítica preconiza, e o que têm surtido efeito na adesão do paciente *Borderline*, assim como na melhora do quadro; descrever em que contextos os pacientes *Borderline* abandonam o tratamento e, quais práticas podem ser aplicadas para prevenir esse abandono. De objetivo exploratório, refere-se a uma pesquisa de natureza qualitativa, tratando-se de uma Revisão Bibliográfica Sistemática. Os dados foram escolhidos por conveniência, de acordo com os critérios de inclusão: Artigos, monografias, teses e dissertações publicadas nas plataformas digitais: BDTD, LILACS e SciELO, na língua portuguesa, cujos autores fossem psicólogos e/ou psiquiatras que atuam na abordagem psicanalítica no atendimento a pacientes diagnosticados com TPB, dentro do período de janeiro de 2015 a março de 2020. Constatou-se por meio dos resultados desta pesquisa que a psicanálise proporciona melhora do quadro *borderline*, assim como qualidade de vida dos pacientes através da redução dos sintomas, melhor adaptação ao meio, relações objetais mais saudáveis e maduras. No entanto, devido as dificuldades no estabelecimento da transferência nos moldes tradicionais, exige do terapeuta maior preparo técnico e atitude empática. Pôde-se dizer que, as formas de manejo que têm sido usados por psicólogos e psiquiatras na abordagem psicanalítica são: *holding* e *holding* corporal, manejo das transferências e contratransferências, comunicação que extrapolem o campo verbal, vinculação entre paciente-terapeuta, evitar interpretações, identificar momentos de transferência neurótica e psicótica, continência, não utilizar associação livre, estabelecer um enquadre interno e flexibilidade das regras.

Palavras-chave: Psicanálise. Transtorno da Personalidade *Borderline*. Manejo (Psicologia). Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

VENTURA, Thalita de Souza Reis. **Manejo do paciente *borderline* na abordagem psicanalítica**. 2019. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2010.

Contemporary psychoanalysis is challenged to adapt and improve its methods to encompass the serious psychopathologies that emerge in this context, such as, for example, Borderline Personality Disorder. This research aimed to identify, within the psychoanalytical approach, how the management takes place and what results are obtained regarding adherence to treatment and improvement of the borderline condition. In addition to the specific objectives that were to investigate which psychoanalytic management methods are present in the literature, regarding the treatment and management of the borderline patient, to explore what the psychoanalytic literature advocates, and what have had an effect on the borderline patient's adherence, as well as on the improvement from the board; describe in which contexts Borderline patients abandon treatment and, what practices can be applied to prevent this abandonment. With an exploratory objective, it refers to a qualitative research, dealing with a systematic bibliographic review. The data were chosen for convenience, according to the inclusion criteria: Articles, monographs, theses and dissertations published on digital platforms: BDTD, LILACS and SciELO, in Portuguese, whose authors were psychologists and / or psychiatrists who work in the psychoanalytic approach in the care of patients diagnosed with BPD, from January 2015 to March 2020. It was found through the results of this research that psychoanalysis improves the borderline condition, as well as quality of life for patients through the reduction of symptoms , better adaptation to the environment, healthier and more mature object relations. However, due to the difficulties in establishing transference in the traditional way, it requires a greater technical preparation and empathic attitude from the therapist. It could be said that, the forms of management that have been used by psychologists and psychiatrists in the psychoanalytic approach are: holding and holding the body, handling of transfers and counter-transfers, communication that goes beyond the verbal field, bonding between patient-therapist, avoiding interpretations, identify moments of neurotic and psychotic transference, continence, not using free association, establishing an internal framework and flexibility of the rules.

Keywords: Psychoanalysis. Borderline Personality Disorder. Management (Psychology). Adherence to Treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Esquema da metodologia.....	48
Figura 2: Fluxograma da seleção dos artigos.....	50
Quadro 1: Resultado geral das buscas nas bases de dados.....	49
Quadro 2: Artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Prevalência estimada relacionada a cada tipo de transtorno de personalidade.....	24
Tabela 2: Variações do termo <i>borderline</i> durante a história	26
Tabela 3: Processo de expressão da cólera até o progresso do Eu.....	40
Tabela 4: Proposta de intervenção de Kernberg.....	40
Tabela 5: Dados dos artigos selecionados.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
TP	Transtorno de Personalidade
TPB	Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 A PSICANÁLISE E O CAMINHO PARA O BORDER	14
2.2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i> PARA A PSIQUIATRIA	232
2.3 <i>BORDERLINE</i> E A PSICANÁLISE.....	26
2.4 <i>BORDERLINE</i> E A CONTEMPORANEIDADE	324
2.5 MANEJO DO PACIENTE <i>BORDERLINE</i>	36
2.5.1 O Manejo da Agressividade e a Ideação Suicida.....	41
2.5.2 O Manejo do <i>Borderline</i> e as Relações Interpessoais	43
2.5.3 Tratamento Medicamentoso	44
2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO.....	45
3 METODOLOGIA.....	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	67

1 INTRODUÇÃO

O conceito dos estados limites ou *borderline* em psicanálise, inicialmente, se deu pela difícil compreensão de casos que não se encaixavam em uma estrutura de personalidade, mas que perpassavam essas estruturas, podendo apresentar traços de neurose, psicose e perversão. O *borderline* é descrito na literatura com uma variedade de definições e sintomas como: a instabilidade emocional, o narcisismo patológico, a reatividade, a baixa tolerância à frustração, o medo de separação do objeto, medo de desintegração psíquica, agressividade, impulsividade, sensação de desamparo, entre outros.

Segundo Pereira (1999) a psiquiatria contemporânea classifica o *borderline* como um transtorno de personalidade, multifacetado, plástico e semelhante a diversas psicopatologias clássicas. O tratamento do paciente *borderline* é na maioria dos casos longo, devido à gravidade da psicopatologia. Além da grande variabilidade de sintomas e experiências traumáticas, e consequentemente o nível de desestruturação psíquica faz do paciente *borderline* um desafio para psicólogos e psiquiatras.

A construção de adaptação de técnicas que abarquem o sujeito se faz necessária na prática clínica, pois as associações livres e interpretações da psicanálise clássica não possuem, nesses pacientes efeitos positivos, muito pelo contrário, tem efeitos danosos ao vínculo terapêutico. Além do mais, a relação terapêutica e manifestações transferenciais negativas, exigem do terapeuta maior embasamento científico e um olhar para além do descrito nos manuais da psicopatologia.

Esse trabalho se justifica pela relevância do tema para questões científicas, através da possibilidade de melhorar o diagnóstico e o tratamento. Para as questões sociais, um diagnóstico e tratamento adequado possibilita a redução de internações, de custos, de abandono ao tratamento, suicídio e agravos à saúde dos pacientes. No que tange a relevância pessoal, o estudo possibilita a imersão no manejo psicanalítico para transtornos graves, obtendo um aprofundamento do tema. Ademais, abrindo espaço para diversas publicações e especializações, visto que é de interesse da pesquisadora atuar na área de psicopatologias graves.

O problema de pesquisa é, dentro da abordagem psicanalítica, quais métodos de manejo têm sido aplicados por psicólogos e psiquiatras e quais os resultados obtidos referentes à adesão ao tratamento e melhora do quadro *Borderline*? O presente estudo buscou identificar dentro da abordagem psicanalítica, quais métodos de manejo têm sido aplicados por psicólogos e psiquiatras e quais os resultados obtidos referentes à adesão ao tratamento e melhora do quadro *Borderline*.

E os objetivos específicos: investigar quais métodos de manejo psicanalíticos estão presentes na literatura, referente ao tratamento e manejo do paciente *borderline*. Explorar o que a literatura psicanalítica preconiza, e o que têm surtido efeito na adesão do paciente *Borderline*, assim como na melhora do quadro. Descrever em que contextos os pacientes *Borderline* abandonam o tratamento, e quais práticas podem ser aplicadas para prevenir esse abandono.

O referencial teórico foi composto por micro capítulos, o primeiro capítulo apresenta um desenho psicanalítico para construção de estruturas, conceitos que traçam um percurso até o *border*. O segundo traz o percurso das classificações, nomenclaturas e as características do transtorno de personalidade *borderline* na visão da psiquiatria. O terceiro discute como esse sujeito se inscreve no contexto social, e a relação das psicopatologias na contemporaneidade. O quarto traz algumas formas de manejo psicanalítico, o manejo das relações familiares e sociais e os tratamentos medicamentosos. Por fim, o quinto, discute a adesão ao tratamento.

Mesmo que a psicanálise nos tempos de Freud e contemporâneos não tenha abarcado os casos fronteiros, a compreensão do *border* perpassa pela base da estruturação psíquica delineada por Freud. O presente trabalho traça uma breve linha trazendo alguns teóricos que se dedicaram a esse transtorno. Exemplo disso, o psiquiatra psicanalista Winnicott (1975, p. 462), que menciona: “tive que aprender a examinar minha própria técnica sempre que surgiam dificuldades, e a causa das doze ou mais fases de resistência provou sempre ser um fenômeno de contratransferência que exigia mais autoanálise por parte do analista”.

O autor empenhou-se para construir seu manejo e seu olhar sob as relações objetais analíticas do *borderline*. O paciente TPB (Transtorno de Personalidade *Borderline*) carece de um olhar terapêutico qualificado e não rígido em apenas uma linha teórica. Como também, de apoio terapêutico ético e não de julgamentos negativos, por ser um sujeito biopsicossocial, capaz de construir relações objetais mais saudáveis e o fortalecimento de seu *Self* Verdadeiro.

É notável na literatura e até mesmo na práxis dos profissionais da saúde a dificuldade do manejo do paciente *Borderline* e a adesão ao tratamento. Estudos mostram que 50% dos pacientes *Borderline* desistem do tratamento no primeiro ano. Indivíduos com TPB possuem dificuldades de manter relações estáveis e duradouras, que se manifestam na psicoterapia (MURAN et al., 2009). Segundo Gunderson e Phillips (1995), estima-se que aproximadamente 10 a 13% da população geral, quando investigada com instrumentos epidemiológicos, preenchem os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade.

O tratamento e a diminuição dos sintomas TPB se mostram um desafio para a ciência de forma geral. Diante disso, esse estudo se justifica para contribuir na identificação de formas de manejo, que tem se mostrado eficazes para melhoria da qualidade de vida dos pacientes TPB.

No que se referem à clínica, os profissionais devem refletir sua práxis e olhar para o paciente como um ser complexo, dotado de infinitas possibilidades e não reduzido a uma psicopatologia. Podendo assim, levar o paciente a um restabelecimento das funções sociais e psicológicas, promovendo melhoria na qualidade das relações familiares. Esse trabalho traça um breve percurso histórico da psicanálise e o TPB, possibilitando uma visão geral e didática das mudanças terminológicas e metodológicas, o que poderá servir como base para novos estudos. No entanto, é relevante salientar, que nem todas as escolas da psicanálise possuem um histórico longo e reconhecido referente ao TPB, portanto, no decorrer do estudo, serão abordados apenas os autores que mais se destacaram ou mesmo se aprofundaram sobre a temática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A PSICANÁLISE E O CAMINHO PARA O *BORDER*

Esse capítulo tem um breve relato da história da psicanálise e suas escolas, que se faz necessária para desenvolver um direcionamento das principais técnicas e do percurso da psicanálise, para então adentrar mais à frente, no tratamento dos pacientes *borderline*. A intenção não é esgotar o assunto, mas apenas traçar uma linha do tempo, do desenvolvimento psicanalítico. O analista deve ter uma visão sobre essas mudanças conceituais, para assim conseguir fundamentar sua práxis e conhecer as bases do pensamento dos principais autores, sua linha de raciocínio, partindo da escola psicanalítica ao qual ele mais se reconhece.

Segundo Burszty (2008), o neurologista austríaco Sigmund Freud (1856 – 1939) esteve em Paris em 1885, para assistir as aulas do médico Charcot no Hospital *La Salpêtrière*, que foi referência clínica e de ensino sobre a histeria, sendo o primeiro passo para então, a partir do trabalho de Charcot e contemporâneos, pudesse construir a psicanálise. Estudavam fenômenos histéricos assemelhando-se a patologias neurológicas, com paralisias, convulsões, espasmos e anestésias, sem causa aparente, que nenhum exame possibilitava um diagnóstico ou hipótese. Por consequência disto, alguns médicos acreditavam se tratar de encenações. Os corpos das histéricas expressam uma linguagem conversiva¹, fruto de conflitos psíquicos e não de causas orgânicas.

Resumidamente a autora menciona que “atento ao método introduzido por Charcot, Freud começa a formular conceitos embaixadores de uma nova metodologia que inaugura o tratamento psicanalítico” (BURSZTYN, 2008, p.129). Esse método era a sugestão sob hipnose, indução do sono vigília a fim do paciente acessar memórias passadas e relaxar os músculos tensionados, no entanto, os sintomas nem sempre diminuía, pois quando algumas pacientes acordavam esqueciam novamente o que tinham dito e as paralisias voltavam, além dos espasmos e anestésias. A autora ainda elenca que Freud, decepcionado, passa usar o método catártico:

[...] por meio do método catártico, Freud percebeu a possibilidade de reintroduzir no campo de consciência experiências subjacentes aos sintomas e deu início às suas investigações psicanalíticas, trazendo à baila o conceito de recalque para fundamentar os acontecimentos esquecidos pelo sujeito histérico (p.129).

A partir de sua autoanálise e de sua paciente Emmy Von N. que pediu para falar e não ser hipnotizada cria o método de associações livres, onde abre espaço para os pacientes associarem livremente os sintomas com suas causas, definindo então o método clínico da

¹ No sentido de que sintomas psíquicos convergem em sintomas físicos.

psicanálise. Porém, nem todos os pacientes verbalizavam traumas ou episódios da infância de forma espontânea, e sobre os relatos dos sintomas, chistes², lapsos³, atos falhos⁴ e sonhos, Freud encontrou a via de acesso ao inconsciente e, ao mesmo tempo, a relação que o sujeito do inconsciente estabelece com a palavra falada (BURSZTYN, 2008).

Fadiman; Frager (1986, p.4) afirmam que “o inconsciente é uma instancia profunda psíquica onde estão elementos instintivos, que nunca foram conscientes e que não são acessíveis à consciência”. Existe também material que foi excluído por recalque, censura ou repressão, pois o consciente não consegue lidar com fortes significados e sentimentos atribuídos a esses materiais. “Este material não é esquecido ou perdido, mas não lhe é permitido ser lembrado. O pensamento ou a memória ainda afetam a consciência, mas apenas indiretamente.” (FADIMAN; FRAGER, 1986, p.4).

A psicanálise teve como marco inaugural o livro *A interpretação dos sonhos* (1900), no cenário cultural europeu marcado pela racionalidade científica, uma vez que

Freud foi aquele que apontou para a descentralidade da consciência e do eu em relação às pulsões e à sexualidade, concebendo o inconsciente como fonte proeminente a emanar força no psiquismo [...] A memória se caracterizou como um importante elemento para Freud investigar algumas dentre as respostas que buscava acerca da subjetividade (CANAVÊZ, 2012, p.103).

Divergindo do pensamento de Descartes, onde a ciência na perspectiva filosófica via o homem com a subjetividade ligada apenas na consciência, o eu e a razão, Freud lança o funcionamento psíquico clivado em duas forças opostas, consciente e inconsciente. Ele provoca uma revolução, pois mexe com a dimensão narcísica do europeu médio.

O inconsciente é uma instância onde existem os traços mnêmicos⁵ e representações, que se constrói e se altera nas vivências com o outro. Conforme Canavêz (2016) há, no pensamento freudiano, em sua dedicação à construção teórica sobre o aparelho psíquico, uma investigação consistente sobre as memórias. Essa investigação é sobre o passado que não foi esquecido, mas perdido, recalado a um lugar profundo e obscuro. Em seu trabalho clínico, observou relatos dos pacientes sobre sua infância o que lhe chamou a atenção para a memória e os símbolos atribuídos a partir do momento atual do paciente.

² Recurso utilizado para evitar o desprazer “pelo exercício da função lúdica da linguagem, cujo primeiro estágio seria a brincadeira infantil e o segundo, o gracejo.” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.113)

³ Termo latino utilizado na retórica para designar um erro cometido por inadvertência, quer na fala (*lapsus linguae*), quer na escrita (*lapsus calami*), e que consiste em colocar outra palavra no lugar da que se pretendia dizer (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.465).

⁴ Ato pelo qual o sujeito*, a despeito de si mesmo, substitui um projeto ao qual visa deliberadamente por uma ação ou uma conduta imprevista. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.40)

⁵ Memória; “processo de estratificação em que os traços mnêmicos são remanejados de tempos em tempos, conforme as novas circunstâncias”. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.148)

O método de Freud não visa promover o resgate do fato em si, mas a forma como foi inscrito no psiquismo, e como isso constitui o sujeito na sua maneira de ser no mundo. O recalçamento⁶ e o deslocamento⁷ cumprem o papel de conceber uma resistência protetiva a conteúdos mnêmicos, ou seja, memórias com afetos que o consciente não é capaz de suportar. “O trabalho psicanalítico, para ele, consistiria em superar tais barreiras ao buscar na mente as memórias obscurecidas que teriam o poder de levar o sujeito a se ver livre do seu sintoma” (BRITO; CANAVÊZ, 2016, p.111).

Em suas obras a interpretação do analista opera no sentido de tornar consciente o inconsciente. Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), o pai da psicanálise fala sobre autoerotismo da infância, a perversidade polimorfa infantil⁸, as fases do desenvolvimento psicosexual gerando um grande “fervor” na sociedade vienense. As fases psicosexuais são etapas do desenvolvimento humano, que se dá através da libido que percorre partes do corpo de acordo com a maturação da criança até chegar a fase adulta.

Essas fases são de extrema importância para compreender o funcionamento psíquico, pois estarão ligadas a traços de personalidade, caso o sujeito se fixe em uma delas, quando ocorrer traumas. Para esse desenvolvimento temos: a fase oral, a fase anal, a fase fálica, o período de latência e a fase genital. A fase oral é de aproximadamente 0 a 18 meses, caracterizada pelo prazer oral da criança, que através da amamentação e introdução de objetos na boca, obtendo a satisfação. De acordo com Hall e Lindzey (1984), comer é uma atividade prazerosa, quando crescer os dentes, o bebê sentirá vontade de morder e mastigar, o que poderá levar a traços orais de personalidade como: personalidade ingênua, que “engole” tudo o que o outro diz, ou agressividade verbal, há ainda muitas manifestações sintomáticas diferentes ou inversas a essas.

Segundo os autores supracitados fase anal é aproximadamente dos 18 meses a 3 anos, quando a criança começa a fazer o controle do esfíncter, sendo o ânus a área de satisfação. O alívio produzido pela defecação e a experiência produzida pela limpeza que o cuidador realiza na criança, assim como a reação do mesmo em relação a esse processo, também podem influenciar nos traços de personalidade como: meticulosidade, organização, teimosia, mania de limpeza ou descuido, podendo chegar até a avareza e ciúmes.

⁶ Mecanismo de defesa, “onde a pessoa procura repelir para o inconsciente pensamentos imagens, e recordações ligados a uma pulsão que, se estivesse sido satisfeita, provocaria efeitos desagradáveis” (CAMPAILLA, 1982, p.28).

⁷ “Processo psíquico inconsciente, teorizado por Sigmund Freud sobretudo no contexto da análise do sonho. O deslocamento, por meio de um deslizamento associativo, transforma elementos primordiais de um conteúdo latente em detalhes secundários de um conteúdo manifesto.” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.148).

Quando a mãe utiliza métodos rigorosos de higiene e desfralde, pode acontecer da criança reter as fezes, podendo conter caráter retentivo e de avareza na fase adulta, já se tiver caráter expulsivo, poderá desenvolver a crueldade. Se a percepção da criança for de uma cuidadora que incentiva, o processo se tornar tranquilo, a criança pode sentir-se capaz, e se tornar criativa. A fase fálica, ocorre aproximadamente entre os 3 anos aos 6 anos, é nesse estágio que começa a masturbação, e o complexo de Édipo. Os autores Laplanche e Pontalis (1992) explicam que o complexo de Édipo:

Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo (p.77).

Segundo Freud, o declínio do Édipo se dá através da intersecção da função Pai, e a castração que estrutura o Superego, todavia o Édipo é revivido na puberdade. O complexo de Édipo ocorrido no segundo momento da fase fálica, desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 77). O Édipo feminino ocorre com momentos diferentes do masculino. No Édipo feminino, quando a menina se percebe sem o pênis, ela inveja quem o possui, culpa a mãe por não ter o falo, e busca compensar essa falta, voltando-se para o pai, a quem elenca como o novo objeto de amor.

Segundo Nasio (2007) a resolução do Édipo da menina é quando ela se torna o superego do pai e consegue visualizar o pai real. A identificação com o pai deve ser contrabalaneada pela identificação com a mãe, se isso não ocorre instala-se a histeria de amor, onde os relacionamentos amorosos são carregados pelo pai fantasiado. A resolução do Édipo é justamente conseguir adotar traços masculinos e femininos, e transformar seu desejo de ser possuída pelo pai em desejo de ser possuída pelo homem amado, opera-se assim um lenta dessexualização da relação edipiana com pai e correlatamente a assunção de sua identidade feminina.

A menina, em teoria, para de ter uma relação conflituosa com a mãe e de disputar medidas com o falo, se vendo não mais como inferior, conseguindo obter o gozo. No Édipo masculino, “o menino tem desejo de possuir o corpo da mãe, o desejo de ser possuído pelo pai e o desejo de suprimir o corpo do pai” [...] (NASIO, 2007, p. 46). O menino sente uma angústia ligado ao medo de ser castrado pelo pai (angústia de castração), e assim desiste de seduzir a

mãe em prol do falo, recalca seus desejos pela mãe. Portanto, o menino passa a vida procurando defender o falo, enquanto a menina não tem nada a perder, e busca outras compensações, como por exemplo, a maternidade.

É importante salientar que o negativo do Édipo, que é o caso dos homossexuais, a dinâmica é a mesma, apenas elencam o objeto do mesmo sexo. A resolução satisfatória do Édipo masculino se dá “no recalçamento dos desejos, fantasias e da angústia; renúncia aos pais como objeto de desejo”, e por fim, identificação com os pais (NASIO, 2007, p.46).

O período de latência se dá geralmente entre 6 a 9 anos, pode-se dar por completo ou não, pois existem períodos de interrupções. Nessa fase aparecem as inibições sexuais, as crianças se voltam para o mundo externos, preparando-a para a puberdade. As crianças se voltam para as relações sociais, nos esportes e atividades criativas como forma de sublimar. O superego reprime as pulsões sexuais, que voltarão a emergir na fase genital (JERUSALINKY, 2010). Na fase genital, o sujeito adquire satisfação estimulando o próprio corpo, é na adolescência que as escolhas objetais são realizadas, a socialização é maior, os interesses começam a se tornar mais variados, porque o adolescente se permite olhar para além do seu lar e das relações com seus pais.

Em *Além do princípio do prazer* (1920), Freud postula a pulsão de morte e posteriormente, o conceito ID⁹, Ego¹⁰ e Superego¹¹ formando as instâncias da psique humana. Apesar dos estudos da metapsicologia não serem sequenciais, Freud formula três características (topográfico, dinâmico e econômico) observadas na clínica, não enquanto técnica nem tão pouco filosofia, mas as bases da ciência psicanalítica. Postulou diversos trabalhos sobre o narcisismo, pulsão de vida e de morte, relações objetais, e as três estruturas de personalidade, transferência e contratransferência (BRITO; CANAVÊZ, 2016).

A partir do pensamento desenvolvido por Freud, ocorreram algumas transformações, formando novas escolas, essas divergências e convergências são a continuidade do movimento psicanalítico. Elas se convergem nos postulados de Freud metapsicológicos, teóricos e técnicos, e são divididas em sete grandes escolas com seus respectivos autores. Sendo a primeira Freudiana. S. Freud, no ano de 1885, com outros expoentes como: Karl Abraham, Sandor

⁹ “constitui polo pulsional da personalidade. Seus conteúdos são inconscientes, em grande parte hereditários, presentes no nascimento e, em menor parcela, adquiridos e recalçados [...] reservatório da energia pulsional fornecida também ao Ego” (CAMPAILLA, 1982, p.19)

¹⁰ “O Ego mantém relação com o mundo através de atividade dos vários órgãos e aparelhos fisiológicos [...] efetua a chamada prova de realidade, que consiste na capacidade de executar uma discriminação acurada dos estímulos provenientes do mundo externo e dos oriundos do ID.” (CAMPAILLA, 1982, p. 19)

¹¹ “O Superego representa o censor, o juiz que, controlando o Ego e o ID, tende a orientar o comportamento do indivíduo de modo a harmonizá-lo com os valores da moral tradicional. A criança introjeta o Superego dos pais; assim transmitido de geração em geração.” (CAMPAILLA, 1982, p.21)

Ferenczi, Wilhelm Reich e Anna Freud. As contribuições de Freud, como elencado acima, trazem “que o conflito psíquico é resultante do embate entre as forças instintivas e as repressoras, sendo que os sintomas se constituíram como sendo a representação simbólica deste conflito inconsciente” (PISANDELLI, 2012, p. 11).

Tendo a segunda escola, os Teóricos das Relações Objetais (M. Klein com contribuições de Joan Rivière, S. Isaacs, Segal, Rosenfeld, Meltzer e Bion), no ano de 1945. Melanie Klein elabora seu pensamento através da observação de crianças, pautada no processo de desenvolvimento desde os três ou quatro meses de vida, onde o bebê tem primitivos mecanismos de defesa, e a pulsão de morte se dá desde o início da vida. Seus estudos circularam em torno do Superego e Complexo de Édipo experienciado bem antes do período postulado por Freud. O acompanhamento psicológico do indivíduo passa a ser bem no início da sua infância. Em relação ao complexo de Édipo, elaborou a posição depressiva e, posteriormente, a posição esquizoparanóide (PISANDELLI, 2012). De acordo com o mesmo autor, as mudanças no foco dos psicanalistas passaram:

[...] para relações objetais parciais e as fantasias do inconsciente, com suas respectivas ansiedades e defesas primitivas [...] Conserva-se a regra de que somente teriam valor verdadeiramente psicanalítico as interpretações unicamente dirigidas as neuroses de transferência, porém começa a ganhar um amplo espaço de valorização, a contratransferência, criando-se desta forma os primórdios da psicanálise baseada na relação transferencial – contratransferencial (PISANDELLI, 2012, p.09).

Nesse contexto, têm-se a terceira escola, a Psicologia do Ego (Hartmann), fundada por volta de 1920. O psicanalista austríaco Hartmann, juntamente com Kris e Lowenstein, fundou a escola da Psicologia do Ego nos EUA. Anna Freud contribuiu muito para a Psicologia do Ego, além de Erikson, Edith Jacobson, Margareth Mahler e Otto Kernberg (representante da “contemporânea psicologia do ego”, que estabelece uma ponte com os teóricos das relações objetais) (ZIMERMAN, 2008).

Os pioneiros, Hartmann e seus seguidores, propuseram uma maior valorização do ego no trabalho do analista, que até então estava concentrado no id. Partindo, então, do princípio de que nem tudo era id. Importante salientar os mecanismos de defesa do ego como: formação reativa, projeção, sublimação, negação entre outros (ZIMERMAN, 2008).

A quarta escola elenca: a Psicologia do *Self* (Heinz Kohut) fundada por volta de 1959. Seu fundador, Kohut postulou seu trabalho fora das questões do complexo de Édipo, trazendo o foco para o narcisismo, o qual evidenciou não só a patologia, mas os aspectos positivos inerentes a todos os indivíduos como a empatia, sabedoria, criatividade entre outros. Em suas

observações, Kohut formulou, a partir do exercício clínico, o conceito estrutural do *self*-objeto: o indivíduo que numa espécie de vivência aglutinada desempenha as funções ainda impossíveis ao bebê, que não possui um *self* estruturado, mas apenas um núcleo de *self* a ser desenvolvido a partir dessa vinculação com o outro *self* (PISANDELLI, 2012).

Nesse íterim, foi enfatizado a relevância das falhas empáticas da mãe como responsáveis por futuros transtornos narcisistas e neuróticos em geral. Kohut concebeu um tipo especial de transferência que denominou transferência narcisista, nas suas três graduações: transferência narcisista fusional, gemelar e especular (ZIMERMAN, 2008).

A quinta escola: Francesa de Psicanálise (Jacques Lacan) fundada em 1964. Lacan, em contraponto a teoria Kleiniana de valorização do ego, trouxe a noção do inconsciente não como uma instância do psiquismo, mas como uma combinação de sistemas simbólicos e socioculturais com o Outro. O inconsciente é constituído pelos desejos e aos discursos dos pais e educadores. Elucida o desejo da mãe, o filho se torna o “falo”, o significante inscrito no simbólico, o poder dela. Para Lacan “o inconsciente é o discurso do Outro. Lacan talvez tenha se inspirado no filósofo Hegel quando este afirma que, não é o indivíduo que cria a linguagem, mas “a linguagem, no contexto histórico, é que cria o indivíduo” (ZIMERMAN, 2008, p. 38).

Na escuta do discurso aparece os significantes, que é o que o paciente “pensa” dizer, com os consequentes significados, que são os signos, símbolos dos significantes, portanto em Lacan, uma análise consiste em decodificar e nomear a rede de significantes. Então a função do analista é a de identificar o significado patogênico no meio dos significantes (ZIMERMAN, 2008). Diferentemente do DSM IV e 5, Lacan elabora três estruturas diagnósticas baseadas em Freud e diversos psicanalistas, e essas estruturas dão orientação concreta ao terapeuta de como conduzir a análise. Segundo Fink (2018), algumas técnicas utilizadas com neuróticos são inaplicáveis e perigosas aos psicóticos. Portanto, de acordo com cada estrutura (neurose, psicose e perversão), o terapeuta atua na transferência e na abordagem individual de cada paciente.

O autor salienta que, não necessariamente a posição do analista é de fazer diagnósticos precisos e imediatos, mas que preliminarmente esses pacientes poderão se encaixar em uma dessas três estruturas, para o planejamento da análise. Na neurose existe o mecanismo primário do recalçamento, as subcategorias, no caso da neurose: histeria, obsessão e fobia, sendo o conflito entre o Ego e o ID. O sujeito neurótico experimenta uma angústia e sintomas conversivos, que nem sempre consegue explicar a origem. A angústia é a falta do objeto, que perdeu na castração. Em *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* (1908), Freud explica que a neurose é o negativo da perversão, ou vice e versa, pois o perverso nega a

castração, ou melhor, ele destorce qualquer coisa que o confrontar com a castração, devido a renegação da ausência do falo.

Na psicose as subcategorias são: as esquizofrenias e as psicoses. O Nome do Pai é foracluído, rejeitado, não integrado, não há registro no simbólico, produzindo “no imaginário uma desordem denotada nos fenômenos psicóticos de rupturas na cadeia significativa, onde um significativo ao ficar fora, desconectado do simbólico, retorna no real na forma de alucinações e delírios” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000, p.72). A castração é a lei e o falo o significativo, impondo a proibição da mãe, que fará com que a criança procure outros recursos, portanto o significativo do pai barra a mãe, e esse processo é chamado pelo psicanalista J. Lacan, como a Metáfora Paterna. Na psicose essa metáfora não se opera, diferentemente da neurose, produzindo então uma dificuldade no estabelecimento entre o real e o imaginário, pois não há constituído o simbólico.

Sobre a perversão, um dos componentes da sexualidade teria sofrido um desenvolvimento prematuro, isto é, teria passado a frente dos outros. Esse precoce processo é mantido em sua forma infantil, e não consegue passar por sublimação, recalçamento entre outros mecanismos. “A perversão herda a carga libidinal que pertencia ao complexo de Édipo, podendo ainda, como ocorre no caso do masoquismo, onerar-se pela culpa a que está ligada, o que explica o gozo obtido a partir de fustigações e sofrimento” (FERRAZ, 2010, p.28). O autor cita que no artigo “A organização genital infantil”, Freud (1980) apresentou, já em sua plena configuração teórica, o mecanismo da recusa (*Verleugnung*) da castração, essencial à formulação ulterior da perversão (FERRAZ, 2010, p. 29).

O perverso deseja ser duas coisas: objeto de gozo e ocupar o lugar do Nome do Pai. O sujeito perverso sabe o seu desejo, não se interroga, realiza o ato, e não se responsabiliza. Segundo Muribeca (2009), Lacan retirou a visão que a perversão estaria ligada a uma aberração sexual, mas uma estrutura em que o mecanismo de defesa é o da renegação, recusa da realidade em parte, e em parte reconhece a mesma, devido a uma cisão do Ego. Portanto, os tipos de perversão são: masoquismo, sadismo, fetichismo e parafilias, sendo o mecanismo de defesa o desmentido (rejeição de admitir algo visto e guardado na memória). A definição dessas estruturas se faz necessárias para entender o sujeito *border*, pois este não possui limites bem estabelecidos, o que mais a frente será discutido.

A sexta escola foi fundada por Donald Woods Winnicott por volta de 1979. O psiquiatra era ligado a Melanie Klein. No entanto, focou seu trabalho na percepção da mãe real, como ambiente facilitador ou complicador, e não nas fantasias destrutivas do bebê como Klein propusera. Deu ênfase no olhar da mãe como espelho para o bebê, criou o termo mãe

suficientemente boa, como aquela que provê sustento emocional e físico e ainda permite frustração para constituir o *self* separado do bebê (PISANDELLI, 2012).

A mãe é entendida como ambiente, e esse sendo insuficiente é sentido pelo bebê como uma invasão à qual o psicossoma (o bebê) precisa reagir e esta reação que perturba a continuidade de sua existência. Essas perturbações provocam falhas no desenvolvimento do indivíduo adoecendo-o. Tais perturbações criam uma sensação de falta de fronteiras no corpo, ameaças de despersonalização, angústias impensáveis, ameaças de desintegração e despedaçamento, de cair para sempre, e falta de coesão psicossomática (PISANDELLI, 2012).

Seguindo esse delineamento, a mãe suficientemente boa tem grande função no *setting* terapêutico, pois o terapeuta recria um ambiente íntimo e familiar, evocando o ambiente familiar primário, entretanto, diferentemente da mãe que gratifica, o terapeuta dá gratificações psíquicas. Outro conceito é o de *Self* Falso e *Self* Verdadeiro, o primeiro diz as formas de se relacionar aceitos socialmente, onde o sujeito se vê imerso em se adaptar para ser aceito, já o segundo, diz respeito do sujeito enquanto real, com todas as vicissitudes que o constituem do Eu real (PISANDELLI, 2012).

A sétima escola nasceu por volta 1962 e seu fundador foi Wilfred Ruprecht Bion. Ele foi analisando e seguidor de Melanie Klein, onde fez um trabalho clínico com pacientes de natureza psicótica, o que permitiu conceber aspectos sobre a normalidade e a patologia dos fenômenos de percepção, pensamento, linguagem, comunicação e ataques aos vínculos de ligação, todos eles de extraordinária repercussão no manejo técnico com pacientes em geral.

Para Bion, todas as pessoas possuem uma parte neurótica e uma parte psicótica da personalidade, com importantes técnicas para o manejo da parte psicótica, primário vínculo da mãe com o filho (equivale ao do analista com o seu paciente) (ZIMERMAN, 2008). Bion aprofundou a importância da capacidade que o analista deve ter bem desenvolvida, a continência, ou seja, conter a carga nele projetada, para que também possa decodificar o seu significado, dar um sentido e devolver para o paciente, devidamente desintoxicada e, sobretudo, nomeada (ZIMERMAN, 2008).

De modo geral a técnica psicanalítica será por meio da associação livre, a interpretação dos conteúdos apresentados pelo paciente, bem como dos sonhos quando há a resistência, e utilizando-se da transferência, conceitos que serão apresentados ao longo desse trabalho. Entretanto, a seguir serão apresentados conceitos mais clássicos da psiquiatria, para apresentar a história do Transtorno *Borderline*.

2.2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* PARA A PSIQUIATRIA

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) o *borderline* se caracteriza por um transtorno de personalidade multifacetado de difícil diagnóstico e manejo, necessitando de uma visão ampla, não apenas na pré-disposição genética, mas em consonância a diversos fatores ambientais e psicológicos.

Um Transtorno da Personalidade (TP) pode ser caracterizado como padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, “é difuso e inflexível, começa na adolescência ou início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízos a si e/ou aos outros” (MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017, p.86).

Ainda sobre os autores,

O DSM 5 busca apropriar-se do que é utilizado na abordagem da clínica para estabelecer critérios diagnósticos consistentes para os TP, além de rastrear meios de influenciar novas abordagens de diagnóstico e tratamento. O manual pretende assim, encorajar novas pesquisas e auxiliar nas dificuldades dos profissionais da saúde mental, facilitando a comunicação e o tratamento que dispendem nos casos que envolvem personalidades (MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017, p.87).

Caponi (2014, p. 32) faz uma crítica “às tentativas do DSM de explicar causas estritamente biológicas em detrimento de diversos consonantes socioculturais, ambientais, relações familiares, subjetivos entre outros”. A autora ainda menciona sobre os

Esforços da psiquiatria, por achar a localização cerebral, ou a explicação neuroquímica para transtornos mentais, onde a resposta parece ser a mesma: ainda não foi possível atingir os resultados esperados, mas um futuro promissor se anuncia para a explicação biológica de patologias mentais, que nunca chega (CAPONI, 2014, p. 32).

O manual não descreve o ambiente do sujeito, nem tão pouco em que circunstâncias os sintomas aparecem e se mantêm. Para Insel, diretor do National Institute of Mental Health (NIMH), as diferentes versões do DSM, longe de serem consideradas como “a Bíblia da psiquiatria”, como muitos qualificaram o manual, deveriam ser consideradas um simples dicionário que pode ser alterado a partir de acordos estabelecidos, neste caso, pela comunidade de psiquiatras (CAPONI, 2014, p. 746). A “proposta descritiva se alia a uma compreensão médica da Psicologia, permitindo que a Psiquiatria de hoje se aliene cada vez mais da Psicopatologia e se contente com uma descrição simplista de sintomas, chegando-se rapidamente ao diagnóstico e à medicação” (HEGENBERG, 2013, p. 21).

Apesar das duras críticas ao manual, é notável que se tratando do Transtorno de Personalidade *Borderline*, a classificação é consistente, com uma linguagem que é fundamental para as pesquisas. Nos últimos anos tem se falado cada vez mais sobre esse TP e observou-se

um aumento nos números de casos e estudos conseqüentemente. A ideia não implica reduzir o ser humano a um diagnóstico preestabelecido, mas apenas encontrar descrições de pacientes já conhecidos (CAPONI, 2014).

O manual categorizou os transtornos de personalidade em três grupos: Grupo A, referente a pessoas com afetos e personalidades esquisitas, pensamentos mágicos, ideação paranoide, sua prevalência é de 5,7%; Grupo B, com prevalência 1,5%, apresentando excessiva emotividade, desrespeito aos direitos alheios e impulsividade, e o grupo C com prevalência de 6%, tange o medo, a insegurança e o perfeccionismo (CAPONI, 2014).

Assim, a tabela 1 apresenta a prevalência estimada para cada tipo de transtorno de personalidade.

Tabela 1: Prevalência estimada relacionada a cada tipo de transtorno de personalidade

Grupo A - 5,7%	Paranoide 2,3-4,4%
	Esquizoide 3,1-4,9%
	Esquizotípica 0,6-4,6%
Grupo B - 1,5%	Narcisista 0-6,2%
	Histriônica 1,84%
	<i>Borderline</i> 1,6-5,9%
	Antissocial 0,2-3,3%,
Grupo C - 6%	Obsessivo-compulsiva 2,1-7,9%
	Dependente 0,49-0,6%
	Evitativa 2,4%

Fonte: MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017.

É comum entre pacientes com TP, principalmente *borderline* e antissociais, histórico de estresse precoce, ou seja, na infância, afetando assim a capacidade de resiliência, mas com interações genéticas e características que se iniciam na idade adulta que está presente em uma variedade de contextos: 1) esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário; 2) Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; 3) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de *self*; 4) Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa; 5) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante; 6)

Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor; 7) Sentimentos crônicos de vazio; 8) Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva; 9) Ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou graves sintomas dissociativos (DSM-5).

O Transtorno de Personalidade *Borderline* – TPB, segundo Kaplan e Sadock (1995), ocorre em 2% a 3% da população geral e é, de longe, o transtorno da personalidade mais comum em contextos clínicos. Estima-se que ocorra em 11% das populações não hospitalizadas, 19% das populações hospitalizadas e 27% a 63% das populações com transtorno da personalidade. Ele parece ocorrer aproximadamente três vezes mais em mulheres do que em homens.

Sobre a recorrência ser maior em mulheres, tem-se um dado não fidedigno, partindo do ponto de que os homens procuram menos serviços de saúde, tem maior dificuldade de demonstrar sentimentos devido a consoantes sociais, suprimindo seus sentimentos através do abuso de álcool e agressividade, podendo estar em presídios ou em clínicas para usuários de drogas por exemplo (KAPLAN; SADOCK, 1995).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10), cita o TPB, mas com a nomenclatura de transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F60.3), que é caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível, sem consideração pelas consequências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados (MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017).

Desta condição, observam-se dois tipos distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo *borderline*, descrito por perturbações da autoimagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas (MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017).

O manual CID-10 e DSM-5 trazem uma orientação dos sintomas, mas é a psicanálise que explica a formação da estrutura de personalidade *borderline*, uma saída para esse sofrimento, o porquê de tudo isso, bem como possibilidade de tratamento. Winnicott (1979, p. 115) refere que “em uma classificação baseada nas áreas de interesse que Freud explorou nos primeiros anos de seu trabalho, os pacientes ou eram psicóticos ou histéricos”. A escuta da Psicanálise, na atualidade, se desvia da Angústia de Castração e do Complexo de Édipo para a Angústia de Separação e para o Ideal do Ego como organizadores da personalidade.

No entanto, Freud abriu espaço para seus contemporâneos, isso não significa que os casos limites são pós-freudianos necessariamente, mas que devido as mudanças profundas da sociedade, esses casos têm ganhado destaque. Um caso famoso de Freud, o Homem do Lobos (1910), onde passou por análise durante quase toda a vida, com diagnóstico de neurose posteriormente de psicose, diversos autores fazem uma releitura identificando-o como personalidade *borderline* (HEGENBERG, 2013).

Anterior a Freud, o termo *borderline* passou por mudanças ao longo do tempo, a dificuldade de categorizar distúrbios mentais graves, mas sem sintomas declarados de “loucura”, em meados de 1835 por Pinel e outros. Assim, Kahlbaum (1884 – 1890) criador do conceito de catatonia, e junto com seu discípulo Hecker, do conceito de hebefrenia, descrevem com detalhes uma síndrome comum a adolescentes, que, apesar de aparentada com a hebefrenia, se assemelharia ao que hoje é concebido como transtorno *borderline* (DALGALARRONDO et al., 1999).

Desta forma, a tabela 2 descreve sobre as variações do termo *borderline* durante a história, assim como os estudiosos que os abordaram:

Tabela 2: Variações do termo *borderline* durante a história

AUTOR	TERMO
Kahlbaum, 1890	Heboidofrenia
Bleuler, 1911	Esquizofrenia latente
Rorschach, 1921	Esquizofrenia latente
Stern, 1938 Neuroses	<i>Borderline</i>
Zilborg, 1941	Esquizofrenia ambulatorial
Deutsch, 1942	Personalidade “como se”
Hoch & Polatin, 1949	Esquizofrenia pseudoneurótica
Knight, 1953	Estados <i>borderline</i>
CID-9, 1976	Esquizofrenia latente ou <i>borderline</i>
DSM-III, 1980	Transtorno de personalidade <i>borderline</i>
CID-10, 1992	Transtorno de personalidade emocionante instável, tipo <i>borderline</i>
DSM-IV, 1994	Transtorno de personalidade <i>borderline</i>

Fonte: DALGALARRONDO; WOLGRAND; VILELA, 1999.

2.3 BORDERLINE E A PSICANÁLISE

Diversos psicanalistas dedicaram-se a esses estudos, influenciando a psiquiatria e a psicologia até hoje no que se refere a etiologia e tratamento. Ao se deparar com termos como casos-limite, casos difíceis, *borderline*, fronteirços, limítrofes, estados-limite, é preciso saber qual a referência utilizada pelo autor em questão, para que se saiba exatamente de quem se está falando. Nomear simplesmente “*borderline*”, supondo-se falar do mesmo quadro clínico, é arriscar-se à confusão (HEGENBERG, 2013). Assim, diante da extensa contribuição dos autores psicanalíticos, nos deteremos de quatro autores e suas contribuições sobre o diagnóstico do paciente *borderline*.

O psicanalista Otto Kernberg, um dos teóricos mais importantes nesse campo, influenciou o CID-10 e o DSM-IV, em seu artigo de 1975, descreveu a estrutura psicopatológica do *borderline*, situada na região fronteira entre neurose e a psicose, ou seja, uma personalidade baseada em traços. Essa organização se caracteriza a partir de “uma conformação específica de operações defensivas do ego, por uma patologia típica das relações de objeto internalizadas e por achados genético-dinâmicos característicos” (PEREIRA, 1999, p. 155). Para Kernberg et al. (1991) durante a fase anal e oral, na fase pré-edípica, no paciente *borderline* ocorreu

[...] uma fixação em uma fase evolutiva em que a estrutura psíquica tripartida (id-ego e superego) não está consolidada, sendo que, como um movimento defensivo, componentes sádicos, agressivos e idealizações são projetados no objeto, em uma oscilação entre o possuir, controlar e o aniquilar, havendo com isso dificuldade de diferenciação entre o eu e o não-eu (p. 156).

Kernberg (1967) descreve, ainda, o quadro para diagnóstico:

Ansiedade crônica, difusa, livremente flutuante; sintomas neuróticos múltiplos e persistentes, tais como múltiplas fobias, obsessões, compulsões, sintomas conversivos bizarros, reações dissociativas, hipocondria e tendências paranoides; tendências sexuais perversas polimórficas; componentes paranoides, esquizoides e maníacos de personalidade; tendência à impulsividade e a diversos tipos de drogadição e um caráter impulsivo e caótico (p. 156).

Ainda destaca um sentimento crônico de vazio, tendência a serem exibicionistas e dependência emocional. Segundo Hegenberg (2013, p. 36), “baseia-se em três critérios estruturais para seu diagnóstico de “organização *borderline* da personalidade”: difusão da personalidade, nível de operações defensivas e capacidade de teste da realidade.” A difusão da personalidade é a falta de integração do *self* do indivíduo e a percepção do *self* de outras pessoas, o que significa que o indivíduo tem dificuldades de experienciar o outro de forma adequada, pois suas percepções são empobrecidas.

No que tange a organização defensiva, o indivíduo *border* diferente do neurótico, se baseia na clivagem de objetos totalmente “bons e maus”, outros mecanismos são: “idealização primitiva, identificação projetiva, denegação, controle onipotente e desvalorização, protegem o ego dos conflitos, dissociando experiências contraditórias do *self* e dos outro” (HEGENBERG, 2013, p. 16).

Entretanto, o *border* possui a capacidade de teste de realidade diferentemente do psicótico, as alterações ocorrem na interação com a realidade. E, apesar da consciência e percepção de sentimentos, o *border* se expressa de forma contraditória esses sentimentos. Em relação ao objeto, o *border* introjeta objetos maus e não apenas tem a ausência de objetos bons. Kernberg (1967) descreve características secundárias, tais como falta de controle dos impulsos, falta de tolerância à frustração, dificuldade de sublimação, imaturidade, exigências morais contraditórias, relações objetais caóticas, que variam de acordo com o nível da difusão da identidade, das operações defensivas e da capacidade de teste da realidade (PEREIRA, 1999).

Segundo Hegenberg (2013), “para Kernberg (1989, p. 191) um comportamento de automutilação ou tentativas de suicídio surge durante crises de cólera intensa, tende a ser uma tentativa de restabelecer um controle sobre o meio ambiente, provocando nos outros sentimentos de culpabilidade”. Nesse sentido, Kernberg (1984) cria o método TFP (*transference-focused psychotherapy*), que é voltado para transferência: interpretação, manutenção da neutralidade técnica e análise de transferência, com foco na exposição e resolução do conflito intrapsíquico.

Pereira (1999, p. 158) indica que o psicanalista americano A. Stern (1938) foi “quem primeiro utilizou em psicanálise o termo *borderline* no EUA, ou estado-limítrofe, inaugurando uma fecunda polêmica que mantém intacta sua atualidade”. Stern deu valiosas contribuições para a Psicologia do Ego. Em seu artigo relata a impossibilidade de classificar tais pacientes como neuróticos ou psicóticos ou perversos, apesar de abundantes traços de ambos os três serem presentes, e que procedimentos psicanalíticos habituais não seriam efetivos para essa psicopatologia. Mostrando-se assim um desafio para psicanálise. Stern se baseia na Psicologia do Ego e descreve dez sintomas fundamentais desse quadro.

Eles são: 1) Narcisismo, ao qual o autor dá o estatuto de “base de todo quadro clínico”, onde indivíduos que passaram por experiências precoces e contínuas de abandono, negligência, abuso sexual, brutalidade e, mesmo, crueldade por parte dos pais. Essas experiências impactaram no amor-próprio, segurança e autoconfiança, transformando-se em seres “famintos de afeto” (*affect hunger*). 2) Sangramento psíquico, relacionado ao colapso das capacidades de reação do indivíduo. 3) Hipersensibilidade desordenada. Essas duas se relacionam a capacidade

de responder a estressores de forma assertiva, tornando-se supersensíveis a esses estímulos. 4) Rigidez psíquica. 5) Tendência a reações terapêuticas negativas. 6) Sentimentos de inferioridade. 7) Masoquismo. Esse último pode ser visto como comportamentos de autopiedade e autocomiseração, com possível expectativa de receber algo em troca, visto que não se sentem amados. 8) Insegurança “somática” ou ansiedade, sendo que a insegurança patológica organizaria todo o funcionamento lógico desses indivíduos. 9) Uso de mecanismos de projeção como expressão da imaturidade dos processos psíquicos, ou seja, o indivíduo busca uma explicação de suas dificuldades numa suposta periculosidade dos outros. 10) Dificuldades para testar a realidade (PEREIRA, 1999).

A precária constituição narcísica para Pereira (1999) é a base para o quadro, pois conduz o indivíduo a dependência do outro, exigência constante de ser amado, insegurança e instabilidade com a sua autoimagem:

Stern propõe que é apenas após a transferência – estabelecida sobre essas bases profundamente imaturas – ter sido trabalhada psicanaliticamente, que a significação das ligações com os pais no período edípico, do medo da castração e dos impulsos hostis e sexuais poderá ser adequadamente compreendida. [...] Stern salienta que a fonte da ansiedade não está primariamente ligada aos impulsos sexuais objetivos, como nas psiconeuroses, mas, antes de mais nada, ao próprio narcisismo debilitado (Pereira, 1999, p.158).

Pereira (1999) descreve ainda que para dar conta da fragilidade da organização narcísica o “manejo”, “*holding*” e “continência devem ser atualizados. Outro famoso psicanalista foi Jean Bergeret, durante 40 anos de estudos, dedicou à maioria deles para os casos limites (1974, 1975, 1984, 1996), inspirado nos trabalhos de Abraham da escola Freudiana. Classifica fatores de personalidade quanto à natureza da angústia, defesas principais e as relações de objeto. O autor conclui a existência de somente duas grandes “estruturas” de base: a neurose e a psicose. Segundo Bergeret (1924) tem como ponto de partida os trabalhos de Karl Abraham da Escola Freudiana:

Este autor postulou em 1924, a partir do estudo da melancolia e da neurose obsessiva, uma subdivisão da fase anal de desenvolvimento da libido em anal-expulsiva e anal-retentiva. Entre as duas, estaria situada uma linha divisória (*divided line*), que marcaria uma “fronteira entre as fixações e regressões psicóticas, de um lado, e as fixações e regressões neuróticas, de outro” (BERGERET, 1991, p. 68).

Dentro da *divided line*, na “subparte” psicótica, estão classificadas a esquizofrenia, a melancolia, e a paranoia. Na “subparte” neurótica, estão a neurose obsessiva e as histerias de angústia e de conversão. Já entre as duas subpartes, situa-se patologias não classificadas, correspondentes aos estados-limite ou *borderline*, assim como a perversão entre outras patologias, também estariam situadas em um “tronco comum”. Para Bergeret os estados-limites são “organizações” provisórias, mas que podem se prolongar indefinidamente no tempo. Sua

gênese estaria associada a um “trauma desorganizador precoce”, sentido pela criança como “uma frustração muito viva, um risco de perda do objeto” (BERGERET, 1991, p. 129), ocorrido entre a *divided line* e o início do Édipo.

Esse trauma seria relacionado a uma sedução real diferente da fantasia edipiana, ou seja, um abuso sexual, que seria vivenciado num tempo em que ela não estaria madura. Por consequência, na adolescência o sujeito vive uma pseudolatência que se prolonga até a fase adulta impedindo a estruturação do Ego. Segundo Moretto, Kupermann, Hoffmann (2017) o desenvolvimento libidinal sofre uma fixação devido a um trauma precoce antes do Édipo, ou seja, o desamparo dos pais. É como se o bebê não existisse sem o ambiente, não há continuidade do ser sem uma continuidade dos aportes do ambiente. Posteriormente, na fase do Édipo, a mãe/ambiente não sustenta o *border*, em relação aos sentimentos hostis que encaminha ao pai. Mais a frente a mãe/ambiente será retomada.

O *border* não consegue finalizar o Édipo com a angústia da castração, por consequência não estrutura o superego. Sobre as estruturas limítrofes, a instância dominante é a de ideal de ego; a natureza do conflito seria ideal de ego com id e realidade; a natureza da angústia é a de perda do objeto; as principais defesas são a clivagem dos objetos; por fim a relação de objeto é analítica (BERGERET, 1991).

O psicanalista e psiquiatra Winnicott (1975), dedicou-se boa parte dos seus estudos as crianças, mas também é referência quando se fala em casos limites. O autor descreve que algumas pessoas adultas não se sentem completos e preenchidos, sem sentido de vida, pois o *self* não foi constituído, como acontece no caso do *borderline*. Esses indivíduos necessitam de uma experiência com alguém capaz de produzir um ambiente acolhedor e que os acompanhem na construção do seu *self*, quase que como outrora, na infância com a mãe suficientemente boa, a mãe vista como ambiente.

Winnicott, no ano de 1969 lança o artigo “O uso do objeto e o relacionamento através de identificações”, que envolve a passagem da relação com objeto e o uso do objeto, onde o Eu e Não-Eu se constitui a partir dos cuidadores capazes de propiciar um ambiente estável e que abarque as necessidades do bebe, não de forma intrusiva nem tão pouco distante. O uso do objeto só é possível quando a distinção entre Eu e Não-Eu estiver mais nítido. Para ele existem dois objetos, o subjetivo (interno) e o real (externo). Segundo Winnicott (1975)

Relacionar-se pode ser com um objeto subjetivo, ao passo que o usar implica que o objeto faz parte da realidade externa. Pode-se observar a seguinte sequência: 1. O sujeito se relaciona com o objeto; 2. O objeto está em processo de ser descoberto, em vez de ser colocado no mundo pelo sujeito; 3. O sujeito destrói o objeto; 4. O objeto sobrevive à destruição; 5. O sujeito pode usar o objeto (ibid., p. 131).

Em outras palavras, o bebê sente fome, chora e recebe o seio da mãe, na onipotência o bebê acredita que criou o objeto na sua fantasia. Quando o bebê desejar o seio, o cuidado materno, e acontecer um desencontro, esse sentimento de onipotência vai diminuindo, e ele começa a distinguir entre o que deseja, o que é, e o que não é. Aos poucos o bebê deixa de ser um ser isolado e vai se abrindo ao outro, mas nem na fase adulta, chega à totalidade do encontro com outro, da realidade, ou do verdadeiro *self*. O início da subjetividade nasce através do princípio do prazer e posteriormente do princípio da realidade, primeiro gosto do objeto e ele existe, segundo Freud que converge com Winnicott (1975).

Daí a divisão do que é mera projeção e o que é o objeto real, e o sujeito consegue delimitar o que é dele e o que é do outro, constituindo as fronteiras do próprio eu. O objeto permanece independentemente da vontade do bebê, a partir disso a transição da relação para o uso do objeto, com a ajuda de cuidadores bons (não invasivos, ansiosos ou deprimidos) que resiste aos ataques do bebê. A destruição do objeto é necessária para o uso, entretanto é importante definir que, destrutividade não é sinônimo de agressividade, pois não existe maturidade suficiente para haver intencionalidade do ato destrutivo do bebê, o que há é um impulso de lançar-se ao objeto (morder o seio, por exemplo).

O autor fala do valor positivo da destrutividade, quando o objeto sobrevive à destruição, pois “coloca o objeto fora da área dos objetos criados pelos mecanismos mentais projetivos do sujeito” (WINNICOTT, 1975, p. 131). Sobreviver significa não retalhar ou não se retirar, assim como continuar criativo e vivo. O objeto é descoberto como dono de desejos e movimentos além da onipotência do bebê.

A terceira área da experiência humana, descrita por Winnicott (1975) é a transicionalidade, que amplia o conceito de objeto transacional, onde nasce a criatividade para a construção da subjetividade, em que há a capacidade de separação do objeto / mãe para se constituir como Eu separado do mundo. Segundo Winnicott (1975) as crianças, futuras *borderlines*, não conseguiram estabelecer objetos transicionais e continuaram buscando experiências simbióticas com a mãe. Criando-se então, um vazio nesta transição do Eu e não-Eu, nascendo daí, a inconstância objetal e uma relação de tudo ou nada, o objeto é ora ausente ora presente demais, ora idealizado ora depreciado.

Após cumprir sua função, o objeto transicional é deixado de lado para que a criança se relacione com o brincar, o sonhar, as relações com os outros, o desenvolvimento espiritual, entre outros. Por outro lado, quando a transicionalidade não pode ser suficientemente vivida, essa impossibilidade se torna raiz de perspectivas de adoecimento emocional, por exemplo do

fetichismo, da delinquência, da indisponibilidade afetiva, da obsessividade e das adicções (WINNICOTT, 1975).

Winnicott (2000) denominou “Preocupação Materna Primária” quando a mãe fornece uma adaptação suficientemente boa à necessidade, a própria linha de vida do bebê é muito pouco perturbada por reações à invasões, ou seja, quando o ambiente falha diversas vezes, o bebê pego por um fato real e imprevisível que causa extrema perturbação, o bebê, então rompe em trauma.

A imprevisibilidade ambiental é traumática porque interrompe a continuidade de ser e impele o lactente a um estado defensivo de alerta contra a invasão potencial. Ao invés de fazer experiências, ele vive apenas o sobressalto de uma situação em que qualquer coisa pode sobrevir e arrastá-lo (DIAS, 2006, p. 5-6).

Segundo Winnicott (2000) um reagir excessivamente a essas invasões não produz frustração, mas uma ameaça de aniquilação. Não tendo um ambiente suficientemente bom, não sendo capaz usar o objeto, por consequência não constituindo o *self*, o que resulta em uma dependência anaclítica com objetos subjetivos. Em relação aos pacientes *borderline* que não conseguiram formar a subjetividade, tão pouco conseguiu usar o objeto, pois não tiveram ambiente propício para os processos maturacionais.

Para Hegenberg (2013 p. 42) “o tratamento nestes casos consiste em estabelecer uma condição de regressão, para que o paciente seja acompanhado pelo analista no seu caminho de constituição de um *self* verdadeiro. Isto é possível por meio da criação de um enquadre que possibilite o holding.” O terapeuta funciona como um objeto-subjetivo para o paciente. A relação de dependência se torna forte e o paciente passa a idealizar o terapeuta, que deve tomar cuidado para não invadir o paciente. A relação anaclítica paciente-terapeuta se faz necessária para construção do Eu do “*border*”. O paciente sem um Eu com limites bem delimitados se torna extremamente sensíveis a interferência do terapeuta, e experimenta fortes sentimentos ambíguos de raiva e amor, valorização a desvalorização, levando o paciente a sentir de culpa.

2.4 BORDERLINE E A CONTEMPORANEIDADE

Como dito anteriormente, o difícil consenso e conceituação entre as escolas psicanalíticas e os autores abrange a etiologia do *Borderline*, tornando-se um tema controverso e confuso. É notável que a concepção de homem da psicanálise clássica não comporta o sujeito *border*, inserido em um contexto completamente diferente da época de Freud e seus contemporâneos. Hegenberg (2013) cita que, embora os sintomas mudem de acordo com os costumes da época, as estruturas adjacentes permanecem as mesmas (neurose, psicose e perversão). Contudo, esse “novo sujeito” está imerso em novas configurações familiares, a

dimensão psíquica que é constituída num contexto capitalista e individualista, o enfraquecimento das instituições norteadoras da moral (estado, igreja e política), a liberdade que é dada desloca o ser humano sem rumo e sem direção, em busca de sua identidade.

Quando a estabilidade dos relacionamentos estava garantida por valores morais reconhecidos, podia-se observar que a solidão, o vazio e o tédio, próprios da existência humana, estavam escamoteados por um caminho a seguir, definido por convenções sociais marcadas pela tradição e pelo respeito a normas consagradas. Na sociedade atual, onde tudo se transforma e novos valores são rapidamente consumidos e substituídos por outros que serão também logo desmanchados, o nível de angústia tende a aumentar por causa da insegurança gerada pelas contínuas mudanças (HEGENBERG, 2013, p.10).

O autor considera ainda o sofrimento causado pelas repressões sexuais ou complexo de Édipo não resolvido, não devem ser vistas mais como centrais na vida do sujeito contemporâneo, pois a frustração e a castração têm sua intensidade diminuídas, principalmente na nova geração de crianças. Segundo Bauman (2007), essa nova geração, imersa no contexto de felicidade a todo custo, permissividade dos pais para suprir a ausência, o consumo exagerado e rápido, à efemeridade das relações, enfim, dificulta o simbólico da castração.

O “não” que rompe a fantasia primitiva da onipotência, com o narcisismo primário, perde força, emergindo deste contexto os perversos que não formaram adequadamente o superego. No entanto, o limite é o estruturante da personalidade, sem esses limites, temos então apenas traços, que é o caso dos *borderlines*, que flutuam entre as três estruturas, pois não tem o ego constituído.

Outra questão é a intensificação do trabalho e a super produtividade capitalista, amplamente discutida pelo sociólogo Antunes (2004), onde o sujeito fica sem tempo para o ócio criativo, ou para desenvolver-se em outros aspectos. Os indivíduos não querem “gastar tempo” elaborando a perda do objeto, no sentido psicanalítico, mas querem substituí-lo o mais rápido possível por outro, ao invés de experienciar vivências negativas de forma laborativa. Sobre a perda do objeto para os autores Salles e Ceccarelli (2012) elencam Freud:

Para Freud (1917[1915]), esse trabalho de luto (reação à perda) que obedece ao imperativo do teste de realidade – o objeto amado não existe mais – consiste num desligamento gradual da libido do objeto ou dos ideais perdidos, para que no final desse processo o “eu” possa se ver livre, desinibido e apto para realizar outros investimentos em novos objetos e situações. Se esse processo de elaboração da perda não ocorrer satisfatoriamente, teremos a manutenção dos sofrimentos, dos conflitos e provavelmente a ocorrência de um luto interminável, geralmente patológico, que governará a vida da pessoa (p.25).

O sofrimento inerente à existência humana é menosprezado e escondido, em prol de uma busca pela felicidade, que traz a superficialidade em detrimento da espontaneidade, onde máscaras sociais patológicas nascem neste processo. A esse respeito, Winnicott (1983), fala do

Falso *Self*, que é justamente uma adaptação ao meio social, que não é vista como negativa *a priori*, mas dentro desse contexto, o indivíduo tentando se proteger, cria um processo adoecer.

Culpa e inibições sexuais, estão perdendo terreno para a vivência do prazer sem limites, estamos no século onde a maioria das pessoas são perversas e não neuróticas como na época de Freud, pois as psicopatologias mudam com o contexto social, a tecnologia, os costumes e a moral. A angústia de separação, que se inicia no nascer, no afastamento materno, intensificados na contemporaneidade, devido ao individualismo, da sensação de descarte, da vulnerabilidade humana frente a modernidade líquida de Bauman (1999).

A angústia de separação infantil saudável é aquela que a princípio a dor da separação, congela a criança, posteriormente ela entende que o objeto (mãe) retorna, que sua presença é constante, e que ela é amada. Nesse caso, a ausência do objeto não causa dano à estrutura psíquica. Contudo, um indivíduo que mostra sinais de angústia, sente-se ameaçado pela possibilidade de uma separação, e quando for adulto se sentirá só, com um vazio inerente de quem não foi amado, Freud chama isso de desamparo (BESSET, 2000).

Na separação do nascimento entre mãe e bebê, trazendo o desamparo como ligado a uma impossibilidade de acesso ao objeto que garante a satisfação. O *objeto amado*, nesse caso, é o da pulsão. Pois o *amar* se liga a objetos que trazem prazer: “uma pulsão ama o objeto ao qual aspira para sua satisfação” (BESSET, 2000, p. 208). A mãe era ligada pelo cordão umbilical ao seu bebê, ocorre a separação, e vai se intensificando à medida que a criança tem autonomia, e essa separação traz um modelo de “felicidade perdida”, como diz Besset (2000); que se torna referência para objetos de amor futuros.

Desse modo, “a criança aprende a amar a outras pessoas que remediaram seu desamparo e satisfazem suas necessidades” (BESSET, 2000, p. 208). Essa separação se completaria com a *díade edípica*, mas no caso dos bordos, não conseguem obter essa satisfação com outros objetos substitutos, ocorre uma ruptura que é causada por um trauma que impede a resolução satisfatória do *édipo*.

A angústia é o afeto de ficar separado, do desamparo que se inicia logo que o bebê nasce, e que se prolonga por toda vida. Intensificada pelo sujeito *border*, que vive a beira de um colapso, por não conseguir se conectar com os objetos amados, por também não ter tido a percepção de ser desejado por seus cuidadores, por não ter recebido provisões físicas e psíquicas o suficiente. Quando isso acontece, a tendência é culpar os pais, no entanto, a criança quando nasce não tem um lugar na sociedade enquanto cidadão, onde o coletivo deveria apoiar os pais. Quando os pais falham é porque o coletivo, os familiares desses pais, também falharam (BESSET, 2000).

Importante salientar que há um erro de interpretação dos leigos da psicanálise que acreditam que o termo Mãe significa a genitora literalmente, o que na verdade é um erro. A Mãe para a psicanálise é um cuidador (a) que provê os cuidados psíquicos e físicos da criança, ou seja, é uma função. No sentido simbólico, é a figura mágica da força da natureza, em que o bebê introjeta aspectos do sagrado feminino.

Nesse ínterim, como já foi dito o paciente *borderline*, que não é nem perverso, nem neurótico, nem psicótico, mas apresenta traços das três personalidades, e tem sua existência tão sensível, ainda mais imerso neste contexto (sociedade contemporânea), olhando por essa perspectiva, faz todo sentido seus sintomas eclodirem. O seu *Self* não constituído dificulta defesas saudáveis dessas “agressões sociais”, sem a formação egoística, o sujeito não tem a percepção de si, dependendo de estruturantes externos de satisfação.

De forma geral, as pessoas estão adoecidas, pois sentem dificuldades para se adaptar adequadamente as mudanças dos valores sociais e do sentido de suas vidas, e os sintomas é uma forma adaptação patológica dos recursos do ego que falharam. Sobre a crise no processo de identidade do sujeito frente as mudanças no contexto social, Zimermam (2008) discorre que:

Esta aludida crise processa-se tanto no âmbito individual quanto em nosso sentimento de identidade grupal e social. De fato, a acelerada mudança dos valores éticos, morais e religiosos, somada a todas as formas de violência urbana que regem o modo e a finalidade de viver, tornou os indivíduos, inseridos em um mundo que, cada vez mais, exige uma velocidade crescente para uma exitosa adaptação aos padrões vigentes, ansiosos, confusos e perdidos quanto à sua identidade, isto é, quem eles são, como devem ser, para o que e para quem eles vivem (p. 2).

Retornando a Freud, como já foi dito, ele não se aprofundou na questão *borderline*, pois no contexto da época, a histeria e a castração eram gritantes, embora tenha mencionado a importância do apoio e da relação analítica e de outras questões pertinentes ao *borderline*. Como o *borderline* é imerso na relação com o outro, dependente dele, e assim o analista deve ser presente, para que essa angústia da separação seja diminuída pelo menos na análise. A família do *border* foi deficitária na provisão psíquica da construção do sujeito, portanto, ele não demanda castração como em Freud “mas precisa de um encontro com um analista que existe enquanto pessoa, e não apenas enquanto qualidade transferencial, concepção está mais próxima da de Winnicott do que da de Freud” (HEGENBERG, 2013, p.35).

Diante disso, os profissionais da saúde, devem ter uma visão macro das psicopatologias, pois o ser humano é complexo e não deve ser reduzida a parte biológica apenas, mas sistemicamente inserido em diversos contextos, onde a natureza se soma a cultura a política, e as vivências e percepções introjetadas e projetadas que criam e recriam a realidade. A partir desses determinantes, o manejo do paciente será descrito a seguir.

2.5 MANEJO DO PACIENTE *BORDERLINE*

Estabelecer um *setting* terapêutico inicial com o paciente *border* pode ser uma tarefa complexa, “a precariedade dos limites dos espaços psíquicos coloca no tratamento dos *borderline* uma permanente questão de distância: o manejo da distância nos jogos transferenciais e contratransferenciais é essencial para a criação dos espaços em que um psiquismo possa se estruturar” (FIGUEIREDO, 2000, p.67).

Tudo isso dificulta o estabelecimento de regras do *setting* comuns em outros atendimentos, além da criação de um vínculo positivo. Cabe ao terapeuta analisar quais os objetivos que o paciente pretende obter com o tratamento para que possíveis crenças idealistas sejam identificadas e adequadas a realidade. De acordo com Kernberg et al. (1991), o objetivo inicial de uma abordagem psicoterápica do paciente *borderline* é ajudá-lo a construir uma imagem de si e dos objetos de forma integrada e coerente.

Segundo o autor Hegenberg (2013), o tratamento do transtorno de personalidade *borderline* (TPB) inclui o manejo de crises, com controle de reações emocionais intensas, avaliação do risco de auto ou heteroagressividade e comportamento suicida. Além disso, no acompanhamento médico, é feita administração farmacológica, que vai possibilitar o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento de estresse, através da identificação de recursos próprios nas situações estressoras, busca de apoio, expressões emocionais mais assertivas e menos destrutivas.

O TPB requer conhecimento médico e trabalho em equipe devido sua complexidade. Faz-se necessário que as dificuldades enfrentadas na relação profissional-paciente, não sejam erroneamente desqualificadas ou minimizadas, pois os pacientes TPBs tendem a ser reativos e agressivos com as relações interpessoais, inclusive com a equipe médica, gerando sofrimento também para os profissionais. Hegenberg (2013) descreve um fator importante no tratamento de pacientes com esse transtorno, que é a comunicação clara e direta, com objetivos e limites bem estabelecidos, delineando um plano de atendimento que ofereça estrutura e segurança para o paciente. É de grande ajuda administrar o sentimento de abandono desses pacientes, utilizando consultas frequentes, agendamentos, evitando mudanças de profissionais de referência, mantendo o ambiente estável e seguro, como forma de minimizar a instabilidade e o medo.

A forma ideal de tratamento é especializada e multiprofissional, incluindo assistência psiquiatra, psicoterapeuta individual e de grupo, além de inserir a família como rede de apoio integrada. Além disso, o paciente deve ser estimulado a participar de forma colaborativa, estabelecendo metas de mudança de curto prazo viáveis (MAZER; MACEDO; JURUENA,

2017). O paciente *border* não conseguiu constituir sua subjetividade, por não ter tido uma experiência intersubjetiva satisfatória, e não conseguiu tornar-se sujeito independente do outro. Portanto, o paciente *border* exige muito do terapeuta e de outras relações afetivas.

O terapeuta deve ter consciência que o paciente vai tornar-se dependente na medida em que o vínculo terapêutico se forma, e essa dependência vai fazer com que o paciente retorne a fase infantil primitiva, de apego com as figuras paternas, para reviver e elaborar as questões subjacentes desta fase e assim constituir sua subjetividade, o que leva tempo e paciência do terapeuta e da família (MAZER; MACEDO; JURUENA, 2017). A psicoterapia Winnicottiana busca permitir o paciente regredir para então elaborar, a técnica de *Holding* favorece essa regressão, não só em pacientes *borderlines*, mas em qualquer paciente, o setting terapêutico deve cumprir este papel. No entanto, no caso do paciente *border*

O analista está constituindo o paciente enquanto pessoa; quando o terapeuta se afasta, o “*border*” se sente mais que desamparado, sente-se como que inexistente. A relação é anaclítica (de apoio), porque o “*border*” necessita de seu terapeuta para constituir sua subjetividade, para tornar-se sujeito de si mesmo (HEGENBERG, 2013, p. 45).

Por conta de seu *Self* não constituído integralmente, o *border* é sensível a invasões (do ambiente), produzindo uma sensação de aniquilação eminente. O paciente pode suspeitar que o terapeuta esteja sufocando-o com suas exigências, mesmo que o terapeuta preparado não tenha essa intenção, porque qualquer direcionamento e frustração poderão ser vista como uma invasão, o que pode acarretar a perda da confiança.

Claro que com o passar do tempo, com o vínculo fortalecido, essas frustrações poderão ser inseridas, na medida em que o terapeuta sinta que o paciente poderá suportar. Uma questão importante levantada pelo autor é a identidade, onde apesar do superego (não dominante) constituído do *borde*; e é isso que o diferencia do perverso e do psicótico; ele é influenciado por seu ideal de ego, com isso ele se relaciona fusionalmente com figuras idealizadas por ele, ora valorizando ora desvalorizando, numa dicotomia “bom” e “mal”, “amor” e “ódio” (HEGENBERG, 2013).

Comparando-se com essas idealizações, fica difícil reconhecer suas qualidades de forma mais adequada e condizente com a realidade, com um ideal inalcançável, se vê atrapalhado na sua identidade. Por um longo período, o analista entra nesse lugar idealizado, para ser visto como alguém protetor, mas com o passar do tempo, deve mostrar para o paciente que ele (o terapeuta) também tem suas deficiências como qualquer ser humano, fazendo assim o *border* ser capaz de lidar com as pessoas reais fora do consultório (HEGENBERG, 2013).

O paciente, no sentido Winnicottiano, tem medo de destruir o objeto (terapeuta), por isso pode aceitar o que o terapeuta diz, mesmo contrariado, porque sente que não pode “agredir”

o outro, porque ele precisa do objeto inteiro (não destruído) para obter apoio, mas também pode negar tudo que vem do terapeuta se sentir invadido e irá reagir contra o objeto analítico. Por consequência deste ataque, o indivíduo se sentirá angustiado e culpado, neste ponto também se diferencia do perverso. A resolução se dá na possibilidade de integrar o objeto bom e mau em um só, experienciando “poder desagradar o terapeuta e ainda vê-lo inteiro, continuando a atendê-lo” (HEGENBERG, 2013, p. 51). É importante salientar a postura do terapeuta que deve analisar seu próprio narcisismo para que não prejudique a terapia:

O terapeuta vaidoso ou autoritário, que não puder ser contrariado, terá inúmeras dificuldades de lidar com o *borderline*, e este se angustiará bastante porque para ele é difícil contrariar seu objeto de apoio. Cabe ao analista saber reconhecer o desejo incipiente do *borderline* e auxiliá-lo, vagarosamente, na aproximação cautelosa de interesses genuínos, quando eles existem. Muitas vezes, o que ele apenas deseja é permanecer em repouso e sem solicitações, para garantir a continuidade de uma existência incipiente (HEGENBERG, 2013, p. 51).

O paciente *border* tem percepções empobrecidas dos outros, o que pode ser visto como falta de empatia e/ou comportamento perverso, no entanto como é possível ele perceber o outro, senão dá conta de sua própria existência? O terapeuta ocupando, por um longo tempo, o espaço da mãe, que apenas acompanha, que se atém as necessidades, presente e continente, ou seja, sem grandes interpretações e intromissões, sendo a base para que o *border* se constitua e se perceber separado do outro. A partir daí poderá então separar suas necessidades e desejos das necessidades e desejos dos outros. É quando então, o terapeuta poderá avançar na terapia (HEGENBERG, 2013, p. 45). Kernberg (1995), que é da linha da Psicologia do Ego, é mais cauteloso no que tange a regressão e apresenta outras técnicas, uma vez que indica que

A clarificação, confrontação e interpretação são os principais aspectos da técnica interpretativa utilizada. Com pacientes com psicopatologias sérias, a clarificação e a confrontação ocupam um espaço mais amplo do que a interpretação e as interpretações dos significados inconscientes no “aqui e agora” tem maior espaço do que aquelas no “lá e então” (KERNBERG, 1995, p. 1502).

O uso da clarificação como possibilidade de identificar e explorar o discurso do paciente, apontando as contradições e lacunas. As interpretações são mais eficazes quando apresentadas a um paciente preparado emocionalmente, portanto deve ser usado com moderação, sendo indicada a interpretação de negativa, e após a clarificação e a confrontação. Outra técnica básica da psicanálise é a análise da transferência:

Ela é modificada com pacientes com graves distúrbios de personalidade, ao considerar qualquer interpretação transferencial no contexto do que está ocorrendo na vida atual do paciente.” A transferência negativa e positiva desses pacientes deve ser trabalhada apenas no “aqui e agora” sem que se tente atingir reconstruções genéticas completas, pois a falta de diferenciação e individualização dos objetos interfere na capacidade para diferenciar os relacionamentos objetivos presentes e passados (KERNBERG, 1995, p. 1502).

Devido à desorganização do paciente, deve-se evitar a associação livre e a tomada de consciência de lembranças reprimidas, pois enquanto não houver ego que suporte elaboração, esse processo se torna inviável e danoso como elenca o autor supracitado. Segundo Romaro (2002), sobre o manejo da contratransferência, este pode dificultar o processo, mas se analisada de forma empática poderá conter e transformar a angústia do paciente tão maciçamente projetada sobre ele. O terapeuta então deve proporcionar o aprendizado de comportamentos mais saudáveis, mecanismos de defesa mais maduros frente às relações objetivas.

No decorrer da psicoterapia, procura-se alcançar o desenvolvimento das funções egoicas por meio da substituição das identificações patógenas e através do desenvolvimento de defesas e mecanismos adaptativos mais maduros, bem como pelo ingresso em modos de funcionamento psíquico mais elaborados, que representam um avanço no desenvolvimento frente às formas arcaicas de relação objetal, nas quais esse sujeito está fixado (KERNBERG *et al.*, 1991; TENENBAUM, 2007).

Conforme a literatura, de acordo com a sintomatologia do paciente, o terapeuta deve modificar suas intervenções. Nesse caso, Goodman et al. (2013) verificaram que terapeutas de orientação psicanalítica, frente a pacientes gravemente perturbados, requerem uma flexibilidade temporária da técnica e adotam intervenções mais estruturadas, que servem para a estabilização do tratamento. Alguns autores têm percebido que por meio de diferentes abordagens, em diferentes transtornos, tem dado resultados positivos, o que significa que na visão desses autores, a flexibilização das técnicas psicanalíticas pode ser adotada, e que técnicas mais estruturadas e direcionadas a situações específicas ajudam no processo terapêutico.

Winnicott (1971) já dizia que a tentativa de enquadrar e uma técnica cega e rígida não é eficaz, pois o processo deve levar em conta a especificidade das necessidades do paciente. Os princípios norteadores da escuta, prática e flexibilidade clínica, que regem a condução de consultas terapêuticas advêm da teoria do amadurecimento pessoal, respaldada essencialmente na comunicação humana e nos vários sentidos de realidades que constituem a existência. Afinal a técnica é indissociável da prática clínica psicanalítica.

Segundo Nasio (1995) a capacidade do analista de identificação com as necessidades do paciente que assegura uma função de sustentação psíquica (*holding*), “liberando processos de maturação e acarreta um descongelamento da situação primitiva de carência ambiental” (Nasio, 1995, p. 190). O autor ainda comenta que esse descongelamento possibilita o paciente viver uma cólera e exprimi-la sem risco de aniquilamento. Além disso, em seu trabalho, Nasio (1995) elenca uma sequência do processo terapêutico, esquematizada pela tabela 3:

Tabela 3: Processo de expressão da cólera até o progresso do Eu

1º	Da adaptação do analista as necessidades do paciente;
2º	Da liberação dos processos de maturação;
3º	Da intervenção de uma falta de adaptação;
4º	Da cólera sentida e expressa pelo paciente;
5º	Do novo progresso de Eu.

Fonte: NASIO, 1995

O processo se repete até que o trabalho evolui para a análise clássica. Abaixo segue o manejo de Kernberg mais detalhado. O autor cria uma proposta interventiva baseada na teoria das relações do objeto chamada psicanálise expressiva, pois devido a estrutura e dinâmica característica de personalidade, necessitam de adequação técnica. O objetivo do tratamento é descobrir imagens objetais internalizadas, que tem correlação a imagem de si próprio, ajudando o paciente a integrar essas imagens como um todo. O autor ainda chama atenção para agressão, que pode ser um empecilho para tal ato, mas ainda o pior empecilho é o ego frágil que tem dificuldade no controle das pulsões. Desta forma, as propostas terapêuticas são elencadas por Bleichmar (1992) encontram-se listadas na tabela 4.

Tabela 4: Proposta de intervenção de Kernberg

a)	<p>“A elaboração sistemática da transferência negativa manifesta e latente, sem procurar a completa reconstrução genética de suas motivações, seguida do desvio da transferência negativa manifesta, para fora da interação terapêutica, mediante seu exame sistemático nas relações do paciente com os demais” (ibid., p.75).</p> <p>Como já foi dito, interpretações não funcionam, pois o terapeuta é um objeto primitivo para o paciente <i>border</i>, porém a interpretação transferencial negativa pode ser utilizada, isso protege a terapia do abandono, pois a figura do terapeuta não se torna aversiva.</p>
b)	<p>“Convém destacar e interpretar as manobras defensivas primitivas: clivagem, idealização primitiva, identificação projetiva etc. Esta atitude procura ajudar o paciente a integrar seus objetivos internos, permitindo a construção de um objeto total” (ibid., p.75).</p>

c)	Por limites as agressões, desde o início deixar claro que não é permitido agressões físicas dentro do consultório. Estimular a verbalização e não o ato.
d)	A integração dos estados egóicos dissociados, como já foi dito, cabe ao terapeuta fazer interpretação das defesas primitivas que mantem essa dissociação.
e)	A transferência positiva pode ser usada em prol do tratamento.
f)	Estimulação de expressões mais adequadas à realidade, procurando liberar a capacidade de desenvolvimento genital mais maduro.

Fonte: BLEICHMAR, 1992

Devido à excessiva agressividade pré-genital¹², fenômenos transferências caóticos, ora a valorização ora a desvalorização do terapeuta, que acompanham imagens parciais de objetos; o trabalho terapêutico é posto em risco. Na contratransferência, o terapeuta pode se ver dirigindo ao paciente agressividade, ou ainda, certa perda de limites do ego, ou ainda, identificação do paciente como um objeto do passado, então o analista tenta controlá-lo. Cabe ao analista a contratransferência de forma produtiva, discriminando o que é conflito dele e o que é do paciente. Notavelmente que Kernberg e Winnicott “bebem da mesma fonte”, ambos construíram suas teorias baseados nas Teoria de Relações Objetais de Klein, entretanto Winnicott amplia o foco na relação mãe-bebê.

2.5.1 O Manejo da Agressividade e a Ideação Suicida

Sabe-se que pacientes *Border* tendem a ser instáveis, podendo ter agressividade voltada para si e para os outros, quando se sentem frustrados ou desvalorizados. A taxa de suicídio é de 10% motivados pela impulsividade e a cólera, com 75% de tentativas de suicídio. Esse transtorno provoca grande impacto na família e no social desses pacientes, pois seus comportamentos mal adaptados, sintomas diversificados, assim como os excessivos gastos, tendências a cometerem delitos e a abusarem de drogas lícitas e ilícitas, tentativas de suicídio, dificultam o convívio com esses pacientes. Romaro (2002, p. 04) destaca outras características [...] “instabilidade afetiva; dificuldades no ambiente de trabalho e/ou escolar, com baixa produtividade; queixas orgânicas recorrentes”.

¹² “No que diz respeito às raízes da agressividade e, portanto, aos estágios iniciais, os afetos ainda não estão envolvidos. A agressividade, nesse momento, nada tem a ver com amor ou ódio. Amar e odiar são conquistas do amadurecimento que têm pré-requisitos. Se o indivíduo não se constituir como um EU, se ele não puder proceder à criação da externalidade pela destruição sem raiva, no anger, dos objetos subjetivos e não puder usar objetos que são independentes e externos ao si-mesmo, ele não poderá usar esses objetos para o amor, na genitalidade, por exemplo, nem poderá odiá-los” (DIAS, 2006, p.13).

O terapeuta deve ter a sensibilidade de extrair o estressor que causou o sentimento de cólera, validando o direito do paciente em sentir-se assim, pois seu temperamento impulsivo e explosivo esconde o medo do abandono e rejeição, cabe então acolhê-los e interpretá-los. Ele precisa de limites para se sentir seguro. Em função do medo de abandono, ele não consegue opor-se a seus objetos anaclíticos, e precisa aprender a agredi-los para se ver livre de algumas amarras. Enxerga o objeto anaclítico como grande, idealizado, e isso o domina, são eliciados sentimentos de raiva, pois não consegue se defender desses objetos grandiosos. Tem dificuldade de dizer não, mesmo que numa simples situação cotidiana, como por exemplo, uma sugestão por parte da família para que o *border* se exercite, passando a concordar quando assim não o deseja, pois não consegue se opor ao outro e vai até seu limite, explodindo quando não suporta mais (ROMARO, 2002).

Diante deste conflito, dividido entre o ódio e o amor pelo objeto, se vê frente a uma grande angústia que pode ser “aliviada” com autoagressão ou o humor deprimido, porque é mais suportável lidar com isso, do que arriscar-se perder o objeto anaclítico. Muitas vezes, pacientes *borderline* são diagnosticados erroneamente com bipolaridade ou depressão, no entanto, o humor deprimido é um sintoma que esconde a verdadeira dor, a dor de não ser alguém inteiro, a dor de viver a beira de perder o objeto anaclítico e de se perder por consequência (ROMARO, 2002).

Bergeret (1998, p. 205) traz a questão da violência, que para os sujeitos depressivos-limite, “trata-se de uma forma arcaica, intrínseca, instintiva e ainda não objetivamente definida de forma precisa”, ou seja, o *border* não é violento por um malcaratismo qualquer, mas por sua forma instintiva e primitiva, de lidar com situações aversivas. Cabe ao terapeuta mostrar que ele não quer prejudicar ninguém, apenas quer se defender para sobreviver, que existem formas mais assertivas para tal, e que não há motivos para temer os “adultos mais fortes”.

Por vezes o manejo se torna difícil e cansativo, causando até certa aversão na equipe médica e na família, para isso Kernberg (1991) alerta que o terapeuta não deve aceitar situações em que se exija comportamentos heroicos ou esforços excepcionais com estes pacientes. “A longo prazo, sempre que o terapeuta seja mais solicitado do que pareça ser razoável numa atitude terapêutica habitual, o potencial autodestrutivo do paciente pode ser reforçado” (HEGENBERG, 2013, p. 201). Ou seja, corre o risco do terapeuta, demais profissionais e familiares, esgotados ou incrédulos da melhora do quadro, podem reproduzir, na contratransferência, o desejo de morte dos pacientes.

Kernberg (1991) salienta que por vezes “o terapeuta, reconhecendo a impossibilidade de uma situação terapêutica, deve ter a coragem de terminar o tratamento” (HEGENBERG,

2013, p. 202). O paciente, sobre risco de cometer suicídio, pode ser internado após avaliação da equipe multiprofissional, no entanto, a internação compulsória pode ser vista como uma intrusão, e a confiança e o vínculo pode ser comprometida, portanto cabe a experiência e uma criteriosa avaliação de redução de danos.

2.5.2 O Manejo do *Borderline* e as Relações Interpessoais

As relações interpessoais do *border*, são muitas vezes abaladas por sua inconstante personalidade e o desejo de ser amado incondicionalmente, o pode sufocar a família e os amigos. Tende a afastar as pessoas devido seu exibicionismo, gostando de falar de si mesmo, relata com frequência seus problemas para os outros, sendo que tais informações podem gerar angústia nas pessoas, que muitas vezes não sabem lidar com essa situação.

Tendem a relatar os seus desejos de suicídio, com suas críticas agudas em relação ao mundo e com a medicação psiquiátrica administrada. O psicólogo deve então trabalhar essas questões, para que o *border* se exponha com cuidado aprendendo a ler os indícios de que o outro é confiável e está receptivo para saber tanto sobre o paciente.

A autenticidade é necessária para saúde das relações interpessoais, mas todo excesso traz prejuízos, como por exemplo, afugentar as pessoas. “Cabe mostrar ao paciente o modo pelo qual as suas defesas participam das suas percepções fragmentadas, pondo à luz a sua resistência em se deparar com suas limitações” (HEGENBERG, 2013, p. 138). O terapeuta busca, primeiro, reconhecer padrões recorrentes de interação com os outros, que são precipitados do seu mundo representacional interno.

O acompanhamento terapêutico auxilia o paciente a distinguir situações que para alguém não TPB, parece cotidiana e tranquila. Segundo Hegenberg (2013), trabalhar apenas no consultório com esses pacientes não trará muitos avanços, já que em casos de transtornos graves é preciso muitas vezes ajudar a dirigir, a sair para dançar, essa função seria a de acompanhante terapêutico. O acompanhamento do paciente deve ser em equipe multiprofissional treinada e de longo tempo, o que gera um ônus financeiro para a família. Manter um tratamento dessa complexidade durante anos pode levar um esgotamento financeiro e emocional na família, que também deve ser ouvida pela equipe para que esses vínculos não sejam desfeitos.

A família constitui uma rede de apoio, e sem ela o paciente se torna mais vulnerável ainda. Em relação ao trabalho e demais aspectos da vida do paciente, o terapeuta deve ter cautela ao analisar os interesses da vida do *border* para não ser visto como perseguidor intrusivo, e saber separar o que o paciente realmente deseja, pois ele facilmente pode seguir um caminho influenciado pela figura idealizada (HEGENBERG, 2013).

O terapeuta deve encorajá-lo, na medida do possível, em sua jornada, no sentido de que ele descubra o que lhe dá prazer e o que ele realmente tem habilidade. Devido ao seu ideal de ego o paciente pode avaliar sua capacidade empreendedora de forma que não condiz com a realidade, o que pode custar prejuízos financeiros e conflitos familiares. A baixa tolerância a frustração faz com que os “nãos” sejam respondidos com agressividade, o que pode ser visto pela família como manipulação e violência. Portanto, o terapeuta deve acolher a família e explicar que na verdade o paciente é uma pessoa frágil e que expressa seu medo de abandono de forma inadequada movido apenas pelo desespero (HEGENBERG, 2013).

Ainda segundo Hegenberg (2013), muitos conflitos podem ser diminuídos e o desgaste pode ser evitado nas reações familiares, quando a família consegue olhar para o paciente sobe outra perspectiva. Desenvolver a paciência e a resiliência nos membros não é tarefa fácil, mais esse é o objetivo que deve ser buscado na terapia.

São indivíduos sujeitos a acessos de ira e verdadeiros ataques de fúria ou de “mau gênio”, em completa inadequação ao estímulo desencadeante. Essas crises de fúria e agressividade acontecem de forma inesperada, intempestivamente e costumam ter por alvo pessoas do convívio mais íntimo, como por exemplo, os pais, irmãos, familiares, amigos, namoradas, cônjuges etc. (BALLONE; MOURA, 2008).

Voltando para Winnicott (1958), o bebê destrói continuamente na fantasia o objeto interno (mãe) para descobrir o objeto externo (mãe), e esta deve ser capaz de suportar a destruição, o *border* permanece nesse processo de revivência dessas experiências primitivas, tentando agora então, com suas figuras de apoio, a família pelo bem do paciente *border*, deve sobreviver a destruição. Sabe-se que os problemas nestas famílias residem e se mantem ao longo dos anos, pois essa estrutura familiar falhou no passado quando o paciente ainda era bebê. O quão oneroso psicologicamente falando é esse processo para todos, mas quando se tem o desejo de mudança e de melhorar a qualidade de vida do paciente e da família, com ajuda profissional é possível.

2.5.3 Tratamento Medicamentoso

Devido à variabilidade de sintomas, como ideação suicida, comorbidades, uso e abuso de substâncias ou não, ataques de raiva, enfim, os medicamentos são administrados de acordo com cada paciente, não tendo até o momento estudos de um único para todos os sintomas. Os medicamentos são utilizados em conjunto, como antidepressivos inibidores seletivos da captação da serotonina (ISRS) para diminuição dos sintomas impulsivos e de humor (HEGENBERG, 2013).

No entanto, nota-se que antidepressivos possuem limitado resultado positivos. Baixas doses de antipsicóticos de primeira geração podem ajudar a aliviar sintomas psicóticos, como

ruminações, dissociações, redução dos comportamentos suicidas e ataques de raiva. A prescrição deve ser feita com cautela, pois a tendência de o paciente fazer abuso do medicamento é grande devido aos comportamentos autodestrutivos. Os medicamentos auxiliam na redução, mas não resolvem por si só a causa sofrimento, quando associados a psicoterapia os resultados são mais evidentes (HEGENBERG, 2013).

2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO

Este capítulo tem com o objetivo apreender os motivos pelos quais os pacientes *borderline* abandonam o tratamento, tanto na psiquiatria quanto na psicologia dentro da abordagem psicanalítica, assim como formas de prevenir esse abandono. No decorrer dos capítulos foram apresentados alguns motivos: excesso de interpretações; as diretivas do terapeuta que são vistas como intrusões; o auto custo financeiro do tratamento, que é multiprofissional e de longo prazo; a falta de rede de apoio; o desgaste do terapeuta que pode ser percebido pelo paciente como abandono e falta de afeto por parte do terapeuta; a idealizado e a desvalorização da equipe por parte do paciente; a família que pode não acreditar na melhora do paciente. Iremos agora dar ênfase em outra questão, a aliança terapêutica.

As rupturas da aliança nas primeiras sessões alertam para três questões fundamentais: a tarefa, que são as ações psicológicas, temáticas trabalhadas em sessão, o vínculo, que é a relação de sentir-se seguro e acolhido frente ao terapeuta, o objetivo que é o que se deseja alcançar na terapia. O teste que avalia a tarefa, o vínculo e o objetivo é o “WAI-O foi elaborado por Horvath e Greenberg, em 1986, e validado pelos mesmos pesquisadores, em 1989” (GEREMIA *et al.*, 2016, p. 26).

É um instrumento que avalia a Aliança Terapêutica, independentemente da abordagem teórica. Esses três requisitos devem estar, na medida do possível, em consonância na visão do paciente. Em relação a psicanálise, o paciente pode ver, que em algumas situações, seus objetivos não estão sendo alcançados na análise, pois o seu desejo de mudança diverge da “proteção” que os sintomas fornecem ao *Self*. Os objetivos, ou seja, o desejo está no analista e não no analisando. Em outras palavras, o desejo da mudança, de sessar o sintoma que é o substituto da ansiedade traumática do passado, não é um desejo legítimo do analisando, e sim do analista. Esse pensamento se refere à Lacan, em seus seminários em 1975:

É do desdobramento da prática analítica como uma estrutura de relações que permite a assunção do desejo, que Lacan finalmente instaura o analista no lugar do objeto *a*, o objeto causa de desejo. É ao analista, colocado nesta posição, que o analisante dirige seu desejo: portanto, para Lacan, o lugar do analista é um lugar de vazio, de abstinência de gozo, semblante de objeto *a*. Ao tomá-lo como causa de seu desejo, o analisante deposita, na figura do analista, o desejo que para ele é uma incógnita: deste

lugar de objeto a, o analista permite-se ser tomado como Outro pelo analisante, para desvelar, nesse movimento, o próprio desejo que move o sujeito em análise. Há um semblante, um “fazer-de-conta ser o objeto capaz de realizar o desejo do paciente” (ANDRADE, 2007, p. 191).

Quando se estabelece um contrato, as duas partes têm que honrar com sua contribuição ora acordado, sabe-se exatamente o que está comprando, seja isto produto ou serviço. Isso não acontece com a análise, pois não se sabe aonde se vai chegar, e a descoberta do que está por traz do sintoma (aquilo que o paciente consegue lidar) será de extrema importância para a análise, mas doloroso para o analisando.

De forma geral “aliança terapêutica é um fenômeno complexo e necessita ser considerada como relacionada à (1) habilidade do terapeuta em formar aliança, (2) características do paciente, (3) combinação apropriada entre características do paciente e do terapeuta, e (4) mudanças sintomáticas precoces antes da mensuração da aliança” (WEBB et al., 2011). Muitas problemáticas são levantadas, pois esse fenômeno é complexo, entretanto é importante salientar que apesar das dificuldades da aliança terapêutica, é possível sim desenvolver vínculo de boa qualidade com os pacientes, inclusive os *borderlines*.

3 METODOLOGIA

De objetivo exploratório, esta pesquisa busca investigar a atuação de psicólogos e psiquiatras psicanalistas no manejo de pacientes *borderlines*. O presente trabalho refere-se a uma pesquisa de natureza qualitativa, no qual se utiliza de aspectos reais que não podem ser como uma representação numérica, uma vez que é voltada para a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Nesta perspectiva, a análise qualitativa depende de diversos fatores, “tais como a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearam a investigação” (GIL, 2002, p. 59).

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica sistemática, definida como um sumário de evidências provenientes de estudos primários conduzidos para responder uma questão específica de pesquisa. Utiliza um processo de revisão de literatura amplo, justo e reproduzível sintetiza, que avalia de forma crítica e interpretativa para obter uma visão geral e confiável do parecer do efeito da intervenção (BRASIL, 2012).

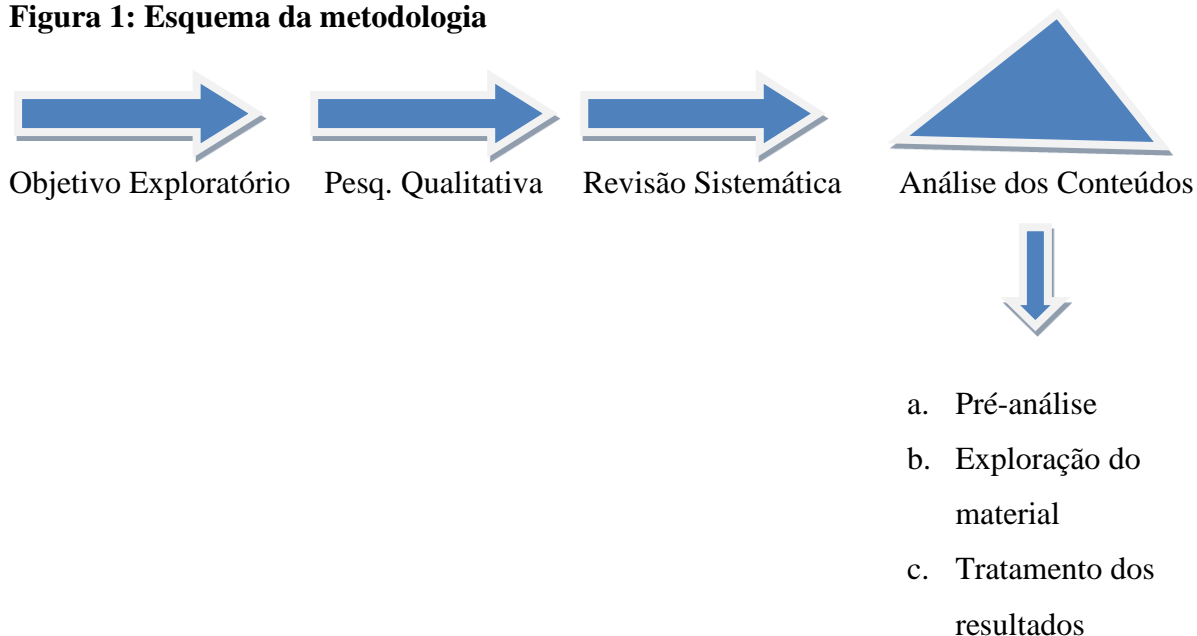
Os dados foram escolhidos por conveniência, de acordo com os critérios de inclusão: Artigos, monografias, teses e dissertações publicadas nas plataformas digitais: BDTD, LILACS e SciElo, na língua portuguesa. Cujos autores fossem psicólogos e/ou psiquiatras que atuam na abordagem psicanalítica no atendimento a pacientes diagnosticados com TPB, dentro do período de janeiro de 2015 a março de 2020.

As palavras-chave definidas para a busca dos artigos foram: “Psicanálise”, “Transtorno da Personalidade *Borderline*”, “Manejo (Psicologia)” e “adesão ao tratamento”. Entretanto, para obter resultados na busca nas plataformas foram utilizadas combinações entre as palavras-chave, tornando-as: “Psicanálise e *Borderline*”, “*Borderline* e Manejo (Psicologia)”, “*Borderline* e adesão ao tratamento”. E como critérios de exclusão: artigos, monografias, teses e dissertações não publicadas (literatura cinzenta), que não correspondem com os critérios de inclusão citados acima e, que não tenham compatibilidade com o tema, bem como trabalhos disponíveis, mas incompletos.

Por corresponder a um método explícito e sistemático que identifica, seleciona e avalia a qualidade de evidências, as revisões sistemáticas são tipos de estudos produzidos por uma metodologia confiável, rigorosa e auditável. Portanto, para a análise dos dados procedeu-se primeiramente à leitura exploratória do material encontrado, que consistiu na observação rápida, objetivando verificar se a obra consultada era de interesse para a pesquisa. Em seguida, procedeu-se à leitura seletiva, que possibilitou a identificação nos artigos das partes importantes para a realização da análise proposta.

Após essa seleção, fez-se a compilação das informações pertinentes, extraídas das fontes, em uma planilha eletrônica, que contemplou o registro dos dados (autores, ano, método, resultados e conclusões). Para a conclusão da etapa seletiva procedeu-se à leitura analítica, cuja finalidade foi elencar, ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes bibliográficas para que possibilitassem a obtenção de respostas aos objetivos propostos.

Figura 1: Esquema da metodologia



Fonte: PRÓPRIA AUTORA, 2020.

Visto que, pela Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012, p.2), entende-se como risco a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente, agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexos causal comprovado, direto, ou imediato, decorrente do estudo específico”.

Apesar da pesquisa não envolver experimentos humanos o estudo esteve atento aos cuidados necessários para o seu desenvolvimento, de modo que o conteúdo trabalhado não seja ofensivo aos direitos humanos e busque a promoção da reflexão sobre o tema desenvolvido, contribuindo com o crescimento da ciência, em observação à resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p.2).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro a seguir apresenta o resultado geral dos dados encontrados na busca das combinações das palavras-chaves em cada plataforma. Considerando que estes já respeitam os critérios de inclusão referentes ao intervalo de ano e o idioma.

Quadro 1: Resultado geral das buscas nas bases de dados

Palavras-Chave	BDTD	LILACS	SciELO
Psicanálise e <i>Borderline</i>	8	16	3
<i>Borderline</i> e Manejo (Psicologia)	5	5	0
<i>Borderline</i> e adesão ao tratamento	10	1	1
Total parcial	23	22	4
Total Geral	49		

Fonte: PRÓPRIA AUTORA, 2020.

Na íntegra a coleta obteve um total geral de 49 artigos publicados nas três bases de dados, contudo, apesar da filtragem já realizada na própria plataforma durante a busca das palavras-chaves, necessitou-se de uma análise mais aprofundada, a fim de responder todos os critérios. Desta forma, o quadro 02 apresenta o resultado final, no que diz respeito à coleta de dados, de forma individual e coletiva e a soma total dos trabalhos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos para a realização desta pesquisa.

Quadro 2: Artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão

Palavras-Chave	BDTD	LILACS	SciELO
Psicanálise e <i>Borderline</i>	5	7*	2*
<i>Borderline</i> e Manejo (Psicologia)	3	2*	0
<i>Borderline</i> e adesão ao tratamento	1	0	0
Total parcial	9	9	2
Total Geral	20		

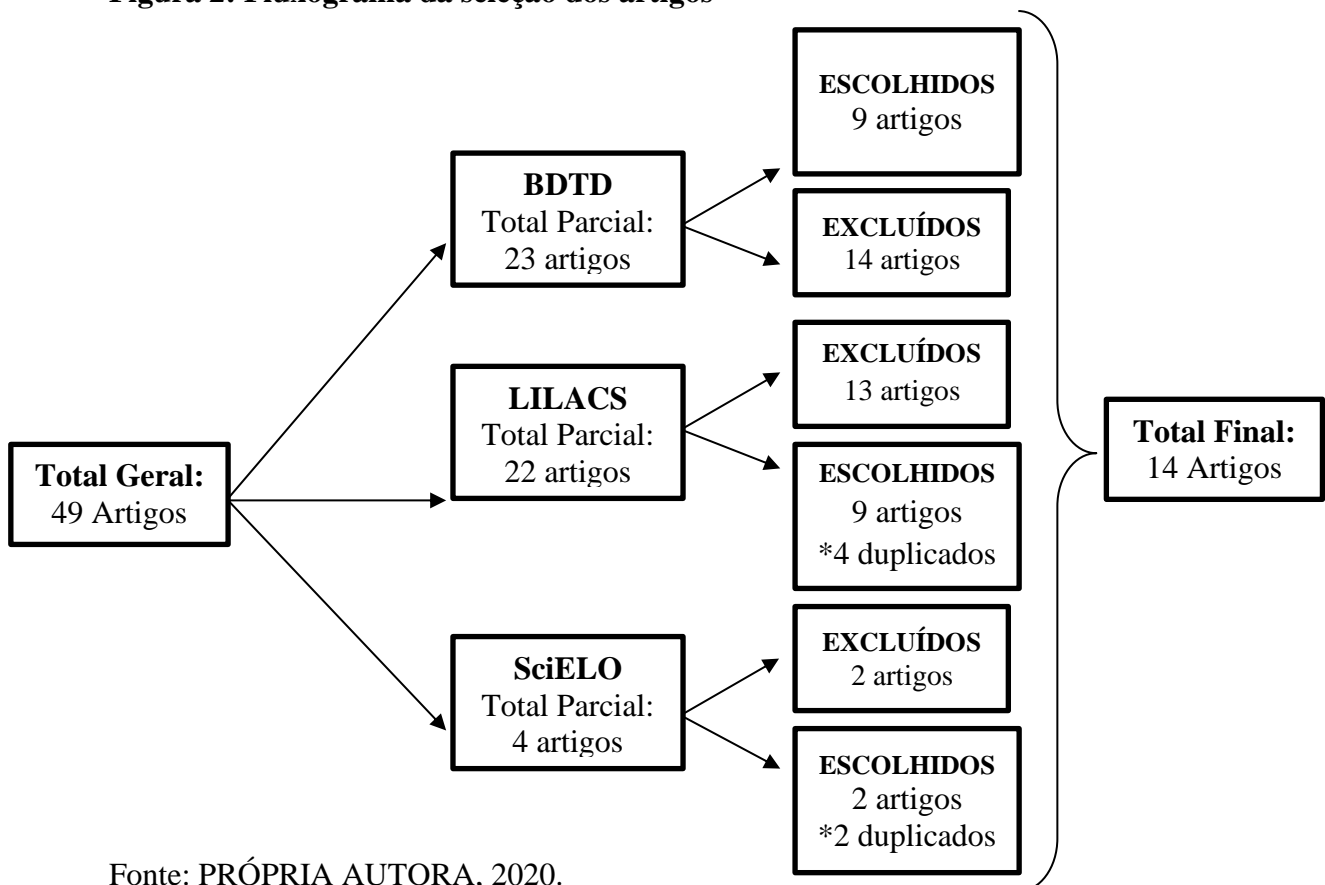
Fonte: PRÓPRIA AUTORA, 2020

(*) Possui artigos duplicados

Destacou-se a plataforma BDTD devido ao número de artigos relevantes disponíveis na íntegra e interface da plataforma e, por possuir ampla disponibilização de artigos completos e gratuitos. Em contraponto, a plataforma SciELO, o maior infortúnio referiu-se à duplicidade e/ou escassez de material referente ao objeto desta pesquisa. Desta forma, a plataforma BDTD pode ser considerada como ferramenta única para otimização em outras buscas acadêmica.

Do resultado total, excluiu-se 29 artigos após a filtragem do título, resumo e introdução, por não atender aos critérios que foram propostos nesta pesquisa e por não apresentar relação com os manejos do paciente *borderline* na abordagem psicanalítica.

Figura 2: Fluxograma da seleção dos artigos



Fonte: PRÓPRIA AUTORA, 2020.

De acordo com a Figura 02 acima apresentada, foram selecionados 09 artigos na BDTD, 09 artigos na LILACS, porém 04 deles estavam duplicados, e 02 apareciam na plataforma SciELO, ou seja, ambos tratavam de duplicidade. Portanto, no resultado final utilizou-se 14 artigos para a discussão da pesquisa, estando eles apresentados na tabela abaixo, contendo o título, autor (a), ano de publicação, a plataforma de onde foram encontradas, a palavra-chave utilizada e a área de conhecimento, se correspondiam à psicologia ou psiquiatria.

Tabela 5: Dados dos artigos selecionados

Artigo 1
Título: A contratransferência como dispositivo de trabalho na clínica psicanalítica com pacientes fronteiriços.
Autor (a): Renata Arouca de Oliveira Morais
Ano de Publicação: 2015
Plataforma: BDTD
Palavra-chave: Psicanálise e <i>Borderline</i>
Área de conhecimento: Psicologia
Artigo 2
Título: A problemática do <i>holding</i> corporal na análise do paciente <i>borderline</i> : um estudo de caso.
Autor (a): Solange Veronez
Ano de Publicação: 2017
Plataforma: BDTD
Palavra-chave: Psicanálise e <i>Borderline</i>
Área de conhecimento: Psicologia
Artigo 3
Título: A transferência e a contratransferência na clínica dos estados-limite: o afeto como um recurso de elaboração do trauma.
Autor (a): Paula França dos Santos
Ano de Publicação: 2016
Plataforma: BDTD
Palavra-chave: Psicanálise e <i>Borderline</i>
Área de conhecimento: Psicologia
Artigo 4
Título: Adesão à técnica psicanalítica no processo de psicoterapia com uma paciente <i>borderline</i> .
Autor (a): Paula Von Mengden Campezzato; Fernanda Barcellos Serralta; Luísa Fernanda Habigzang
Ano de Publicação: 2016
Plataforma: LILACS
Palavra-chave: Psicanálise e <i>Borderline</i>
Área de conhecimento: Psicologia
Artigo 5
Título: Adicção ao outro em pacientes fronteiriços: um estudo psicanalítico.
Autor (a): Marcelo Soares da Cruz
Ano de Publicação: 2016
Plataforma: BDTD
Palavra-chave: Psicanálise e <i>Borderline</i>
Área de conhecimento: Psicologia
Artigo 6
Título: Andando na corda bamba: desafios técnicos do atendimento de pacientes <i>borderline</i> .
Autor (a): Milena da Rosa Silva; Denise Steibel; Paula Von Mengden Campezzato; Lívia Fração Sanchez; Eduarda Duarte de Barcellos; Paula de Paula Fernandes; Regina Pereira Klarmann
Ano de Publicação: 2016
Plataforma: LILACS
Palavra-chave: Psicanálise e <i>Borderline</i>
Área de conhecimento: Psicologia

Artigo 7

Título: Associação entre a função reflexiva e a funcionalidade global em pacientes diagnosticadas com Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Autor (a): Glaydcianne Pinheiro Bezerra

Ano de Publicação: 2019

Plataforma: BDTD

Palavra-chave: *Borderline* e Adesão ao Tratamento

Área de conhecimento: Psiquiatria

Artigo 8

Título: Contribuições da psicanálise winnicottiana à clínica com adolescentes fronteirços: estudo de um caso.

Autor (a): Sandra Aparecida Serra Zanetti; Geovanna Moreno Cianca

Ano de Publicação: 2017

Plataforma: LILACS

Palavra-chave: Psicanálise e *Borderline*

Área de conhecimento: Psicologia

Artigo 9

Título: Histeria e *borderline*: mo (vi) mentos da clínica psicanalítica.

Autor (a): Eunice Nishikawa; Maria Luiza Fiore; Orlando Hardt

Ano de Publicação: 2017

Plataforma: LILACS

Palavra-chave: Psicanálise e *Borderline*

Área de conhecimento: Psicologia

Artigo 10

Título: O paciente *borderline* na literatura psicanalítica, de 1930 a 2016.

Autor (a): Guilherme Geha dos Santos

Ano de Publicação: 2017

Plataforma: BDTD

Palavra-chave: Psicanálise e *Borderline*

Área de conhecimento: Psicologia

Artigo 11

Título: Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros *borderline*.

Autor (a): Guilherme Geha dos Santos; Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto

Ano de Publicação: 2018

Plataforma: LILACS

Palavra-chave: Psicanálise e *Borderline*

Área de conhecimento: Psicologia

Artigo 12

Título: Psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*: construindo pontes entre pesquisa e prática clínica.

Autor (a): Aline Alvares Bittencourt

Ano de Publicação: 2015

Plataforma: BDTD

Palavra-chave: *Borderline* e Manejo (Psicologia)

Área de conhecimento: Psicologia

Artigo 13

Título: Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise.

Autor (a): Maria Lívia Tourinho Moretto; Daniel Kupermann; Christian Hoffmann

Ano de Publicação: 2017

Plataforma: LILACS

Palavra-chave: Psicanálise e *Borderline*

Área de conhecimento: Psicologia

Artigo 14

Título: Um território sem fronteiras: os casos-limite.

Autor (a): Ligia Todescan Lessa Mattos

Ano de Publicação: 2018

Plataforma: LILACS

Palavra-chave: Psicanálise e *Borderline*

Área de conhecimento: Psicologia

Fonte: PRÓPRIA AUTORA, 2020.

Faz-se importante ressaltar aqui, que para fazer a pesquisa bibliográfica que embasou o referencial deste estudo, foi observado um grande número de teóricos, desde antes de Stern (1938) que cunhou o termo “*borderline*”. Os primeiros capítulos tiveram o intuito de resumir o percurso teórico da psicanálise para que se tenha um encontro com a Psicanálise Clássica e sua evolução até os tempos atuais. Esse desenvolvimento da psicanálise possibilitou o objeto *borderline* ser visto e entendido fora das estruturas e técnicas clássicas.

Diante disso e ao fato do problema de pesquisa, que são as formas de manejo, evitou-se filtrar as buscas, no sentido de afunilar a apreensão do diagnóstico e o tratamento *borderline*. Isso não significa que se pretende esgotar o assunto, mas apenas colher dentro de um número reduzido de trabalhos encontrados, formas de manejos em comum ou não. Nesta fase dos resultados notou-se que a teoria Winnicottina foi a que mais apareceu no manejo dos autores selecionados, seguido dos grandes teóricos Ferenczi, Grepp, Bion e Lacan.

A autora Morais (2015) na tese de doutorado “A Contratransferência como Dispositivo de Trabalho na Clínica Psicanalítica com Pacientes Fronteiriços”, apresentou dois estudos de caso sobre pacientes diagnosticados com *borderline*, como o próprio título diz, na utilização da contratransferência como fundamental na clínica. A autora propõe o diálogo da teoria pulsional e das teorias das relações de objeto, para facilitar o enquadre no trabalho analítico.

Devido ao aparecimento de pacientes fronteiriços com características semelhantes ao quadro psicótico, têm-se a necessidade de uma flexibilidade em relação às regras postuladas pela psicanálise. Outro ponto abordado foi sobre o clínico ter uma boa experiência com análise, aprofundamento teórico de referência, supervisão e um trabalho em equipe com outros profissionais, que em muitos casos se faz necessário. A autora lembra que Freud (1913) chama as regras de “recomendações”, portanto, as técnicas devem ser vistas em “função das diferentes constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos

fatores determinantes que irão opor-se a qualquer mecanismo da técnica” (MORAIS, 2015, p. 69-70).

Essas ideias também são encontradas em todos os autores elencados neste estudo, e ainda acrescentam que o analista deve ser criativo, alternando a técnica, mas mantendo a Psicanálise. Contudo, a psiquiatra Bezerra (2019), em seu trabalho “Associação entre a Função Reflexiva e a Funcionalidade Global em pacientes diagnosticadas com Transtorno de Personalidade *Borderline*” respaldou seu trabalho na Teoria da Mentalização e *biofeedback* social, em conjunto com a psicanálise, no estudo transversal com pacientes do sexo feminino diagnosticadas com *borderline*, no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre.

Os achados desse estudo, evidenciando associação entre a capacidade de mentalização e a funcionalidade, mesmo controlando para sintomas e estilos defensivos, reforça a importância do estudo da mentalização/ função reflexiva nesses pacientes. Intervenções focadas na mentalização podem ser úteis para aparelhar diversos níveis do sistema de saúde, para atender pacientes com TPB, podendo ser adaptadas a cenários específicos (BEZERRA, 2019, p.36).

No estudo de caso “Adesão à técnica psicanalítica no processo de estudo de caso psicoterapia com uma paciente *borderline*”, Campezzato, Serralta e Habigzang (2016) comentam que utilizavam a psicanálise nos moldes clássicos quando a paciente estava mais integrada, e quando se mostrava regredida ou desorganizada assumia uma postura não psicanalítica. O processo terapêutico se dará junto ao paciente, com os recursos, dispositivos, e os obstáculos que poderão ser sentidos, “para tanto, o analista deve ter sensibilidade, espontaneidade, flexibilidade e manejo na condução” (MORAIS, 2015, p.70).

Na contratransferência a reação do terapeuta, seu estado afetivo organizará outros dispositivos. Nos casos apresentados neste estudo, a analista evidencia os estados de fusão, discriminação dos conteúdos, afetos em prol de uma realidade psíquica e da relação com os pacientes. A comunicação dos pacientes é vista como uma finalidade de descarga de tensões, o que dificulta certa organização das ideias, dificultando a identificação de conteúdos latentes (MORAIS, 2015). Outra questão sobre a comunicação elenca a regra fundamental da psicanálise, a associação livre:

Com frequência, não podemos falar em associação livre, pois o paciente se vê dispersado em dar atenção a inúmeros assuntos cotidianos que lhe demandam todos em igual urgência. Ou seja, o paciente parece ter medo de perder aquilo que lhe é bastante frágil e precário: sua capacidade de sentir-se em si mesmo (MORAIS, 2015, p.206).

Há um consenso entre os autores do resultado desta pesquisa sobre não se observar uma atitude clássica analítica, utilizando a associação livre, conteúdos de sonhos e histórias passadas. Portanto, nota-se um precário nível de simbolização nos fronteiros, devido à

dificuldade de associação livre. Mattos (2018) em seu artigo “Um território sem fronteiras: um caso limite”, sob a perspectiva de Grenn e Bion, comenta brevemente sobre os sonhos dos casos limites, onde não abrem espaço para associações livres, pois são relatos crus que servem mais para “erupções” psíquicas, ou seja, para alívio de tensões. Há sim alguma simbolização, porque há representação de imagens, mas impossibilidade de considerações a esse respeito.

Foram encontradas nas buscas deste presente estudo duas publicações do mesmo autor, “O paciente *borderline* na literatura psicanalítica, de 1930 a 2016” Santos (2017) e “Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros *borderline*” Santos e Neto (2018), ambos decorrem sobre algumas recomendações na literatura, e sobre não utilizar divã ou associação livre, mas reflete se isso é apenas para evitar o trabalho analítico, pois vê o *borderline* como um objeto, “para que este não seja projetado ou vinculado ao analista, restando a psicoterapia cuidar das partes adjacentes, que estão cindidas” (SANTOS, 2017, p.156).

Morais (2015) traz uma questão importante na clínica *borderline*, onde o paciente “passa diretamente do campo motor para o campo verbal, em que o falar é fazer e, assim, o clínico terá que fazer um trabalho de desenvolvimento do campo visual de metaforização, de modo a ajudá-lo a nomear seu mundo interno” (MORAIS, 2015, p. 72). Abrindo o caminho para o paciente ver as coisas por si mesmo, que ele a priori não consegue ver.

Observa-se que a clínica psicanalítica necessita de uma disponibilidade de se estabelecer uma relação terapêutica, através da vinculação “pré-verbais, sensoriais, nas quais caberá ao analista a difícil tarefa de transformá-las em representações palavras via um trabalho de nomeação” (MORAIS, 2015, p. 268). A autora, Santos (2016) na dissertação “A Transferência e a Contratransferência na Clínica dos Estados-Limite: o afeto como um recurso de elaboração do trauma”, apresenta o papel do analista diante da contratransferência, onde ele empresta a elaboração dos seus próprios afetos para ajudar o paciente a identificar os dele, pela via da simbolização, nomeando então como a clínica dos afetos.

Santos (2017) discorre sobre a interpretação, que deve ser vista no processo da análise de transferência, portanto, o campo fértil está na relação com o analista, enquanto pessoa real que oferece um ambiente facilitador para o ego frágil infantil. A respeito das interpretações transferenciais, “é necessário cuidado ao fazê-las e, até mesmo, excluí-las durante certo tempo, pois pacientes com configurações mentais distantes dos quadros neuróticos não podem suportá-las em muitos momentos”, e pode ser vista pelo paciente como forma de instrução (MATTOS, 2018, p. 52).

Os autores supracitados comentam que a transferência se dá por meio da repetição de um trauma na infância, e o paciente tenta não reviver, portanto precisa repetir, como postulado

em Recordar, Repetir e Elaborar de Freud (1914). No *setting* o paciente é reexperimentado de uma compulsão a repetição, na tentativa de reviver e elaborar os afetos passados, os sintomas então, são uma forma de lidar com a realidade, e é o que o paciente dá conta de suportar. O objetivo da análise é tratar algo intolerável na realidade do paciente, e o processo analítico se dá em reconhecer a forma de angústia expressa em sintomas.

Santos (2016), demonstra os elementos da figura do analista carregada de fantasia em paciente neurótico, ou seja, as transferências são pela via da fantasia, no entanto, nos *borderline* são feitas como se o terapeuta fosse uma figura de referência. Isso explica o porquê as relações objetais dos *borderline* serem tão intensas. Sob o olhar de Lacan, o autor Moretto et al. (2017) em seu artigo Sobre “Os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise”, refletem sobre a clínica com os casos-limite, relativo a angústia de separação, onde há perda do objeto de gozo, e onde há fusão do sujeito com o objeto, o manejo então seria no sentido da possibilidade de retificação do Outro por meio da transferência.

Se o sujeito se funde com o analista para alienar-se, cabe ao analista pensar no paciente como Sujeito, então o desejo do analista deve ser usado como diferenciador, mas não pode ser confundido com indiferença, daí um ponto desafiante para manter a neutralidade e abstinência. O autor Moraes (2015) debate sobre os estados psicóticos ou falsos *selves*, em que a estrutura ainda não está integrada, nesse caso o manejo e o *setting*, são organizados pelo *holding*, sem necessariamente recorrer à interpretação, a regressão à dependência. No estudo de caso com uma adolescente o manejo teve foco “em clarificar, organizar e transformar os elementos internos em elementos pensáveis, entrando-se em contato com o verdadeiro *self* e, por meio do seu acolhimento, dando suporte a um progresso na adaptação à realidade, ou seja: por meio do *holding* terapêutico” (ZANETTI; CIANCA, 2017, p. 301; 302).

O *holding* aparece nos estudos de base winnicottiana como a principal técnica no sentido de sustentar, acolher e conter o ego incipiente dos *borderlines*. O *holding* significa oferecer um ambiente de integração, estabelecendo uma relação de confiança, onde o *self* verdadeiro seja vivenciado. O resultado obtido no caso da adolescente citada acima, mostrou que a partir do *holding*, em que a terapeuta mostrava interesse pelo mundo fantasioso da paciente, ela pôde “quebrar” as resistências em falar de si.

A partir disso, pôde-se avançar rumo à integração da parte cindida de seu *self*, representada pelo mundo fantasioso, segregado e de difícil acesso, ao todo de sua personalidade, concomitantemente ao trabalho de introdução gradual da paciente à realidade. Isto porque, uma vez aceito pela terapeuta, esta parte cindida pôde ser conhecida, aceita e assimilada pela paciente como parte de si, ligada à sua capacidade criativa da personalidade (ZANETTI; CIANCA, 2017, p. 302).

Notou-se então, uma melhora capacidade de relacionar-se com as demandas da realidade, a terapia então teve um efeito estruturante, podendo então melhor articular a fantasia da realidade. No caso apresentado por Morais (2015) a paciente J. muitas vezes faltava as sessões e ligava para a analista para falar sobre seu desejo de morte. Estas questões eram “fortes” no ponto de vista contratransferencial. A dificuldade em se estabelecer um *setting* terapêutico, provocava muita raiva na terapeuta. Sobre isso, Kernberg (1991) comenta que o terapeuta não deve aceitar situações em que se exijam comportamentos heroicos ou esforços excepcionais com estes pacientes, correndo o risco do terapeuta, esgotado ou incrédulo da melhora do quadro reproduzir, na contratransferência, o desejo de morte dos pacientes.

Contudo, a terapeuta entende que os fortes sentimentos contratransferenciais foram fundamentais para a terapia, pois percebeu que na clínica isso reorganizou o *self* da paciente. O sentimento da terapeuta era de paralisia frente às faltas e as ligações, ela acredita que essa paralisia vivenciada seja a contratransferência em ato. Então a analista expressa isso na sessão, para então trabalhar no sentido de discriminar o Eu do outro.

Elencando Grenn, o autor Morais (2015) descreve sobre o enquadre interno, e o analista se vê frente a impossibilidade de vivenciar o que internalizou sobre um enquadre adequado na clínica dos neuróticos. Todavia, com pacientes fronteiros o enquadre não se efetua nos moldes tradicionais. Devido à dificuldade de simbolização, há uma compulsão pela repetição, então o paciente atua com o corpo o que não pode dizer em palavras.

Com isso, podemos concluir que a raiva da analista em seus atendimentos dizia algo da compulsão à repetição da paciente. A raiva sentida pela analista tinha uma função, pois o que se apresentava no cenário era a fusão e a emergência de dois psiquismos separados (MORAIS, p. 231).

Sobre os momentos de crise da paciente, onde o desejo de aplacar as ansiedades levava a ideação suicida, a contratransferência servia para analista guiar-se quanto à natureza dessa ansiedade, que geralmente eram persecutórias. Santos (2016) e Morais (2015) discutem em seus trabalhos que a contratransferência surge como impacto da influência do paciente sobre o inconsciente no analista, e é possível usar isso como instrumento para apreender o inconsciente do paciente. Os autores pautados nas ideias de Ferenczi (1931-1932) discorrem sobre a importância desses afetos do analista ser usados em prol do paciente, mas Santos (2016) alerta: nem todos “são passíveis de serem evocados no tratamento dos analisandos” (p.93).

Nesse ponto, portanto, Ferenczi corroborava com Freud (1912) sobre os perigos da contratransferência. Ainda que Ferenczi não a entendesse como algo ruim pela sua existência, concordava com Freud ao afirmar que a contratransferência poderia ser um terreno fértil para manifestações e atos equivocados, por parte do analista, a partir de seus conteúdos inconscientes (SANTOS, 2016, p. 94).

As contratransferências podem colocar em risco a neutralidade e abstinência do analista, e é um campo de muita discussão, seguindo a ideia de Freud (1910), que a contratransferência é como algo prejudicial. Sobre os resultados obtidos nas sessões com J., a autora elencou que “se num primeiro momento a destrutividade de J. mostrava-se evidente, aos poucos, isso foi sendo contido e acolhido” (MORAIS, 2015, p.237). E que o papel da supervisão foi essencial para refletir sobre esses sentimentos transferenciais.

A analista atuou como ego auxiliar, pois confrontou os sentimentos de incapacidade e inutilidade da paciente, não condizentes com a realidade, portanto, refazendo parte de seu ego diante de suas “verdades” ou falas, atravessando as resistências. A analista conseguiu formar um elo através do tom de voz, sua forma afetiva.

Santos (2016), Morais (2015), Veranez (2017), Cruz (2016), Zanetti e Cianca (2017), concordam que o analista deve experimentar uma benevolência materna, tal qual como nunca o paciente teve, permitindo que ele regreda a uma condição infantil. O sujeito traumático tende a repetir a cena de desamparo vivido na infância. A angústia é o afeto de ficar separado, do desamparo que se inicia logo que o bebê nasce, e que se prolonga por toda vida. Intensificada pelo sujeito *borderline*, que vive a beira de um colapso, por não conseguir se conectar com os objetos amados, por também não ter sido desejado por seus cuidadores, ou por não ter recebido provisões físicas e psíquicas o suficiente.

Nos estudos de base winicottiana, os analistas se posicionam de acordo com a mãe ou ambiente, com o papel de espelho para que o *self* pudesse se desenvolver. Papel vital na primeira fase da infância para separar o Eu-outro. “Era isso que L. pedia à analista, que ela funcionasse para ela como uma mãe/ambiente, onde ela pudesse se olhar e se ver” (MORAIS, 2015, p. 245). Essa clínica aponta para a sensoridade na relação terapêutica, ora a analista percebia que um ambiente sem alterações era importante, ora a analista fazia alterações de voz, expressões, risos, gestos, para ajudar a lidar com mudanças e frustrações.

Notou-se uma imitação da paciente frente à terapeuta, que foi vista como forma de identificação, uma comunicação entre corpos, uma forma de entrar em contato com o outro. Isto é possível por meio da criação de um enquadre que possibilite o *holding*. O terapeuta funciona como um objeto-subjetivo para o paciente. A relação de dependência se torna forte e o paciente passa a idealizar o terapeuta, que deve tomar cuidado para não o invadir, e posteriormente trabalhará na visão mais condizente com a realidade.

Outra questão trazia pelos autores foi a atuação violenta no *setting*, em que os pacientes trazem fatos de mazelas e horrores humanos. Portanto, a falta de simbolização gera uma falta de contenção. Os ataques violentos não são propriamente dirigidos ao objeto, mas uma forma

de ligação as necessidades do Ego, no estabelecimento de vínculo entre o Eu e o objeto. Se o analista entende o *accting* violento sob esta perspectiva, ele consegue suportar as fortes contratransferências. O modo de comunicação desses pacientes reflete o trauma sofrido, e sua posição em relação ao mundo, dá esse clima turbulento no *setting*.

A comunicação no *setting* é discutida também por Santos e Neto (2018), que traz o tipos de posição encontradas na análise com pacientes *borderline*: um nível neurótico, cuja angústia é a castração, e consegue se comunicar verbalmente; e um nível *borderline*, com comunicação não verbal, com angústia de aniquilação. A autora Mattos (2018) comenta que nos momentos de violência no *setting*, o terapeuta deve ser constante no seu *setting* interno para que não seja engolfado nesses momentos turbulentos.

A relação analítica e ambivalente de amor e ódio revela-se indicativos de um processo de divisão marcante no *self* do paciente. Bergeret (1998, p. 205) traz a questão da violência, que para os sujeitos depressivos-limite, trata-se de uma forma arcaica, intrínseca, instintiva e ainda não objetivamente definida de forma precisa. Então, essa é a forma dele se colocar no mundo e se defender dele, não está ligado à maldade. Segundo Green (1986) o analista deve aceitar que o seu paciente o ataque e o invada, para que ele perceba que não será abandonado (novamente) mesmo com esses ataques.

A autora Veranez (2017) no trabalho “A problemática do *holding* corporal na análise do paciente *borderline*: um estudo de caso” trouxe a questão do *holding* corporal, manejo da regressão, necessidades egóicas, transferência, contratransferência, abstinência e neutralidade observadas no atendimento de uma paciente. No que tange o *holding* corporal, este foi usado em um momento de arrefecimento parcial das defesas do falso *self*, em uma organização defensiva psicótica, portanto apresentava relação transferencial regredida. Assim, o contato físico (segurar as mãos) foi utilizado para suprir as necessidades egóicas de ser sustentada corporalmente.

Nesta análise pode-se identificar que, o *holding* corporal se justifica pelo estado de regressão da paciente, suprimindo a falha ambiental, com manejo da regressão na transferência, obtendo resultado positivo. No entanto, a autora salienta que não se deve utilizar o *holding* corporal indiscriminadamente, pois o terapeuta não está no *setting* apenas como objeto de satisfação narcísica, ou seja, em uma situação em que instintos eróticos estejam atuantes não se deve aplicar o *holding* corporal. “O tratamento deve ser conduzido de modo que o paciente encontre o menos possível de satisfação substitutiva para os seus sintomas” (LAPLANCHE, 1986, p. 23).

Nishikawa et al. (2017) em “Histeria e *borderline* Mo(vi)mentos da clínica psicanalítica”, visita o trabalho de Winnicott, Bion e Levy entre outros, sobre conceitos metapsicológicos importantes na clínica *border*, a regressão, a simbolização e a intersubjetividade. A regressão diz respeito a umas regressões há tempos imemoriais, um efeito desorganizador da pulsão de morte. A simbolização que é criada a partir da relação mãe-bebê. A intersubjetividade seria então além da relação com o objeto, mas sim um campo relacional entre analista e analisando.

No estudo de caso “Andando na corda bamba: desafios técnicos do atendimento de pacientes *borderline*” de SILVA et al. (2016) buscou-se refletir sobre o contrato terapêutico, no que se refere a frequência das sessões com pacientes *borderline*. As autoras observam os sentimentos de vazio vivido pela paciente, uma dificuldade de tolerar os distanciamento e aproximações com a terapeuta e demais relacionamento. A esse respeito os autores comentam que,

[...] Carla se aproximasse emocionalmente quando estava fisicamente próxima (na sessão) e suas fantasias de intrusividade não permitiam que voltasse a se aproximar quando estava longe, no intervalo entre as sessões. Isso se refletiu em uma dificuldade intensa em manter uma mínima frequência à psicoterapia (SILVA et al., 2016, p. 16).

Sobre o sentimento de intrusão dos *borderlines*, Santos (2016) e Silva et al. (2016) comentam que para amenizar isso, se faz necessário o afeto e presença ativa do terapeuta. Há uma ansiedade na paciente quando entra em contato com o outro, inclusive apresentando sintomas físicos, já em outros momentos de tensão demandam atenção terapêutica. Claro que com o passar do tempo, com o vínculo fortalecido, frustrações poderão ser inseridas na medida em que o terapeuta sinta que o paciente poderá suportar.

Bittemcurt (2015) em “A psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*: construindo pontes entre pesquisa e prática clínica”, traz um ensaio clínico e um estudo empírico, onde discute a necessidade de conjugar a clínica com a investigação empírica para ampliar o entendimento da desorganização aguda nos TPBs. No caso da paciente atendida na abordagem psicanalítica, foram aplicados os testes *Psychotherapy Process Q-set* (PQS), *Shedler-Westen Assessment Proceidyre* (SWAP-200) e *A Symptom Checklist-90- Revised* (SCL-90-R a fim de observar os comportamentos apresentados ao final de quase 01 (um) ano de tratamento).

Tais resultados apontaram para o bom estabelecimento de vínculo, a regressão; as atuações da paciente questionadas, buscando significados; pioras, em alguns momentos, durante o processo terapêutico; melhora progressiva nos sintomas obsessivo-compulsivo, depressivos, hostilidade e sensibilidade interpessoal. A paciente não abandonou o tratamento

contrariando seu histórico. Podemos então concluir a importância de estudos empíricos que possam nos dar dados mais claros e diretos sobre a melhora do quadro *borderline*. Já no segundo estudo, enfatiza a importância de se adotar uma postura de maior controle do processo em meio a uma crise suicida, recomendando então a internação concomitantemente a psicanálise.

A respeito do *holding*, os autores Morais (2015), Veronez (2017), Zanetti e Cianca (2017), Bittemcurt (2015) e Cruz (2016) comentam que a técnica possibilita transformar experiências construtivas para que o *borderline* venha reconhecer-se como corpo e *Self*. Essa clínica precisa de formas de comunicação que contenha e dê limites as moções, que dê confiança e também firmeza, para dar a sensação de continuidade, assim como a “mãe suficientemente boa”. As relações interpessoais do *borderline*, são muitas vezes abaladas por sua inconstante personalidade e o desejo de ser amado incondicionalmente, pode sufocar a família e os amigos. Sob a perspectiva winnicottiana o papel do analista é ser usado criativamente pelo paciente, no entanto, ele deve aprender a usar o objeto, e isso só é possível em um ambiente que possibilite o *holding*.

Cruz (2016) em sua tese de doutorado “Adicção ao outro em pacientes fronteirios: um estudo psicanalítico” faz uma revisão bibliográfica e relaciona com três casos *borderlines*, com objetivo de descrever a qualidade das relações entre a perda do objeto e as adições, ou seja, os relacionamentos adictivos. Esses aspectos são vistos comumente nessa clínica. Em um dos casos apresentados pelo autor, o paciente liga-se a esposa como uma droga, mantendo preservada a ligação com o objeto humano e com objeto cocaína. Vemos uma forte relação anaclítica e sofrimento causado pelas adições.

Para isso Winnicott (2000) comenta, não tendo um ambiente suficientemente bom, não sendo capaz de usar o objeto, por consequência não constituindo o *self*, o que resulta em uma dependência anaclítica com objetos subjetivos. Em relação aos pacientes *borderline* que não conseguiram formar a subjetividade, tão poucos conseguiram usar o objeto, pois não tiveram ambiente propício para os processos maturacionais, não conseguiram fazer a transacionalidade, portanto, não conseguiram usar o objeto, daí se vinculam a adições (álcool, tabaco, pessoa, etc) como forma de superar a angústia da separação. O tratamento nesses casos consiste em estabelecer a regressão e um enquadre que possibilite o *holding*.

Sobre o *setting* os autores Silva et al. (2016), Santos (2016) e Santos (2017) discutem sobre a rigidez como prejudicial ao paciente, e deve ser mantido na mente do analista. Claro que há uma necessidade do estabelecimento de limites para o enquadre, como horários, honorários etc., mas esses limites serão transgredidos, isso é um fato observado nesta clínica. É preciso estabelecer regras flexíveis para que os pacientes consigam lidar com isso sem romper

o vínculo. Os terapeutas enfrentam moções e ataques ao enquadre que oscilam a partir de relações transferenciais.

A esse respeito, no estudo de caso a terapeuta não conseguia contato por telefone e passou a enviar mensagens via celular (*sms*) para a paciente lembrar-se do horário, para que pudesse assegurar assim, que mesmo com suas faltas, não tinha destruído a terapeuta ou o *setting*, portanto, estava disponível para seu retorno. Apesar de pouco discutido na literatura esses recursos estão cada vez mais sendo usados, neste caso, a mensagem serviu para a paciente perceber que mesmo com suas faltas ela não tinha destruído o *setting* e assim a paciente poderia então retornar (SILVA et al., 2016).

Ao final dos atendimentos as autoras chegaram à conclusão de que devido à grande ansiedade, desorganização mental, e falta de rede de apoio, o contrato não estava internalizado na paciente. Assim, a terapeuta assumia não só a responsabilidade de acolher o estado emocional de C., mas também de ser a guardiã de todos os aspectos do contrato, concreta e psiquicamente (SILVA et al., 2016, p. 20).

Os autores Santos (2017) e Santos e Neto (2018) destacam os autores Zetzel, Rosenfeld, Grenn, Adler, dentre outros, e descrevem sobre um formato de tratamento onde a personalidade narcísica desenvolve a tolerância de ficar sozinho, mas para isso o analista suportaria as identificações projetivas. As identificações projetivas também são vistas por Kernberg (1991) como foco de interpretações. As projeções ocorrem via identificação projetiva, gerando uma sensação de que o analista o persegue, pois projeta partes boas ou más do *self* nele.

Essa deve ser vista como forma de comunicação, portanto então cabe ao analista traduzir esses conteúdos em palavras, comungando com as ideias dos autores supracitados sobre a comunicação não verbal dos *borderline*. Mais uma vez a contratransferência aparece como ferramenta fundamental. O autor também traz a ideia da psicose de transferência para ser analisada e elaborada. Os autores apresentam a transferência em dois níveis: um neurótico e um psicótico, portanto a psicose de transferência é essencial para o tratamento, pois o *borderline* que tem medo de se tornar psicótico, tem medo de desintegrar-se, ou seja a angústia de aniquilação. Os autores refletem sobre as psicoterapias que evitem esse contato, ficarão limitadas. Portanto, trazem três técnicas nos seus dois artigos:

- 1) técnicas que evitam a aparição deste objeto *borderline*, ou a transferência que estimule sua aparição;
- 2) técnicas em que se faz uma psicoterapia de apoio, inicialmente, para que se possa empregar a psicanálise, posteriormente (aqui entendemos o apoio como uma preparação da dupla para suportar a comunicação e vinculação deste objeto *borderline* durante a análise);
- 3) psicanálise intensa para que se chegue ao objeto *borderline*. Com isso, finalizamos nossos argumentos sobre a técnica psicanalítica e o objeto *borderline* (SANTOS, 2017, p.159).

Então a forma de manejo seria a vinculação com o objeto *borderline*, o analista deve viver as turbulências com o paciente, para que apareça o verdadeiro *Self*. Entender as características de um objeto como esse, não resumir o manejo “à interpretação dos conteúdos contra os quais o paciente luta” (SANTOS, 2017, p.162). O trabalho seria o da vinculação verbal e não verbal. No que tange a adesão ao tratamento, discutido nos capítulos desse presente estudo: sobre o excesso de interpretações que são vistas como intrusões; o alto custo financeiro do tratamento, que é multiprofissional e de longo prazo; a falta de rede de apoio; o desgaste do terapeuta, as relações analíticas que causam dificuldades na aliança terapêutica.

Mas pode-se observar nos resultados que também a inabilidade do terapeuta, no sentido de acolher as transferências e projeções, a falta de discriminação dos afetos, pode reproduzir o desejo do abandono do paciente. Santos (2017) comenta que com as partes projetadas no analista, causando fusão ou simbiose, o analista se tornaria ameaçador, portanto, se faz necessário proteger o sujeito do medo da desintegração. Para que a vinculação aconteça, o terapeuta deve viver a turbulência com ele, se o terapeuta não consegue fazer esse movimento é possível que ele rompa o vínculo.

Os autores Silva et al. (2016) analisaram um atendimento, onde observaram que mesmo com indicação de sessões semanais, a paciente faltava muito, isso foi visto pela terapeuta como a baixa aceitação dos problemas por parte da paciente. Em duas sessões utilizando a psicanálise sugeriu a fragilidade da aliança, pois a terapeuta fazia o esforço de proteger o contrato terapêutico, tudo isso contribuiu para interrupção do tratamento. Contudo, os resultados não permitem generalizações, pois se trata apenas de um caso com poucas sessões.

A partir dos dados coletados verifica-se diversas relações entre eles, e a partir dessas relações podemos observar que a psicoterapia psicanalítica tem efeitos positivos no tratamento do paciente *Borderline*, no sentido de diminuir a instabilidade emocional, caracterizada pela relação anaclítica com o objeto, assim como uma possível adequação da dicotomia idealização e desvalorização das relações objetais frente à terapia. Entretanto, isso poderá ocorrer se o manejo for bem executado, o for vínculo estabelecido, e se o paciente conseguir manter uma frequência razoável às sessões. As possíveis respostas para o problema de pesquisa serão desenvolvidas a seguir.

Percebe-se que a clínica com os pacientes *border* exige muita disponibilidade emocional, pois precisam do contato humano e acaba dependendo muito do terapeuta. Essa clínica também precisa de formas de comunicação que contenha e dê limites as moções, que dê confiança, e, também firmeza para dar a sensação de continuidade, assim como a “mãe suficientemente boa”. Os resultados obtidos junto aos pacientes não são lineares, há momentos

de crise e regressão. Mas o vínculo estabelecido entre paciente e terapeuta é visto em todos os autores como meio de integrar o *Self* dos *borderline*, e conseqüentemente ele pode experimentar relações mais adequadas, ao invés de analíticas ou adictas. Esse é o ponto chave para entender a instabilidade emocional, pois ela é oriunda dos sentimentos de intrusão e separação dos objetos, portanto, estabelecendo relações com os objetos mais saudáveis as instabilidades diminuam.

Não tendo relações analíticas, conseqüentemente não estará fusionado no Outro, não se sentirá invadido ou desamparado. Não se pretende reduzir a uma tarefa fácil e rápida, ao contrário, é preciso dar uma direção ao tratamento, que poderá ser sentida, ou não, junto ao paciente. Ademais, apesar do manejo não se utilizar necessariamente da psicanálise clássica, como a associação livre e interpretação, o manejo é feito com análises de transferências e a simbolização das contratransferências, portanto existe uma continuidade dessa abordagem, ou seja, ainda é psicanálise. Conclui-se que os autores que apareceram nos resultados das buscas, ou seja, psiquiatras e psicólogos estão trabalhando em consonância com a literatura psicanalítica.

Foi perceptível que os *actings* são uma forma de comunicação, que o *holding* e o *holding* corporal são ferramentas preciosas se bem empregadas. E pequenas frustrações poderão ser inseridas conforme a separação paciente-terapeuta se processa. Tudo isso está concomitantemente ligado a adesão ao tratamento, assim como a flexibilização do enquadre, sendo necessário o enquadre interno do analista. Portanto para se prevenir o abandono, o terapeuta deve ter o enquadre interno, ser flexível, continente, evitar interpretações, acolher, sustentar, suportar as identificações projetivas e as contratransferências.

No entanto, os resultados da pesquisa abordaram apenas os fatores ligados ao *setting* e ao terapeuta, e não ampliou para as questões pessoais do paciente, como falta de rede de apoio e dificuldade financeira. Infere-se que não existe um fator para o abandono, mas um conjunto de fatores. Como já foram amplamente discutidos neste estudo os problemas que ocorrem na análise dos *borderlines* são muitos, contudo é importante salientar a importância do tripé da psicanálise segundo Freud (1915): análise pessoal, estudo, embasamento e análise teórica, e supervisão clínica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento e a diminuição dos sintomas TPB se mostram um desafio para a ciência de forma geral. Durante o trabalho verificou-se que a hipótese foi confirmada, porque durante os resultados da pesquisa, identificaram-se alguns exemplos de psicoterapias psicanalíticas com resultados positivos, e também estudos teóricos que recomendam a psicanálise.

No entanto, cabe ressaltar que o objetivo desse estudo é apenas identificar e descrever o que foi realizado por outros profissionais e quais resultados eles obtiveram, abrindo assim caminho para outras pesquisas. No que se refere à diminuição da instabilidade e a relação analítica, esses estão ligados, pois invasões e separações provocam essa instabilidade emocional nos TPBs.

O presente estudo pôde identificar dentro da abordagem psicanalítica, quais métodos de manejo têm sido aplicados por psicólogos e psiquiatras e quais os resultados obtidos referentes à adesão ao tratamento e melhora do quadro *Borderline*. Foram investigados os métodos de manejo psicanalíticos que estão presentes na literatura, referente ao tratamento e manejo do paciente *borderline*.

Foram explorados os efeitos na adesão do paciente *Borderline*, assim como na melhora do quadro. Sobre a descrição dos contextos que fazem os pacientes *Borderline* abandonarem o tratamento, estão diretamente ligados ao manejo adequado e rede de apoio, portanto, práticas podem ser aplicadas para prevenir esse abandono.

A resposta para o problema de pesquisa está justamente na hipótese confirmada acima, mais ainda, pôde-se dizer que as formas de manejo que têm sido usados por psicólogos e psiquiatras na abordagem psicanalítica são: *holding* e *holding* corporal, manejo das transferências e contratransferências, comunicação que extrapolem o campo verbal, vinculação entre paciente-terapeuta, evitar interpretações, identificar momentos de transferência neurótica e psicótica, continência, não utilizar associação livre, estabelecer um enquadre interno e flexibilidade das regras.

As limitações durante este trabalho estiveram relacionadas aos números limitados de artigos encontrados, assim como as plataformas que foram apenas três e em língua portuguesa, ou seja, mais trabalhos com essa temática estão publicados em outras plataformas e em outras línguas, podendo também ser explorados.

Portanto, esse trabalho não os contempla aqui, necessitando de outras pesquisas, estudos experimentais, pesquisas empíricas, estudos de campo. Uma questão trazida por alguns autores foi o trabalho em equipe, no que tange a supervisão clínica, mas não citaram a equipe “multi”,

portanto, estudos que abordam a psicanálise e a interdisciplinaridade no atendimento *borderline* se fazem necessários também.

As dificuldades encontradas foram referentes à mudança de metodologia que inicialmente era pesquisa de campo, e depois se tornou uma pesquisa de revisão sistemática, devido ao prazo do Comitê de Ética em Pesquisa e o cuidado com as pesquisas práticas, como também ao fato do distanciamento social desse primeiro semestre de 2020.

Cabem então, no futuro, outras pesquisas com essa temática, em forma de entrevistas com profissionais psicólogos e psiquiatras psicanalistas. Sugere-se que os profissionais de psicologia e mesmo da psiquiatria que trabalhem com a psicanálise, bem como acadêmicos destas mesmas áreas, promovam o aprofundamento da produção científica nessa temática, trazendo desdobramentos para o âmbito acadêmico, profissional e social.

Para atender pacientes fronteiros é preciso, por parte do analista, persistência, desejo, e coragem, para se defrontar com suas próprias limitações. É uma experiência de submersão em um oceano inexplorável. Os analistas são colocados ao limite das técnicas, oferecendo-se como ego auxiliar, pois em se tratando de traumas tão arraigados e um *self* não integrado, há a dificuldade de simbolização.

A clínica de Winnicott convida os terapeutas a serem para o sujeito *borderline* a “mãe suficientemente boa”, aquela que oferece ao bebê possibilidades de desejar, destruir e sobreviver ao objeto. É a forma mais sublime de empatia. O terapeuta deve reconhecer o privilégio de vivenciar essa rica clínica, a experiência com esse Outro, que toca e o modifica profundamente. Não há como ser o mesmo, não há como voltar depois desse mergulho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE JUNIOR, Moisés de. O desejo em questão: ética da psicanálise e desejo do analista. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 183-196, dez. 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141511382007000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 set. 2019.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>.

BALLONE GJ, MOURA EC - *Personalidade Borderline*- in. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2008
BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zaha, 1999.

BESSET, Vera Lopes. Angústia e desamparo. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p.203-215, set. 2002.

BERGERET, J. **La personnalité normale et pathologique**. Paris: Dunod, 1974.

BEZERRA, Glaydcianne Pinheiro. Associação entre a função reflexiva e a funcionalidade global em pacientes diagnosticadas com transtorno de personalidade borderline. 2019.

Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/199085/001093272.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

BITTENCOURT, Aline Alvares. Psicoterapia psicanalítica com pacientes borderline: construindo pontes entre pesquisa e prática clínica. 2015. Disponível em:

http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4971/Aline%20Alvares%20Bittencourt_.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

BLEICHMAR, BLEICHMAR. **A psicanálise depois de Freud: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012 (acesso 2 out. 2019).

BRASIL. Ministério da Saúde. **DIRETRIZES METODOLÓGICAS: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemtica.pdf. Acesso em: 05 de Maio de 2020.

BRITO, Wallace da Costa; CANAVEZ, Fernanda. A memória nos textos iniciais de Freud. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 101-122, dez. 2016. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223664072016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2019.

BURSZTYN, Daniela Costa. O tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas: um desafio para a psicanálise. **Estudo de Pesquisa Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr.

2008. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812008000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 set. 2019.

BURSZTYN, Daniela Costa. O tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas: um desafio para a psicanálise. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 126-135, abr. 2008. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100014>.

CAMPAILLA, Giuseppe. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

CAMPEZATTO, Paula Von Mengden; SERRALTA, Fernanda Barcellos; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Adesão à técnica psicanalítica no processo de psicoterapia com uma paciente borderline. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 18, n. 2, p. 3-19, 2016. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/rbp.celg.org.br/pdf/v18n2a02.pdf>.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p.611-614, out. 2004.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.741-763, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-3312014000300741&script=sci_abstract&tlng=pt

CRUZ, Marcelo Soares da. **Adição ao outro em pacientes fronteirços: um estudo psicanalítico**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno *borderline*: história e atualidade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 2, n. 2, p. 52-71, jun. 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000200052>

JÚNIOR, Álvaro F. de Brito; JÚNIOR, Nazir Feres. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência: Olhares e Pesquisa em Saberes Educacionais**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. Disponível em: Acesso em: 29 jan. 2016.

DIAS, Elsa Oliveira. Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-8, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. **Teorias da personalidade**. 2. ed. São Paulo: Harbra,, 1986.

FERRAZ, Flávio Carvalho. **Perversão (coleção Clínica Psicanalítica)**. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

FIGUEIREDO, L.C. O caso-limite e as sabotagens do prazer. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, ano III, v. 2, jun/2000, p.61-87. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142000000200061&script=sci_abstract&tlng=pt>

FINK, Bruce. **Introdução a psicanálise lacaniana**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

FREUD, Sigmund. (2006b). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. *Obras completas, ESB*, v. XI. Imago: Rio de Janeiro. (Trabalho original publicado em 1910).

FREUD, Sigmund. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 9, p. 185-208, 1908.

FREUD, Sigmund. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu, 1985.

FREUD, Sigmund. (1914). **Recordar, repetir e elaborar** (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 191-203). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914) .

GEREMIA, L. et al. A aliança terapêutica no paciente diagnosticado com transtorno de personalidade *borderline*. (UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos) **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, vol. 20, n. 2, pp. 20 - 47, Jul/Dez, 2016 – ISSN 2237-6917.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOODMAN, Geoff; EDWARDS, Keiha; CHUNG, Hyewon. The relation between prototypical processes and psychological distress in psychodynamic therapy of five inpatients with borderline personality disorder. **Clinical psychology & psychotherapy**, v. 22, n. 1, p. 83-95, 2015.

GREEN, André. 25/08/1986- 1ª conferência: Conceituações e limites. In: *Conferências Brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

HALL, Calvin S.; GARDNER, Lindzey. A psicologia existencial. **Teorias da personalidade**. São Paulo: EPU, 1984.

HEGENBERG, Mauro. **Borderline**. 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Comprehensive textbook of psychiatry**/VI. Wiliams & Wilkins, 1995.

KERNBERG, O. F. *Borderline Personality Organization*. **Journal of American Psychoanalytic Association**, v. 15, p. 641-685, jan. 1967.

KERNBERG, Otto et al. Psicoterapia psicodinâmica de pacientes *borderline*. **RCS Lopes, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.(Trabalho original publicado em 1989)**, 1991.

KERNBERG, Otto F. Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: Controvérsias contemporâneas. **Psicanálise contemporânea: Revista Francesa de psicanálise**. Rio de Janeiro: p. 23-49, 2003.

KERNBERG, Otto F. **Severe personality disorders**. Nova York: Jason Aronson, 1984.

KERNBERG, Otto F. **Desordenes fornteirizos y narcisismo patológico**. Buenos Aires: Paidós, s/d. 1979.

KERNBERG, Otto F. et al. **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline**. Porto Alegre: Artmed, 1991.

LAPLANCHE, Jean. La pulsion de mort dans la théorie de la pulsion sexuelle. 1986.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Baptiste. Vocabulário da psicanálise (P. Tamen, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEVY PS; LEMESHOW S. Sampling for health professionals. Belmont: LLP, 1980.
MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-V. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. Associação Psiquiátrica Americana – APA. (2014).

MAROTTI, J et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. V. 20, n. 2, p. 186-194, maio-ago 2008.

MATTOS, Ligia Todescan Lessa. Um território sem fronteiras: os casos-limite. **Jornal de Psicanálise**, v. 51, n. 95, p. 43-57, 2018.

MAZER, Angela K.; MACEDO, Brisa B. de; JURUENA, Mário Francisco. Transtornos da personalidade. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 50, n.1, p. 85-97, fev. 2017.

MORAIS, Renata Arouca de Oliveira. A contratransferência como dispositivo de trabalho na clínica psicanalítica com pacientes fronteirizos. 2015.

MORETTO, Maria Livia Tourinho; KUPERMANN, Daniel; HOFFMANN, Christian. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 20, n. 1, p. 97-112, 2017.

MURAN, Christopher J.; SAFRAN, Jeremy D.; SHAKER, Alexandra. Research oh therapeutic impasse and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, v. 50, 2009, 211-232. doi: 10.1080/00107530.2014.880318

NASIO, Juan-David. **Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa**. Zahar, 2007.

NASIO, Juan-David. Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan. *Transmissão da Psicanálise – 41*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

NISHIKAWA, Eunice; FIORE, Maria Luiza; HARDT, Orlando. Histeria e borderline: mo (vi) mentos da clínica psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**, v. 50, n. 93, p. 273-289, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, RS: Artmed, 1993.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the *borderline* group of neuroses”. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 2, n. 2, p. 153-158, Jun, 1999.

PISANDELLI, Sergio Pedro. **As Sete Escolas da Psicanálise**. S/l: Ipace, 2012.

ROMARO, Rita Aparecida. O sentimento de exclusão social em personalidade *borderline* e o manejo da contratransferência. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.65-71, jan.-jun. 2002.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, Guilherme Geha dos; MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros *borderline*. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 285-293, ago. 2018.

SANTOS, Guilherme Geha dos. **O paciente *borderline* na literatura psicanalítica, de 1930 a 2016**. 2017. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Maringá.

SANTOS, Paula França dos. A transferência e a contratransferência na clínica dos estados-limite: o afeto como um recurso de elaboração do trauma. 2016.

SILVA, Milena da Rosa et al. Andando na corda bamba: desafios técnicos do atendimento de pacientes *borderline*. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 18, n. 1, p. 13-22, 2016.

Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/rbp.celg.org.br/pdf/v18n1a02.pdf>.

TENENBAUM, Decio. Desafio: abordagem clínica das psicoses e estados fronteiriços. XXI Congresso Brasileiro de Psicanálise. Porto Alegre, 09 a 12 de maio de 2007.

VERONEZ, Solange. A problemática do holding corporal na análise do paciente *borderline*: um estudo de caso. 2017.

WEBB, C. A., DERUBEIS, R. J., AMSTERDAM, J. D., SHELTON, R. C., HOLLON, S. D., DIMIDJIAN, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 279-283. doi: 10.1037/a0023252

WINNICOTT, Donald Woods. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. **Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro, *Imago*, p. 374-392, 2000.

WINNICOTT, Donald Woods. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: **O brincar e a realidade**. 1975. p. 153-62.

ZANETTI, Sandra Aparecida Serra; CIANCA, Geovanna Moreno. Contribuições da psicanálise Winnicottiana à clínica com adolescentes fronteiriços: estudo de um caso. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 294-304, 2017.

ZIMERMAN, David E. **Manual de técnica psicanalítica**: uma revisão. Porto Alegre: Artmed, 2008.