

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GUILHERME GEHA DOS SANTOS

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

Maringá
2017

GUILHERME GEHA DOS SANTOS

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicanálise e Civilização.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto.

Maringá
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR, Brasil)

S237p Santos, Guilherme Geha dos
O paciente borderline na literatura
psicanalítica, de 1930 a 2016 / Guilherme Geha dos
Santos. -- Maringá, PR, 2017.
173 f.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello
Neto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes,
Departamento de Psicologia, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, 2017.

1. Transtorno da personalidade Borderline. 2.
Psicanálise. 3. Psicopatologia. 4. Borderline. I.
Mello Neto, Gustavo Adolfo Ramos, orient. II.
Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências
Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.
Título.

CDD 23.ed. 616.8585

MRP-003585

GUILHERME GEHA DOS SANTOS

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martinez
PPI/Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Aprovada em: 29 de março de 2017.

Local da defesa: Sala 25 do Bloco D-34, campus da Universidade Estadual de Maringá.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que confiaram a mim a função de analista.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço à minha família por oferecer as condições necessárias para que minha atenção se voltasse ao trabalho. Em especial, menciono meu pai, Paulo José Palma dos Santos, por servir como referência a meus trabalhos, minha mãe, Samya Geha dos Santos, pelo carinho nas condições mais adversas, meu irmão, André Geha dos Santos, pela simplicidade com que me mostra o que é o amor fraterno, minha grande parceira para a vida, Julia Doré da Rocha, fonte inesgotável de atenção e energia, e minha madrinha “de coração”, Fátima Geha, por me ensinar o respeito à psicanálise.

Agradeço a meu orientador, Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto, pela atenção que prestou desde minha graduação e por ter me ofertado e confiado a possibilidade de ser mais uma vez seu aluno.

À Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martinez, pela hospitalidade com que recebe ideias e visitas ao laboratório, sendo anfitriã de encontros amistosos e discussões calorosas.

À minha analista, Belmira Massali, por me acompanhar nestes longos anos de trabalho analítico, sem os quais as ideias e planos profissionais ainda seriam confusões intermináveis e angustiantes.

Ao Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira, por ter participado deste trabalho com contribuições essenciais.

Aos membros do *Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização*, por constituírem um ambiente de discussão intelectual em psicanálise absolutamente essencial na produção de pesquisas.

EPÍGRAFE

*If you should go skating
On the thin ice of modern life
Dragging behind you the silent reproach
Of a million tear-stained eyes
Don't be surprised when a crack in the ice
Appears under your feet
You slip out of your depth and out of your mind
With your fear flowing out behind you
As you claw the thin ice*

(Excerto de *The Thin Ice*, Roger Waters, 1979)

*Se você vai patinar
Sobre o gelo fino da vida moderna
Arrastando atrás de você a censura silenciosa
De milhões de olhos manchados de lágrimas
Não fique surpreso quando uma rachadura no gelo
Aparecer sob seus pés
Você desliza para fora do seu íntimo e fora da sua mente
Com seu medo fluindo atrás de você
Enquanto o gelo fino você agarra*

(Excerto de *O Gelo Fino*, Roger Waters, 1979)

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

RESUMO

A proposta deste trabalho é a de examinar a literatura psicanalítica acerca do quadro psicopatológico “*borderline*”, de 1930 até 2016. Para tanto, realizamos uma pesquisa no buscador *PsycInfo*, com os termos “*Borderline Disorder AND Psychoanalysis*”, que resultou em 620 artigos. A partir deles, encontramos 45 que compuseram nosso material de investigação. Após a leitura e o fichamento destes artigos, realizamos análises para investigar relações entre eles. Essas análises versam, entre outros, sobre as pesquisas com o quadro em apreço, a evolução histórica da compreensão do quadro e vários rótulos diagnósticos que foram criados como alternativa e crítica ao termo *borderline*. Ademais, analisamos as compreensões psicodinâmicas desenvolvidas pelos autores, as quais envolveram mecanismos de defesa, como a cisão, ou conceitos da clínica psicanalítica, como a psicose de transferência. Ao longo dos artigos, vimos conceitos se repetirem, como a identificação projetiva, possibilitando correlações, e também novos aspectos serem identificados, como a importância conferida à contratransferência, possibilitando o exame de divergências entre os autores. Teceremos, ao final, conclusões nossas sobre a identificação de um objeto *borderline* e sobre a pesquisa científica com o quadro *borderline* e a psicanálise. Essas conclusões oferecem uma perspectiva de análise da literatura, possibilitando futuras investigações.

Palavras-chave: Psicanálise. *Borderline*. Psicopatologia. Exame de literatura.

The *borderline* patient in the psychoanalytic literature, from 1930 to 2016.

ABSTRACT

The proposition of this work is to examine the psychoanalytic literature about the psychopathological framework “*borderline*”, from 1930 to 2016. For that reason, we realized a research on the *PsycInfo* searcher, with the terms “*Borderline Disorder AND Psychoanalysis*”, that resulted in 620 papers. From them, we found 45 that composed our investigation material. After the reading and analysis of those papers, we analyzed the relations between them. Those analyses refer, among others, about the researches with the framework selected, the historical evolution of the comprehension of the framework and the various diagnostic labels that has been created as an alternative and critic of the term *borderline*, as well. Furthermore, we analyzed the psychodynamic comprehensions developed by the authors, which involved defense mechanisms, such as splitting, or concepts of the psychoanalytic clinic, such as the transference psychosis. Through the papers, we saw concepts being repeated, like projective identification, that permitted correlations, and new aspects being identified, such as the importance given to countertransference, that permitted the exam of divergences between authors. We will make, at the end, conclusions about the identification of a *borderline* object and about the scientific research with the *borderline* framework and psychoanalysis. These conclusions offer a perspective of analysis of the literature, allowing future researches.

Keywords: Psychoanalysis. *Borderline*. Psychopathology. Literature exam.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	10
2	O início das investigações clínicas aprofundadas sobre o <i>borderline</i>.....	20
2.1	<i>Análise.....</i>	45
2.1.1	Posicionamento entre a neurose e a psicose e diferenças entre outras psicopatologias.....	45
2.1.2	Críticas ao termo e à classificação.....	47
2.1.3	Psicodinâmica: desenvolvimento e organização.....	47
2.1.4	Sintomas e características: como a psicodinâmica aparece na clínica.....	48
2.1.5	Psicanálise e psicoterapia: técnica, falhas e dificuldades.....	49
2.1.6	Objetivos gerais da psicanálise.....	51
2.1.7	Transferência, contratransferência e função do analista.....	51
3	Proposições teóricas e técnicas sobre o <i>borderline</i>: a cisão como mecanismo fundamental.....	53
3.1	<i>Análise.....</i>	87
3.1.1	Definição: da neurose à psicose.....	87
3.1.2	Críticas ao termo e à classificação.....	87
3.1.3	O desenvolvimento do quadro.....	88
3.1.4	Psicodinâmica.....	89
3.1.5	Características e sintomas.....	89
3.1.6	Análise, técnica e psicoterapias.....	91
3.1.7	Os objetivos da psicanálise.....	91
3.1.8	Transferência, contratransferência, postura do analista e comunicação.....	92
4	Revisões de literatura e aprofundamentos no conceito de cisão a partir da noção de identificação projetiva.....	94
4.1	<i>Análise.....</i>	113
4.1.1	História, pesquisas e definição.....	113
4.1.2	Diagnóstico e prognóstico.....	114
4.1.3	Psicodinâmica.....	115

4.1.4	Análise, técnica terapêutica e técnica de apoio.....	117
4.1.5	<i>Setting</i> e situação de tratamento.....	117
4.1.6	Transferência, contratransferência e comunicação do paciente.....	118
5	Novas perspectivas de tratamento e compreensão do quadro <i>borderline</i>	120
5.1	<i>Análise</i>	139
5.1.1	Histórico.....	139
5.1.2	Considerações sobre a definição.....	140
5.1.3	Psicodinâmica: desenvolvimento, sintomas, comportamentos e mecanismos de defesa.....	141
5.1.4	Análise, técnicas psicoterapêuticas e pesquisas.....	142
5.1.5	<i>Setting</i> e dificuldades na situação de tratamento.....	143
5.1.6	Transferência, contratransferência e comunicação.....	144
6	Conclusão	146
6.1	<i>Temas gerais</i>	146
6.2	<i>A ideia de um objeto <i>borderline</i> a partir da literatura psicanalítica</i>	152
6.2.1	O objeto <i>borderline</i> : angústias, sintomas e as relações do sujeito <i>borderline</i>	152
6.2.2	As técnicas terapêuticas e o objeto <i>borderline</i>	156
6.2.3	A transferência, contratransferência e o vínculo sob a ótica de um objeto <i>borderline</i>	160
7	Considerações finais	162
	Referências	168

1. Introdução

Esta dissertação está vinculada ao *Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização* (LEPPSIC)¹ e tem como tema o quadro psicopatológico “*borderline*” (também chamado limite ou limítrofe) – denominação que visa, em linhas gerais, a classificar aquele que estaria entre a neurose e a psicose. Trata-se de uma análise da literatura cujo recorte realizado abarcou o campo da psicanálise. No entanto, por se tratar de um quadro que é discutido também em outros campos, como a psiquiatria e a saúde pública, algumas informações breves de outras áreas compuseram a pesquisa.

O interesse pelo quadro *borderline* se deu a partir de problemas transferenciais e contratransferenciais enfrentados pelo autor e colegas de trabalho em uma instituição de atenção psicossocial à pacientes com transtornos mentais graves. O caso se deu com uma paciente que poderia ser diagnosticada com Transtorno da Personalidade *Borderline*, segundo o DSM-5 (APA, 2014), ou seja, segundo a psiquiatria. No entanto, a variabilidade de sintomas que apresentava, a saber, as ameaças e tentativas de suicídio, as tentativas de manipular o terapeuta e os outros profissionais, sua instabilidade, entre outros, sugeriam também para a psicanálise um caso *borderline* – entre a psicose e a neurose. A partir dessa razão pessoal, ou pessoalmente profissional, iniciamos uma pesquisa para encontrar elementos teóricos e clínicos de autores que pudessem oferecer auxílio ao manejo daquele caso.

Dessa investigação, surgiu um incômodo ao perceber que o paciente *borderline* era tratado pela psiquiatria, quase de forma unânime, representada pelo DSM-5 (APA, 2014) e CID-10 (OMS, 1993/2011) e por parte da psicanálise como um transtorno da personalidade, ou como um tipo de organização da personalidade. Ora, não seriam os transtornos psicopatológicos, todos, transtornos da personalidade? Do modo como agimos, reagimos ou interagimos com o ambiente externo ou interno? Desse modo, a razão pessoal e profissional avançou para uma razão acadêmica. O paciente chamado de *borderline* seria classificado deste modo pelo montante de conhecimento científico adquirido e desenvolvido ou por estar à margem do conhecimento desenvolvido? Seria alguém, em psicopatologia, ou seria um não-alguém?

As descrições clínicas, principalmente dos sintomas, mostraram convergências desconcertantes sobre algo que se define pela dupla negativa. Ou seja, vários autores

¹ Coordenado pelo Prof. Dr. Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto e pela Prof.^a Dr.^a Viviana Carola Velasco Martinez.

definiram o *borderline* como alguém não psicótico e não neurótico e conseguiram convergir, por exemplo, a respeito de que o risco de tentativas de suicídio é alto nestes pacientes, se comparado aos neuróticos e psicóticos. Portanto, convergia-se em alguns pontos sobre algo que não se tinha conhecimento sólido.

É nessa convergência de razões pessoais, profissionais e acadêmicas que este trabalho foi iniciado e executado. Ao passo que novas descrições, definições e teorizações clínicas são desenvolvidas, faremos um caminho inverso, de tentar recuperar parte da história e da literatura sobre esse tipo de transtorno, que foi alvo e objeto de uma grande quantidade de autores na psicanálise. Logo, o objetivo principal deste trabalho não é o de acrescentar algo novo ao quadro *borderline*, mas examinar o discurso de autores da literatura psicanalítica sobre ele, traçando uma breve linha histórica do pensamento psicanalítico acerca desta patologia. Pensamos na importância deste objetivo uma vez que a variabilidade sintomática que este tipo (ou tipos) de paciente(s) mostra(m) é tão grande que se incorre no risco de cada analista criar seu próprio *borderline*.

Buscamos, então, realizar um trabalho extenso (mas de amplitude mínima se comparada ao número de trabalhos existentes sobre o tema em psicanálise), que contribuísse não com o aprofundamento das investigações psicanalíticas, mas com o conjunto dessas investigações. Em outras palavras, o esforço deste trabalho não é o de revisar ou de ampliar o “estado da arte”, mas de fazer um intermeio, de possibilitar conexões e informações para pesquisas em psicanálise e pesquisas com método psicanalítico – a diferença entre estes tipos de pesquisa será explicada posteriormente –, que envolvam algo ou alguém que seja colocado como limite, como *borderline*. Essa necessidade é evidenciada por Ribeiro, Cordás e Nogueira (2011, p.119), quando os autores dizem que apesar da produção de livros específicos sobre psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*, “não houve respostas claras sobre tratamentos efetivos para o transtorno da personalidade *borderline*, que continua necessitando de novas e mais esclarecedoras pesquisas”.

Com isso, seguindo um tipo de proveito sugerido por Eco (1983) para trabalhos científicos, esta pesquisa pretende ser útil aos demais pesquisadores, oferecendo informações aos clínicos da psicanálise e aos que investigam o quadro *borderline*. Por essa razão, os resumos produzidos ao longo da pesquisa foram mantidos quase integralmente, em razão da escassez de artigos importantes traduzidos para o português. Apesar de não ter pretensões de tradução (os textos em línguas estrangeiras foram traduzidos de maneira livre, por nós), há a pretensão de que estes se tornem mais próximos do público brasileiro.

Os textos foram traduzidos por nós de maneira livre, como dissemos. Algumas expressões mais problemáticas, como “*anxiety*” foram traduzidas para o português na forma mais próxima da psicanálise, ou seja, “angústia”. O próprio termo “*borderline*” foi mantido sem tradução e, também, sem sua forma plural. Isso é algo variável na literatura brasileira e nossa opção por usar o termo apenas em sua forma singular foi somente um modo de uniformizarmos nosso texto, não refletindo uma posição teórica nossa.

Antes de adentrar o campo psicanalítico propriamente, retomaremos brevemente duas teorizações que antecedem o início da discussão desse tipo de paciente na psicanálise e, portanto, dizem respeito à medicina. Com isso, mostraremos a existência de um contexto de investigação de pacientes que desafiavam as classificações tradicionais e apresentavam problemas no tratamento e na relação com o médico. Para tanto, utilizaremos aqui, inicialmente, a revisão bibliográfica de Dalgalarrondo e Vilela (1999), *Transtorno borderline: história e atualidade*.

Já no final do século XIX, Kahlbaum e Hecker descreveram uma síndrome que intitularam de heboidofrenia, com características próximas a hebefrenia (na qual, sintomas psicóticos seriam claros). A heboidofrenia seria comum em adolescentes e não envolveria perdas na cognição, mas apresentaria grandes flutuações no humor e comportamento, bem como a fácil irritabilidade e, em casos mais graves, comportamentos delinquentes. Estas características são apontadas pelos autores como sendo próximas ao que se entende atualmente por um quadro *borderline* (Dalgalarrondo & Vilela, 1999).

Após a virada para o século XX, Eugen Bleuler, em seus trabalhos sobre a esquizofrenia, percebeu pacientes que, apesar de apresentarem sintomas desta patologia, também tinham características sociais comuns. Desta forma, cunhou o termo “esquizofrenia latente”, indicando, também, a grande irritabilidade em alguns pacientes (Dalgalarrondo & Vilela, 1999).

Os grupos de pacientes em ambas as patologias mencionadas apresentavam sintomas de quadros psicopatológicos graves como de psicoses e de quadros mais leves, como neuroses. Isso foi de tal forma relevante que fundamentou o desenvolvimento de entidades diagnósticas próprias. A ideia de possuir aspectos leves e graves de maneira evidente também foi seguida na psicanálise, o que, por sua vez, endereça-nos ao tema de pesquisa.

Se a diferença terminológica existia desde os trabalhos iniciais sobre o paciente que se assemelhava à esquizofrenia sem apresentar o desenvolvimento de uma psicose franca, também na aproximação psicanalítica essa diferença se fez (e se faz) notada. No entanto, não

se trata aqui apenas de empregar diferentes rótulos diagnósticos para um mesmo grupo de pacientes, englobados pela ideia de “*borderline*”, mas de identificar e examinar conceitos divergentes sobre como se desenvolvia a patologia e se tratava esse tipo de paciente. É nesse contexto de divergências sobre um grupo incerto e pouco delimitado de pacientes que se construiu esta proposta de exame da literatura.

Nossa proposta é a de examinar um material bibliográfico da psicanálise que se estende das primeiras investigações clínicas do paciente *borderline* até às discussões e teorizações no momento atual. Neste exame não foram estabelecidos critérios prévios de análise, pois o objetivo era identificar os conteúdos dos pacientes *borderline* como descritos pelos autores e não se aprofundar em uma ou outra concepção. Por sua vez, isto permitiu relacionar e examinar as informações descritas.

Exemplifiquemos: não buscamos textos na década de 1940 que falassem sobre problemas transferenciais na análise com esses pacientes, mas identificamos, nos textos trabalhados, que os autores discorriam sobre essas questões, com divergências e convergências. Percebe-se, portanto, que este trabalho visa a acrescentar valor à contextualização histórica de um quadro que, desde as primeiras investigações clínicas, é visto com incertezas tanto sobre suas definições e delimitações, quanto sobre sua análise e tratamento.

Sob este escopo de pesquisa, desenvolveu-se um caminho metodológico específico, que é exposto a seguir.

Inicialmente, pesquisamos no site de buscas *PsycInfo*, da Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association*), as palavras-chave “*Borderline Disorder AND Psychoanalysis*”. Essa busca resultou em 620 artigos, cujos resumos foram lidos de maneira a selecionar apenas materiais psicanalíticos sobre o quadro *borderline*. Isso foi necessário, haja vista a existência de artigos que apresentavam outras ênfases, como drogadição, psicose, psicofarmacologia, neurologia, entre outros.

Após essa seleção, nos artigos psicanalíticos encontrados que tratavam sobre o paciente *borderline*, foram percebidas lacunas concernentes à produção nas décadas de 1930, 1940, 1950 e 1960. Ou seja, nos 620 artigos encontrados, havia poucos artigos anteriores a 1970, porém, eles eram citados nos trabalhos selecionados, mostrando lacunas. Elas foram supridas a partir das próprias referências bibliográficas contidas nos artigos posteriores, os quais, repetidamente, apontavam textos fundamentais como os de Stern (1938), Deutsch (1942/2007), Knight (1953), entre outros.

Nas décadas subsequentes, de 1970 em diante, o número de artigos é que se tornou obstáculo, dado o seu grande montante. Para eles, usamos como filtro o critério de selecionar apenas os artigos que tratassem do quadro *borderline* em linhas gerais, ou seja, que tentassem definir e explicar essa categoria psicopatológica. Apesar disso, o número de artigos continuou grande, de forma que muitos foram descartados para que o texto dissertativo não se alongasse, pois isso tornaria a análise das informações apenas um trabalho de comparação de informações superficiais. Para essas últimas exclusões, nosso critério foi o de priorizar pela não repetição frequente de autores. Aqui, no entanto, daremos uma explicação.

Priorizar pela não repetição frequente de autores foi uma decisão tomada com a finalidade de ampliarmos esta revisão, evitando o trabalho exclusivo com autores populares na pesquisa com o quadro *borderline*. Contudo, majoritariamente nos capítulos iniciais, algumas repetições foram feitas. Os autores repetidos apresentaram informações novas ao longo de seus trabalhos, convergindo ou divergindo de suas exposições iniciais, e, portanto, nos serviram como material de análise. Ao final desta seleção, 45 artigos compuseram o todo deste trabalho.

Em razão do caminho metodológico que tomamos, os livros produzidos sobre o quadro *borderline* não fizeram parte de nossa pesquisa, à exceção daqueles que organizavam artigos. Em função do buscador que utilizamos ser americano, a literatura francesa, alemã, espanhola e brasileira do tema não esteve presente em sua totalidade. Não obstante, textos de autores dessas nacionalidades foram abarcados em suas traduções ou publicações inglesas. Esta é uma lacuna de nosso trabalho, porém, no nosso entender, é fruto de um recorte que nos permitiu realizar esta pesquisa. Ou seja, numa investigação científica de revisão da literatura, uma delimitação necessariamente excluirá parte desta literatura. Contudo, o recorte permitirá o aprofundamento.

Uma vez explicado o caminho que tomamos para selecionar os artigos trabalhados, torna-se necessário o aprofundamento nas diferenças entre pesquisa em psicanálise e pesquisa em psicanálise com método psicanalítico, que mencionamos anteriormente. Isso esclarece a forma da execução de nossa pesquisa, mas também a maneira pela qual fizemos nossas leituras e construímos nossas conclusões.

Segundo Figueiredo e Minerbo (2006) a pesquisa em psicanálise é entendida como mais irrestrita, não necessitaria de um psicanalista, poderia ser feita por um historiador, por exemplo, e a relação com a psicanálise estaria no fato desta poder ser um objeto, como, por exemplo, ao ser examinada no campo epistemológico. Já a pesquisa com o método psicanalítico demandaria a figura do psicanalista e seria produzida a partir da metodologia

própria da psicanálise. Não obstante, utilizar-se do método psicanalítico poderia ser feito na pesquisa fora da situação analítica.

Outro aspecto que diferencia estes dois tipos de pesquisa, segundo Figueiredo e Minerbo (2006), seria a relação entre sujeito e objeto. Na pesquisa em psicanálise, assim como nas ciências humanas, o pesquisador busca encontrar respostas às suas hipóteses, utilizando-se de metodologia específica para verificá-las. Já na pesquisa com método psicanalítico, a “entrega do ‘pesquisador’ ao ‘objeto’, o deixar-se fazer por ele e, em contrapartida, construí-lo à medida que avançam suas elaborações e descobertas faz desta ‘pesquisa’ um momento na história de uma relação que não deixa nenhum dos termos tal como era” (Figueiredo & Minerbo, 2006, p.260).

Como dito anteriormente, a pesquisa com o método psicanalítico, apesar de necessitar de um psicanalista, não é feita apenas no campo clínico. Ela pode ser realizada no campo da teoria, tendo como objeto, entre outros, os textos. “O leitor de um texto, por exemplo, responde ao apelo de leitura que tal peça constitui e ao responder seriamente a tal demanda [...] dá a ele novo fôlego, novas possibilidades interpretativas, novo futuro” (Figueiredo & Minerbo, 2006, p.261). Para os autores, a boa leitura de um texto configura um processo ambíguo, de descoberta e invenção, pois o que é produzido não é feito sem as informações do texto, nem sem a reflexão do pesquisador psicanalista. Aqui, então, entraria algo caro à psicanálise, a transferência e a contratransferência.

Ao exemplificar a pesquisa em psicanálise com o método psicanalítico, utilizando-se de uma entrevista, os autores discorrem sobre a escuta flutuante. Valemo-nos desta também para a leitura de um texto, quando na modalidade de pesquisa com método psicanalítico, a escuta flutuante é “descentrada do tema central, intencionado; um recorte do texto privilegiando temas, expressões, brechas, palavras, ou quaisquer elementos que sirvam como cunha para desconstruir o texto; uma reconstrução deste texto que permita ao analista criar ali um sentido novo” (Figueiredo & Minerbo, 2006, p.263).

Com esse aprofundamento, torna-se possível identificar que nossa pesquisa caminha por dois métodos. Primeiramente, o da pesquisa em psicanálise, quando selecionamos os artigos que compuseram nosso trabalho por meio do caminho que explicamos. Nesse momento não houve escuta flutuante, houve a busca de rigor sistemático e metodológico para encontrar artigos que satisfizessem nossos critérios.

A partir da leitura destes artigos começa o segundo momento da pesquisa, já com o método psicanalítico, como descrito por Figueiredo e Minerbo (2006), uma vez que o que extraímos dos textos foi produto da nossa escuta flutuante – o que percebíamos como

divergente ou convergente entre os autores. Desta escuta, foi-nos possível interpretar o material a ponto de produzir conclusões que nos são próprias, no sentido de que diferentes autores, a partir dos mesmos textos, poderiam produzir conclusões muito distantes das nossas. A preocupação aqui, então, não é exatamente estar certo, coeso, ou solidificar o conhecimento psicanalítico sobre o quadro *borderline*. A preocupação de nosso trabalho é a de fornecer ferramentas teóricas e técnicas para o trabalho psicanalítico com pacientes *borderline*, traçando uma linha histórica do contato dos psicanalistas com estes pacientes.

Mesmo com esses tipos de pesquisa em psicanálise e com método psicanalítico, esclarecidos, é necessário argumentarmos que todo o material lido e examinado foi influenciado pela vivência psicanalítica do autor. Ou seja, pelo fato deste estar inserido em várias dimensões da psicanálise, como a própria análise, grupo de estudos, outras formações teóricas e a atuação enquanto clínico, não há como se utilizar de um material psicanalítico sem sofrer influência disso. Assim, podemos afirmar que não houve momentos neutros em nossa pesquisa, em que a metodologia foi seguida de maneira pura. Todavia, é precisamente isso que constitui um trabalho de nossa autoria e não somente uma aplicação de metodologia específica na investigação de um objeto delimitado para verificação ou não de uma hipótese.

As divergências na literatura psicanalítica acerca do quadro *borderline*, que já mencionamos, podem ser ilustradas com o que Green (1977/1986) chama de “terra de ninguém”. Ou seja, o paciente chamado de *borderline* não estaria em uma linha fronteira entre a neurose e a psicose, mas em uma área desconhecida entre essas duas psicopatologias, as quais já possuem descrições mais sólidas. Pretendemos com este trabalho nomear algumas personagens dessa área desconhecida, que empregaram tentativas de definição, diagnóstico, compreensão e tratamento, dentro da psicanálise.

O desenvolvimento do texto foi dividido em quatro capítulos, cada qual compreendendo a análise de duas décadas de produção: 1930 e 1940; 1950 e 1960; 1970 e 1980; e o último compreendendo três décadas: 1990, 2000 e 2010, estendendo-se o todo de 1930 a 2016. Cada capítulo produzido apresenta artigos de autores distintos, com algumas repetições, como explicado anteriormente.

Seguimos a ordem cronológica para a apresentação dos artigos, para que, em linhas gerais, fosse possível visualizar a evolução que ocorreu no pensamento psicanalítico acerca do quadro *borderline*, nos limites de nosso recorte. Destacamos aqui, também, que ao longo das apresentações, dados biográficos breves de grande parte dos autores, especialmente os de trabalhos mais antigos, foram colocados em notas de rodapé.

Após a apresentação dos artigos, há análises das informações descritas, onde separamos as informações obtidas e as alocamos em diferentes grupos. Com isso, ao longo dos capítulos, aspectos diferentes foram colocados nas análises, uma vez que a prioridade não estava em encontrar algo uníssono, ou avaliar um ou outro ponto específico entre os autores, mas examinar o discurso de autores na literatura psicanalítica sobre o quadro *borderline*, como dissemos.

Após esses quatro primeiros capítulos, fizemos um capítulo de discussão que analisa as informações relacionadas, organizando e apresentando a linha histórica que foi traçada, que identifica divergências e convergências. Neste último momento, também, apresentaremos uma leitura e conclusões nossas do material.

Por fim, foram feitas considerações acerca do material lido, de modo a expor questionamentos que foram desenvolvidos ao longo da pesquisa sobre a questão *borderline* na psicanálise e para tecer os últimos esclarecimentos necessários sobre nossa pesquisa.

Neste momento de introdução, explicaremos também algumas características do processo de execução deste trabalho. Ao longo do desenvolvimento, os termos utilizados pelos autores foram mantidos, compondo divergências. Ou seja, denominações diferentes foram mantidas, como: estados *borderline*, personalidades *borderline*, síndrome *borderline*, entre outros. Respeitamos o rótulo diagnóstico conferido pelos autores, no entanto, isso também nos serviu de material de análise.

Em nosso texto, poucos casos clínicos foram trazidos em detalhes, apesar de aparecerem com certa frequência nos artigos. Isso foi feito porque pensamos que abreviar os casos seria recortá-los de maneira estéril, não obstante, apresentá-los integralmente estenderia muito a dissertação. Deste modo, apenas alguns deles foram detalhados ao longo do trabalho.

É necessário considerar que para auxiliar na tradução de termos psicanalíticos, foi utilizado o dicionário *Thesaurus of Psychoanalytic Terms*, da Associação Internacional de Psicanálise (IPA, 2016).

Ao propor uma investigação sobre a literatura psicanalítica acerca de um determinado tipo de patologia, examinando descrições, explicações, discussões, propostas de tratamento, relatos de caso, entre outros, ao longo de um período estipulado, tratamos de uma pesquisa qualitativa (Triviños, 1987). Mais especificamente, um exame da literatura, pois retoma as descrições e teorizações propostas por autores ao longo do período proposto, restringindo as fontes à bibliografia existente no campo da psicanálise sobre o fenômeno específico do quadro psicopatológico chamado de *borderline*. Confere-se, assim, um caráter exploratório (Lakatos & Marconi, 1985/2010), pois visa à compreensão e familiaridade do autor com o

tema proposto. No entanto, justifica-se que essa exploração permite a construção de hipóteses e o planejamento de pesquisas mais precisas, portanto, não se resumindo apenas em benefício do autor.

Após essas explicações sobre como o trabalho foi construído e desenvolvido, com escopo e objetivos, contextualiza-se o quadro *borderline* na nosologia psiquiátrica, de maneira breve, com base nos dois principais manuais internacionais de classificação de doenças psiquiátricas – DSM-5 (APA, 2014) e CID-10 (OMS, 1993/2011): em ambos, o quadro *borderline* é agrupado como um Transtorno da Personalidade.

Na literatura psiquiátrica de classificação dos transtornos mentais, encontramos a seguinte definição: “personalidade é o padrão permanente de comportamento e experiência interior. Permeia o modo como pensamos, sentimos e agimos, e molda a forma como vemos a nós mesmos e às pessoas a nossa volta” (Barnhill, 2015, p.297). Segundo esse autor, os transtornos da personalidade atingem uma complexidade semelhante à própria humanidade, não obstante, a tentativa dos profissionais e pesquisadores em saúde mental é a de encontrar “um sistema nosológico que seja, ao mesmo tempo, simples de usar e sofisticado o suficiente para capturar as nuances e os paradoxos da personalidade humana” (Barnhill, 2015, p.297).

Dessa maneira, expõe-se, primeiramente, a maneira de classificação nosográfica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), para, em seguida, apresentar as diretrizes diagnósticas presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993/2011).

No DSM-5 (APA, 2014), o Transtorno da Personalidade *Borderline* se relaciona a um padrão difuso na personalidade que apresenta instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos. Também diz respeito à impulsividade, vista em esforços para evitar perdas, relacionamentos intensos (com idealização e desvalorização) e comportamentos autolesivos e suicidas; instabilidade na identidade; reatividade de humor; sentimentos crônicos de vazio; raiva incontrollável; e ideias paranoides transitórias (APA, 2014).

Já o CID-10 (OMS, 1993/2011) versa sobre o Transtorno da Personalidade Emocionalmente Instável do Tipo *Borderline*. O Transtorno da Personalidade Emocionalmente Instável é caracterizado pela impulsividade e inconsequência em comportamentos, instabilidade, pouca capacidade de planejamento, acessos e explosões de raiva. Especificamente sobre o tipo *borderline*, caracteriza-se instabilidade emocional, vista em adiões e pouca organização da sexualidade; sentimentos crônicos de vazio,

relacionamentos intensos e sem estabilidade, medo de abandono, ameaças de suicídio e automutilações (OMS, 1993/2011).

As diretrizes diagnósticas de ambos os manuais referidos objetivam fundamentar a necessidade clínica de diagnosticar pacientes de maneira relevante, útil. Porém, com um sistema que seja simples o suficiente para que possa ser largamente utilizado, enquanto tenta cercar a amplitude das variações dos transtornos mentais. De acordo com Schedler et al. (2010), estes sistemas diagnósticos tentam, também, apoiar pesquisas e avanços no tratamento das doenças.

Podemos perceber, entretanto, que, de acordo com Gabbard (2016), os diagnósticos de transtorno da personalidade podem não auxiliar na discriminação dos transtornos, uma vez que um paciente pode receber mais de um diagnóstico (de transtornos da personalidade diferentes). Ou seja, pode-se perceber como os sintomas apresentados convergem, no entanto, não concluem sobre o paciente. A possibilidade de diagnósticos múltiplos sobre a personalidade, nos referidos manuais, incita-nos a pensar que pode haver indefinição acerca do quadro *borderline*. Ao identificar alguns sintomas ou traços que destoam de uma aparente normalidade, é possível agrupar esses dados em uma categoria diagnóstica. Porém, este trabalho pretende fazer um caminho inverso. O de buscar o que é o *borderline*, ou mesmo questionar se ele é algo, ou é um nome dado a um agrupamento de características que, *grosso modo*, seriam diferentes de outras psicopatologias. Para tanto, caminharemos por alguns textos de autores que investigaram esses pacientes, ou pacientes que diagnosticaram como tal, para discutir o processo de classificação e definição da questão *borderline*. Desta feita, seguimos com as apresentações e análises.

2. O início das investigações clínicas aprofundadas sobre o *borderline*

Este capítulo examina trabalhos produzidos nas décadas de 1930 e 1940, momentos em que a classificação diagnóstica *borderline* passa a receber maior atenção, sendo tratada como uma entidade clínica em psicanálise e demandando investigação aprofundada.

Iniciaremos com o artigo de Edward Glover² (1932), *Uma abordagem psicanalítica para a classificação de transtornos mentais*, no qual o autor discute a complexidade do processo diagnóstico em psicanálise, utilizando-se da psicose como objeto de discussão. Esse artigo é importante para o nosso trabalho, pois na tradição psicanalítica e psicopatológica, Adolph Stern, com seu trabalho de 1938, é apontado como aquele que inicia de maneira sólida a investigação clínica sobre o paciente *borderline*. Ao trabalhar com Glover (1932), pretendemos indicar que a entidade clínica *borderline* já era discutida previamente ao artigo de Stern (1938), e com o significado de uma patologia que estaria entre as neuroses e as psicoses. Feitas tais considerações, seguimos com a apresentação do artigo.

Glover (1932) indica a necessidade de atentar para casos psicóticos, pois os psicanalistas encontrariam pacientes com este tipo de transtorno e deveriam atendê-los. Para isso, precisariam entender as contribuições da psicanálise e, dentre elas, o autor destaca os avanços promovidos por Melanie Klein. Além disso, Glover (1932) também indica que os psicanalistas necessitam produzir suas próprias teorias sobre o funcionamento psíquico e tratamento desses pacientes.

Sobre o trabalho com psicóticos, Glover (1932) discute a possibilidade de haver pontos em que a psicanálise e a psiquiatria poderiam convergir e trabalhar em conjunto. Entretanto, a classificação diagnóstica feita pela psiquiatria não é aceita indiscriminadamente pela psicanálise.

Sobre a classificação das psicoses, o autor pontua os grandes grupos da melancolia, esquizofrenia e paranoia. Haveria também a complexidade dos grupos que transitam em dois ou três desses grupos. É importante notar que nenhuma simplificação faz justiça à complexidade do fenômeno, porém, uma altíssima complexidade diagnóstica inviabiliza a utilidade das categorias diagnósticas (Glover, 1932).

Um sistema classificatório adequado, para Glover (1932), deve ser estruturado e plástico, para suportar corpos estranhos a sua perspectiva, acrescentando-os a sua estrutura,

² Edward Glover (1888-1972) foi médico e psicanalista, pioneiro do movimento psicanalítico da Grã-Bretanha, nascido na Escócia, no final do século XIX (Bromley, 1973).

sem que ela se quebre. Porém, o autor se questiona se devemos aceitar terminologias puramente descritivas e clínicas, em comparação a terminologias funcionais. Em classificações de processos precisos e orgânicos, poder-se-ia trabalhar com terminologias descritivas, porém, com a influência dos processos inconscientes, que são imprecisos, a terminologia descritiva perde grande parte de sua validade. Essa terminologia também é questionada em razão de os sintomas poderem ter características semelhantes, mas funções diferentes. Portanto, contrariamente ao diagnóstico descritivo, o autor se posiciona a favor do diagnóstico funcional.

Todavia, em razão da falta de unanimidade em torno dos fatores etiológicos das psicoses, o diagnóstico descritivo se torna um caminho inevitável, não obstante, temporário. O diagnóstico descritivo deve possibilitar correlações com os fenômenos psicológicos e psiquiátricos observados no cotidiano, ditos normais. Além dessa correlação, o diagnóstico ainda precisa ser empregado de maneira que a psicose possa ser correlacionada ao desenvolvimento normal, para que o entendimento da construção da patologia possa progredir. Outro fator necessário ao diagnóstico é o de que, mesmo que a correlação com a normalidade seja necessária, também o é seu afastamento, ou seja, a necessidade de identificar mecanismos específicos da psicose – o que Glover (1932) exemplifica com a característica de perda do exame de realidade.

Após essa apresentação de características estruturais e necessidades para o processo diagnóstico, Glover (1932) adentra o campo específico dos tipos de psicose, o que não detalharemos. Passemos ao que o autor fala sobre a realidade.

Glover (1932) define a realidade sob uma perspectiva psiquiátrica. Nessa perspectiva, relacionar-se-ia a realidade à capacidade de percebê-la, ou examiná-la. Esta capacidade, o exame da realidade, seria definida pelo autor como a possibilidade de “manter contato psíquico com objetos, nos quais ou através dos quais os instintos pós-infantis modificados são ou podem ser realizados. Esse mundo de objetos inclui todas as substituições ou trocas de objetos primários não modificados” (Glover, 1932, p.836). Essa capacidade de substituir ou trocar seria um teste de normalidade.

O autor dá ênfase aos pacientes com dependência química, por tratá-los distintamente em relação aos neuróticos e psicóticos, como se vê neste trecho: “eu representei as adições como verdadeiros estados ‘borderline’ no sentido de que têm um pé nas psicoses e o outro nas neuroses” (Glover, 1932, p.841). Contudo, esses pacientes permanecem, em grande parte, nas neuroses, devido ao fato de o exame da realidade estar intacto, à exceção da porção vinculada à drogadição. O autor aprofunda o ponto do termo “borderline”, dizendo que acha os termos

“*borderline*’ ou ‘pré’-psicótico, como usados de maneira geral, insatisfatórios. Se um mecanismo psicótico aparece de alguma forma, deve-se conferir um rótulo definido. Se meramente suspeitamos da possibilidade de um colapso de repressão, isso pode ser indicado pelo termo ‘potencial’ psicótico” (Glover, 192, p.841).

Agora, passemos ao texto de Adolph Stern³ (1938), *Investigação Psicanalítica e Terapia no Grupo Limite de Neuroses*, destacado na literatura psicanalítica como um marco inicial na investigação clínica sobre o *borderline*. Como vimos no artigo anterior, este trabalho não inicia a discussão sobre o *borderline* na psicanálise, porém, em nossa pesquisa, assim como indica a literatura psicanalítica, é o primeiro momento em que a entidade clínica “*borderline*” é examinada detalhadamente. Seguimos, então, com a apresentação do artigo, no qual o autor descreve sintomas típicos do paciente *borderline*, dando ênfase ao narcisismo e discutindo fenômenos característicos da transferência.

Segundo Stern (1938), o grupo *borderline* de pacientes, que não eram nem francamente psicóticos e nem psiconeuróticos, era difícil de manejar em psicoterapia e estava se tornando mais frequente na clínica. Nos seus anos de experiência com esses pacientes, o autor percebeu a ineficácia da técnica psicanalítica para esses casos, o que fez com que pensasse em alternativas técnicas. Muito do que utilizava e era eficaz no tratamento de psiconeuróticos não surtia efeito positivo em pacientes *borderline*.

De acordo com o autor, o grupo de pacientes *borderline* tem características clínicas definidas, o que permite a apresentação de seu trabalho em duas perspectivas. Primeiramente, histórica, da clínica com pacientes *borderline*, e, em segundo lugar, da situação de transferência.

Sobre a primeira perspectiva, o autor fala do que chamou dez sintomas. São eles: narcisismo; sangramento psíquico (ou hemorragia psíquica); hipersensibilidade desmedida; rigidez psíquica e corporal ou “personalidade rígida”; reações terapêuticas negativas; algo semelhante a sentimentos de inferioridade, profundamente incorporados na personalidade; masoquismo; algo que pode ser descrito como um estado de profunda insegurança ou angústia, orgânicas; uso de mecanismos de projeção; dificuldades no exame de realidade, principalmente em relações interpessoais.

³ Adolph Stern (1878-1958) foi médico e psicanalista, com formação em psiquiatria e neurologia em Nova Iorque, nos Estados Unidos (Dudley, 1959). Segundo Roudinesco (2016), foi paciente de Freud em 1919.

Sobre o narcisismo, o autor diz ser bem conhecido que o *borderline* pertence às neuroses ou caracteres narcísicos. O grau de narcisismo visto em pacientes dessa ordem não é observado em pacientes neuróticos, e é nessa base que se desenvolve o quadro clínico. Na história dos pacientes, o autor encontrou, frequentemente, obstruções ao desenvolvimento no período de narcisismo. Obstruções como mães neuróticas ou com leves episódios psicóticos que cuidavam excessivamente dos filhos, porém sem a capacidade de expressar afeto de maneira espontânea. Outro fator observado foram brigas entre os pais, com irrupções de raiva frequentes, dirigidas à criança. Portanto, o quadro se desenvolve por meio da insatisfação narcísica, e os traços neuróticos do paciente, ou neuroses, também terão sua base nessa característica.

O segundo sintoma descrito é o do sangramento psíquico (ou hemorragia psíquica). Stern (1938) diz que, frente a uma situação traumática, o paciente *borderline* não apresenta resiliência, mas imobilidade e letargia. Essas seriam reações de autoproteção frente a situações em que se sente ameaçado, e o paciente se descreve como se estivesse próximo à morte.

A hipersensibilidade desmedida é comparada à hipersensibilidade da criança frente a estímulos sensoriais, e corresponde à preparação e proteção contra perigos externos. Além disso, tem suas raízes na insegurança e pode evoluir para ideias paranoides leves.

Sobre a rigidez na personalidade, Stern (1938) afirma ser uma característica importante, especialmente por ser passível de modificação pela técnica psicanalítica. Analisando a angústia como propulsora do ego para a criação de defesas, essa rigidez se torna compreensível e é identificada como uma defesa frente às angústias interiores e exteriores, muito presentes no sujeito *borderline* em seu processo de amadurecimento.

As reações terapêuticas negativas são observadas regularmente. Como exemplos, cita reações de depressão, raiva, desencorajamento e angústia, frente a interpretações de prejuízos na autoestima. Seguindo a linha de que os sintomas descritos são, em grande parte, reações à angústia, Stern (1938) afirma que as interpretações podem enfraquecer defesas que foram construídas e, por esta razão, gerar reações terapêuticas negativas. Essas reações, nos casos *borderline*, podem chegar ao extremo de tentativas de suicídio.

Acerca de sentimentos de inferioridade, Stern (1938) diz que, assim como quanto aos outros sintomas, não pretende supor suas origens, mas explicitar suas funções clínicas. Os sentimentos de inferioridade nos sujeitos ditos *borderline* invadem quase toda sua personalidade. Apesar de desagradáveis, esses sentimentos são vistos pelos pacientes como lógicos, não como sintomas e ajudam a evitar a angústia que se apresenta em situações nas

quais há exigência de maturidade. Isto ocorreria em razão de uma grande discrepância entre o que o paciente entende ser maturidade e sua incapacidade de agir dessa maneira, portanto, gerando grande angústia, que é evitada com um recolhimento à inércia e à falta de atitude. Essa característica é prejudicial também à análise uma vez que o material obtido no processo psicanalítico pode ser utilizado não em favor da construção de outras características, mas na manutenção dessa incapacidade e inatividade.

Sobre o masoquismo, Stern (1938) diz não entender como ele funciona como defesa, porém é facilmente identificável por meio dos comportamentos de autopiedade e da apresentação de sofrimentos infundáveis e sem possibilidade de ajuda. Os pacientes também apresentam várias formas de autodestruição em sua vida, no âmbito profissional, social e em relações afetivas, por exemplo.

Sobre a angústia ou insegurança, orgânicas ou somáticas, Stern (1938) adverte que o uso do termo “angústia” é impróprio, por esta última não poder ser constante, nem os pacientes reclamarem regularmente da existência dela. Pelo contrário, os pacientes apresentam uma equanimidade, ou certa tranquilidade, em situações difíceis, fato que chama a atenção do observador. “No curso da investigação analítica, torna-se aparente que um sistema de defesas desordenadamente adequado foi estabelecido através do qual essa pseudo-equanimidade é mantida” (Stern, 1938, p.476). Isso é importante para o conhecimento do analista, uma vez que não é apropriado tentar desfazer esse conjunto de defesas do paciente, liberando a angústia.

O uso de mecanismos de projeção é frequente nas psicoses. Os pacientes *borderline* também recorrem a esses mecanismos, o que os assemelha às psicoses e indica partes imaturas nos pacientes em questão. As razões para a angústia são projetadas no mundo externo, o que permite ao paciente *borderline* construir formas de proteção contra os objetos externos. Como consequência, não há percepção de raízes internas da angústia, o que mantém a atitude defensiva desses pacientes, fazendo com que seu conteúdo conflitivo fique externalizado.

Por fim, sobre as dificuldades no exame da realidade, Stern (1938) diz que esse ponto será discutido na segunda parte de seu artigo, que será exposta em sequência.

Na segunda parte, como dito no início, o autor discorre sobre fatores da situação de transferência.

O desenvolvimento da “doença” *borderline*, como aparece na transferência, permite diferenciar o quadro das psiconeuroses francas. Tendo no narcisismo um fator etiológico

importante, os quadros *borderline* apresentam dificuldades no manejo terapêutico e implicam mudanças na técnica psicanalítica.

Através da angústia gerada na situação transferencial, é possível ao analista observar os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente para reagir a ela, portanto, permitindo um diagnóstico e prognóstico. Ao estudar tal situação, Stern (1938) conclui que, primeiro e principalmente, o paciente desenvolve uma relação de extrema dependência com o analista, pois tem grande demanda de proteção.

Essa dependência evidencia a imaturidade do paciente, que enxerga o analista de maneira fantástica, ou seja, como alguém superior, com capacidades inalcançáveis, quase como alguém mágico, onipotente e onisciente. O início da transferência é visto então como algo que acalma os pacientes, os quais, segundo Stern (1938), relatam estar em situação de tranquilidade, quando em terapia. Porém, esse estado dá lugar a uma situação de angústia, em que a análise se torna sua fonte, tornando a terapia conflituosa.

Retornando à dificuldade no exame de realidade, o autor indica que é um fenômeno característico do paciente *borderline*, visto na relação com a imago do analista (alguém onipotente e onisciente, como dito anteriormente). Nessa relação, as interpretações podem ser fortemente perturbadoras e também pode haver melhoras artificiais, causadas pela transferência positiva.

Dada a sensibilidade do paciente frente às atitudes do analista, em função da relação transferencial com uma imago fortemente distorcida, as reações terapêuticas negativas são elementos importantes para consideração no tratamento de pacientes *borderline*. O amadurecimento dos pacientes é dominado pela angústia, pois inclui fantasias de perfeição e o ato de se colocarem em uma posição invejada, ocupada pelos pais.

Um fenômeno observado na transferência é o da falta de contato com o analista, particularmente em períodos de hostilidade e angústia. Seguindo sua linha de raciocínio, o autor identifica tal comportamento como sendo uma retirada do paciente para seus meios de proteção, podendo continuar a análise protegido. Isso também é observado em pacientes fora do grupo *borderline*, porém, ocorre em alto grau neste último. Essa variação depende da porção de narcisismo envolvida.

A conduta do paciente *borderline*, observada por Stern (1938), é tendenciosa. Ou seja, suas palavras e associações parecem ser escolhidas e, além disso, quando expressam emoções verbalmente, não aparentam vivenciar as emoções referenciadas. Há uma ausência de afeto bastante frequente na situação analítica, o que também corresponde à ausência de afeto no cotidiano do paciente.

As associações livres também são escassas durante o tratamento e o paciente *borderline* raramente expressa sua angústia por meio de palavras. Uma tarefa difícil durante o tratamento é a de se libertar da hostilidade e é somente quando parte da imaturidade é diminuída, durante a transferência, que esses pacientes se assemelham a outros neuróticos. Apenas com este avanço é que o paciente poderia fazer uso do material obtido em análise e incorporar as interpretações. Além disto, tal avanço na situação transferencial permitiria ao paciente lidar com as situações essenciais do neurótico, como situações edípicas e de castração.

Stern (1938) resume seu artigo dizendo que o material desenvolvido apresenta características do paciente *borderline* que vão tanto na direção da psicose quanto da psicose neurose. Apesar disso, é justificável assumir que esses pacientes fazem parte de um grupo distinto, cujas características são descritas pelo autor na primeira parte de seu artigo, de acordo com o histórico que é oferecido pelo próprio paciente e conforme a realização dos tratamentos. Essas informações, segundo o autor, seriam obtidas a partir da transferência.

Por meio da transferência é possível entender que o narcisismo é o fundamento da angústia da qual o paciente tenta se defender. E, segundo o autor, o narcisismo pode ser amenizado pela análise e terapia psicanalíticas. Há uma porção do ego que atua de maneira saudável, possibilitando a vinculação com o tratamento. No entanto, no grupo *borderline*, uma grande porção do ego também atua no transtorno, dificultando o processo analítico e terapêutico e tornando o prognóstico desse grupo mais grave que o dos psiconeuróticos.

O próximo texto é de Phyllis Greenacre⁴ (1941/2010), *A predisposição à angústia II*, no qual, de acordo com Harley e Weil (1990), são discutidos conteúdos que Greenacre manteve interesse ao longo de sua vida, tais como os primeiros períodos da vida humana, especificamente estágios pré-edípicos. Aqui, veremos uma discussão sobre a angústia e como ela permeia o tratamento psicanalítico com pacientes *borderline*. Não obstante, a visão da autora sobre isto, para nós, destoa dos outros autores, por serem enfocados, neste texto, aspectos pré-natais no desenvolvimento da angústia.

Greenacre (1941/2010) discute o tratamento de pacientes *borderline*, os quais, para ela, equivalem a neuróticos graves. Para tanto, apresenta sua hipótese de que sofrimento e frustração graves, quando ocorrem em períodos pré-natais e nos primeiros meses, pós-natais, especialmente antes do desenvolvimento da fala, “deixam uma intensa marca orgânica no

⁴ Phyllis Greenacre (1894-1989) foi psiquiatra e psicanalista americana (Harley & Weil, 1990).

desenvolvimento da criança. Isso é tão assimilado em sua organização, que é quase, senão totalmente, indistinguível de seus fatores constitucionais herdados” (Greenacre, 1941/2010, p.1075). Essa marca orgânica pode influenciar na capacidade de algumas pessoas de lidar com situações de angústia.

O aumento de tensões em períodos precoces acontece simultaneamente a, ou gera, uma intensificação no narcisismo e, posteriormente, perturbações do exame da realidade. Há também intensificação no senso de onipotência e, dado o desenvolvimento falho do ego em razão das angústias precoces, os investimentos libidinais se tornam urgentes e vazios. O paciente não consegue se individuar, o que é observado, por exemplo, pela demonstração de vários interesses diferentes, sem a concretização de nenhuma atividade.

A organização da exposição de Greenacre (1941/2010) sobre o tratamento foi dividida em quatro partes. Em primeiro lugar, fala-se do manejo da carga de angústia para possibilitar a análise. Em segundo lugar, da educação do narcisismo. Em terceiro, trata-se da análise da neurose “essencial”, e, por último, do controle de uma angústia não analisável.

A autora também subdivide a angústia desse paciente, a que chama neurótico grave (*borderline*), em angústia básica (cega ou amórfica), que está sempre presente em algum grau, angústia em resposta a novas situações de perigo e frustração, e angústia secundária, que surgiria a partir de falhas nas defesas neuróticas.

Em uma nota de rodapé, a autora indica sua preferência por não estimular o paciente em atividades sem que ele demonstre interesse. Isso é feito para evitar que o paciente empreenda atividades para satisfazer o analista. Não obstante, Greenacre (1941) indica que há analistas que se utilizam dessa estimulação por pensarem ser mais fácil para o paciente realizar atividades em função do analista e, posteriormente, em função de si mesmo. Ainda assim, a autora defende a ideia de que manter aspectos da realidade no tratamento é a parte mais essencial.

Nos casos de neuroses severas, há riscos de interpretar precocemente, em momentos de despreparo do paciente. O paciente produz bastante material e tem uma leve inclinação à simbolização, o que o diferencia de esquizofrênicos francos.

Greenacre (1941/2010) afirma que a transferência com pacientes *borderline* é peculiar e envolve um início vazio, com posterior identificação ambivalente com o analista. A autora observa que em casos de sua experiência, nos quais avançou para análises da transferência de maneira precoce, os pacientes apresentaram leves episódios psicóticos (que não se desenvolviam para estados psicóticos). A esses episódios, ela deu o nome de delírios psicanalíticos (*psychoanalytic deliria*).

Passemos agora a um artigo que questiona o rótulo diagnóstico de *borderline*, construindo outro rótulo. Ao longo de nosso trabalho, isso será visto outras vezes. Trata-se do artigo de Gregory Zilboorg⁵ (1941), *Esquizofrenia Ambulatorial*, no qual o quadro *borderline* é discutido por meio do diagnóstico de esquizofrenia ambulatorial. Contudo, para a proposição deste novo rótulo, o autor faz uma discussão sobre a esquizofrenia e seu diagnóstico. Portanto, retomaremos parte desta discussão para que o rótulo de esquizofrenia ambulatorial se torne compreensível.

O artigo fala de Emil Kraepelin e de como este iniciou um caminho de classificação das psicopatologias para que a psiquiatria se assemelhasse a outros campos da medicina. No entanto, este formato classificatório retirava a perspectiva do sujeito, logo, desconsiderava uma perspectiva ampla, analisando apenas características que se agrupavam entre vários pacientes.

No contexto de estudo sobre a esquizofrenia, por volta dos anos de 1940, os autores, segundo Zilboorg (1941), encontravam casos mais leves, que classificavam, de maneira eufemística, como casos *borderline*, esquizofrenias iniciais, personalidades esquizoides, entre outros. O autor critica esses termos, dizendo que, em medicina, uma doença não deixa de ser diagnosticada pelo fato de seus sintomas principais ainda não terem se apresentado (como, por exemplo, não se espera que o apêndice rompa para se diagnosticar uma apendicite). “A não falada, mas praticada, tradição em psiquiatria, no entanto, parece insistir que somente os estágios terminais ou pré-terminais da *dementia praecox* merecem o diagnóstico. É óbvio que essa tradição é clinicamente injustificada e cientificamente ilusória” (Zilboorg, 1941, p.151).

A esquizofrenia seria diferente da *dementia praecox* e é descrita por Zilboorg (1941) como um nome genérico atribuído a alguns processos psicopatológicos que se apresentam de maneiras diversas e em graus diferentes. Portanto, dever-se-ia falar em esquizofrenias, no plural. Pelo propósito do artigo ser auxiliar no diagnóstico diferencial, o autor se aprofunda em características da esquizofrenia.

Na esquizofrenia, muitas vezes, não se encontra nenhuma grande anormalidade psíquica no sujeito, se olhado superficialmente. Este pode até mesmo manter posições de trabalho sem apresentar grandes habilidades ou dificuldades. Há uma tendência à reclusão, ao isolamento social, que o autor descreve como um sinal autístico que não deve ser confundido com estados depressivos.

⁵ Nascido na Ucrânia, Gregory Zilboorg (1890-1959) foi psiquiatra e psicanalista e trabalhou nos Estados Unidos desde o final da década de 1910 (Fountain, 1960).

Afirma também que indivíduos esquizofrênicos podem mudar de função profissional, por exemplo, muitas vezes, acrescentando que seus interesses diminuíram e agora pretendem fazer outra coisa. Porém, há um aspecto da vida interior do sujeito esquizofrênico que merece destaque, segundo o autor: uma impregnação de ódio que raramente deixa de exercer pressão. O ódio aparece sob duas vertentes: a tensão; e a angústia, que, nos casos em que o sujeito a percebe, é sentida como uma raiva interna, uma agressividade que não pode ser contida.

Os pacientes com esquizofrenia ambulatorial raramente são hospitalizados, pois não se vê necessidade, tanto pelo psiquiatra, quanto pelos familiares. No entanto, são vistos como pessoas difíceis, ou crianças problemáticas, pois mantêm relações pouco significativas (com pessoas, ou com funções profissionais, por exemplo). O que se apresenta estável é sua incapacidade de se manter independente. “Tais indivíduos permanecem mais ou menos à solta [perdidos] (*on the loose*), no sentido literal ou figurativo, interna ou externamente: portanto, sugere-se a designação esquizofrenias ambulatoriais (*ambulatory schizophrenias*)” (Zilboorg, 1941, p.154).

Esse tipo de esquizofrenia, apesar da necessidade de aprofundamento, tem seu estudo dificultado em razão de os pacientes raramente procurarem ajuda profissional. Os estudos também são prejudicados, pois médicos leigos qualificam essas pessoas como fracas, negligenciando o tratamento. Outro fator prejudicial às pesquisas é o fato de os pacientes terem pouco tempo livre para o tratamento e buscarem ajuda apenas quando algum problema mais grave acontece. Contudo, quando problemas mais graves acontecem (como atos graves de delinquência), o tratamento tem pouco a contribuir, segundo Zilboorg (1941).

A psicanálise e o tratamento psicanalítico poderiam colaborar com esse paciente, porém o tratamento duraria vários anos. Não obstante, seria necessário ainda construir um entendimento mais amplo e profundo sobre o paciente para desenvolver o tratamento mais específico.

Zilboorg (1941) ainda argumenta que a aparente falta de afeto do paciente não deve ser confundida com a ausência de afeto. Se o esquizofrênico ambulatorial não for visto pela perspectiva classificatória, como a de Kraepelin, é possível enxergar aspectos afetivos.

A emoção parece estar faltando no esquizofrênico somente porque a parte de sua personalidade que lida com a realidade externa, que é conhecida pelo nome técnico de Ego, tem um papel menor em sua vida, particularmente se é um esquizofrênico ambulatorial. Ele age mais como um aparelho registrador de percepções. Registra qualquer acontecimento de maneira automática e parece não estar integrado com sua vida afetiva e instintual. Portanto,

realidades não são fatos, mas palavras. Seu pensamento real se torna meramente sensação, pura apercepção. (Zilboorg, 1941, p.155).

A consequência disso é que o pensamento do esquizofrênico é autístico, seus impulsos são primitivos e desintegrados. O maior objetivo do tratamento seria a reintegração dos afetos. Porém, muitas vezes, essa reintegração é atrapalhada pelo preconceito contra esses pacientes, que são vistos como irrecuperáveis.

Ao passo que Zilboorg (1941) discutiu e rotulou o quadro *borderline* pelo viés da esquizofrenia, nossa próxima autora, Helene Deutsch⁶ (1942/2007), com seu artigo *Algumas formas de perturbação emocional e suas relações com a esquizofrenia*, examinou o quadro *borderline* o chamando de personalidade “como se”. Aqui, a autora discutirá em detalhes os aspectos das relações que esse indivíduo constrói. Apresentaremos, também, um caso da autora. Em nosso texto, poucas vezes isso será feito, no entanto, alguns casos serão resumidos para ilustrar nossas apresentações.

O artigo trata de alguns tipos de perturbações emocionais e casos clínicos de indivíduos que se relacionam pobremente, ou não se relacionam, com o próprio ego ou com o ambiente externo. Essas perturbações podem se intensificar ou diminuir ao longo do tempo e em situações específicas. Em casos nos quais o indivíduo tem consciência de algumas perturbações em relação à realidade que o cerca, Deutsch (1942/2007) utiliza-se da expressão despersonalização, que se relaciona a vários casos trazidos pela autora.

Ou seja, a autora trabalha com um tipo de personalidade que rotula de “como se” (*as if*), tratando-a como próxima à despersonalização e na qual as características problemáticas do indivíduo não são percebidas como perturbações por ele. A expressão “como se” se refere ao esclarecimento proposto pela autora de que nesse tipo de personalidade o observador percebe que “toda a relação do indivíduo com a vida tem algo de falta de genuinidade e mesmo assim percorre o ambiente ‘como se’ estivesse completa” (Deutsch, 1942/2007, p.326).

Segundo a autora, até o leigo perceberia algo de errado com esse tipo de indivíduo, mesmo que não houvesse algo material que fundamentasse a percepção. Isso ocorreria em

⁶ Nascida na Ucrânia (1884-1982), com formação médica e psiquiátrica em Viena, fez na cidade, também, seu treinamento em psicanálise, com Freud. Imigrou para os Estados Unidos na década de 1930 com a ascensão do nazismo na Europa (Gifford, 1983). Segundo o autor, ainda, o artigo de Helene Deutsch sobre as personalidades “como se” foi originalmente publicado em 1934, o que conferiria um questionamento se Stern (1938) seria de fato o primeiro autor a fazer um exame clínico detalhado sobre o quadro *borderline*. Dada a escassez de informações em nossa pesquisa sobre esta divergência, e em razão de nosso foco ser outro, apenas a mencionaremos.

razão de não haver comportamentos incomuns no cotidiano, nem falta de intelectualidade, mas de haver algo intangível que causa a percepção de que algo está errado. Deutsch (1942/2007) ilustra sua fala relatando a história de uma paciente diagnosticada por ela como personalidade “como se”. Diz-nos do talento da paciente enquanto pintora e da habilidade desenvolvida rapidamente para pintar com técnicas novas, trazidas por professores em uma escola de artes onde estava inscrita. Porém, conforme os professores ensinavam e conviviam com ela, mandavam cartas à autora, sua analista, perguntando o que havia de errado com a paciente, uma vez que, apesar de acharem-na talentosa, sentiam que algo estranho estava acontecendo com ela.

Essas impressões têm raízes na aparente normalidade das personalidades “como se”. São pacientes que constroem amizades, por exemplo, com as características de intensas relações, mas que causam a sensação de algo estranho. Para o analista, essa estranheza se fundamentaria na percepção de que falta experiência interna nas relações emocionais. Seria como se o paciente estivesse no lugar de um ator.

A característica essencial descrita é a de que para o paciente “como se”, suas relações com o exterior são normais e genuínas, e outras pessoas se relacionam como ele o faz. Nesses pacientes, ocorre um esforço para evitar fantasias carregadas de angústia, investindo no exterior para compensá-las.

A psicanálise mostra que na personalidade “como se” não há apenas “um ato de repressão, mas uma perda real de investimento no objeto” (Deutsch, 1942/2007, p.328). A normalidade aparente que a autora descreve no início é desenvolvida com base na capacidade de imitar da criança. Essa capacidade permitiria uma boa adaptação do indivíduo ao ambiente. Entretanto, a adaptação seria acompanhada de passividade para com o ambiente, como se veria nas relações do indivíduo com personalidade “como se”, em que identificariam emoções daqueles com os quais se relaciona, tentando satisfazê-las. No início, a satisfação seria proveitosa para aquele com quem se está relacionando, contudo, após a percepção da falta de genuinidade, ter-se-ia um desligamento da relação, a partir do qual o indivíduo “como se” encontraria outra pessoa para construir relações com as mesmas características, repetindo o processo.

Deutsch (1942/2007) entende que há falta de individualidade nesses pacientes. Isso seria observado tanto nos relacionamentos, como dito acima, quanto em estruturas morais, ou seja, em valores, princípios, noções de bem ou mal. Esses valores seriam cópias das pessoas com as quais o indivíduo está se relacionando. Aderindo a princípios de outras pessoas ou grupos, o indivíduo “como se” estaria tentando preencher o vazio interno que sente.

Além da falta de individualidade, de mimetismo e aderência do paciente “como se”, há a sugestionabilidade, que é atribuída à passividade e a um modo automático de identificação. A passividade também levaria ao mascaramento de tendências agressivas, criando uma sensação de falsa bondade nesses pacientes.

Uma das pacientes citadas por Deutsch (1942/2007) era filha única de uma família da nobreza europeia. Ela cresceu em uma atmosfera diferenciada, pois os pais só a viam em situações de formalidades e cumprimento de tradições. Na maior parte do tempo, sua educação e cuidado eram feitos através de enfermeiras, substituídas com frequência. Em resumo, nem cuidados calorosos nem punições e limites eram dados pelos pais. E, também, nenhum tipo de substituto parental fez parte de sua vida.

Conforme a paciente pôde conceitualizar ou simbolizar, ela desenvolveu intensas fantasias sobre os pais, de que eles eram super-heróis. Essas fantasias tinham objetivos de ganhos narcísicos e, a cada encontro com os verdadeiros pais, as fantasias dos heróis se separavam dos objetos reais.

Quando a paciente entrou na escola convencional, aos oito anos, já estava completamente em um estágio “como se”. Assim também iniciou a análise, em um estado que envolvia amizades sem significância e culto a religiões em que não aparentava acreditar. Conforme o seguimento da análise, as fantasias sobre os pais foram diminuindo, sem que outras tomassem o lugar.

A paciente demonstrou em análise que a supressão de suas pulsões era um ato de sucesso apenas aparente, em que havia sido treinada para sua execução. A paciente não entrava em conflito com o ambiente externo, ou seja, se a supressão de pulsões era externamente demandada, ela o fazia; caso as pulsões fossem estimuladas a serem realizadas, ela também o fazia. Nesse contexto, ela entrou em movimentos políticos, práticas sexuais de várias ordens de perversão e grupos artísticos.

Não havia consciência, por parte da paciente, da falta de afeto. Segundo a autora, as fantasias sobre os pais foram fortes o suficiente para que eles fossem vistos como heróis, no entanto, para o desenvolvimento de questões edípicas, algo estava faltando, uma vez que os pais não poderiam apenas alimentar fantasias. Diz a autora:

A criança tem que ser *realmente* seduzida em certa extensão pela atividade libidinal dos pais para poder desenvolver uma vida emocional normal, precisa experimentar o calor de um corpo materno bem como os atos sedutores inconscientes de uma mãe amorosa enquanto ela cuida das

necessidades corporais. Deve brincar com o pai e ter intimidade suficiente com ele para sentir a masculinidade do pai, de forma que impulsos instintuais entrem na corrente da constelação edípica (Deutsch, 1942/2007, p.332).

As fantasias intensas relativas aos pais, possibilitadas pela repressão, promovem a rejeição dos pais reais. Isso permite a evitação de fortes conteúdos conflitivos, como desejos proibidos e culpa. A análise possibilitará que os objetos reais retornem à consciência. No entanto, para a paciente em questão, Deutsch (1942/2007) aponta que nunca houve uma relação calorosa com os pais ou outras pessoas, em razão de que, após tentativas fracassadas de investimento libidinal, a criança pôde retornar ao narcisismo por regressão ou por nunca ter estabelecido investimentos libidinais com sucesso.

As fraquezas no desenvolvimento que interferem na elaboração ou mesmo na entrada de conflitos edípicos também interferem nas questões superegóicas. Mesmo que haja proibições precursoras do superego, Deutsch (1942/2007) indica que o Complexo de Édipo, trazendo a identificação com os pais em sua resolução, serviria como integrador de elementos superegóicos. Como visto na paciente, a identificação com os pais será transitória e vacilante, portanto, os representantes parentais que formarão a consciência se manterão no ambiente externo, onde não haverá internalização de aspectos morais, mas uma constante relação com o ambiente. As tendências agressivas, aliadas à fraqueza superegóica, gerarão comportamentos que serão colocados como responsabilidade do ambiente externo, onde há algum tipo de identificação. E, assim, a paciente transformará tendências agressivas em passividade e submissão aos desejos alheios presentes no ambiente.

Nesse contexto psicodinâmico, haverá pouco contato entre ego e superego, dado a fraqueza desse último. Então, os conflitos permanecerão no ambiente externo. Deutsch (1942/2007) acrescenta que tanto a identificação persistente quanto a submissão passiva do paciente são fundamentadas na fraqueza de organização de personalidade dele. A autora finaliza a apresentação dessa paciente dizendo que foi possível notar, a partir da análise realizada, um infantilismo que denota a fixação em um estágio definido de desenvolvimento emocional e formação de caráter. Não obstante, diz que, comum aos casos de personalidade “como se”,

[...] tem-se uma perturbação profunda no processo de sublimação, que resulta na falha em sintetizar as várias identificações em uma só

personalidade integrada e em uma imperfeita, unilateral, puramente intelectual sublimação dos conflitos instintuais. Enquanto o julgamento crítico e as capacidades intelectuais podem ser excelentes, as partes emocionais e morais da personalidade são deficientes (Deutsch, 1942/2007, p.339-340).

Com isso, a autora adentra as questões de etiologia das condições analisadas, da personalidade “como se”. Primeiramente, essas condições estão relacionadas à desvalorização, pelo sujeito, do objeto que serve como modelo para desenvolvimento da personalidade, enquanto criança. Essa desvalorização, para a autora, deve estar ligada a um evento da realidade, um evento que seja rastreável.

Deutsch (1942/2007) acrescenta à etiologia a falta de estimulação dos processos sublimatórios, seja pela falta ou pelo excesso de cuidados. A angústia infantil pode sofrer com o mesmo processo, pois um cuidado muito rígido ou muito complacente pode resultar em falhas na formação de mecanismos de defesa, advindo então a passividade do ego.

Uma comparação efetuada pela autora entre a personalidade “como se” e as personalidades narcisistas é a de que há bloqueio de afeto nesses últimos. Já nas personalidades “como se” há tentativas de estimular a experiência afetiva. Nesse ponto, indivíduos narcisistas podem ter evolução ao longo da análise de modo que os bloqueios percam efeito e os afetos possam ser recuperados.

Em outra comparação, entre as personalidades “como se” e as psicoses, Deutsch (1942/2007) enfatiza a ideia de que o exame da realidade se mantém intacto nas personalidades “como se”, o que as exclui da categoria da psicose.

A autora também fala sobre a melancolia, quadro em que a internalização do objeto e o superego tirânico mantém os conflitos com o objeto, isolados da realidade. Nos pacientes “como se”, os objetos estão no ambiente externo e, portanto, os conflitos são atuados na relação com eles. “O conflito com o superego é então evitado, pois em cada gesto e em cada ato, o ego “como se” se subordina através da identificação aos desejos e comandos de uma autoridade que nunca foi introjetada” (Deutsch, 1942/2007, p.342).

As impressões dadas pelos pacientes e pelos aspectos psicóticos das famílias criam suspeitas de diagnóstico de esquizofrenia. Aborda-se também a possibilidade da personalidade “como se” ser uma fase prévia à esquizofrenia em sua forma delirante. No entanto, a autora não faz essa afirmação por não ter clareza quanto a sua validade. Esse tipo de paciente representa uma variedade de personalidades perturbadas. “Eles não pertencem às

formas comumente aceitas de neurose e são muito bem ajustados à realidade para serem chamados de psicóticos” (Deutsch, 1942/2007, p.344).

Por fim, a autora indica que o tratamento psicanalítico pode ter uma melhor eficácia caso a identificação do paciente com o analista possa ser utilizada de maneira construtiva. No entanto, a eficácia do tratamento também é bastante variável neste grupo de pacientes “como se”, que são categorizados por Deutsch (1942/2007) como pré-psicóticos.

Trabalharemos agora com outro artigo de Adolph Stern (1945), *Terapia Psicanalítica nas Neuroses Borderline*, no qual o autor se aprofunda na etiologia traumática do *borderline*, discutindo também mudanças e problemas na técnica psicanalítica.

Muitos pacientes que buscam tratamento para enfermidades neuróticas estariam, para Stern (1945), no grupo *borderline*. Esses pacientes percorrem vários consultórios médicos, têm graves enfermidades e se encontram em estado de desespero. Apesar da grande dificuldade envolvida, que demanda um esforço intenso do analista, pôde haver progresso no conhecimento e tratamento desses pacientes. Com base no conhecimento desenvolvido com o atendimento de longo prazo e nos fatores etiológicos desse quadro, Stern (1945) acrescenta que pôde modificar aspectos da técnica psicanalítica clássica.

Acerca dos fatores etiológicos, o autor confere importância primordial ao aspecto traumático na etiologia dos pacientes ditos *borderline*, identificando clinicamente o fato desses pacientes se desenvolverem em ambientes de traumas contínuos, que os levaram a constituir egos deformados, o que seria característico de pacientes *borderline*. O autor aponta para a relação desse fator com a teoria freudiana, ou seja, a origem traumática das neuroses.

Aprofunda-se, no entanto, na questão desse ambiente traumático. Nas palavras do autor, “não é que estes pacientes estão expostos a experiências específicas, sexuais ou outras, [...] mas é que seu ambiente é em si mesmo tão traumático que quando são expostos a essas experiências eles reagem como se elas fossem traumáticas” (Stern, 1945, p.190-191). Segundo o autor, o medo da punição e da perda do amor é grande demais para que o indivíduo consiga acrescentar essas experiências ao seu desenvolvimento. Logo, experiências entendidas como perigosas são evitadas quando possível.

Centraliza-se a questão do ambiente a partir da perspectiva da mãe, tratando a personalidade dela como ponto principal na criação de um ambiente que definirá as possibilidades de desenvolvimento saudável ou doente da criança. A influência da mãe no período inicial de desenvolvimento, por meio de fatores como criticismo severo, rigidez na personalidade, intensa angústia, variações bruscas de humor e ausência de alegria, causa

repercussões ao longo da vida que vão além de questões que se pode rememorar. Desta forma, esse período inicial seria uma predisposição para enfermidades psicossomáticas, neuróticas, *borderline* e psicóticas (Stern, 1945).

Assim, o contato da criança com a mãe seria permeado por apreensão, ou seja, um preparo intenso para o perigo externo, que seria entendido como constante (o que predisporia, por sua vez, angústia na vida adulta).

Sobre o pai, Stern (1945) considera alguma influência no desenvolvimento egoico da criança. Em aspectos psicopatológicos paternos, o autor indica questões como uma neurose ou psicose do pai, bem como rigidez de personalidade, crueldade e abandono. Não obstante, aponta também para o contato distante e sem intimidade do pai para com a criança.

Nessas condições, a criança se desenvolveria como um adulto inseguro, com excessiva necessidade de entendimento, respeito, afeto e proteção. Não obstante, para Stern (1945), seria um adulto com intensas fixações edípicas e pré-edípicas. Fala-se, nesse artigo, de um adulto que apesar de experimentar grandes mudanças no ambiente (como mudar de cidade), mantém fixações com grande intensidade. Em razão dessas intensas fixações e necessidades de afeto, respeito e proteção, em tentativas de tratamento, os traços de caráter são fontes de grandes problemas na transferência, o que gera uma turbulência na clínica, fator difícil para o analista e para o paciente. Todavia, o reconhecimento dessas necessidades abre caminho para uma vinculação e para o tratamento (Stern, 1945).

Depois de apresentar características etiológicas, Stern (1945) adentra o campo da técnica com pacientes *borderline* e a abundância de problemas nesta esfera. Isso ocorreria em razão da etiologia pré-edípica do paciente e de profundos fatores psicossomáticos, bem como a pobreza e limitação da transferência positiva.

O autor diz que sua experiência com o uso do divã em pacientes *borderline* o forçou a perceber que eles mantinham um posicionamento arredo e defensivo na vinculação afetiva, protegendo-se da transferência. Havia um número volumoso de associações que, apesar de aparentarem ser livres, eram tendenciosas. As tentativas de Stern (1945) de desobstruir a análise se deram com explicações que apelavam à intelectualidade do paciente. Contudo, essas tentativas não eram eficazes, pois “eles já sabiam bastante sobre como se sentiam culpados ou aterrorizados. O que eles precisavam do analista era ajuda para diminuir essa culpa ou medo, para que pudessem reinvestir seus pensamentos com emoção” (Stern, 1945, p.193).

Oferecer esse tipo de ajuda também não é uma alternativa simples. Stern (1945) tentou enfraquecer a desvinculação do paciente com o analista adotando uma postura mais ativa,

cujos vértices principais eram uma relação determinada pela realidade, com maior interação na vida do paciente (o que não seria feito em casos em que o paciente alcançou maior capacidade de amar objetivamente [*object love*]). Em outros termos, uma mudança proposta por Stern (1945) é a de não utilização do divã e, portanto, de sentar-se em frente ao paciente, evitando sensações de isolamento, separação e auto absorção. Nessa posição, há uma observação mútua mais intensa, evitando que o analista seja visto como alguém misterioso e inalcançável.

O silêncio do analista é uma característica que causa bastante angústia em pacientes *borderline*. Essa angústia tem especial intensidade com aqueles que têm dificuldade para falar. Para aqueles que não têm essa dificuldade, Stern (1945) observou grande preocupação com o que o analista pensava sobre eles. Dessa forma, o silêncio do analista os deixava em uma dúvida dolorosa. Com isso, um dos objetivos técnicos para a análise seria o de que o paciente conhecesse e percebesse a personalidade do analista, tornando-o uma pessoa real e possibilitando a vinculação. Tal atitude visava também a prevenir que o paciente pensasse que o analista não tem interesse sincero e respeito por ele, nem tenta apoiá-lo ou protegê-lo. Esses aspectos estiveram ausentes no ambiente em que o paciente se desenvolveu, portanto, nessa nova relação, ele deverá enxergar possibilidades de novas características, que serão fortalecedoras do ego.

Todavia, existem dificuldades no estabelecimento dessa relação, as quais Stern (1945) apontou como determinadas pela realidade (*reality-determined relationship*). O autor diz que, em sua clínica, aprendeu a dar maior atenção à percepção e aos pensamentos do paciente, atribuindo-os menos a motivações transferenciais e de resistência. Essas mudanças técnicas diminuem o significado infantil que o analista tem para o paciente, em que o primeiro é visto como infalível. A diminuição da infalibilidade do analista pode gerar no paciente uma motivação menos intensa em agradá-lo ou satisfazê-lo.

Essas características de terapia de apoio visam a tornar o paciente analisável. As mudanças na estrutura do ego que serão realizadas na terapia permitirão que o paciente consiga estabelecer relações de amor com alguém que substitua seus pais. O paciente entenderá que seu amor tem valor e é respeitado pelo analista, permitindo uma relação com confiança, afeto e interesse. Desta maneira, a possibilidade de um amor objetal na relação analítica permitirá a expansão para que isso ocorra fora da análise. No ambiente externo, as capacidades de se sentir seguro e pertencente a um grupo serão desenvolvidas (Stern, 1945).

A dependência demonstrada pelo paciente do grupo *borderline* pode ser entendida como uma etapa necessária ao desenvolvimento que não ocorreu. Desta maneira, seria uma função parental suportar essa dependência, função que o analista desempenhará na análise.

Assim, não haveria necessidade de ele se esforçar em desfazer laços de dependência, mas em utilizar essa dependência para que o paciente consiga maior atividade e autonomia sobre ela.

A partir do que é promovido pela parte de suporte em psicoterapia, a análise psicanalítica pode ter início. O paciente *borderline* apresenta conhecimento sobre muitos conteúdos inconscientes, portanto será papel da análise tornar esses conteúdos suportáveis a ponto de o paciente aceitá-los, mesmo que dolorosamente. Esse é o ponto essencial para o tratamento de pacientes do grupo *borderline*, e os conteúdos serão aceitos e apreendidos conforme se desenvolva a capacidade de se relacionar transferencialmente com base no amor objetual.

Em ambos os textos apresentados de Stern até o momento (1938, 1945), o autor discutiu a técnica psicanalítica e a necessidade de modificações para que ela seja utilizada com pacientes *borderline*. Veremos isso também no próximo texto, de Melitta Schimideberg⁷ (1947/1986), ***O Tratamento de Psicopatas e Pacientes Borderline***.

A autora diz que sua prática analítica abarcou pacientes que não corresponderiam a neuróticos clássicos, nem a psicóticos, mas a pacientes *borderline*, os quais prefere chamar de esquizofrênicos precoces (*early schizophrenia*) ou próximos à esquizofrenia (*near-schizophrenia*). Também trabalhou com casos de caracteres histéricos graves e casos de psicopatia. No entanto, no artigo em questão, discute um grupo específico, cujo rótulo diagnóstico seria menos importante que as características do paciente, mas que se aproxima do quadro *borderline* (Schimideberg, 1947/1986).

Os pacientes por ela examinados têm tendências antissociais, expressas nas dificuldades do tratamento, como faltas nas sessões e pagamentos, ausências de fala ou de associações durante as sessões. São pacientes que sempre reclamam de algo estar acontecendo em suas vidas. A vinculação do analista com eles é complicada, pois a transferência é confusa e estranha. Esses pacientes costumam, por exemplo, ter variações de humor muito frequentes e rápidas.

Para Schimideberg (1947/1986), a análise não é possível com esses pacientes e, por essa razão, deve-se estabelecer uma técnica específica. Nessa técnica, primeiramente, deve-se estabelecer um contato, que é feito de maneira a evitar algumas regras da psicanálise, ou seja,

⁷ Melitta Schimideberg (1904-1983) fez formação médica na Alemanha e analítica em Londres, na Sociedade Psicanalítica Britânica, a qual abandonou, posteriormente. Filha de Melanie Klein, é conhecida também por ter cunhado a expressão “estável instabilidade” para descrever pacientes *borderline* e com transtorno de personalidade antissocial (Cassullo, 2016). Essa expressão, no entanto, não aparece no texto que trabalhamos.

incluindo falas sobre a vida do próprio analista, de modo a incitar a fala e o conforto do paciente. Interpretações que surtam efeito de reassegurar o paciente são importantes e desejadas, pois a angústia dele impede sua vinda ao tratamento.

As interpretações podem surtir efeito de dar conforto ou tensionar o paciente. Para a autora, mais importante que o conteúdo das interpretações, a forma como são ditas implica em uma reação aproveitável ou em uma angústia que impede o discurso. Ela apresenta, como exemplo, o fato de que falar diretamente da agressividade dirigida a um pai é mais ansiogênico que falar sobre a agressividade dirigida a um professor. Por isso, a autora afirma que as interpretações são feitas por partes e, conforme essas partes são ditas ao paciente, é possível observar suas reações para examinar se aquele conteúdo pode ser aprofundado.

Schmideberg (1947/1986) comenta não gostar de quando a transferência se torna muito intensa ou de situações em que o analista é a única pessoa a quem o paciente pode recorrer. Por isso, encoraja o paciente a construir outras relações de confiança. Destacamos aqui a divergência de Schmideberg (1947/1986) com Greenacre (1941), pois a última, como vimos, afirma não encorajar os pacientes a nenhuma atividade específica, uma vez que isto poderia ser visto como um caminho para o paciente satisfazer o analista.

Uma das características dos pacientes é a dificuldade ou incapacidade de serem pontuais. Pacientes *borderline*, comumente, não aderem a regras, não são fiéis em seus relacionamentos, não pagam suas próprias contas, entre outras questões dessa ordem. De certa forma, isso é um tipo de rebeldia, porém, mais além, também se deve à angústia causada por uma sensação claustrofóbica, uma inabilidade de serem restringidos. Isso pode ser sentido como uma forma de sujeição masoquista (Schmideberg, 1947/1986).

Na análise de pacientes *borderline*, não se deve manter a família fora de contexto, como é possível em neuróticos. Tal contato é necessário tanto para obter ajuda para lidar com o paciente, quanto para ajudar os familiares com as dificuldades advindas da convivência com ele.

Ao final do artigo, é apresentada uma discussão entre Schmideberg e colegas, que demonstram apreciação pelo método não ortodoxo descrito pela autora. Nessa discussão, enaltecem a habilidade da analista em estabelecer uma transferência positiva com pacientes psicopatas, o que levou ao sucesso de seus tratamentos. Portanto, os pacientes *borderline*, cujos casos a autora cita em sua experiência (que não detalharemos para não prolongar nossa própria discussão), são aqui colocados como próximos, ou mesmo agrupados com pacientes psicopatas, dadas as possibilidades de cometerem atos criminosos em momentos de raiva.

Até o momento, em nossa apresentação, a contratransferência apareceu apenas de maneira indireta, quando os autores dizem que o paciente *borderline*, ou aqueles próximos a esta condição, trariam muitas dificuldades ao analista. Em nosso próximo texto, o artigo de Donald Winnicott⁸ (1947/1994) *Ódio na Contratransferência*, a contratransferência será examinada de maneira aprofundada, o que veremos em pouquíssimos momentos nos textos seguintes. Neste artigo, ainda, há um breve prefácio feito por Gabbard (1994), onde é indicado que na Escola Britânica de relações objetais, na qual é costume incluir Winnicott, há um uso vago do termo psicótico em ocasiões em que se trata de pacientes *borderline* ou com outros transtornos graves da personalidade.

Winnicott (1947/1994) analisa o ódio na contratransferência e afirma que ele deve ser consciente para o analista, especialmente na análise de psicóticos. Diferenciando-o de outras declarações acerca do tema, o autor define a verdadeira contratransferência como “o amor e ódio do analista em reação à personalidade e comportamento reais do paciente, baseado na observação objetiva” (Winnicott, 1947/1994, p.350).

Os pacientes, de acordo com Winnicott (1947/1994) enxergam no analista a maneira como eles mesmos são capazes de sentir. Ou seja, um obsessivo irá enxergar o analista como alguém realizando um trabalho de maneira obsessiva, um neurótico irá enxergar o analista como alguém ambivalente. Os psicóticos, em um estado em que amor e ódio coincidem, entenderão que o analista também é capaz de se relacionar desta maneira amor-ódio. Desta forma, caso o analista demonstre amor, também demonstrará ódio.

Comumente, o ódio presente no analista é mantido latente, sem grandes dificuldades. No entanto, em pacientes psicóticos, há maior esforço para que o ódio não se mantenha presente em análise de maneira intensa, causando obstáculos à interpretação. Para o autor, é possível manter o ódio latente apenas quando o analista está completamente atento para a existência dele.

Em uma análise, Winnicott (1947/1994) afirma que o paciente necessita perceber objetivamente o ódio do analista. Ele explica isso com base em crianças abandonadas. Ou seja, essas crianças buscam os pais que as abandonaram e, quando eles são substituídos, elas parecem ser capazes de amar os substitutos apenas quando entendem que os substitutos são capazes de odiá-las. “Se o paciente procura ódio objetivo ou justificado, ele deve ser capaz de

⁸ Donald Woods Winnicott (1896-1971) foi médico pediatra e psicanalista da Sociedade Psicanalítica Britânica, a qual presidiu duas vezes (Gillespie, 1971).

alcançá-lo, ou não poderá sentir que é capaz de alcançar amor objetivo (*objective love*)” (Winnicott, 1947/1994, p.353).

Como vimos em Winnicott (1947/1994), é necessário ao analista perceber a personalidade do paciente para identificar o que ele (analista) sente a respeito disso, podendo conhecer seu ódio e amor pelo paciente. Aprofundar-nos-emos agora no tema da personalidade do paciente durante a análise, a transferência, retomando novamente Stern (1948), com seu texto *Transferência nas Neuroses Borderline*.

O autor indica que a infância de pacientes em estados *borderline* (*in borderline states*) ocorre em um ambiente em que um dos pais – ou os dois – tem uma marcante psicopatologia, variando de transtorno de caráter até a psicose. Stern (1948) destaca também brigas constantes entre eles e um ambiente com atmosfera de angústia e insegurança. Além disso, observou separações entre os pais, abandono, crueldade e brutalidade por um deles, impossibilitando um suporte afetivo para as necessidades e dependências da criança.

Desde o início de um processo psicanalítico com esses pacientes, a transferência apresenta aspectos infantis, pré-edípicos e de uma criança traumatizada. Em razão disso, Stern (1948) não faz uso do divã e senta-se frente ao paciente, procurando evitar situações de intensa angústia no início do tratamento e também em razão da incapacidade do paciente em adentrar estados de devaneio (*reverie*).

Para Stern (1948), desde o início, há transferência com alto grau de irrealidade até que seja possível para o paciente entender que o suporte afetivo do analista é constante e estável. O autor adverte para que se tente encaminhar esse processo com o mínimo de angústia.

Os aspectos pré-edípicos que fundamentam a transferência encorajam uma postura mais ativa do analista, possibilitando reações positivas do paciente. Para Stern (1948), isso é essencial para o tratamento, visto que o fortalecimento de aspectos positivos na transferência deve ser realizado para que os aspectos negativos sejam suportados.

O paciente usará de suas próprias capacidades para examinar se o analista será um substituto paterno, um substituto mais benevolente, constante e permissivo, e menos punitivo do que seus pais foram. Com isso, o paciente constantemente examinará também quais os pensamentos do analista sobre si. Há, portanto, um manejo constante dos conteúdos que ele traz à análise, tentando agradar ao analista. Posteriormente, poderá investir sua raiva reprimida na transferência, até ganhar confiança e estrutura para desenvolver a capacidade de amar objetivamente, amadurecendo aspectos pré-edípicos e se encontrando com aspectos edípicos.

Saindo de discussões específicas sobre a contratransferência e a transferência e retornando a artigos que discutem mecanismos básicos dos pacientes *borderline*, construindo novos rótulos diagnósticos, finalizaremos as décadas de 1930 e 1940 com o trabalho de Hoch e Polatin (1949), *Formas pseudoneuróticas de esquizofrenia*.

Neste artigo, os autores discorrem sobre um tipo de paciente que se tornou comum na medicina da época, o qual não apresentava sintomatologia clínica bem definida, mas frequentemente era diagnosticado como psiconeurótico. Esse diagnóstico, segundo Hoch e Polatin (1949), era incorreto. Porém, para que isso fosse verificado, era necessário um período considerável de tratamento.

Após um período de prática com esses casos, percebeu-se que a estrutura psicodinâmica se diferenciava dos neuróticos. No entanto, os pacientes também resguardavam semelhanças com o quadro neurótico e por isso foram nomeados *borderline*, dizem os autores, repetindo algo que vimos até aqui. Contudo, outros pesquisadores encontraram semelhanças com pacientes esquizofrênicos, incluindo seus pacientes na categoria das psicoses, o que também foi visto neste capítulo, por exemplo, em Zilboorg (1941). Nesse contexto, Hoch e Polatin (1949) dizem ser possível afirmar que tais pacientes têm reações esquizofrênicas, pois, para os autores, seus mecanismos básicos são semelhantes aos de esquizofrênicos.

O diagnóstico proposto pelos autores é o de uma forma pseudoneurótica de esquizofrenia e, para ser estabelecido, faz-se necessário expor a presença de mecanismos básicos da esquizofrenia.

Um primeiro mecanismo básico descrito seria o de uma abordagem autista, na qual há desligamento dos objetos do ambiente. Esse mecanismo não seria quantificável, nem teria uma forma sistematizada de observação, por isso, dependeria daquele que diagnostica. Contudo, nas esquizofrenias tal processo seria mais intensificado do que nas neuroses, mesmo aquelas com traços esquizoides.

Outro mecanismo comumente observado – e também mais grave na esquizofrenia do que nas neuroses – seria a ambivalência. Isso seria visto por meio da intensidade quantitativa da diferença entre os polos da ambivalência. Contudo, observam os autores que, nos casos analisados, a ambivalência seria mais precisamente uma polivalência, por não se tratar de dois polos opostos, mas noções variáveis acerca da realidade que podem interferir em aspectos como a sexualidade, a adaptação social e os objetivos do paciente (Hoch & Polatin, 1949).

Sobre o comportamento afetivo, os autores pontuam que pode ser semelhante ao de pacientes com graves esquizofrenias, no entanto, sua observação pode ser dificultada caso o

paciente só seja visto em consultas eventuais, ou seja, é facilitada em casos de internação. Alguns comportamentos emocionais inapropriados, como a falta de flexibilidade emocional, hipersensibilidade de reação a pequenas frustrações, concomitantemente a momentos de frieza e distanciamento, são observados nesses casos. Reações de ódio são comuns e também mais intensas e indiscriminadas se comparadas a pacientes neuróticos.

Apesar desses sintomas, os autores dizem que o principal para o diagnóstico desse tipo de paciente é o que chamam de pan-angústia e pan-neurose. Sobre a primeira, discorrem sobre uma angústia que invade todos os aspectos da vida do paciente, ou seja, não há praticamente nenhuma experiência de vida que não envolva angústia. Assim, ela é caracterizada como polimórfica.

Já sobre a pan-neurose, os autores afirmam que os pacientes geralmente apresentam grande variedade sintomática, ocorrendo em conjunto. Por exemplo, eles podem apresentar sintomas histéricos, estados vegetativos como insônia, anorexia, vômitos e palpitações; fobias, como a de ser morto ou de lugares públicos, que podem estar associadas a sintomas obsessivo-compulsivos; e também estados de depressão e anedonia, em que não sentiriam prazer. No entanto, perturbações no pensamento, como algumas formas de incoerência, observadas em pacientes esquizofrênicos, não ocorrem nesses casos.

Outro aspecto importante dos pacientes com forma pseudoneurótica de esquizofrenia é a forma como lidam com seu material neurótico. Segundo os autores, um indivíduo neurótico sente angústia quando descreve minuciosamente seus sintomas, porém, consegue fazê-lo. Tenta, não obstante, criar explicações para a origem destes e, não tendo conhecimento dessas origens, encontra saídas pela via da racionalização ou mesmo por explicações bizarras. Contudo, Hoch e Polatin (1949) afirmam que é importante observar que os neuróticos tentam criar explicações com coerência, seguindo alguma lógica.

Já nos pacientes com a forma pseudoneurótica de esquizofrenia, as explicações sobre seus sintomas neuróticos são vagamente contraditórias. Não há capacidade para se aprofundar nas explicações, que geralmente se mantêm na apresentação da grande variedade de sintomas que se desenvolveram. Ou seja, fazem um discurso sobre seus sintomas neuróticos de maneira estéril, fria.

Vários pacientes com essa esquizofrenia pseudoneurótica passam por episódios psicóticos, porém de curta duração e com grande capacidade de reabilitação. Isso é importante para os autores, pois, para aquele que realiza o diagnóstico e que não viu o paciente em algum episódio psicótico, será raro compreender que se trata de uma psicose. É importante, então, observar quantitativa e qualitativamente esses episódios psicóticos, pois algumas ideias

presentes no paciente podem progredir para delírios ou alucinações. Isso é notado, por exemplo, em situações em que se tem a impressão de que alguém pode estar o observando, ou de que ele pode ouvir vozes. Ou seja, o paciente pode desenvolver sintomas psicóticos como ouvir vozes e acreditar existir alguém que o observa.

Os autores chamam esses episódios de micro psicoses, pois têm, geralmente, curta duração e grande possibilidade de reintegração, como dito anteriormente. Ademais, frequentemente estão ligados a ideias hipocondríacas, ideias de referência e sentimentos de despersonalização, usualmente interligados.

Outro aspecto importante dos casos trabalhados é o da organização psicosexual. Os autores indicam que há uma organização caótica da sexualidade, permeada por tendências polimórfico-perversas que geram preocupações com tendências homo e heterossexuais, orais, anais e autoeróticas. Também são marcados comportamentos sádicos e sadomasoquistas. Essas manifestações e esse tipo de organização são características da esquizofrenia de forma pseudoneurótica.

No entanto, o conteúdo psicosexual dos pacientes é menos exposto se comparado a formas de esquizofrenia franca, o que pode levar à confusão de que são neuróticos. Com base exclusivamente no material psicosexual, raramente é possível realizar o diagnóstico. Por exemplo, com base apenas na identificação de material narcísico e pré-genital, não é possível diagnosticar uma esquizofrenia. Também não é possível diagnosticá-la apenas em função de fenômenos de regressão, pois, para os autores, tal quadro compreende o movimento da regressão e também o de desintegração.

2.1. Análise

A década de 1930 marcou na psicanálise um início de exame mais aprofundado do quadro *borderline*. Esse quadro psicopatológico, no entanto, não era absolutamente novo, como se pôde perceber ao longo dos textos trabalhados, nos quais falamos sobre como tais casos estavam se tornando cada vez mais frequentes ou apresentando dificuldades aos clínicos.

Não obstante, trataremos aqui das décadas de 1930 e 1940. Como dissemos na introdução, após cada capítulo faremos uma análise dos conteúdos presentes nos trabalhos investigados. Nesta primeira análise, discutiremos como o transtorno foi definido – ou seja, a que se atribuía o rótulo diagnóstico de *borderline* ou rótulos equivalentes; as críticas a esses rótulos empregados como classificação diagnóstica; a psicodinâmica; os sintomas e características; a técnica psicanalítica; os objetivos da técnica; e a transferência e contratransferência.

2.1.1. Posicionamento entre a neurose e a psicose e diferenças entre outras psicopatologias

Iremos agrupar aqui as informações concernentes à forma como os autores posicionaram o quadro *borderline* em relação às psicopatologias já com definição solidificada. Nas décadas de 1930 e 1940, o diagnóstico de *borderline* foi empregado principalmente para se referir ao sujeito que estivesse entre a neurose e a psicose. Contudo, percebemos duas perspectivas diferentes, mas que não se excluem, ao definir o *borderline* deste modo. A primeira se dá por uma dupla afirmativa, como visto em Glover (1932): o paciente tem aspectos neuróticos e psicóticos. A segunda perspectiva se dá por uma dupla negativa, vista em Deutsch (1942/2007), Schmideberg (1947/1986) e Stern (1938): o paciente não é nem psicótico, nem neurótico.

Todavia, encontramos outra forma de definição, que não é empregada com base apenas na comparação com neuróticos ou psicóticos. Nessa terceira perspectiva se define o *borderline* como tendo uma psicodinâmica diferente dos neuróticos, mesmo que resguarde semelhanças. Neste capítulo, vimos que Hoch e Polatin (1949) tratam o *borderline* como tendo uma dinâmica própria e diferente dos neuróticos. No entanto, para os autores, tratar-se-ia de uma psicose. Outros autores, como Schmideberg (1947/1986), aproximam ou incluem o *borderline* nas psicoses.

Para além da definição, encontramos divergências quanto à terminologia.

Pontuamos, em primeiro lugar, autores que utilizam a terminologia *borderline* sem indicar problemas, como Stern (1938, 1945, 1948). Há autores que criaram terminologias próprias, como Zilboorg (1941), com a “esquizofrenia ambulatorial” (que também será comentada no próximo capítulo) e Deutsch (1942/2007), com a “personalidade ‘como se’”. Indicamos também Schmideberg (1947/1986), que fala em esquizofrênicos precoces (*early schizophrenia*), ou próximos à esquizofrenia (*near-schizophrenia*).

No texto de Winnicott (1947/1994) aqui trabalhado, há um prefácio feito por Gabbard (1994) no qual o autor indica que a Escola Britânica das Relações Objetivas tratava indivíduos *borderline* pelo termo “psicóticos”.

Para nós, a divergência terminológica reflete o não aprofundamento da definição do paciente. Assim como os autores aproximam o *borderline* da psicose, da neurose ou de nenhuma das duas ou, ainda, de apenas uma delas, as terminologias também são feitas assim. Nota-se, contudo, que Deutsch (1942/2007) formulou sua terminologia em razão das características de personalidade que observava e não conforme os sintomas dos pacientes se assemelhavam mais às psicoses ou às neuroses.

Neste primeiro ponto de análise, por meio do qual tratamos de informações iniciais sobre o paciente e sua classificação psicopatológica, apresentamos, também, a diferenciação entre o quadro *borderline* e outras psicopatologias.

As diferenças encontradas podem ser agrupadas em relação às neuroses no que tange a um maior grau de narcisismo do *borderline* (Stern, 1938) e, também, sua menor capacidade de investimento afetivo (Deutsch, 1942/2007). Essa menor capacidade seria observada na comparação com a histeria (Deutsch, 1942/2007) e também em relação a perturbações neuróticas em geral, através do discurso estéril, frio, do *borderline*, em contraste com o discurso defensivo do neurótico (Hoch & Polatin, 1949). Deutsch (1942/2007), no entanto, fala que há diferenças entre pacientes *borderline* e indivíduos narcisistas, pois, nos primeiros, há tentativas de estimular a experiência afetiva e nos segundos não há.

Já em relação às psicoses, encontramos que, ao contrário destas últimas, algumas capacidades do *borderline* estão mantidas, seja a capacidade de simbolização (Greenacre, 1941/2010) ou a manutenção do exame da realidade (Deutsch, 1942/2007). Não obstante, há no psicótico uma perturbação no pensamento que não ocorre no *borderline* (Hoch & Polatin, 1949). Nota-se, ainda nesse ponto, a indicação de Deutsch (1942/2007) para que se investigue se os pacientes *borderline* são um estágio prévio à esquizofrenia.

2.1.2. Críticas ao termo e à classificação

Encontramos críticas dos autores sobre o fato de o *borderline* ser assim chamado por não apresentar os sintomas mais graves das psicoses e, portanto, ser colocado próximo às neuroses. Os autores criticam essa visão, dizendo que, se há mecanismos psicóticos, o diagnóstico é de psicose (Glover, 1932); ou mesmo que os casos não devem ser diagnosticados apenas na ocorrência de sintomas mais graves (Zilboorg, 1941). Também vimos que Hoch e Polatin (1949) criticam o termo *borderline* quando é aproximado das psiconeuroses, pois o *borderline* tem uma estrutura dinâmica diferente dos neuróticos, apenas com algumas semelhanças.

2.1.3. Psicodinâmica: desenvolvimento e organização

Essa seção aborda os aspectos psicodinâmicos que os autores identificaram nos pacientes *borderline* com os quais trabalharam. No entanto, primeiramente, trataremos do desenvolvimento psicodinâmico do paciente classificado como *borderline* e quais as características de seu ambiente – poderíamos entender esse ponto como a etiologia. Depois disso, abordaremos o que os autores enfatizaram sobre a psicodinâmica do paciente no modo como foi observada clinicamente. Ou seja, entende-se este segundo ponto como os aspectos da dinâmica psíquica atual, como o paciente a apresentava na situação de tratamento, ou mesmo, como a psicanálise permite explicar os fenômenos observados na clínica. Consideremos, no entanto, que estes dois pontos, em psicanálise, não são propriamente distintos. Estamos apresentando-os separadamente para organizar nossa discussão. Esses esclarecimentos valem não apenas para esta primeira análise, mas para as outras, onde também forem acrescentados os pontos da etiologia ou desenvolvimento, psicodinâmica e ainda, como veremos posteriormente, sintomas e características.

Acerca do desenvolvimento, trata-se primeiro de traumas. Esses são vistos como ocorrendo em período pré e pós-natal, deixando marcas orgânicas, fonte de angústia (Greenacre, 1941/2010). Stern (1945) também enfatiza os traumas, porém caracterizando a existência de um ambiente traumático, e não de grandes traumas eventuais. Nesse ambiente, com forte influência da mãe e alguma responsabilidade do pai, desenvolver-se-ia um ego deformado, em que há medo da perda do objeto e de punição. Os pais, para Deutsch (1942/2007), devem realmente seduzir a criança, de modo a haver troca e investimentos afetivos. Como isso não ocorre, no *borderline*, há fraqueza na identificação com os pais, que se desenvolve em uma desvalorização do objeto, o qual serve como modelo para desenvolvimento da personalidade. Como o desenvolvimento fica prejudicado, há também

uma má integração do superego, a qual, aliada a tendências agressivas, dá condição para desenvolvimento de passividade e submissão aos desejos alheios. A fraqueza na identificação dos pais faz com que os representantes que formam a consciência sejam colocados no ambiente externo.

Sobre a psicodinâmica, também vemos uma ênfase no narcisismo (Stern, 1938), que fundamenta a angústia da qual o paciente tenta se defender. O narcisismo também é citado por Deutsch (1942/2007), porém, para ela, estaria ligado à perda de investimento no objeto, o que implicaria na falta de repressões. Esta perda de investimento também se correlacionaria à falta de modelos de identificação. Gostaríamos de pontuar, ainda, que Hoch e Polatin (1949) indicam a existência de tendências polimórfico-perversas na sexualidade.

2.1.4. Sintomas e características: como a psicodinâmica aparece na clínica

Nesta parte de nossa análise, sintomas e características, trataremos daquilo que é peculiar do quadro *borderline*, suas características, e daquilo que compõe uma psicopatologia, as características que denotam algum conflito, ou seja, os sintomas. Nota-se, ainda, que esta categoria também será encontrada nas análises seguintes, onde esta explicação também é válida.

Em primeiro lugar, indicamos sintomas e características do paciente *borderline* relacionadas a si, para, em segundo lugar, indicarmos os relacionados aos outros, ao ambiente. Essa é uma divisão que será feita outras vezes ao longo de nosso trabalho e corresponde, para nós, a algo peculiar do *borderline*, que discutiremos no final de nosso texto.

Em relação ao próprio sujeito, destacamos a despersonalização, evidenciada por Deutsch (1942/2007) – a pobreza nas relações com o próprio ego ou ambiente externo – e a falta de integração entre vivências e emoções e o pensamento autístico, presentes no quadro *borderline* (Zilboorg, 1941). Outro ponto levantado por Deutsch (1942/2007) que aqui nos parece relacionado é o da falta de individualidade, vazio e pseudo-afetividade.

Para além desta pobreza de relações afetivas, descrita pelos autores, vemos alguns afetos serem descritos. Zilboorg (1941) fala em impregnação de ódio, uma agressividade que não pode ser contida, e impulsos primitivos e desintegrados. Hoch e Polatin (1949), também falam sobre este ponto, pois dizem que o paciente *borderline* apresenta reações intensas de ódio. Estes autores citam outros sintomas, como pan-angústia e pan-neurose, polivalência na sexualidade, inflexibilidade emocional e hipersensibilidade. Esta última também é citada por Stern (1938), que fala, ainda, de uma rigidez na personalidade como sintoma do *borderline*.

Nesse contexto, também relacionaríamos as variações de humor frequentes e rápidas, descritas por Schmideberg (1947/1986), e a hemorragia psíquica, de Stern (1938) – na qual o sujeito fica imóvel frente a situações de trauma, sofrendo como se fosse morrer.

Passemos agora aos sintomas do *borderline* relacionados ao ambiente.

Vimos em Stern (1938), a indicação de que os pacientes *borderline* têm fortes sentimentos de inferioridade. Relacionado a isto, vimos em Zilboorg (1941) uma incapacidade para ser um sujeito independente. Destacamos aqui também a polivalência na adaptação social, como descrevem Hoch e Polatin (1949) e os comportamentos de imitação e falta de genuinidade, apontados por Deutsch (1942/2007). Em relação ao ambiente, Schmideberg (1947/1986) fala que, para o *borderline*, sujeitar-se às características do ambiente seria uma forma de sujeição masoquista. Lembremos também que Stern (1938) cita o masoquismo como característica marcante no quadro *borderline*, indicando, porém, não compreender as razões disso.

Analisando os sintomas relacionados ao ambiente pela perspectiva dos sujeitos que o compõem, vimos em Zilboorg (1941) que os pacientes *borderline* são vistos como pessoas difíceis e sem afeto. Para Deutsch (1942/2007) os pacientes *borderline* são vistos como pessoas estranhas, mas com aparente normalidade.

Acrescentaríamos, por fim, que tal modo de se relacionar do *borderline*, como sugere Deutsch (1942/2007), não é consciente para ele. Para o indivíduo, então, suas relações são idênticas às relações de pessoas comuns.

2.1.5. Psicanálise e psicoterapia: técnica, falhas e dificuldades

Nesta seção, iniciamos com Stern (1945), o qual afirma que grande parte dos pacientes que procuram a psicanálise está no grupo *borderline*. No entanto, há algumas divergências e convergências entre os autores, expostas a seguir. Tratemos primeiro da análise, portanto, o campo clínico da psicanálise, para depois abordar questões técnicas da psicanálise e psicoterapia, apresentando, ao final, falhas e dificuldades no tratamento com pacientes *borderline*.

Exposta em linhas gerais, a psicanálise apresentaria pouca repetição no grupo de pacientes *borderline* (Deutsch, 1942/2007). No entanto, segundo a autora, o tratamento pode ser eficaz caso haja uma boa identificação do paciente com o analista. Isso converge com o que escreveu Zilboorg (1941), quando este diz que o tratamento psicanalítico pode contribuir positivamente para o paciente, mas que raramente se faz um tratamento de longo prazo. Passemos, então, a características da técnica específicas para o quadro *borderline*.

Stern (1945) indica que para a análise se tornar possível, faz-se necessária, primeiramente, uma parte de psicoterapia de apoio, pois esta torna os conteúdos inconscientes mais suportáveis. Não obstante, ainda segundo esse autor, os pacientes precisam de um analista que os ajude a diminuir a culpa e o medo que sentem, pois eles podem impedir o progresso do tratamento. Notemos, então, que Stern (1938, 1945) abre possibilidades para se falar em parte de apoio e parte de análise no tratamento desses pacientes.

Nesse contexto, avancemos para recomendações técnicas.

Com o objetivo de diminuir culpa e medo, Stern (1945) aconselha ao terapeuta manter uma postura mais ativa, excluindo o uso do divã. Mesmo assim, o autor indica que o divã permite identificar as defesas do paciente *borderline* contra a vinculação afetiva. A postura mais ativa é indicada também, pois o silêncio do analista pode ser doloroso (Stern, 1945). Sobre objetivos, ainda, Greenacre (1941/2010) afirma que a análise deve ser feita para alcançar o manejo da angústia, educação do narcisismo, análise da neurose essencial e controle da angústia não-analisável.

Assim como o silêncio do analista pode ser doloroso, como nos diz Stern (1945), Schimideberg (1947/1986) chama a atenção para as interpretações, que também podem causar desconforto e angústia. Portanto, a autora indica que a forma da interpretação é mais importante que seu conteúdo.

Diferenciando-se dos analistas clássicos, Schimideberg (1947/1986) encoraja o paciente a ter outras relações significativas e consulta familiares para obter informações e orientá-los. Em resumo, a autora afirma que a análise clássica não é possível e o paciente *borderline* demanda uma psicoterapia específica, na qual se estabelece contato, evitam-se regras psicanalíticas – como a abstinência – e se estimula o paciente a buscar atividades e objetivos que sejam recompensadores e prazerosos.

Podemos pensar, então, que os textos lidos nos indicam uma linha de raciocínio que vai do emprego da psicanálise clássica, passa por um tratamento que necessita de parte de psicoterapia de apoio para depois haver o emprego da psicanálise, até o outro extremo, no qual a psicanálise é declarada inviável e se afirma que o paciente necessita de uma psicoterapia específica. Contudo, há falhas e dificuldades no tratamento desses pacientes, que dependem ou não do método empregado. Passemos a elas.

Stern (1938) indica que há ineficácia da técnica psicanalítica em razão do forte narcisismo do paciente *borderline*. Contudo, o autor declara que a psicanálise seria possível, ao contrário de Schimideberg (1947/1986).

Os pacientes *borderline* apresentariam um manejo clínico difícil, com reações terapêuticas negativas frequentes e escassez de associações livres (Stern, 1938). Segundo o autor, há também ausência de afeto no discurso e impossibilidade de expressar verbalmente a angústia. O aumento da angústia, para Greenacre (1941/2010), intensifica o narcisismo e a onipotência, perturba o exame da realidade e faz com que os investimentos se tornem urgentes e vazios, distorcendo também a individuação. Dessa maneira, atenta-se para a indicação de Stern (1938) de que as defesas do paciente *borderline* evitam a angústia e o protegem de sua destrutividade, mas podem ser desmontadas pelas interpretações. Desta forma, o uso de interpretações pode ser também prejudicial.

Por fim, mencionamos a descrição de Greenacre (1941/2010) sobre a precipitação de episódios psicóticos – o que chamou de “delírios psicanalíticos” – quando há análise precoce da transferência. Nesse ponto, vemos também que Hoch e Polatin (1949) descrevem micropsicoses: episódios psicóticos curtos, com possibilidade de reintegração, que ocorrem na análise.

2.1.6. Objetivos gerais da psicanálise

Três autores especificam de maneira clara os objetivos da psicanálise para o paciente *borderline*. Vejamos sucintamente.

Greenacre (1941/2010) diz que manter aspectos da realidade é essencial ao tratamento. Zilboorg (1941) fala que o maior objetivo do tratamento é a reintegração dos afetos. E Stern (1945) afirma que o objetivo técnico é o de o paciente perceber a personalidade do analista, tornando-o uma pessoa real, o que possibilita a vinculação afetiva.

Comentaremos apenas que, em uma técnica de análise, de exploração, como propõe a psicanálise, é compreensível o não estabelecimento prévio de objetivos específicos a serem cumpridos, uma vez que os conteúdos serão trazidos pelo paciente. Desta forma, justifica-se com isso a escassez de informações nesta seção.

2.1.7. Transferência, contratransferência e função do analista

Tratando do tema da transferência em linhas gerais, Stern (1938) afirma que ele permite o diagnóstico e o prognóstico. Já sobre o início do tratamento, percebemos uma divergência na descrição da transferência: Stern (1938) indica que há uma relação de dependência, pois o analista é inicialmente visto como onipotente e onisciente e Greenacre (1941/2010) diz que há um início vazio com avanço para forte ambivalência.

Sobre as funções que o analista exerce na transferência, Stern (1945) descreve funções parentais, onde o analista trabalharia com a dependência do paciente (Stern, 1945), que está ligada ao alto grau de irrealidade que ocorre, o que é elaborado pela parte de apoio da psicoterapia (Stern, 1948). Para o autor, o paciente investiga se o analista será uma figura parental substituta e mais benevolente.

Há algumas características do paciente que influenciam na transferência. Para Stern (1938), as dificuldades no exame da realidade do *borderline* fazem com que as interpretações possam causar reações terapêuticas negativas.

A transferência positiva é limitada e pobre (Stern, 1945) e a vinculação é complicada (Schmideberg, 1947/1986). A transferência teria aspectos infantis, como se se tratasse de uma criança traumatizada (Stern, 1948). É confusa e estranha, para Schmideberg (1947/1986). Ocorrem períodos de angústia e hostilidade que tornam a relação analítica problemática, pois visam a evitar o contato com o analista (Stern, 1938); ocorrem turbulências afetivas, o que revela fixações edípicas e pré-edípicas (Stern, 1945); e, para Schmideberg (1947/1986), há problemas como faltas no pagamento e ausência nas sessões.

Por fim, Winnicott (1947/1994) dá prioridade à contratransferência, tratando da existência de ódio no analista e como isso deve se tornar consciente. Para o autor, o paciente entende que é capaz de ser amado, quando sabe que é capaz de ser odiado.

3. Proposições teóricas e técnicas sobre o *borderline*: a cisão como mecanismo fundamental

Em nosso primeiro capítulo, vimos que o paciente *borderline* passou a ser examinado com maior profundidade nas décadas de 1930 e 1940. Contudo, houve divergências entre os autores, principalmente, a respeito da definição e do tratamento destes pacientes. Neste capítulo, já será possível ver pontos que foram aprofundados, como o da transferência, e também autores do capítulo anterior que reformularam algumas de suas teorizações. Não obstante, divergências em torno da definição e dos aspectos técnicos do tratamento continuarão presentes. Além disso, nos textos das décadas de 1950 e 1960, aqui trabalhados, o conceito de cisão adquirirá grande importância na compreensão dos sintomas e da psicodinâmica do *borderline*, bem como no fundamento de proposições técnicas.

Iniciaremos a década de 1950 com o artigo *Psicoterapia diferencial de estados borderline*, de Victor Eisenstein (1951), que foi apresentado na 107ª reunião da Associação Psiquiátrica Americana, no mesmo ano de sua publicação.

Nesse trabalho, o autor apresenta algumas características do paciente *borderline* e sugere três fases de tratamento psicanalítico. Ao longo do artigo, são também discutidos conteúdos da análise, como sonhos, capacidades e incapacidades do paciente, aspectos transferenciais e algumas diferenças dos pacientes *borderline* com psiconeuróticos. Em linhas gerais, Eisenstein (1951) fala de um paciente descritivamente neurótico, mas dinamicamente psicótico e com incidência crescente nas clínicas de psiquiatria e psicanálise.

O autor classifica o paciente *borderline* no quadro das neuroses narcisistas, que mantêm superficialmente quadros neuróticos, mas têm o exame de realidade enfraquecido e, portanto, não seriam neuroses de transferência. Com isso, indica a existência de várias falhas terapêuticas da psicanálise que estariam ligadas ao quadro *borderline*, pois avanços terapêuticos não acompanharam avanços teóricos sobre esse paciente e seu desenvolvimento psíquico.

Algo que pode ocorrer com frequência no tratamento desses casos é a precipitação de episódios psicóticos no processo psicanalítico. Atentando para essa possibilidade, trabalhar-se-ia com três escolhas técnicas: 1) atitude de apoio; 2) evitação da associação livre; 3) paciente sentado ao invés de deitado em um divã.

Para Eisenstein (1951), a principal questão do tratamento é a do ego enfraquecido. Outra questão, porém de menor importância, seriam as feridas narcísicas. Os *borderline* são sujeitos que sofreram traumas muito precoces e que reagiram a eles de maneira onipotente.

São primitivos nas reações emocionais, são crianças que mais atuam do que falam e têm “fome de afeto” (*affect hungry*).

Na relação com o analista, esperam intensidade emocional, porém também a temem. Por essa razão, o terapeuta deve agir de maneira diferente da postura psicanalítica clássica. O autor, como já foi dito, descreve três fases para tratamento de pacientes *borderline* (em vários momentos, o autor utiliza o termo esquizofrenia *borderline*).

Primeiramente, há uma fase de estabelecimento de contato afetivo, que pode ocorrer com gratificações na transferência, por exemplo, o que não ocorreria com psiconeuróticos. O autor propõe três sessões semanais, em dias alternados, para que haja contato afetivo sem estimular relações de dependência. A primeira fase se encerra quando houver material suficiente sobre a história do paciente e o contato emocional tiver sido estabelecido.

A segunda fase do tratamento é marcada por uma aliança real e tem por objetivo identificar as fraquezas reais do ego e trabalhar em seu fortalecimento. Nesse período, as interpretações são dificultadas pela incapacidade de integração do ego enfraquecido.

A fase final do tratamento é chamada de desmame (*weaning*), ou afastamento do contato com o tratamento, em que se prepara o paciente para a separação do analista. Esse período, que dura semanas em um paciente psiconeurótico, pode levar meses em um paciente *borderline*.

Sobre o uso dos sonhos em análise, o autor afirma que eles podem ser produtivos, por terem aspecto menos pessoal, ou seja, o paciente pode analisá-los sem necessariamente se sentir responsável por seu conteúdo. Eisenstein (1951) trata também de fantasias conscientes. Traz um exemplo de sua clínica: a fantasia de uma paciente que queria ter um pênis de borracha e ter relações com outras mulheres. Ao falar de um caso *borderline*, o autor enfatiza a necessidade de se aproximar da realidade, portanto, discutiu essa fantasia sobre o campo da feminilidade da própria paciente e o possível descontentamento com sua sexualidade.

Sobre a capacidade de amar, o autor diz que os pacientes *borderline* a perderam em função de conflitos ambivalentes precoces. Os pacientes podem dirigir hostilidade a quem amam, uma vez que entendem ser dependentes do objeto. Nesse contexto, poderiam apresentar características masoquistas, como reação à culpa sentida por dirigirem agressividade ao objeto. Podem existir fantasias de onipotência dirigidas ao analista, o que leva também a uma relação de dependência com ele.

As atuações nesse paciente são frequentes, dada a fraqueza egoica e a força dos impulsos. Isso se alia ao suicídio, algo também frequente em pacientes *borderline*. Há prevalência de suicídio quando o paciente se sente pressionado ou demandado e, nesse caso,

interpretações que visem diminuir a culpa e a hostilidade podem ser úteis. A noção de que não pode ser amado também gera ideias de suicídio no paciente.

A transferência do paciente *borderline* é chamada por Eisenstein (1951) de tangencial, por estar sempre próxima do limite de se afastar. O objetivo seria tornar a transferência mais coesa e menos regredida. Identificações com o analista são necessárias, pois não há grande noção dos limites entre sujeitos e objetos para o paciente. As reações transferenciais são mais intensas e infantis se comparadas a pacientes psiconeuróticos. Há necessidade frequente de aprovação e amor e a indiferença prejudica consideravelmente a relação transferencial. As características são pré-edípicas e devem ser nutridas ao invés de interpretadas, pelo menos até que uma relação muito bem aprofundada seja estabelecida. A necessidade de comunicar ao paciente os aspectos transferenciais se deve ao fato de que, sem esta comunicação, o paciente não compreenderá sua forma de perceber a si e a seu ambiente. A transferência positiva auxilia a compensar os aspectos egocêntricos do paciente, ademais é necessário interpretar aspectos regressivos da transferência.

Eisenstein (1951) diferencia a resistência transferencial dos psiconeuróticos e dos *borderline*. Nos primeiros, a principal fonte de resistência seria a evitação de conteúdos libidinais reprimidos. Já nos últimos, a principal fonte seria a de medos dos sentimentos de agressividade. Outra diferença seria a de que, em indivíduos neuróticos, o objetivo da análise é a de que estes evitem a resistência que afasta os conteúdos transferenciais. Já nos indivíduos *borderline*, a tentativa seria de promover a identificação de pequenas sublimações e outras atividades, mantendo um estado de confiança na transferência com o analista. Isso, por sua vez, permitiria o fortalecimento da relação para posterior aprofundamento. O autor destaca, também, que as dificuldades contidas no trabalho com pacientes *borderline* impõem ao analista a demanda de observar constantemente seus conteúdos em busca de evitar que irritações se tornem obstáculos à análise.

O trabalho com a família do paciente é bastante importante, pois o cotidiano do paciente influencia muito em sua reabilitação. Ademais, muitas vezes a incompreensão por parte da família sobre a perturbação pode fazer com que haja uma pressão sobre o paciente para a melhora, o que teria o efeito inverso.

Finalizando o artigo, o autor diz que a análise de um caso *borderline* possui o objetivo principal de “ajudar alguém com um ego severamente prejudicado a funcionar de maneira equilibrada com base na intensificação do entendimento interior” (Eisenstein, 1951, p.399). No entanto, esse objetivo é raramente alcançado e, por isso, interrupções no tratamento podem ser importantes. Caso o analista não as faça, o próprio paciente pode sistematicamente

fazê-las. Isso tornaria o tratamento algo a longo prazo, senão para a vida toda, argumenta Eisenstein (1951). A conquista de uma porção de autossuficiência para o paciente *borderline* já é algo de grande dificuldade.

No primeiro artigo examinado no presente capítulo, vimos que Eisenstein (1951) descreve o paciente *borderline* como tendo uma dinâmica psicótica sob uma superfície neurótica, algo que resume com clareza o que muitos autores falam. Avancemos agora para o texto de Robert Knight⁹ (1953), *Estados Borderline*. Nele, o autor fala da definição do quadro clínico e da terminologia utilizada, de alguns cuidados no processo terapêutico, da dinâmica do paciente e de aspectos diagnósticos.

Para o autor, o termo *borderline* tem pouca validade diagnóstica, pois representa a incerteza em diagnosticar o paciente como psicótico, dado que a realidade continua de alguma maneira intacta, e isso, aliado à impossibilidade de classificá-lo enquanto neurótico, em razão da estranheza de seus sintomas.

O autor se utiliza da expressão “estados *borderline*” para fazer referência aos pacientes com os quais trabalhou. Knight (1953) diz que estes são comuns nos tratamentos psicanalíticos e psiquiátricos e muitas vezes são interpretados como casos graves de psicose que não respondem ao tratamento.

Tecendo considerações sobre o diagnóstico, Knight (1953) diz haver três aspectos comuns a serem investigados para a classificação de pacientes *borderline*. No entanto, eles não devem ser utilizados de maneira acrítica, pois podem levar a concepções errôneas. Primeiramente, ter-se-ia o critério de se o paciente teve ou não uma “quebra” com a realidade. Em segundo lugar, a noção de que neuroses e psicoses não se confundem. Em terceiro lugar, deve-se considerar as contribuições psicanalíticas acerca de em quais estados de desenvolvimento da libido se encontra o paciente, identificando mecanismos de defesa, fixações e regressões.

O autor observa a existência de casos de psicose que não estão ainda manifestos, ou seja, não apresentam alucinações e perda da realidade, por exemplo. Esses casos implicam um cuidado para com o paciente em estado *borderline*, visto que ele pode evoluir para quadros psicóticos. A psicose, no entanto, não é um caso de neurose que se agravou, pois tem

⁹ Robert Palmer Knight (1902-1966) foi médico-diretor do Centro *Austen Riggs*, nos Estados Unidos e importante figura na psicanálise. Foi também diretor da *Menninger Clinic* (Brenman, 1966).

mecanismos diferentes da neurose. Não obstante, o autor acredita na possibilidade de haver mecanismos psicóticos e neuróticos nos pacientes *borderline*.

Avaliando os critérios diagnósticos citados, Knight (1953) diz que as teorias da libido e dos estágios de fixação precisam de suplementação da psicologia do ego. Essa necessidade adviria de erros diagnósticos gerados pela identificação de fixações da libido que esconderiam predisposições à psicose.

Knight (1953) empresta de Freud a metáfora de um exército atacado, retirando-se da batalha, para ilustrar o movimento da libido em regressão. Várias partes do exército saem de operações menos importantes e grande parte das principais forças retorna ao centro para evitar desastres maiores. Algumas forças na frente de batalha aguentariam a invasão externa para que esta não alcançasse a essência do exército. No entanto, as forças da frente não aguentam a posição por todo o tempo e por isso precisam trocar o posicionamento. Portanto, há uma constante mudança de forças para que se suportem invasões alheias.

Essa metáfora é utilizada pelo autor para esclarecer a dinâmica do paciente chamado *borderline*. Enquanto há processos de “frente de batalha” ocorrendo, como fobias, histerias, obsessões, etc., uma porção maior do ego regrediu a processos mais antigos. Para um bom diagnóstico, um prognóstico realístico e uma boa terapia, “o clínico deve localizar a posição, movimento, e possibilidades de resintetização das principais forças e funções do ego, e não ser enganado por todos os disparos na linha de frente” (Knight, 1953, p.5). Levando isso em conta, deve-se cuidar para não atacar ou destruir defesas do paciente, visto que, muitas vezes, elas são mantenedoras da sanidade.

O autor defende a ideia de que, em matéria de diagnóstico, há uma linha divisória na psicopatologia, que seria formada por pacientes difíceis de diagnosticar. O paciente *borderline* pode ser pensado como alguém em quem “as funções normais de processos secundários do ego, pensamento, integração, planejamento realista, adaptação ao ambiente, manutenção de relações objetivas e defesas contra impulsos inconscientes primitivos estão extremamente enfraquecidas” (Knight, 1953, p.6). Isso ocorre em razão de tendências constitucionais, predisposições fundamentadas em traumas e relações perturbadas, além de estresse disparador recente. As funções egoicas especialmente afetadas seriam as de integração, formação de conceitos, julgamento, planejamento, e defesa contra impulsos primitivos. A memória e o cálculo também podem ser afetados, assim como o quadro poderá ser dominado por traços histéricos, obsessivos, fóbicos ou de sintomatologia psicossomática.

O uso do divã e da associação livre, por gerarem angústia, confere maior possibilidade de identificar características psicóticas. Apesar do uso produtivo para o diagnóstico, ele pode ser prejudicial à terapia.

O uso de testes psicológicos na avaliação de um caso pode ser positivo para a necessidade de suporte do paciente (visto que o terapeuta estaria de frente a ele) e para permitir associação (dada a desestrutura formal de alguns testes, como os projetivos).

Em resumo, o diagnóstico, para o autor, independentemente da técnica utilizada, deve ter como objetivo realizar um “completo inventário do funcionamento egoico para poder descobrir o tipo de equilíbrio que existe entre os controles do ego e os impulsos ameaçadores, e aprender se o *movimento* no paciente é em favor de menor controle egoico e pior adaptação” (Knight, 1953, p.9, *grifos do autor*).

Sobre o tratamento, o autor diz que o isolamento do paciente (como em casa ou em hospitais) pode favorecer pensamentos autistas. O uso do divã e da associação livre pode favorecer o amadurecimento desses pensamentos, porém pode ser prejudicial à transferência positiva. O uso de tais ferramentas gera um rico material de análise e interpretação, no entanto o paciente não tem recursos egoicos para se utilizar desse material. A “psicanálise é, portanto, contraindicada para a grande maioria de casos *borderline*, ao menos até que meses de psicoterapia analítica tenham sucesso” (Knight, 1953, p.10).

Desta forma, há mais eficácia na técnica psiquiátrica de psicoterapia na qual o profissional está de frente ao paciente, com uma postura mais ativa, objetivando reforçar os controles egoicos do paciente. Há necessidade de cuidados também com as defesas neuróticas criadas pelo paciente, visto que a análise abrupta destas pode gerar angústias intensas demais, provocando saídas psicóticas.

Por fim, Knight (1953) sumariza que o termo *borderline* não é recomendado para diagnósticos, pois não resolveria a necessidade de identificar o tipo e o grau de patologia psicótica. Mais importante que a categoria diagnóstica, seria “alcançar uma avaliação compreensiva psicodinâmica e psicoeconômica do balanço que cada paciente faz entre as defesas e as medidas adaptativas do ego, de um lado, e as forças instintuais patogênicas e ego-desintegrativas, de outro” (Knight, 1953, p.12). Isso serviria para o planejamento e condução da terapia, tentando alcançar o reforço das funções egoicas de defesa e adaptação.

Nos dois primeiros textos, vimos os autores descreverem, sobre o quadro *borderline*, a existência de um problema superficial e de um conflito mais essencial, que ficaria de certa

forma escondido. No próximo texto, de Gustav Bychowski¹⁰ (1953), *O Problema da Psicose Latente*, veremos também esse conflito subjacente. Aqui, no entanto, o autor o examina, assim como o quadro *borderline*, por meio da ideia de uma psicose latente.

O termo psicose latente (*latent psychosis*) não se refere à possibilidade de que cada indivíduo desenvolva uma psicose, mas a uma realidade clínica. O diagnóstico desse quadro seria composto por: a) dificuldades neuróticas de caráter que podem evoluir para psicose, a partir de disparadores específicos; b) sintomatologia neurótica que também pode evoluir para psicose; c) comportamento desviante, como delinquência e adições; d) uma psicose interrompida, aparentando psicopatia, que também pode evoluir para uma psicose; e) psicose provocada pelo trabalho psicanalítico.

O autor comenta que esses critérios estão correlacionados, por isso não devem ser tomados isoladamente. Não obstante, os critérios são vagos, portanto as afirmações diagnósticas devem ser obtidas através da observação clínica e de testes psicológicos.

Bychowski (1953) afirma também que a situação clínica confirmará os aspectos diagnósticos e essa situação é marcada por processos primários, a princípio, que evoluirão para uma rápida regressão. Para o autor, o paciente se posiciona com boa aceitação de interpretações e até as promove, como se as resistências estivessem diminuindo, o que contribui para uma melhora no entendimento de sonhos e sintomas. Esse seria um primeiro grupo de características.

Um segundo grupo seria o de sintomas do ego pré-psicótico. As fraquezas dele são observadas de várias maneiras, pois há baixíssima resiliência, não suportando nem frustrações muito pequenas. Um exemplo seria uma reação de desapontamento e depressão após o analista alterar o horário de uma sessão. Ocorreria um grande investimento narcísico do ego, que se manifestaria “pela persistência de megalomania primitiva com aspectos característicos de irritabilidade, impaciência sem limites e mecanismos de defesa primitivos como o rápido bloqueio e retiro em completo silêncio e desvinculação, que mascaram um intenso estado de vigília” (Bychowski, 1953, p.486). Há também intensas reações de raiva, que qualificam a agressividade primitiva que o paciente não sublima.

Um tipo de pensamento mágico pode emergir na análise, caso alguma resistência seja trabalhada. Também estão presentes nesses pacientes ideias de referência e intensas projeções, assim como reações paranoicas iniciais. Tais elementos compõem grande parte da situação

¹⁰ Nascido na Polônia (1895-1972), judeu, fez formação em medicina na Suécia, formou-se psiquiatra com Eugen Bleuler, e psicanalista estudando com Freud. Como muitos autores trabalhados, imigrou para os Estados Unidos com a ascensão do nazismo na Europa, na década de 1930 (Wangh, 1972).

transfereencial com pacientes com psicose latente. Contudo, o ego fragilizado e empobrecido coexiste com um ego mais funcional e organizador.

Acrescenta-se que Bychowski (1953) qualifica os testes psicológicos projetivos como ferramentas importantes no diagnóstico das potencialidades psicóticas (cita, por exemplo, o Teste de Rorschach).

O autor então introduz sua contribuição sobre a estrutura dinâmica da psicose latente. De maneira geral, pode-se dizer que

No curso do desenvolvimento precoce, os mecanismos de cisão entram em ação de modo que os estados precoces do ego se mantêm intocados sobre a cobertura de formações egoicas posteriores. De acordo com isso, constelações arcaicas se mantêm fixadas e preservadas, como se fosse para referência futura. Eles formam os germes psicóticos que, sob o impacto de vários fatores dinâmicos e ambientais, podem causar um colapso psicótico das defesas do ego e romper qualquer contato com a realidade e o exame da realidade que foram construídos no curso do desenvolvimento posterior (Bychowski, 1953, p.491).

O autor trabalha então os aspectos terapêuticos de seu conhecimento sobre pacientes com psicose latente. A técnica deve evitar prejuízos ao paciente e se preocupar com a possibilidade de precipitação de episódios psicóticos, o que pode acontecer por meio da regressão promovida pela psicanálise.

Desta maneira, é necessária flexibilidade no tratamento psicanalítico com esses pacientes, de modo que eles possam introduzir modificações que visem ao reforço e proteção do ego. As funções integrativas do ego podem ser enfraquecidas com regressões promovidas pela associação livre, portanto, em aspectos de *setting*, o autor recomenda variação no uso do divã e da associação livre. Ou seja, há necessidade de se sentar em frente ao paciente, incentivando aspectos da realidade factual. O terapeuta, para Bychowski (1953), assume uma postura mais ativa, reforçando aspectos egoicos quando necessário.

Sobre a transferência, o autor também indica a necessidade da flexibilidade. Analistas menos experientes na técnica clássica podem estar mais inseguros e por isso serem mais rígidos em sua neutralidade, porém também é necessária uma participação mais ativa e calorosa.

Para um manejo de questões específicas na transferência, Bychowski (1953) diz que se deve atentar para as características essenciais do ego. Ou seja, na persistência de estados

dissociativos primitivos, pode haver uma maior dependência do paciente, com identificações primitivas que podem levar à raiva. Porém, outras características do ego podem levar ao amadurecimento dessas reações transferenciais, tornando-as transitórias.

Há momentos em que a relação transferencial pode levar o paciente a enxergar o analista como objeto de amor-ódio de maneira tão intensa que incorrerá em cisões. Na transferência, o ego repetirá a clivagem e é crucial que o analista aja com clareza, evitando pontuações vagas. Todas as reações transferenciais primitivas devem ser cuidadas, pois uma forte dependência do analista, se não elaborada, pode ser tão prejudicial quanto reações hostis.

O autor resume que postulou, em aspectos dinâmicos, a existência de um ego primitivo dissociado. Essa seria a essência desse tipo de paciente e, por isso, a técnica psicanalítica deve ser flexível para que o precário equilíbrio do paciente seja cuidado, evitando episódios psicóticos.

No ano de 1955, Leo Rangell¹¹ coordenou um painel de discussões sobre o quadro *borderline*, assunto que havia se tornado frequente em seu país. Nesse artigo, ***Relatórios de Painéis – O Caso Borderline*** (Rangell, 1955), o autor discute o quadro *borderline* em sua existência, ou seja, se esse rótulo tem validade e se o transtorno realmente existe.

Para tanto, recomenda que

deveríamos retornar à época de ouro da curiosidade psicológica que Freud inaugurou, durante a qual estudar o fenômeno psicológico parecia mais importante do que classificá-lo. A psicanálise foi uma força conservadora naquilo que tornou o desindividualizado estudo das médias no estudo do homem como indivíduo, em que a estrutura interna do aparelho psíquico de um dado indivíduo que importava e não a nosologia psiquiátrica (Rangell, 1955, p.286-287).

Rangell (1955) indica que não haveria conhecimento suficiente para caracterizar a existência de estados *borderline*, à exceção da intuição e impressão do observador. Desta maneira, os conceitos de ruptura com a realidade, forças e fraquezas egoicas, de fato, dizem pouca coisa, pois o ego pode ser forte em uma capacidade e fraco em outra e, também, pois se deve diferenciar a força e as capacidades integradoras do ego da possibilidade de observá-las

¹¹ Médico e psicanalista americano (1913-2011), frequentemente incluído na Psicologia do Ego, foi presidente tanto da Associação Psicanalítica Americana (APA), quanto da Associação Psicanalítica Internacional (IPA) (Procci, 2012).

e avaliá-las. Outro ponto seria analisar aspectos do narcisismo não somente pela perspectiva do ego, mas também de outras fontes libidinais.

Rangell (1955) também traz uma crítica, com base em Gregory Zilboorg (autor que já vimos e que será visto de novo), sobre a ideia de que todos os casos seriam *borderline* se analisados literalmente, uma vez que todos apresentariam fluidez, progredindo e regredindo em algum fator específico. Portanto, o caso *borderline* deveria ser tratado como os outros, ou seja, de acordo com as necessidades clínicas.

O tratamento, segundo Rangell (1955), teria um período preliminar de exame do ego e observação da orientação da libido. Após isso, a psicanálise pode prosseguir e é sempre indicada. Contudo, para o início do tratamento, o autor argue que a improvisação é extremamente necessária, assim como a intuição, pois o tratamento seria uma forma de arte que não foi formalizada em uma técnica. Acrescenta-se aqui a questão da transferência, a qual o autor diz que quanto maior forem os aspectos narcísicos e autistas, mais difícil será de lidar com a transferência narcisista (*narcissistic transference*), porém ela pode progredir para uma transferência verdadeira (*true transference*), dando condições à análise.

Rangell (1955) resume o conteúdo trabalhado a dois postulados: primeiramente, o caso *borderline* não existe se olharmos para a fluidez de todos os casos e negligenciarmos as necessidades específicas; em segundo lugar, o período preliminar da psicoterapia não foi formalizado em uma técnica e permanece com base na intuição.

O autor também cita Elisabeth Zetzel, a qual critica o termo *borderline* por dizer que na verdade não há uma linha divisória, mas uma área, ou seja, uma “*border area*”. Critica-o, também, por este termo ser tratado como uma “cesta de lixo”, onde o desconhecimento sobre um paciente gera a classificação de *borderline*. Mas a psicanálise construiu o conhecimento de que há mecanismos psicóticos em pacientes neuróticos e até em pessoas comuns, portanto, mesmo assim, o termo *borderline* continuou a ser utilizado. Zetzel (citada por Rangell, 1955) separa personalidades *borderline* de estados *borderline*, sendo as primeiras apenas uma “superfície” com características *borderline*.

Rangell (1955) retoma sua própria teorização, afirmando existirem estados *borderline*, porém, tratar-se-iam de terrenos de borda (*borderlands*). Para o autor, a incapacidade dos profissionais em diagnosticar corretamente não invalida a entidade nosológica. Haveria, no entanto, várias áreas de borda entre as psicopatologias descritas, portanto o objetivo da psicanálise seria o de observar as funções egoicas e os estágios de desenvolvimento dos pacientes.

A partir do que apresentou em seu artigo, Rangell (1955) aponta que o leitor pode concluir positivamente acerca da existência de um tipo de paciente *borderline*. Contudo, o autor afirma, encerrando seu texto, que será necessário continuar a investigação sobre tais pacientes, pois o material necessário é abundante, assim como os problemas terapêuticos de diagnóstico, compreensão e manejo (Rangell, 1955).

Assim como o trabalho de Rangell (1955), o de Lewis Robbins (1956), *O Caso Borderline*, discute o quadro *borderline* a partir de excertos de vários autores.

O interesse no tema *borderline*, por parte da psicanálise, fundamentou-se no progresso do entendimento sobre as neuroses de transferência (para além de questões edípicas e, portanto, para as pré-edípicas) e no aprofundamento da discussão sobre as neuroses narcisistas.

Fala-se primeiramente de Mellita Schimideberg (citada por Robbins, 1956), que indica a necessidade da psicanálise em oferecer um tratamento diferenciado para pacientes *borderline* e psicóticos. Isso seria necessário, pois os *insights* são pouco úteis a esses casos, portanto, dever-se-ia realizar um período inicial de reforço egoico, para então os *insights* se tornarem úteis. A autora apresenta uma forma de tratamento, intitulado Terapia Analítica Diretiva.

Robbins (1956) fala sobre o aumento do número de casos *borderline* à sua época, o que frequentemente é justificado ou pelo aumento real dos casos ou pela maior precisão da técnica analítica, que, por sua vez, identificaria mecanismos mais primitivos subjacentes às neuroses. O autor acredita que casos trabalhados por Freud (citado por Robbins, 1956) em seus *Estudos sobre a histeria* seriam classificados, na época de Robbins (1956), como *borderline*. No entanto, haveria necessidade de um maior equilíbrio nessa tendência de alterar classificações diagnósticas em razão de maior precisão técnica. Ou seja, nem toda identificação de processos primitivos já caracterizaria quadros *borderline*.

Da mesma maneira, a técnica e atitude analíticas não devem ser desconsideradas quando se trabalha com pacientes *borderline*, mas as expectativas prognósticas do analista devem levar o quadro em consideração. A neutralidade na técnica analítica, bem como o fato de esta ser baseada na realidade, racionalidade e nos processos secundários, pode ser fonte de segurança para a instabilidade do paciente *borderline* (Robbins, 1956).

A atitude analítica não necessita de ausência de afeto, nem de evitação da transferência negativa. Assim, sentimentos de não vinculação com o analista, com base em sua postura neutra, podem também ser trabalhados durante a análise (Robbins, 1956).

Outro autor apresentado é Otto Fleischmann, que questiona as justificativas para o termo *borderline* e a utilidade clínica e teórica do mesmo. De seu trabalho clínico com pacientes *borderline*, o autor resume duas grandes semelhanças encontradas entre eles. Primeiramente, de que há um alto grau de perturbação, com grande variedade de sintomas. Em segundo lugar, que os pacientes são capazes de desenvolver somente relações transferenciais e neuroses de transferência.

Segundo Robbins (1956), o que incitou a criação do conceito de *borderline* foram dificuldades em classificar esses pacientes nas categorias diagnósticas existentes, além da ineficiência da técnica analítica convencional. No entanto, o avanço da psicanálise, que se supõe se dever ao desenvolvimento da psicologia do ego, permitiu a identificação mais precisa de mecanismos psíquicos, tornando o diagnóstico de *borderline* também mais preciso. Mesmo assim, Fleischmann (citado por Robbins, 1956) conclui que o termo *borderline* carrega qualidades da neurose e da psicose e se situa entre elas. Apesar das deficiências diagnósticas, uma utilidade para o termo é clínica, pois destaca que o paciente necessita de parâmetros clínicos específicos (Robbins, 1956).

Após dois trabalhos que apresentaram excertos de vários autores, retomaremos um autor que foi examinado no capítulo anterior, Gregory Zilboorg, com dois artigos seus, nos quais apresenta, no primeiro, uma discussão sobre seu conceito de esquizofrenia ambulatorial, que cunhou no artigo que já vimos; e, no segundo, se aprofunda nesta discussão. Iniciemos com ***O Problema da Esquizofrenia Ambulatorial***, (Zilboorg, 1956), onde o autor versa sobre as avaliações clínicas e como elas foram aprimoradas ao longo dos últimos anos e, ainda, fala que na clínica psicanalítica, surgiram várias discussões sobre pacientes *borderline*, a quem o autor prefere intitular esquizofrênicos ambulatoriais.

Independentemente do rótulo, para Zilboorg (1956), esses pacientes devem ser encarados como transitórios ou intermediários, quando comparados às entidades clínicas kraepelianas e bleulerianas. Tais casos também não se encaixam nas categorias freudianas, porém, diz Zilboorg (1956), a psicanálise não necessita de uma nosologia independente para realizar seu propósito de entender os conteúdos inconscientes dos pacientes. Para além da abordagem teórica ao analisar os casos ditos *borderline*, o autor diz que “o fato que permanece claro é este: há uma área da psiquiatria de penumbra teórica, que alguns chamam de ‘*borderline*’, na qual reina um caos considerável ou confusão acerca do critério clínico e diferenciação diagnóstica” (Zilboorg, 1956, p.521). Nesse sentido, o autor ainda aponta para o fato de que a psiquiatria e a psicanálise falham em clarificar essa área limítrofe na penumbra.

Com o avanço na precisão do conhecimento teórico e diagnóstico, pensou-se que o entendimento sobre as áreas limítrofes do conhecimento seriam também desenvolvidos. A crítica realizada pelo autor enfoca a questão de que, tanto psiquiatras como psicanalistas, ao encontrarem barreiras e limites no sistema diagnóstico que criaram, forçaram os limites para que abarcassem novas modalidades percebidas, que não se encaixavam antes.

Durante a década de 1920, a psicanálise apresentou novas descrições clínicas, nas quais também se enquadrava a de uma neurose assintomática, as neuroses de caráter. Segundo o autor, esse título avançou para o entendimento de personalidades psicopáticas, ou psicopatas. O autor inclui seu enquadramento de “esquizofrenia ambulatorial” nesse caminho evolutivo, iniciado com as neuroses de caráter. Contudo, Zilboorg (1956) enfatiza não ser importante o nome que se utiliza para classificar esses pacientes, nem mesmo se se encaixam nas neuroses, com prognósticos positivos, ou nas psicoses, com prognósticos, teoricamente, negativos.

O autor não apresenta recomendações técnicas para tratar de esquizofrênicos ambulatoriais, pois os pacientes apresentam uma variedade sintomática muito extensa. Não obstante, enfatiza que é possível realizar a psicoterapia, apesar da extensão dos sintomas e da incapacidade de realizar associação livre. A capacidade de vinculação com o analista existe, porém é desordenada (como em episódios em que o paciente bruscamente rompe o vínculo com o analista e entra em estados autistas). Apesar de não recomendar aspectos terapêuticos, o autor diz que em um tratamento de orientação psicanalítica, o terapeuta não deve ser passivo, mas perseverante e até insistente, evitando interpretações intelectuais.

Zilboorg (1956) trata também de um fenômeno que observou relacionado a uma aparente repressão total da sexualidade nos esquizofrênicos. Esse fenômeno permite observar as forças superegoicas e fraquezas egoicas. Quando se pensa que o ego é muito fraco para assimilar pulsões sexuais, ou o superego é muito forte em relação ao ego, forçando repressões da sexualidade, geralmente se pensa que o sujeito hipertrofiou o superego, o que sobrecarregaria o ego. Essa afirmação se baseia na construção teórica do próprio autor de que “na base das reações esquizofrênicas precoces, reside uma repressão completa da sexualidade, imposta pelo ambiente da criança que será o futuro esquizofrênico” (Zilboorg, 1956, p.523).

Com base nisso, o autor indica acreditar que um superego cruel e poderoso impõe suas demandas ao ego, que fica sobrecarregado, parecendo fraco. Outro fator é que o ego de muitos esquizofrênicos está de tal modo ligado à pessoa do analista que é possível alcançar sucesso terapêutico. Contudo, no desenvolvimento de uma psicose, o ego já está bem

estabelecido, logo, não há possibilidades de ser reconstituído. Ainda assim, é possível à psicoterapia afetar a influência patológica do superego.

Esses pacientes, chamados de *borderline*, a quem o autor prefere chamar de esquizofrênicos ambulatoriais, apresentam uma esquizofrenia precoce. O termo esquizofrenia ambulatorial é de preferência do autor, pois denota a necessidade de mais estudos e maior aprofundamento e precisão do diagnóstico. Os pacientes esquizofrênicos, os quais apresentam alucinações, por exemplo, demandaram considerável quantidade de tempo para desenvolver seus sintomas, em defesa à perda da realidade. Os esquizofrênicos ambulatoriais apresentam uma ambiguidade entre essa perda de realidade e, portanto, podem ser tratados (Zilboorg, 1956).

O segundo artigo de Gregory Zilboorg (1957), *Outras observações sobre a esquizofrenia ambulatorial*, inicia com uma discussão sobre a terminologia que desenvolveu para intitular os pacientes que eram chamados de *borderline*. Primeiramente, o autor diz que escolheu o termo “esquizofrenias”, no plural, por ser difícil estabelecer apenas um tipo de esquizofrenia, dada a variação encontrada no quadro. Em segundo lugar, trata de como foi uma escolha infeliz a do termo “ambulatorial”, pois uma entidade clínica não deve ser classificada em razão de características externas. Ou seja, se caso um esquizofrênico grave, tratado em hospital, melhorasse e fosse levado a um tratamento ambulatorial, esse não deveria, somente por essa razão, ser chamado de esquizofrênico ambulatorial.

Desta maneira, Zilboorg (1957) diz que o termo é equivalente a “casos *borderline*” ou “esquizofrenias *borderline*”. No entanto, levanta questionamentos acerca do quadro: os casos *borderline* são entidades clínicas fixas, entre a neurose e a psicose? Ou mesmo, são condições transitórias, neuroses que se agravaram, mas que ainda não atingiram o estágio de uma psicose? Para o autor, não há como os casos *borderline* serem entidades clínicas rígidas e transitórias, simultaneamente. Desta maneira, deixa sua questão sem resposta.

O autor comenta que a problemática das entidades clínicas se encaminhava para soluções quando teve início a Segunda Guerra Mundial, a qual devastou as pesquisas clínicas, pois implicou novas e variadas demandas à psiquiatria e à ciência em geral. Desta maneira, a psiquiatria teve de disponibilizar grande parte dos pesquisadores para o campo de guerra, para atuarem enquanto clínicos. Assim, o campo do diagnóstico se utilizou das ferramentas que já haviam sido bem fundamentadas e descritas. Com isso, Zilboorg (1957) fala que ocorreu um atraso no desenvolvimento e o método de construir entidades clínicas fixas se enrijeceu na psiquiatria e psicanálise.

A sintomatologia geralmente encontrada nos casos *borderline* está ligada ao que antes se chamava de caracteres neuróticos (*neurotic characters*). Nesses casos, a falta de sintomas é característica, pois o problema maior está nos conflitos em relação à vida, ou seja, em como decidir o que fazer com a vida. Isso independe do aparente sucesso ou esforço intelectual ou profissional. São indivíduos que comumente controlam suas próprias carreiras, caminhando por posicionamentos diferentes, pois não apresentam interesses que parecem ser reais. Aparentemente tomam decisões conscientes sobre seus encaminhamentos, porém elas se referem a incapacidades internas mais do que a lutas contra dificuldades.

Zilboorg (1957) cita, como exemplo, o caso de uma mulher que decidiu se casar para provar para familiares e amigos que ela poderia viver como uma mulher casada. Porém, após realizar o casamento, separou-se do marido, pois ele não era um homem correto para ela (ao passo que o autor aponta-o apenas como uma espécie de cobaia). Com isso, a mulher já havia provado sua capacidade de se casar. O autor comenta que esses casos são trabalhados por Freud como neuroses narcísicas, porém o termo, apesar de correto, não denota a qualidade alucinatória presente nos casos e pode encobrir os aspectos psicóticos.

“O que é característico das esquizofrenias ambulatoriais é a aparente conduta aloplástica, a aparente necessidade do ambiente social, do reconhecimento social – tudo isso em uma atmosfera de existência autista da qual não conseguem se mover e de natureza que não compreendem” (Zilboorg, 1957, p.680). Esses indivíduos apresentariam perigo psicológico e social, pois, por exemplo, seus filhos seriam herdeiros dos problemas paternos. Herdeiros, para o autor, no sentido de que têm contato direto com os efeitos das características psicológicas dos pais.

É possível perceber, com estes textos de Zilboorg (1956, 1957), como os problemas em torno da definição e do rótulo diagnóstico do quadro *borderline* se mantiveram vigentes também na década de 1950. Apresentaremos, agora, um texto de outro autor que já foi visto no capítulo anterior. Trata-se do artigo *A Transferência no Grupo Borderline de Neuroses*, de Adolph Stern (1957). Neste, ele discute características da transferência no quadro *borderline* e como lidar tecnicamente com elas, em psicanálise.

A transferência, evidentemente, é essencial para o processo psicanalítico em qualquer tipo de neurose e o manejo desta depende da capacidade transferencial do paciente. A infantilidade emocional como característica psíquica confere um grande obstáculo à terapia psicanalítica e é nesse grupo que os pacientes *borderline* se encaixam (Stern, 1957).

A “fome de amor” (*love hunger*) é uma característica predominante nesses casos e sua etiologia tem base no ambiente constituído por pais, especialmente a mãe, que brigavam muito, com separações, falta de cuidados, crueldade, brutalidade, entre outros. Nesse contexto, desenvolve-se uma falta de segurança, de respeito e da sensação de pertencimento ou de ser desejado. Ou seja, um ambiente intensamente traumático.

O paciente, com base nesse ambiente, desenvolve traços de caráter como a “fome de amor”, sensação de não poder ser ajudado, insegurança, e intensa necessidade de suporte afetivo. Isso implica um tratamento que absorva essas características, tentando oferecer apoio afetivo ao paciente, baseando-se na empatia com ele. Para tanto, Stern (1957) diz que o profissional precisa se perguntar por qual razão necessitaria de um analista se estivesse na situação do paciente. Assim, o analista poderia entender que, ao aceitar iniciar tratamentos com pacientes *borderline*, deve compreender que será necessário atuar além da posição de analista, mas também na posição de cuidador e de apoiador.

Atendo-se a esses aspectos, o analista pode dar condições ao paciente para que ele sinta que há compreensão afetiva de seus problemas. Stern (1957) compara o paciente *borderline* a uma criança enfraquecida que necessita de vitaminas. O paciente *borderline*, por sua vez, precisa de alimento psíquico (*psychic food*).

O alto grau de irrealidade, discriminado na relação transferencial, será superado quando o paciente tiver saciado minimamente essas necessidades psíquicas com o analista, substituto dos pais. Sob esta posição, Stern (1957) adverte para que não se tente abruptamente revelar aspectos transferenciais ao paciente, uma vez que, conforme o suporte afetivo obtiver efeito, a rigidez psíquica do paciente diminuirá, permitindo maior ênfase na análise. Esse artigo, segundo o autor, teve como objetivo mostrar que é necessário ajudar o paciente *borderline* a desenvolver o tipo de transferência necessária para o início de um processo analítico. Não obstante, deve-se atentar para como isso envolverá maiores problemas na clínica do que com pacientes neuróticos convencionais.

Até o momento, nenhum dos artigos trabalhados discutiu, diretamente, o quadro *borderline* em crianças ou adolescentes. Esse é um ponto em que não nos aprofundaremos, por pensarmos que isso seria uma pesquisa diferente da que propusemos. Não obstante,

iremos abarcá-lo, brevemente, com o próximo texto, *Estados Borderline na Infância e Adolescência*, de Elisabeth Geleerd¹² (1958).

A autora relata que, em sua época, havia fortes discussões sobre se os casos *borderline* são diferentes das psicopatologias estudadas ou se a psicanálise se tornou mais precisa e passou a identificar outros mecanismos. Apesar de não entrar nessa discussão, Geleerd (1958) diz que o conceito de *borderline* chama atenção ao prognóstico.

Geleerd (1958) comenta que observou, nos casos *borderline* que atendeu, em sua maioria crianças, que elas desenvolviam psicoses na adolescência. Os sintomas observados pela autora são extensos. De maneira geral, ela identificou intolerância à frustração, imaturidade emocional, desenvolvimento desnivelado, falta de controle de impulsos do id, falta de adaptação social e vários sintomas neuróticos. Mas as crianças e adolescentes tinham contato com a realidade, não estavam delirando. Porém, quando frustrados, entravam em surto de raiva e de fantasia.

Os casos se tornaram inteligíveis quando comparados a crianças muito novas, que se sentiam bem quando percebiam serem amadas, porém, quando se sentiam rejeitadas, agiam de maneira hostil e agressiva. Geleerd (1958) comenta, então, que essas crianças dificilmente funcionam em grupo, pois necessitam sentir controle do objeto amado. A presença do objeto amado mantém o controle da realidade e a autora sugere, para isso, o termo *reality span*, algo como o alcance da realidade. Em outros termos, a criança não desenvolveu a capacidade de manter a mãe como objeto em sua ausência.

Pode-se acrescentar a isso a análise da autora sobre a criança *borderline*, a qual não desenvolveu a noção de ser algo separado da mãe, de não saber onde a mãe termina e a criança começa. Portanto, pensa não ser possível existir na ausência da mãe ou do objeto amado.

Outro ponto discutido por Geleerd (1958) é o de que a criança *borderline* não desenvolveu a capacidade de abandonar fantasias onipotentes, o que aprimoraria o exame da realidade. Acrescenta, sobre o prognóstico, que casos *borderline* podem ou não desenvolver psicoses.

A autora considera que os chamados casos *borderline* têm etiologia em perturbações no ego e em seu desenvolvimento. No entanto, o grau do transtorno pode variar. A relação

¹² Médica e psicanalista nascida na Holanda, fez parte de sua formação psicanalítica em Viena. Mudou-se para Londres com a ascensão do nazismo e lá estudou com Anna Freud até imigrar para os Estados Unidos, onde trabalhou na *Menninger Clinic* (Tartakoff, 1970).

objetal com a mãe tem desenvolvimento patológico, que seria a manifestação da perturbação egoica. Não haveria desenvolvimento de confiança em uma gratificação posterior.

Nesse desenvolvimento falho, estados de angústia são observados quando o ego enfrenta demandas do id. Essa angústia seria de natureza traumática e refletiria as incapacidades do ego. O prognóstico iria variar conforme a natureza das deficiências do ego e as influências patogênicas do ambiente e de fatores acidentais no desenvolvimento (Geleerd, 1958).

No momento em que Geleerd (1958) compara o paciente *borderline* a uma criança hostil e agressiva quando rejeitada e fala de alguém que não sente ser separado da mãe, pensamos nos vínculos afetivos do sujeito *borderline*. Este ponto, especialmente no que tange à vinculação, ou seja, a função de ligar, conectar, vincular, será aprofundado no último texto da década de 1950 que veremos. Trata-se do artigo de Wilfred Bion¹³ (1959/2013), *Ataques à vinculação*.

Bion (1959/2013) menciona que há pacientes que atacam qualquer coisa sentida como tendo a função de vincular um objeto a outro. Nesse trabalho, o autor aplica tal postulado aos sintomas que correspondem ao que chama de psicose *borderline* (*borderline psychosis*). Os modelos que usa para sua discussão são o seio e o pênis primitivos, como teorizados por Melanie Klein.

Inicia sua discussão citando exemplos clínicos que já estavam em um estágio em que o paciente conseguia compreender as interpretações verbalizadas, que se referiam à conduta do paciente de destruir qualquer coisa que pensasse ser vinculadora de dois objetos. Os exemplos clínicos são reproduzidos aqui em pequenas partes, apenas no que permite identificar a atitude de destruir a função vinculadora de objetos.

Primeiramente, o autor cita uma interpretação sobre um paciente que negava sentir afeto por sua mãe, a qual teve de lidar com a refratariedade do paciente aos afetos maternos quando ele era criança. O paciente, segundo Bion (1959/2013), queria concordar com a interpretação, mas ao invés disso, ao tentar falar, gaguejava ao ponto de a fala quase não ser possível, pois as palavras ficavam separadas intensamente.

O segundo exemplo é de um paciente que inicia a sessão reclamando das dificuldades em chegar ao consultório do analista. Havia medo de um colapso psicótico e o paciente dizia não ser compreendido pelo analista, além de sentir as interpretações como evitações de seus

¹³ Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979) nasceu na Índia, mas fez sua formação médica e psicanalítica na Inglaterra, onde atuou como médico assistente na *Tavistock Clinic* (Jaques, 1982).

sentimentos. Havia também uma angústia constante de saber se estava alucinando ou não, que tinha ligações com ódio e inveja pela capacidade de compreensão do analista. Isso causava o ataque a objetos bons e compreensivos, com o objetivo de destruí-los e expulsá-los.

No primeiro exemplo, o autor discute que o gaguejar prevenia que a linguagem fosse uma forma de comunicação. No segundo exemplo, a capacidade de entendimento foi o alvo do ataque. Porém, esse ataque fora feito por algo sentido como externo ao paciente. Nesses exemplos, Bion (1959/2013) diz ser possível conjecturar a existência de um objeto hostil e persecutório, que expressa a hostilidade de uma maneira importante na criação de mecanismos psicóticos.

Para se aprofundar no trabalho, Bion (1959/2013) retoma teorias de Melanie Klein. Diz que os ataques ao vínculo têm origem no que a autora chama de fase esquizo-paranoide (*paranoid-schizoid phase*). Esse período é dominado por relações com objetos parciais (*part-object relationships*) e os casos *borderline* possuem esse tipo de relação consigo e com outros objetos. Isso pode ser visto em pacientes com maiores perturbações através da expressão “parece que” (*it seems*). Ou seja, em pacientes menos perturbados, fala-se em “eu penso”, “eu acredito”. Quando se fala em “parece que”, o paciente fala de algo que “parece” um sentimento, não se tratando de um objeto total.

Bion (1959/2013) adverte que os objetos parciais não devem ser comparados a estruturas anatômicas, mas à fisiologia, à dinâmica. Assim, pode-se entender que se fala aqui de uma catástrofe psíquica, porém não estática. Nessa catástrofe, quando o paciente se refere a “parece com algo”, deve-se questionar “o que é algo?” e não “por que parece com isso?”, portanto, buscando identificar os objetos parciais. Isso seria justificado em razão de o “por que” ser cindido através da culpa. Quando não se trabalha com a análise de “o que é algo?”, problemas surgirão aos olhos do paciente como advindos apenas por meio da análise e, sem esta, sua vida estaria tranquila.

No tópico seguinte, intitulado “Negação de graus normais de identificação projetiva”, Bion (1959/2013) explica que emprega o termo vinculação [ou ligação] (*link*) por querer discutir com maior veemência a relação do paciente com uma função e não com um objeto. O autor retoma novamente Melanie Klein, dizendo que a autora apresenta os mecanismos de identificação projetiva e cisão (*splitting*) como fundamentais nos transtornos mais severos. Porém, Bion (1959/2013) destaca a existência de um grau não patológico de identificação projetiva, o qual, aliado à identificação introjetiva, fundamentaria um desenvolvimento normal.

Para Bion (1959/2013), a análise é uma situação complexa, em que o paciente tem a oportunidade de lidar com algo que lhe foi privado. O vínculo entre o analista e o paciente, assim como o bebê e o seio, é o mecanismo de identificação projetiva. Os ataques destrutivos ao vínculo têm origem externa ao paciente, ou seja, originam-se do analista ou do seio e trazem como resultado o uso excessivo de identificação projetiva, prejudicando o processo de desenvolvimento. Isso, no entanto, não é o que causa transtornos severos, mas assume posição central nos fatores ambientais que contribuem para a produção de uma personalidade psicótica.

A identificação projetiva do paciente dirigida ao analista demanda do último a capacidade de introjetar seus conteúdos. Porém, ao fazê-lo, o paciente pode sentir ódio ao ver o analista suportar seus conteúdos sem entrar em colapso. A capacidade de introjetar do analista é transformada pela inveja e ódio do paciente em uma ganância que devora o psiquismo do paciente. O paciente se torna hostil e agressivo e podem surgir problemas na análise, como atuações, atos delinquentes e ameaças de suicídio, que objetivam acabar com a capacidade de suportar do analista (Bion, 1959/2013).

Resume-se a origem do transtorno em questão, que Bion (1959/2013) intitula psicose *borderline*, em dois aspectos. De um lado, “a disposição inata (*inborn*) do paciente para destrutividade, ódio e inveja excessivos. Por outro, o ambiente [...] nega ao paciente o uso de mecanismos de cisão e identificação projetiva” (Bion, 1959/2013, p.297). Os ataques ao vínculo podem ter origem no paciente ou na mãe, porém, em pacientes psicóticos, nunca é apenas a mãe. O transtorno se inicia com a vida em si e no tipo de objeto com que o paciente se relaciona. Esses objetos, internos ou externos, são parciais e devem ser vistos pela perspectiva de que são funções e não estruturas morfológicas. Isso pode ser obscurecido, pois o paciente lida com objetos de uma forma que parece concreta ao analista.

A forma de comunicação do paciente e exploração de seus próprios sentimentos ocorre por meio da identificação projetiva. A negação desse mecanismo pela mãe, ou pelo excessivo ódio e inveja do paciente, levam à destruição do vínculo entre seio e bebê, que leva a um distúrbio no impulso de curiosidade, do qual depende a aprendizagem. Nesse contexto, há condições para o desenvolvimento de transtornos severos, pois a impossibilidade de lidar com tais conteúdos implicará na impossibilidade de aprender a lidar com sentimentos e emoções intensos. “Sentimentos de ódio serão, a partir disso, direcionados contra todas as emoções, incluindo o próprio ódio, e contra a realidade externa que os estimula. É um passo curto entre odiar as emoções e odiar a vida” (Bion, 1959/2013, p.298).

O desenvolvimento inicial do superego é afetado por esse funcionamento mental, pois o seio é transformado, por meio do ódio e inveja, em um objeto que introjeta as identificações projetivas para destruí-las. Isso é visto na análise, quando o analista é percebido como alguém que tenta entender o paciente para deixá-lo louco. “O resultado é um objeto o qual, quando instalado no paciente, exerce a função de um superego severo e ego-destrutivo” (Bion, 1959/2013, p.298).

O desenvolvimento normal é impossibilitado a esse tipo de paciente por meio da perturbação dos impulsos de curiosidade e da negação de seus mecanismos de expressão e comunicação. O paciente não pode formular questões sofisticadas como “por que age de determinada maneira?”. Isso também é percebido na análise, na qual o paciente não demonstra interesse em entender as razões pelas quais age de algum modo. Porém, deve-se elucidar ao paciente a falta de interesse nisso e na pouca curiosidade que apresenta, podendo levar a alterações produtivas em sua conduta.

A conclusão principal do autor é a de que há um estado da mente em que o psiquismo do paciente “contém um objeto interno que é oposto a, e destruidor de, todos os vínculos, desde os mais primitivos às mais sofisticadas formas de comunicação verbal e arte” (Bion, 1959/2013, p.299). As emoções são odiadas, pois são grandes demais para serem contidas, e os vínculos levam à consciência da realidade dos objetos externos, que são hostis ao narcisismo primário.

Avancemos agora para a década de 1960, composta por uma sequência de três artigos de Otto Kernberg (1966, 1967, 1968). Segundo o autor, eles correspondem a três partes do mesmo trabalho, concernentes ao seu conceito de Organização *Borderline* da Personalidade. A década de 1960, então, será representada apenas por este autor, dada à importância deste para o exame do quadro *borderline*, porém, também devido à extensão de seus textos.

Assim como no texto anterior, aqui há forte influência da teoria kleiniana. Contudo, nosso trabalho não tem a pretensão de fazer parte de uma escola psicanalítica. Vimos vários textos com fundamentação na Psicologia do Ego e agora veremos alguns com fundamentação kleiniana. Isso foi consequência do formato de seleção explicado na introdução, o qual resultou em textos de escolas psicanalíticas variadas.

O primeiro artigo, *Derivativos Estruturais de Relações Objetais* (Kernberg, 1966), trata de alguns mecanismos de defesa peculiares dos pacientes *borderline*, nos quais se pode observar uma falta de controle de reações, ou seja, comportamentos impulsivos. Essa

impulsividade seria seletiva, pois há uma segmentação psíquica, na qual uma parte fica com os impulsos controlados e outra não.

Essa segmentação ocorreria sobre estados egoicos e representaria fraquezas egoicas do paciente *borderline*, bem como uma rigidez em sua estrutura. Cada parte segmentada conteria uma disposição à transferência, logo, na clínica, seria possível identificar a manifestação dos estados egoicos separados a partir do caos transferencial que ocorre com o paciente *borderline*. “As manifestações transferenciais caóticas que pacientes *borderline* tipicamente apresentam podem ser entendidas como a ativação oscilatória desses estados egoicos, representando relações objetais internalizadas ‘não-metabolizadas’” (Kernberg, 1966, p.237). Pacientes podem apresentar um tipo de relação amistosa com o analista e modificar seu comportamento para relações hostis, podendo voltar para relações amistosas, relatando desconhecimento da hostilidade.

O autor investiga a importância do mecanismo de cisão nessa segmentação e propõe um modelo de conexão entre os mecanismos de internalização de relações objetais e os destinos dos derivados da pulsão. O modelo contém quatro proposições: 1) as introjeções, identificações e a identidade do ego são níveis de internalização de relações objetais e são sistemas de identificação; 2) os processos de internalização são compostos por imagens e representações de objeto, imagens e representações de *self*, derivados da pulsão ou disposição a estados afetivos específicos; 3) sistemas de identificação começam primitivamente, tendo a cisão como mecanismo primordial e progredem para a substituição da cisão pela repressão; 4) o grau de integração e desenvolvimento egoico e de integração e desenvolvimento superegoico dependem do grau com que a cisão foi substituída pela repressão (Kernberg, 1966).

Sobre os processos de internalização, o autor se aprofunda dizendo que as introjeções seriam os mecanismos mais primitivos, servindo tanto para o desenvolvimento do aparelho psíquico quanto para a defesa dele. O desenvolvimento seria possível, pois, a partir da introjeção de conteúdos equanimemente libidinais e agressivos, a fusão destes poderia ocorrer, aspecto que promove o desenvolvimento da percepção e da memória e, portanto, favorece o amadurecimento. “Como, com base nessa fusão, há maior ‘mapeamento’ de imagens mais elaboradas do *self* e do objeto, o processo contribui para a diferenciação do *self* e do objeto e na delimitação de fronteiras do ego (*ego boundaries*)” (Kernberg, 1966, p.241).

Outro processo de internalização seria o de identificação. Ele corresponderia a “um nível mais alto de introjeção, que só pode aparecer quando habilidades cognitivas e perceptivas da criança tiverem progredido ao ponto de reconhecer aspectos funcionais da

interação interpessoal” (Kernberg, 1966, p.242). Trata-se, então, da identificação de funções que são socialmente reconhecidas, ou seja, a identificação, segundo o autor, corresponde à internalização de funções, de papéis.

A identidade do ego (*ego identity*) é “o nível mais alto na organização de processos de internalização. Identidade do ego se refere à organização integral de identificações e introjeções sobre o princípio norteador da função sintética do ego” (Kernberg, 1966, p.242). Ela envolve senso de continuidade do *self*, uma visão consistente do ambiente externo, objetual, e consistência nas interações, com confirmação do ambiente com o qual interage. Diferencia-se da introjeção e identificação, pois essas últimas correspondem a estruturas do aparelho psíquico em geral, enquanto a identidade do ego seria uma estrutura do ego, resultante da função sintética dele.

Finalizando sua discussão sobre os processos de internalização, o autor conclui que “a persistência de introjeções precoces ‘não-metabolizadas’ é o resultado de uma fixação patológica de relações objetais precoces severamente prejudicadas, uma fixação que se relaciona intimamente ao desenvolvimento patológico da cisão, que interfere na integração das imagens de *self* e de objeto” (Kernberg, 1966, p.243).

O autor discorre sobre estágios iniciais do desenvolvimento do ego, tratando de como, no início, as valências positivas (libidinais) e negativas (agressivas) dos objetos parciais introjetados estão separadas, por ocorrerem separadamente no aparelho psíquico. O ego não consegue integrá-las. Primeiramente, torna-se capaz de separá-las ativamente, o que seria o início da cisão (*splitting*). Ou seja, na coexistência de objetos internos com valência positiva e negativa, o ego consegue separá-los de modo a expulsar apenas aqueles com valência negativa, tornando a situação psíquica prazerosa. Em estágio posterior, o ego será capaz de reconhecer mais aspectos da realidade, identificando objetos bons tanto interna quanto externamente. Nesse contexto, será possível a delimitação de fronteiras egoicas, dando o início do exame da realidade (*reality testing*).

Nesse ínterim, a cisão permite a projeção de introjeções negativas, tornando-se um mecanismo de defesa. O amadurecimento e desenvolvimento desse mecanismo proporcionará a construção de estruturas psíquicas que constituirão a função sintética do ego (de completa organização). O desenvolvimento dessa e de outras funções, por sua vez, proporcionará os sistemas de internalização por processos de identificação, descritos anteriormente. Nota-se, no entanto, que apesar da cisão fazer parte do desenvolvimento do aparelho psíquico e de estruturas e funções do ego,

a excessiva cisão patológica interfere não somente na integração dos afetos, mas também na integração do *self* e no desenvolvimento do mundo representacional. Por causa da importância fundamental de introjeções precoces na organização e integração do ego como um todo, a cisão patológica resulta na cisão do ego enquanto uma organização (Kernberg, 1966, p.245).

Após a descrição de estágios iniciais, o autor apresenta estágios de desenvolvimento posterior do ego. Em um desenvolvimento normal, o ego será capaz de não manter apenas objetos bons no interior do aparelho psíquico, por meio da cisão. Três fatores de amadurecimento contribuiriam para isso, sendo eles a maturação de aparelhos egoicos autônomos, a delimitação de fronteiras egoicas e o desenvolvimento gradual de formas de introjeção de nível mais alto, como a identificação. “Normalmente, em certo ponto, o estágio é alcançado no qual os processos sintéticos trazem introjeções e identificações positivas e negativas juntas e uma situação radicalmente nova se desenvolve” (Kernberg, 1966, p.246). O autor correlaciona isso ao que Melanie Klein intitula de “posição depressiva” (citada por Kernberg, 1966). Nota-se, nesse estágio, que o indivíduo é capaz de sentir culpa, preocupação e de se enlutar pelo objeto total, bom e mau. Evidencia-se, também, o desenvolvimento de um *self* ideal. Ademais, nesse desenvolvimento, a repressão se torna o mecanismo essencial, à maneira como a cisão o foi nos estágios anteriores (Kernberg, 1966).

São discutidas aplicações clínicas desse modelo construído pelo autor. A cisão em pacientes com transtornos de caráter severos cria problemas técnicos específicos, como a já citada alternância entre estados afetivos opostos. Essa alternância, geralmente vista como impulsividade, é, para o autor, altamente seletiva.

Sua hipótese é a de que a impulsividade decorre de um sistema de identificações cindido. Ele evidencia isso dizendo que, durante os episódios de impulsividade, é possível observar que o conteúdo dos impulsos é egossintônico, que não há integração entre o conteúdo dos impulsos e os outros conteúdos do sujeito e há negação das contradições entre o conteúdo que gerou o impulso e outros comportamentos e conteúdos do próprio sujeito.

Muitas das teorizações deste trabalho de Kernberg (1966) se desenvolveram a partir da observação de pacientes diagnosticados como *borderline*. O autor sugere, no entanto, como diagnóstico, a expressão Organização *Borderline* da Personalidade, “porque parece que esses pacientes representam não somente estados transicionais, agudos ou crônicos, entre as neuroses, de um lado, e as psicoses, de outro, mas uma forma específica e notável de estrutura

egoica patológica” (Kernberg, 1966, p.250). Desta forma, nessa estrutura, haveria predominância de mecanismos de cisão (e relacionados) e falhas de desenvolvimento e integração nos sistemas de identificação. O sujeito *borderline* teria uma falha na tolerância da angústia, o que interfere na integração, que estaria sujeita aos processos de identificação. Para o autor, a causa provável disso seria uma predominância de introjeções negativas.

O excesso de introjeções negativas faz com que a cisão se torne um mecanismo de proteção dos objetos bons internalizados. Portanto, os objetos maus seriam projetados para o ambiente. Não obstante, no ambiente, também haveria a idealização de alguns objetos, tornando-os totalmente bons, como forma de evitar que o sujeito se aproxime dos objetos maus. Como dito anteriormente, o uso maciço da cisão patológica interfere na delimitação das fronteiras do ego. Desta forma, o uso protetivo de projeção se torna prejudicado, pois o conteúdo projetado também será sentido interiormente. Isso seria uma forma primitiva de projeção, caracterizada como identificação projetiva, mecanismo bastante presente quando há uso maciço de cisão patológica (Kernberg, 1966).

O autor finaliza o artigo dizendo que as características patológicas descritas também afetam o superego de pacientes com organização *borderline* da personalidade. Isso pode ser visto no artigo em questão, em: “A internalização de imagens precoces de objetos idealizados de maneira irreal criam demandas internas impossíveis; as fusões catastróficas entre esses objetos irrealis e outros componentes do superego [...] induzem à formação de núcleos superegoicos sádicos” (Kernberg, 1966, p.251). Por sua vez, isso iria prejudicar a internalização de demandas e proibições paternas reais, interferindo negativamente também na integração do próprio superego.

Passemos agora ao segundo trabalho, ***Organização Borderline da Personalidade*** (Kernberg, 1967), no qual o autor se aprofunda no que propôs no artigo tratado anteriormente. Aqui, a *Organização Borderline* da Personalidade é discutida em profundidade, sendo analisada em três categorias: elementos diagnósticos preditivos, estrutura egoica e aspectos genético-dinâmicos. Neste texto, há momentos de repetições de informações em relação ao trabalho anterior do autor. Desta forma, as informações repetidas serão apenas mencionadas ou resumidas aqui.

A expressão *Organização Borderline* da Personalidade reflete, para o autor, o caráter estável de uma patologia de estrutura própria e não transitória entre a neurose e a psicose. Em diagnósticos imprecisos, os pacientes *borderline* podem ser confundidos com pacientes neuróticos ou transtornos de caráter. Há também a possibilidade de episódios psicóticos dos

pacientes com organização *borderline* da personalidade quando estão expostos a alto nível de estresse ou sob efeito do uso de álcool ou outras drogas.

O termo *borderline* deve ser restrito aos pacientes que apresentem uma organização crônica caracterizada por sintomas típicos, mecanismos de defesa do ego específicos, internalização de relações objetais típicas e por aspectos genético-dinâmicos característicos (Kernberg, 1967).

A literatura sobre aspectos estruturais da patologia *borderline* pode ser dividida em duas: a que trata das fraquezas egoicas não específicas e regressão a estruturas cognitivas primárias, caracterizando a patologia *borderline* como uma pré-esquizofrenia; e a que considera os mecanismos de defesa específicos da organização *borderline* da personalidade, dando prioridade à cisão.

Em sua apresentação, o autor trata da análise descritiva de elementos diagnósticos preditivos. Pacientes com Organização *Borderline* da Personalidade parecem ter sintomas neuróticos típicos, porém os sintomas têm peculiaridades que indicam uma organização de personalidade subjacente. Nenhum sintoma é patognomônico, apenas a observação de vários sintomas, em conjunto, indicaria o diagnóstico. Porém, esse diagnóstico depende de uma patologia característica no ego.

Os sintomas preditivos são descritos pelo autor. Dentre eles estariam a angústia crônica, difusa e livre, que tem significado especial quando outros sintomas ou traços de caráter estão presentes, neurose polissintomática (como múltiplas fobias, sintomas obsessivo compulsivos, conversivos, hipocondrias, reações dissociativas e traços paranoicos); tendências sexuais polimórfico perversas, ou seja, comportamentos sexuais desviantes que coexistem com várias tendências perversas; uma “clássica” estrutura pré-psicótica da personalidade (inclui a personalidade paranoide, esquizoide, hipomaníaca e ciclotímica); neuroses de impulso e adições (a impulsividade, que foi discutida extensamente no artigo anterior do mesmo autor); e transtornos de caráter de “nível baixo”, os quais se referem a patologias graves de caráter.

O autor compara o quadro *borderline* com outras patologias. Vejamos apenas o exemplo da personalidade histérica: por essa comparação, haveria uma melhor estruturação do ego e do superego na personalidade histérica, assim como mais estruturas livres de conflito e uma predominância de conflitos edípicos. Portanto, a personalidade histérica não teria uma organização *borderline* subjacente. Transtornos mais graves de caráter poderiam ter uma organização *borderline* da personalidade. Assim, não é com base apenas nos sintomas que se

pode diagnosticar essa organização, mas na conjugação de sintomas com a análise estrutural. Destarte, apresenta-se agora a análise estrutural proposta pelo autor.

Primeiramente, a análise estrutural de Kernberg (1967) entende o ego como uma estrutura completa, que integra subestruturas e funções, podendo examinar depois quais estruturas derivam das relações objetais internalizadas relevantes a essa psicopatologia. São descritas, de início, as manifestações não específicas de fraquezas egoicas.

Tais manifestações seriam a falta de tolerância à angústia (percebida nas situações em que o ego tem de reagir a uma carga de angústia); falta de controle de impulsos (descrita no artigo anterior); e falta de caminhos sublimatórios desenvolvidos (fator de difícil avaliação, por sua fluidez).

Em segundo lugar, o autor descreve mudanças para o pensamento em processo primário. Não há afirmativa quanto à origem dessa regressão, não obstante, “qualquer que seja a origem, a regressão para o pensamento em processo primário é ainda o mais importante indicador estrutural singular da organização *borderline* da personalidade” (Kernberg, 1967, p.663).

O terceiro campo de investigação da análise estrutural são os mecanismos de defesa específicos do nível de organização *borderline* da personalidade. Em condições patológicas, o mecanismo de cisão adquire um papel essencial, fator extensamente descrito em seu outro artigo (Kernberg, 1966).

Há dois processos necessários para a internalização de relações objetais. Em primeiro lugar, há a diferenciação entre imagens do *self* (*self images*) e imagens do objeto (*object images*) – por exemplo, em casos de frustrações leves, o bebê pode desenvolver essa diferenciação ao perceber a ausência do objeto; já em casos de frustrações graves, o bebê pode retornar a processos primitivos de grandes fantasias de gratificação, não desenvolvendo a diferenciação. Em segundo lugar, está a integração das autoimagens e imagens do objeto construídas sob a influência de derivados da pulsão libidinal, com as correspondentes imagens do *self* e imagens construídas sob a influência de derivados da pulsão agressiva – aqui, os objetos bons ou maus e as imagens do *self* boas ou más são integradas em objetos totais (bons e maus objetos, boas e más imagens do *self*). Assim, *self* e objeto se tornam mais diferenciados e mais reais.

Esses dois processos falham gravemente nos casos de psicose e moderadamente na organização *borderline* da personalidade. Em ambos, há um círculo vicioso envolvendo projeção da agressividade e reintrojeção de autoimagens e imagens de objetos agressivamente determinadas. Nos casos de organização *borderline*, há a predominância, também, de uma

fixação patológica e intensificação dos processos de cisão. Nestes casos, caracteriza-se a incapacidade de sintetizar introjeções e identificações positivas e negativas.

Um mecanismo de defesa essencial na organização *borderline* da personalidade, como já foi visto, é a cisão (*splitting*). Outro mecanismo é o da idealização primitiva, também abordada no artigo descrito anteriormente. O terceiro mecanismo citado são as formas precoces de projeção, especialmente a identificação projetiva, que enfraquecem a área na qual ocorre a projeção. A identificação projetiva “é caracterizada pela falta de diferenciação entre *self* e objeto nessa área em particular, por continuar a experimentar o impulso tanto quanto o medo do impulso enquanto a projeção está ativa, e pela necessidade de controlar o objeto externo” (Kernberg, 1967, p.669).

O quarto mecanismo é a recusa (*denial*), a qual, no *borderline*, relaciona-se a áreas da consciência emocionalmente independentes. Esse é um mecanismo que reforça a cisão, pois o paciente recusa conteúdos emocionais que possam tornar conscientes algumas contradições. Por exemplo, o paciente pode se encontrar em um estado no qual se sente de uma dada forma contrária a outro momento. Ele pode se lembrar de ambos os momentos e, ainda assim, não ter vivências emocionais sobre esses estados diferentes e contraditórios.

O quinto e último mecanismo descrito é o da onipotência e desvalorização, que também estão ligados à cisão. Quando fazem uso desses mecanismos, os pacientes podem variar entre a busca por uma relação com um objeto idealizado e fantasias ou comportamentos que demonstram uma onipotência mágica. Ambos se relacionam à identificação com um objeto bom, idealizado e protetor. No entanto, não há dependência do objeto, mas um tratamento impiedoso ao objeto idealizado. Ou seja, o objeto idealizado é entendido como passível de ser controlado e deve agir em função das necessidades do paciente. Os pacientes podem pensar que devam ser gratificados, homenageados e tratados como pessoas especiais. Porém, em casos de frustração, o objeto pode ser cruelmente desprezado.

O último ponto da análise estrutural é a patologia das relações objetais internalizadas. O mecanismo de cisão, como foi dito, dissocia estados egoicos contraditórios concernentes a relações objetais precoces patológicas. No entanto, o autor afirma que a existência desse tipo de relação objetal, em uma forma não amadurecida, já é em si patológica. No paciente com organização *borderline* da personalidade, a diferenciação de imagens do *self* e imagens de objeto se desenvolve ao ponto de possibilitar uma boa diferenciação entre representações de *self* e de objeto e também a ponto de permitir uma integração de fronteiras egoicas. Porém, essas fronteiras falham exatamente no ponto em que ocorre a identificação projetiva e a

simbiose com o objeto idealizado. Isso pode originar a psicose de transferência ao invés da neurose de transferência.

Kernberg (1967) se aprofunda na área patológica específica das relações objetais internalizadas do paciente *borderline*, ou seja, a incapacidade de sintetizar as introjeções e identificações boas e más. Isso ocorre principalmente pela existência de uma agressividade primária e tem consequências variadas como a tendência à erupção de estados afetivos primitivos. O autor também afirma que, quando introjeções boas e más não são integradas, o ego fica incapaz de experimentar sentimentos de depressão, culpa e preocupação. A presença dessas imagens boas e más do *self* e do objeto, sem integração, também interferem na integração do superego, pois as imagens e objetos idealizados criam fantasias muito distantes da realidade.

Nesse contexto, não ocorre integração do *self*. Os pacientes com organização *borderline* da personalidade têm pouca capacidade de avaliar outras pessoas de maneira realista. Também têm pouca empatia e distância emocional de outras pessoas. Há uma espécie de vazio protetivo. Outra característica é a maneira crua como expressam seus objetivos genitais e pré-genitais, pois estes estão preenchidos com agressividade. Isso fica evidente em comportamentos de explosões, demandas impraticáveis e manipulação de outras pessoas. Tal manipulação pode ser vista como uma necessidade de controlar o ambiente, evitando que medos e agressões se tornem incontroláveis.

O comportamento “como se” do paciente *borderline*, descrito por Deutsch (citada por Kernberg, 1967) e vista em nossa dissertação (Deutsch, 1942/2007), é explicado pelo autor por meio da presença de introjeções e identificações contraditórias. Elas se mantêm dissociadas em nível inconsciente, porém manter-se-iam contraditórias em nível superficial. O autor aponta que essa característica também seria chamada de difusão da identidade, sendo típica no paciente com personalidade *borderline*.

Tentando diferenciar pacientes psicóticos, *borderline* e neuróticos, Kernberg (1967, p.377) diz que

[...] pacientes psicóticos têm uma falta grave no desenvolvimento do ego, com mais imagens do *self* e imagens de objeto indiferenciadas, com falta de desenvolvimento de fronteiras do ego, concomitantes; pacientes *borderline* têm um ego mais bem integrado que os psicóticos, com uma diferenciação entre autoimagens e imagens de objeto, a uma extensão grande e com o desenvolvimento de fronteiras egoicas firmes em todas as áreas, à exceção das áreas de envolvimento interpessoal próximo [...]; e pacientes neuróticos

apresentam um ego forte, com separação completa entre imagens do *self* e imagens de objeto, e delimitação concomitante de fronteiras do ego.

Análise genético-dinâmica

Frequentemente se encontram, na história do paciente com organização *borderline* da personalidade, grandes frustrações e intensa agressividade, primária e secundária. A agressividade primária, particularmente oral, pode ser projetada na mãe, que passa a ser vista como perigosa. Isso é estendido também para o pai, por falta de diferenciação entre ambos, que é gerada pela falta de diferenciação de objetos, em razão do uso excessivo da cisão. Então, tem-se uma imagem combinada de pai e mãe, a qual, sendo vista como perigosa, incita todos os relacionamentos sexuais a serem vistos como perigosos e agressivos.

Em ambos os sexos, resume o autor, “o desenvolvimento excessivo de agressividade pré-genital, especialmente oral, tende a induzir um desenvolvimento prematuro de conflitos edípicos e, como consequência, uma condensação patológica particular entre objetos pré-genitais e genitais sobre a influência primordial de necessidades agressivas” (Kernberg, 1967, p.681). Há então uma manutenção de tendências sexuais polimórfico perversas, que é típica em pacientes *borderline*. O comportamento aparentemente caótico da sexualidade reflete a combinação de várias soluções patológicas desenvolvidas contra esses conflitos.

Finalizamos a década de 1960 com o último dos três trabalhos de Kernberg (1968), ***O Tratamento de Pacientes com Organização Borderline da Personalidade***. Em linhas gerais, ele diz que as dificuldades do tratamento seriam duas: a intolerância deste tipo de paciente à regressão promovida pelo processo psicanalítico e a atuação (*acting out*) de conflitos instintuais na transferência, que impede o aprofundamento do processo analítico.

As psicoterapias de suporte falham no tratamento com esses pacientes, pois têm o objetivo de reforçar seu ego e suas defesas. A falha ocorre em razão de o sistema defensivo do paciente impossibilitar a criação de uma aliança terapêutica. Desta forma, a transferência negativa é dissociada do tratamento, resultando em esvaziamento emocional da terapia e atuações constantes.

Assim, para o paciente com organização *borderline* da personalidade, Kernberg (1968) diz que seriam indicadas técnicas especialmente modificadas de procedimento analítico ou psicoterapia psicanalítica. A proposta do autor é a de uma técnica modificada que possui sete características principais: 1) elaboração sistemática da transferência negativa, latente e

manifesta, evitando que a manifestação da transferência negativa atinja a interação terapêutica; 2) confrontação via interpretação dos mecanismos de defesa patológicos; 3) estruturação definida da situação terapêutica com atitudes ativas; 4) utilização de condições ambientais de estruturação, como hospitais; 5) enfoque seletivo nas áreas da transferência e na vida do paciente que expressam os mecanismos de defesa patológicos; 6) utilização da transferência positiva para manutenção da aliança terapêutica; 7) auxílio para a expressão de conflitos sexuais.

Com base na revisão de literatura que realizou, o autor afirma que a principal questão trazida sobre o tratamento é se a psicanálise seria viável ou não ao paciente *borderline*. Para uma parte dos autores, as psicoterapias de suporte seriam mais indicadas e, para outra parte, a análise clássica seria mais eficaz. Para Kernberg (1968), o recomendado é um procedimento analítico especialmente modificado para o paciente *borderline*.

No início do tratamento, a transferência parece ser caótica, por ser inconstante, dadas as mudanças de estados egoicos. Os mecanismos de defesa típicos, como a cisão, identificação projetiva, recusa (*denial*), idealização primitiva e onipotência, seriam motores para a resistência.

Acerca da regressão na transferência, Kernberg (1968) afirma que o paciente intensifica seus mecanismos de defesa para se proteger de reações transferenciais primitivas e ameaçadoras. Pode-se destacar que a identificação projetiva, ao externalizar a agressividade, torna o alvo da projeção um objeto ameaçador.

O analista se torna alvo da identificação projetiva, o que é manifestado como desconfiança ou medo por parte do paciente. Ele é visto como alguém ameaçador, o que gera no paciente a tentativa de controlá-lo. Não obstante, o paciente também tenta gerar reações de contra-agressividade. “É como se o paciente estivesse empurrando a parte agressiva de seu *self* no terapeuta e como se a contratransferência representasse a emergência dessa parte do paciente de dentro do terapeuta” (Kernberg, 1968, p.605). Nesse contexto, pode ser criado um círculo vicioso, no qual o paciente projeta sua agressão no terapeuta e reintrojeta uma imagem distorcida dele, retornando a uma relação objetal patológica precoce.

Em seu artigo anterior (Kernberg, 1967), o autor disse que o paciente com organização *borderline* da personalidade tem as fronteiras do ego bem estabelecidas. Logo, ele sabe diferenciar questões internas e externas e tem o exame da realidade bem preservado. Porém, essa capacidade é perdida na transferência. Isso acontece em função das rápidas mudanças que ocorrem nas projeções das imagens do *self* e do objeto, que confundem o que está “dentro” e “fora”. É como se o paciente mantivesse a noção de ser diferente do analista ao

mesmo tempo em que há um intercâmbio de personalidade com ele. Essa é uma experiência ameaçadora que causa a desorganização das fronteiras do ego e, portanto, prejudica o exame da realidade. Assim, o paciente não distingue realidade de fantasia, passado de presente, deixando de distinguir também a personalidade do analista dos conteúdos projetados nele. A interpretação, nesse ambiente, fica seriamente prejudicada.

A psicose de transferência é um fenômeno que pode ser observado em pacientes *borderline*. Quando ocorre, envolve delírios e perda do exame da realidade, no entanto, restringe-se à situação transferencial, ou seja, não ocorre fora dela.

Retoma-se aqui, brevemente, um exemplo clínico trazido por Kernberg (1968). Uma paciente, internada em hospital, tinha histórico de brigar muito com os pais. Ao entrar no hospital e começar um trabalho psicoterapêutico com um médico, gritava com o terapeuta de maneira audível ao resto da instituição. Isso ocorria ao longo de semanas de tratamento. No entanto, as brigas se restringiam à figura do médico e, fora do *setting*, a paciente agia de maneira tranquila, inclusive com ele. Segundo o autor, isso ilustra a questão da atuação transferencial no contexto da psicose de transferência.

As atuações podem se tornar a principal fonte de resistência ao tratamento do paciente *borderline* e devem ser tratadas pela análise da transferência, pela introdução de parâmetros estruturados no *setting* e por uma nova análise da transferência, já de acordo com os parâmetros estabelecidos. A estruturação da relação terapêutica, feita intensamente, aliada às interpretações pode ser capaz de conter as atuações do paciente. Não obstante, é uma estrutura que também impede as atuações contratransferenciais, aspecto comum na análise com pacientes *borderline*.

As reações contratransferenciais intensas são vistas como consequência do ataque do paciente à estabilidade e maturidade que o analista apresenta em sua identidade egoica. Ao trabalhar com esses pacientes, o analista deve ter cuidado com o fato de que a regressão também poderá ocorrer com ele. Impulsos agressivos podem surgir no analista e devem ser controlados e utilizados na compreensão do caso. Os comportamentos agressivos do paciente, na transferência regressiva, frequentemente atacam a autoestima e as funções egoicas do analista. “O estabelecimento e manutenção de parâmetros estruturantes ou modificações na técnica são, portanto, uma condição técnica fundamental e protetora desse ponto e geralmente têm de ser mantidos durante uma grande parte no curso da psicoterapia com pacientes *borderline*” (Kernberg, 1968, p.609). O autor também indica que a hospitalização pode ser necessária para esses pacientes, auxiliando na estruturação ambiental que evita as atuações transferenciais.

As atuações do paciente na transferência podem ser erroneamente vistas como tentativas de elaboração. No entanto, essa compulsão à repetição das atuações não pode ser vista como elaboração enquanto, na transferência, forem satisfeitas necessidades patológicas do paciente, especialmente agressivas.

O autor explica, então, a abordagem psicoterapêutica para os mecanismos de defesa característicos do paciente *borderline*. Sua discussão é sobre como esses mecanismos aparecem na clínica, sugerindo uma abordagem terapêutica para o trabalho.

Primeiramente, sobre a cisão, discute-se que sem a superação da predominância no uso desse mecanismo não há possibilidade de estabelecimento de uma relação terapêutica. Isso é alcançado pela constante interpretação da existência de conteúdos divididos, cindidos na vida do paciente. Deve-se identificar e interpretar os mecanismos de defesa que atuam secundariamente na manutenção das cisões, de modo a diminuir suas funções. Com isso, seria possível criar espécies de pontes entre os materiais cindidos, religando-os.

A idealização primitiva se manifesta como forma arcaica e não realista de idealização e tem como principal função a proteção do analista da projeção de conteúdos transferenciais negativos.

Outro ponto é o das formas precoces de projeção, especialmente a identificação projetiva. Essa última é de importância central na transferência de pacientes com organização *borderline* da personalidade, os quais, por meio desse mecanismo, criam uma relação fantasiosa entre paciente-terapeuta, desde o início do tratamento. O investimento hostil na transferência e a tentativa do paciente de controlar o analista, estimulando reações de ódio deste, podem paralisar a terapia. Isso deve ser contido com parâmetros técnicos bem estruturados, como dito anteriormente (Kernberg, 1968).

Sobre a recusa (*denial*) no paciente *borderline*, ela pode se manifestar como um aparente desprezo a alguma área específica, envolvendo a consciência deste desprezo, mas a incapacidade de integração dessa área com o todo de sua experiência emocional. Na transferência, a recusa pode se manifestar de maneira complexa, como a recusa de alguns aspectos da situação terapêutica para a gratificação de necessidades transferenciais.

O quinto mecanismo de defesa discutido é a onipotência e desvalorização. Elas se referem à identificação do paciente com representações de *self* e objeto supervalorizadas. Isso implica fantasias de onipotência, cuja manutenção depende da desvalorização de outras pessoas, como o terapeuta. São mecanismos que se entrelaçam principalmente com a idealização primitiva. No entanto, o autor comenta que o entrelaçamento dos mecanismos mencionados é frequente e diz respeito a uma estrutura complexa.

O autor finaliza o artigo tecendo comentários sobre a modalidade de tratamento sugerida. Seria uma forma de psicoterapia psicanaliticamente orientada, diferente da psicanálise clássica, pois não ocorre uma transferência neurótica completa, nem a transferência pode ser resolvida somente através da interpretação. Nessa psicoterapia, focalizam-se a transferência negativa e as defesas patológicas do paciente. Há elementos de terapia de suporte, por exemplo, nas situações em que o terapeuta ativamente tenta estruturar a situação terapêutica. Esclarecimentos sobre a realidade são importantes e sugestões são de difícil evitação. A neutralidade não se define como inatividade nessa modalidade e a utilização do divã não é indicada, para que a realidade seja estimulada. Há o objetivo de fortalecimento egoico, o qual ocorre por meio da elaboração de defesas mais primitivas, o que permite a utilização e desenvolvimento de defesas mais maduras, como a repressão.

3.1. Análise

Neste capítulo, seguindo as proposições apresentadas na introdução e executadas no primeiro capítulo, a análise que se segue foi dividida em categorias que abarcam conteúdos de destaque para nós, conforme o escopo deste trabalho. Aqui, ela versará sobre definições, críticas ao termo *borderline*, desenvolvimento do quadro, psicodinâmica, características, sintomas, sobre as técnicas, os objetivos da psicanálise e sobre a relação com o paciente.

3.1.1. Definição: da neurose à psicose

Notória e historicamente, a definição do quadro *borderline* é de grande variabilidade. Além da obviedade desse argumento, apresentaremos aqui a amplitude desta variação, observada nas décadas referidas. A definição do *borderline* variou em uma linha contínua da neurose à psicose, entremeada por definições que tratam desse quadro como entidade clínica independente. Apresentemos essa sequência a seguir.

Iniciamos com a inserção do quadro *borderline* no grupo das neuroses. O único autor que o faz é Stern (1957). No entremeio, como pudemos ver, temos Knight (1953) que fala em estados *borderline* e diz que há mecanismos psicóticos e neuróticos. Bychowski (1953) fala em psicose latente, mas diz que seria uma entidade clínica própria, não uma psicose, contudo, apresentaria tendências à psicose. Zetzel (citada por Rangell, 1955) fala em uma *borderland*, uma área limítrofe, ao contrário de *borderline*, linha limítrofe, pois não haveria apenas uma linha. Kernberg (1966) também apresenta uma definição própria, de uma entidade clínica autônoma, que chama organização *borderline* da personalidade e que não se trata de um estado transitório entre a neurose e psicose.

Sobre a inserção do quadro no campo das psicoses, temos terminologias como esquizofrenia *borderline* (Eisentein, 1951); esquizofrenia ambulatorial (Zilboorg, 1956) – a qual o autor, posteriormente, diz ser equivalente à esquizofrenia *borderline* (Zilboorg, 1957); e psicoses *borderline* (Bion, 1959/2013).

3.1.2. Críticas ao termo e à classificação

Neste ponto, aliado ao anterior, apresentamos autores que criticam o modo como o *borderline* era definido e rotulado. Vemos em Knight (1953) que o termo *borderline* remete à incerteza de quem diagnostica e não contribui para a compreensão da gravidade do paciente. Aliado a isso, vemos em Rangell (1955) que o diagnóstico de *borderline* não tem grande fundamentação científica e se baseia mais na intuição e impressão do observador.

Pensamos que tal atitude de classificação baseada na intuição e com pouca fundamentação científica está relacionada ao que Zetzel (citada por Rangell, 1955) chama de “depósito de lixo” – ao dizer que pacientes muito diferentes estariam recebendo esse diagnóstico –, e Zilboorg (1956) chama de “penumbra teórica” – ao dizer que psiquiatras e psicanalistas forçam os limites de seus conhecimentos quando confrontados com aspectos clínicos que desconhecem.

Por fim, gostaríamos de considerar que Geleerd (1958) questiona se os casos *borderline* seriam novas entidades clínicas ou o resultado do avanço na teoria e precisão diagnóstica na psicanálise; e que Rangell (1955) declara que o *borderline* não existe, se considerarmos apenas o fato de que percorreria limites de várias psicopatologias. Não obstante, pontuamos que Knight (1953) afirma ser mais importante entender a psicodinâmica do paciente do que focar em seu rótulo diagnóstico.

3.1.3. O desenvolvimento do quadro

Stern (1957) fala do desenvolvimento do sujeito em um ambiente traumático – marcado por muitas brigas, com grandes desamparos e frequente falta de cuidado. Kernberg (1966) também fala de uma história marcada por grandes frustrações e intensa agressividade. A isso, percebemos o que Geleerd (1958) aborda sobre o desenvolvimento patológico na relação objetal com a mãe, em que a criança não desenvolve sentimento de confiança, pois não há noção de ser alguém separado da mãe, ou seja, pensa não ser possível sua existência na ausência dela ou do objeto amado. De forma semelhante, Stern (1957) trata da sensação de insegurança, não pertencimento e sentimento de que o sujeito não pode ser desejado.

Sobre o ambiente e a relação com a mãe, também, Bion (1959/2013) diz que há negação do uso da cisão e da identificação projetiva, o que levaria à destruição do vínculo seio-bebê, impactando negativamente no impulso pela curiosidade e na aprendizagem.

Como fundamento dessas questões, Bion (1959/2013) indica a existência de uma disposição inata ao excesso de destrutividade, ódio e inveja. Nessa linha, Kernberg (1966) descreve o excesso de introjeções negativas, em que a cisão se torna uma forma de proteção.

Duas consequências da etiologia do quadro são citadas. Para Geleerd (1958), haveria perturbações no ego e seu desenvolvimento e para Kernberg (1966) haveria prejuízo no desenvolvimento de fronteiras do ego.

3.1.4. Psicodinâmica

De maneira geral, o paciente *borderline* foi descrito pelos autores, neste capítulo, como alguém com sintomas neuróticos, mas dinâmica psicótica (Eisenstein, 1951). Próximo a isso, vimos com Knight (1953), que o paciente apresenta mecanismos psicóticos e neuróticos. Para esse último, há no *borderline* forças que defendem conflitos na fronteira e forças que defendem conflitos mais essenciais. A necessidade de troca dessas forças, em caso de algum enfraquecimento, seria uma metáfora explicativa da grande variedade sintomática do *borderline*. Contudo, nesse período da produção, vemos surgir a ideia da cisão como importante mecanismo para a compreensão do *borderline*.

Bychowski (1953) descreve a existência de uma parte cindida no ego do *borderline*, um germe psicótico, que foi separado desde os primórdios do psiquismo e pode gerar um colapso (desintegração) psicótico. De maneira semelhante, Bion (1959/2013) aponta para a existência de um objeto interno no psiquismo que se opõe e destrói todos os vínculos. Em Kernberg (1966), a cisão é tratada não sob a hipótese de um objeto interno cindido, mas de que há uma segmentação psíquica nos processos de internalização, como proteção a introjeções precoces não-metabolizadas. Portanto, haveria o uso de uma forma patológica de cisão para realizar essa segmentação, o que cindiria também o ego.

Além de tais semelhanças em torno da cisão e da existência de um objeto interno cindido, vemos os autores descreverem uma atuação patológica do superego. Zilboorg (1956) diz haver uma influência patológica do superego sobre o ego, Bion (1959/2013) fala que o superego do *borderline* é severo e ego-destrutivo e Kernberg (1966) diz que o superego é formado por núcleos sádicos através da internalização de objetos parciais que fazem demandas impossíveis.

Notemos, por fim, que nos ataques à função de vinculação, descritos por Bion (1959/2013), há ódio dirigido a todas as emoções. Nota-se também que Kernberg (1967) fala em escassez de caminhos sublimatórios no paciente *borderline*, que com frequência apresenta regressão a processos primários e mecanismos de defesa específicos como identificação projetiva, idealização primitiva, recusa, onipotência e desvalorização.

3.1.5. Características e sintomas

Em linhas gerais, é descrita uma grande variedade sintomática nos pacientes *borderline* (Zilboorg, 1956). Em outro momento, o autor diz haver uma desorganização em relação aos sintomas (Zilboorg, 1957). Isso se assemelha ao que diz Kernberg (1967), pois este último fala da inexistência de um sintoma patognomônico.

Seguindo a divisão feita no capítulo anterior (que não corresponde a uma regra, mas apenas a um modo de descrição que está sendo aqui repetido), os sintomas identificados são apresentados pela ordem seguinte: (1) sintomas relacionados a si mesmo, e (2) sintomas relacionados a outras pessoas e/ou ambiente.

Pretendemos apresentar os sintomas relacionados a si em uma possível linha contínua, que se inicia por questões mais arcaicas, precoces, e avança até questões mais próximas ao ambiente.

Segundo Kernberg (1967), há uma estrutura pré-psicótica no *borderline*, composta por tendências sexuais polimórfico-perversas. Nelas, segundo o autor, manifestar-se-iam desintegrações do *self*, difusão da identidade e comportamento caótico da sexualidade. A isso acrescentaríamos de Kernberg (1967), as graves patologias de caráter e a neurose polissintomática. Eisenstein (1951) também afirma a existência de aspectos pré-edípicos. Isso nos parece semelhante à visão de Knight (1953) de que as várias formas de neurose são superfície de um problema mais infantil.

Nesse contexto de neurose polissintomática por problemas mais infantis, avançaríamos para características como fantasias onipotentes (Geleerd, 1958), reações onipotentes a traumas (Eisenstein, 1951) e pensamentos mágicos (Bychowski, 1953).

Notemos então que nossa linha tem base em problemas mais infantis, pré-edípicos e pré-psicóticos, com desorganização da sexualidade e identidade, havendo também reações de onipotência. Pensamos que, com base nos autores, estes sintomas se aproximam das intensas reações de raiva, descritas por Bychowski (1953), surtos de raiva e agressividade em situações de frustração (Geleerd, 1958), impulsividade seletiva (Kernberg, 1966) e neuroses de impulso e adiões (Kernberg, 1967). Destacamos, por fim, angústia difusa e crônica (Kernberg, 1967), insegurança (Stern, 1957) e os riscos (Eisenstein, 1951) e ameaças (Bion, 1959/2013) de suicídio.

Já sobre os sintomas relacionados a outras pessoas e ao ambiente, também encontramos semelhanças entre os autores. No conjunto de informações citado anteriormente, de desorganização da sexualidade e identidade, aliado a fantasias onipotentes, com atitudes de hostilidade, irritabilidade, entre outros, notamos, em relação ao ambiente e aos outros, uma continuidade.

Há, contudo, uma contradição. Autores falam em demanda por afeto (Eisenstein, 1951) ou demanda por amor (Stern, 1957), mas também falam em hostilidade e agressividade para com o objeto de que pensam ser dependentes (Eisenstein, 1951) ou manipulação de outras pessoas (Kernberg, 1967). Zilboorg (1957) evidencia a relação com o ambiente

descrevendo que o sujeito *borderline* tem condutas aloplásticas – atividades voltadas para que o meio social o reconheça.

Por fim, destacamos outra fala de Zilboorg (1957), de que os maiores conflitos do *borderline* residem em aspectos importantes da vida, como quais atividades realizará, em qual área irá trabalhar e com quem irá se relacionar.

3.1.6. Análise, técnica e psicoterapias

Iniciamos com Kernberg (1966), que discorre sobre como as psicoterapias falham com o *borderline*, pois esse paciente não consegue estabelecer uma aliança terapêutica. Em um caminho inverso, Knight (1953) diz que a psicanálise só será possível quando uma parte de psicoterapia for realizada. Schmideberg (citada por Robbins, 1956) trata de algo semelhante ao que disse Knight (1953), quando fala que os *insights* são pouco úteis até que uma psicoterapia de apoio tenha sido realizada.

Há uma convergência quanto ao uso de ferramentas e técnicas da psicanálise. Sobre o divã e a associação livre, Knight (1953) e Eisenstein (1951) recomendam que eles não sejam utilizados, pois estimulam a regressão e o afastamento da realidade, tornando impossível ao paciente integrar as interpretações.

Nota-se que as defesas são questão de sanidade para o paciente, segundo Knight (1953), e que o trabalho com familiares é mais importante em pacientes *borderline* do que em neuróticos (Eisenstein, 1951). Também apontamos aqui Robbins (1956), ao dizer que a neutralidade da psicanálise pode ser fonte de segurança à instabilidade do paciente *borderline*.

3.1.7. Os objetivos da psicanálise

Em sua maioria, os objetivos propostos pelos autores se relacionam ao ego. Seja pela via do fortalecimento e aproximação com a realidade (Eisenstein, 1951), pela identificação de um inventário completo das funções egoicas (Knight, 1953), ou pela observação de funções egoicas e estágios do desenvolvimento (Bychowski, 1953; Rangell, 1955).

Essas atividades dirigidas ao ego, suas funções e seu desenvolvimento, possibilitariam ao paciente funcionar de maneira mais equilibrada (Eisenstein, 1951), identificar quebras com o exame da realidade e mecanismos de defesa – o que é grande parte do trabalho psicanalítico (Knight, 1953).

3.1.8. Transferência, contratransferência, postura do analista e comunicação

Iniciamos este ponto com Bion (1959/2013), quando ele afirma que a análise pode permitir ao paciente lidar com o que lhe foi privado na vida. A análise, segundo o autor, também permite a identificação de objetos parciais. Em Kernberg (1968), vimos que os objetos parciais formam estados egoicos diferentes e esses, por sua vez, formam transferências diferentes.

Não obstante, apesar de desordenado, o vínculo com o analista é possível, o que torna a psicoterapia também possível (Zilboorg, 1956). Aprofundando-se sobre o vínculo, Bion (1959/2013) aponta que ele é como o vínculo seio-bebê, portanto a comunicação e exploração de sentimentos, no que o autor chama de psicose *borderline*, são feitas via identificação projetiva.

Nesse contexto, os autores recomendam determinadas posturas do terapeuta para a atuação com os conteúdos transferenciais. Zilboorg (1956) diz que o terapeuta tem de ser ativo, podendo até ser insistente. Já Bychowski (1953) fala que deve haver flexibilidade do terapeuta no início do trabalho, para que as interpretações possam ser aceitas. Stern (1957), por outro lado, escreve que o profissional é também um cuidador, alguém que representa apoio e suporte – essa postura permitiria a superação do alto grau de irrealidade presente na transferência com pacientes *borderline*. Eisenstein (1951) recomenda que sejam comunicados ao paciente seus aspectos transferenciais para que ele possa compreender sua maneira de agir e de perceber a si e o ambiente. A partir dessas recomendações, avancemos para as descrições sobre a transferência propriamente dita.

Em Eisenstein (1951), a transferência é descrita como tangencial – que escapa –, é mais infantil e intensa que a transferência do neurótico. Para nós, essa infantilidade está relacionada ao que Bychowski (1953) caracterizou como grande dependência; e a intensidade está ligada ao que Kernberg (1966) chamou de caos transferencial.

As características mais específicas da transferência seriam fantasias onipotentes em relação ao analista (Eisenstein, 1951), pensamentos mágicos, ideias de referência, paranoia e projeções (Bychowski, 1953) e intolerância a regressões (Kernberg, 1968). Isso seguiria um caminho de ataques à capacidade de continência do analista – por tentativas de suicídio, por exemplo – (Bion, 1959/2013) e a ocorrência de atuações, que fazem a manutenção de necessidades patológicas e agem como resistência, não permitindo a elaboração (Kernberg, 1968).

Esses ataques são explicados por Bion (1959/2013), quando ele diz que o paciente sente que o analista o ataca, uma vez que o ódio e inveja do paciente pelas capacidades de

continência do analista estão projetados nele via identificação projetiva. Também para Kernberg (1968), o analista é alvo de identificações projetivas, que o levam a ser visto como ameaçador.

Em Kernberg (1967), a transferência é caracterizada como psicótica, pois as identificações projetivas levam à simbiose. Esse caráter psicótico da transferência também é evidenciado pela perda de exame da realidade e das fronteiras do ego que ocorre na transferência (Kernberg, 1968).

Gostaríamos de destacar que os autores citam como possíveis consequências na transferência, ou consequências da psicanálise, a precipitação de episódios psicóticos (Eisenstein, 1951; Kernberg, 1967) ou a evolução do *borderline* para a psicose (Bychowski, 1953; Geleerd, 1958). Knight (1953) também comenta que a psicanálise pode ser tão intensa a ponto de provocar saídas psicóticas, pois o *borderline* tem mecanismos psicóticos e neuróticos.

Esse contexto de ataques ao analista, de desorganização da transferência e de suas características psicóticas nos leva à contratransferência. Eisenstein (1951) recomenda que o analista deva manter contato com seus próprios conteúdos, pois a análise com pacientes *borderline* pode gerar irritação. Kernberg (1968) diz que a intensidade dos ataques do paciente ao analista e à sua estabilidade e maturidade levam a reações contratransferenciais intensas. Isso ocorreria de tal forma que poderia levar a regressões do próprio analista.

4. Revisões de literatura e aprofundamentos no conceito de cisão a partir da noção de identificação projetiva

No segundo capítulo, vimos que a definição do quadro *borderline* foi aprofundada, especialmente a partir do conceito de organização *borderline* da personalidade. Nesta e em outras teorizações, o mecanismo da cisão ganhou importância na compreensão da etiologia do quadro, como já afirmamos. No presente capítulo, sobre as décadas de 1970 e 1980, o conceito de cisão é aprofundado e utilizado ainda com maior importância, principalmente por autores de fundamentação kleiniana, que o correlacionam à identificação projetiva e às qualidades da transferência e contratransferência no quadro *borderline*. Neste capítulo, ainda, veremos como a literatura psicanalítica, teórica e/ou técnica, apresentava um conjunto extenso de informações, a ponto de poder ser revisada e examinada.

Iniciaremos com um texto que discorrerá sobre o processo diagnóstico e as estratégias terapêuticas no quadro *borderline*. Veremos alguns cuidados diferentes propostos pela autora para o diagnóstico, pois ela entende que estados *borderline* necessitam de tempo para que sejam diagnosticados. Trata-se do artigo *Uma abordagem desenvolvimental do paciente borderline*, de Elizabeth Zetzel¹⁴ (1971).

O diagnóstico de *borderline*, para a autora, deveria se referir mais a uma estrutura geral do paciente do que aos sintomas que apresenta. Zetzel (1971) comenta que na Inglaterra, no entanto, esse diagnóstico era frequentemente confundido ou substituído por “personalidades psicopáticas” ou “transtornos de caráter”. Os casos *borderline*, para a autora, apresentariam a dificuldade de serem diagnosticados não por aspectos positivos, mas negativos, assim como a histeria, que seria diagnosticada quando não eram encontradas origens orgânicas para os sintomas. O paciente seria visto como *borderline* quando apresentasse sintomas neuróticos e psicóticos, mas não se encaixasse perfeitamente em nenhuma das categorias.

A autora defende a importância da precisão diagnóstica para a utilidade do tratamento, portanto tenta estabelecer critérios diagnósticos. O diagnóstico, para Zetzel (1971), não é possível apenas por meio de dados históricos ou por uma avaliação diagnóstica breve. Pacientes avaliados brevemente como *borderline* podem apresentar um quadro franco de psicose ao longo da análise, o que conferiria um erro diagnóstico. Ademais, adolescentes e

¹⁴ Elizabeth Rosenberg Zetzel (1907-1970) fez sua formação psiquiátrica e psicanalítica na Inglaterra, mas trabalhou nos Estados Unidos. Foi vice-presidente da IPA (Gitelson, 1971).

jovens adultos, em uma crise no desenvolvimento, podem apresentar sintomas do quadro *borderline*, sem necessariamente apresentar a patologia.

Estados *borderline* podem ser observados em pessoas que, ao longo de uma análise, mostram-se neuróticas. De maneira inversa, pessoas com sintomas neuróticos podem demonstrar um quadro *borderline* ao longo de um tratamento psicanalítico. Nesse contexto, a relação entre terapeuta e paciente é um importante fator de avaliação, especialmente para quadros *borderline*.

Diferentemente de um paciente em crise aguda neurótica, o paciente *borderline* não estabelece uma relação terapeuta-paciente de confiança logo no início do tratamento. “Expectativas mágicas, prejuízo na diferenciação entre fantasia e realidade, episódios de raiva, suspeitas e medos excessivos de rejeição devem ser antecipados em um período relativamente extenso” (Zetzel, 1971, p.868). Não obstante, segundo a autora, os pacientes *borderline* podem abandonar suas expectativas mágicas em uma situação favorável de tratamento, sem necessitar de medicação.

Na estruturação psíquica, três fatores são colocados como essenciais pela autora. O primeiro é a capacidade de diferenciação entre *self* e objeto. Em seguida, a capacidade de reconhecer, tolerar e controlar a separação, perda e prejuízos ao narcisismo. E, em terceiro, a internalização de identificações egoicas e autoestima, que permitem a autonomia. O paciente que Zetzel (1971) entende como *borderline* tem falhas nessas três capacidades.

Contudo, tais indivíduos podem desenvolver, em análise, uma melhor capacidade de tolerar afetos dolorosos, o que não é visto na capacidade de internalizar identificações egoicas estáveis. Por essa razão, são pacientes que podem permanecer interminavelmente em análise.

Com tais considerações, é proposto que o diagnóstico de um paciente como *borderline* envolve “a distinção entre problemas determinados por conflitos intrapsíquicos não resolvidos, mudanças regressivas atribuídas a um período de grande estresse desenvolvimental ou situacional e, finalmente, [...] falha significativa em estabelecer certas funções egoicas básicas” (Zetzel, 1971, p.869).

Sobre as estratégias terapêuticas, a autora discorre sobre sua própria experiência, dizendo haver perigos no tratamento com pacientes *borderline*. Esses perigos decorrem da grande regressão que se desenvolve em situações de tratamento analítico, o qual não é estruturado.

A técnica desenvolvida pela autora pressupõe que os pacientes *borderline* têm falhas no desenvolvimento de funções básicas do ego, percebidas por meio da relação terapeuta-

paciente. Primeiramente, enfoca-se no estabelecimento de uma relação com características realísticas e consistentes, ou seja, uma aliança terapêutica.

Há dificuldades no estabelecimento dessa aliança, particularmente em pacientes *borderline*. Por exemplo, em crises regressivas, o paciente pode se apresentar apelativo, agitado e altamente manipulador.

Alguns fatores técnicos importantes são a manutenção da estabilidade, consistência e imposição de limites ligados à realidade. Tais fatores, segundo Zetzel (1971), não estão ligados à terapia de apoio (ou suporte) e demandam muito do profissional, visto que os pacientes *borderline* testam seus terapeutas com grande intensidade. Portanto, a autora comenta que se deve realizar um contato com frequência semanal de uma sessão. “Nessas circunstâncias é menos provável que irão se desenvolver reações contratransferenciais ambivalentes, o que poderia promover uma situação terapêutica regressiva” (Zetzel, 1971, p.870).

Assim como vimos questões sobre problemas diagnósticos, trabalhadas no texto anterior, vemos também autores que discorrem sobre problemas metodológicos nas pesquisas com o quadro *borderline*. Este ponto é discutido também no próximo artigo, ***Definindo pacientes borderline: uma visão geral*** (Gunderson & Singer, 1975/1986). Aqui, destacamos o início de artigos específicos de revisão de literatura. Lembremos, no entanto, que no capítulo anterior, Kernberg (1968) fez uma revisão de literatura. Contudo, em nossa pesquisa, é a partir da década de 1970 que isso passa a ser frequente. Passemos ao artigo.

O caso *borderline*, desde o início das publicações sobre o assunto, abarcou grande divergência em sua definição. Gunderson e Singer (1975/1986) comentam que havia uma desordem em relação aos termos utilizados e as descrições feitas. Trazem, assim, sua contribuição a esse contexto, falando de informações acerca do paciente *borderline* e das impressões clínicas do trabalho com ele a partir da análise de parte da literatura disponível.

Primeiramente, discutem problemas metodológicos que são identificados nos estudos sobre os pacientes *borderline*. Segundo os autores, há três áreas de pesquisa sobre esses pacientes: as observações sintomáticas e comportamentais, as formulações psicodinâmicas e os dados de testes psicológicos. Apesar de interdependentes, essas áreas se desenvolveram de maneira isolada nas pesquisas com o quadro *borderline*, em razão da separação dos pesquisadores. Ou seja, psiquiatras avaliavam os sintomas, psicanalistas construam as formulações psicodinâmicas e psicólogos realizavam os testes.

Ainda sobre a metodologia, os autores apontam para quatro fatores primordiais na investigação de casos *borderline*: quem os descreve; os métodos de coleta de dados; o contexto em que os pacientes foram observados; e como a amostra foi escolhida (Gunderson & Singer, 1975/1986).

Os autores apresentam as características do paciente a partir do exame da literatura, iniciando pelos sintomas e comportamento, que serão divididos em afeto, comportamento e psicose.

Sobre o afeto, os autores encontraram a raiva e a depressão. A primeira seria muito comum em pacientes *borderline* e talvez o aspecto que mais os identifica. Já a depressão seria voltada para a solidão, para o vazio e incapacidade e não para sentimentos de culpa. No campo afetivo, pode-se resumir que o paciente *borderline* se caracteriza também pela angústia e anedonia. Não obstante, os pacientes tendem a sentir afetos intensos e variáveis.

Sobre os comportamentos, os autores falam sobre os aspectos observados durante o tratamento, em hospital ou não. Condutas regressivas recebem especial atenção no paciente *borderline*, pois podem indicar necessidade de internação. Cortes no pulso e repetições de abusos de drogas seriam exemplos de comportamentos nesse caso. Um aspecto que, segundo os autores, foi tratado como primordial por psicanalistas e psicólogos é o modo de agir superficialmente saudável de um paciente que descreve uma situação intrapsíquica bastante prejudicada. Ou seja, pessoas que conseguem manter trabalhos e relações sociais superficiais. Essa característica, para Gunderson e Singer (1975/1986), motivou os profissionais a tratarem o *borderline* como uma entidade psicopatológica específica.

Outro aspecto comportamental que caracteriza o paciente *borderline* é a autodestrutividade. No entanto, não se fala aqui de comportamentos que têm por objetivo a autodestruição, mas outros propósitos e a autodestruição seria uma consequência. Como exemplos, ter-se-ia promiscuidade sexual com o objetivo de obter afeição, ou automutilação com objetivo de estabelecimento de identidade. Tentativas ou ameaças de suicídio também seriam frequentes em pacientes *borderline*. A autodestrutividade, segundo os autores, é importante para a identificação e diagnóstico de um paciente *borderline*.

Sobre a psicose, os autores dizem haver dois consensos. Primeiramente, o de que o paciente *borderline* apresenta um estável transtorno da personalidade e, em segundo lugar, que há um número de pacientes que desenvolverão sintomas psicóticos. Há uma capacidade de desenvolver sintomas psicóticos regressivos que é patognomônica no paciente *borderline*. No entanto, quando isso ocorre, há diferenças dos episódios psicóticos em relação à psicose

propriamente dita, tais como: estresse relacionado, reversibilidade, transitoriedade, aspectos estranhos ao ego e falta de sistematização.

Os autores indicam que na década de 1960 foi identificado que havia uma vulnerabilidade de pacientes *borderline* a episódios psicóticos frente a estresses farmacológicos, como uso de maconha, LSD e mescalina. Não obstante, revisando a literatura existente sobre os episódios psicóticos em pacientes *borderline*, os autores indicam que permanecem dois questionamentos: se todas as pessoas *borderline* teriam vulnerabilidade à psicose; e se muitas pessoas *borderline* estariam livres de episódios psicóticos apesar dessa vulnerabilidade.

Investigam-se também as funções do ego no paciente *borderline*. Gunderson e Singer (1975), em sua revisão, comentam haver várias formas de abordar o tema, portanto a convergência entre os autores é infrequente. Mesmo assim, duas funções aparecem com destaque: o exame da realidade e as relações interpessoais.

Primeiramente, sobre o exame da realidade, este aparece como um aspecto muito discutido sobre as psicoses. Em sua investigação bibliográfica, os autores afirmam haver uma concordância acerca de que o exame da realidade é, de certa forma, intacto no paciente *borderline*. Não obstante, advertem que na ausência de medidas concretas sobre o exame da realidade, continuará a existir ambiguidade e subjetividade na observação.

Sobre as relações interpessoais, indica-se que há concordância entre autores de que esse é um aspecto que identifica o paciente *borderline*, dado o estilo específico de seus relacionamentos. Esse estilo se caracterizaria pelas relações superficiais e transitórias. Não obstante, há também apontamentos para relações muito intensas e primitivas, com imitação dos comportamentos e valores do objeto amado. Poder-se-ia resumir que esses pacientes funcionariam de maneira socialmente adaptada (não em casos mais graves), porém com superficialidade em suas relações. Ainda assim, suas relações mais próximas seriam de grande intensidade, dependência e manipulação.

Os autores concluem o trabalho de revisão retomando seis pontos, compreendidos ao longo do artigo, que descrevem o paciente *borderline*, oferecendo critérios diagnósticos: 1) a presença de intenso afeto; 2) história de comportamento impulsivo; 3) adaptabilidade social; 4) experiências psicóticas breves; 5) desempenho em testes psicológicos (com respostas bizarras, autísticas, ilógicas ou primitivas); 6) relacionamentos interpessoais (com transitoriedade e superficialidade para relações menos intensas, e intensidade e dependência para relações mais intensas).

Como dissemos, o texto anterior tratou de uma revisão de literatura e isso se tornou frequente na década de 1970 em diante. No próximo trabalho, o autor também fará apontamentos sobre a literatura. Trata-se do artigo *A síndrome borderline: evolução do termo, aspectos genéticos e prognóstico*, de Michael Stone¹⁵ (1976).

Stone (1976) aborda três aspectos do psicodiagnóstico. Primeiramente, o fator constitucional, que trata das perturbações nas fronteiras do ego e na integração, em que se encontrariam, em casos graves, esquizofrenias e transtornos maníaco-depressivos. Em segundo lugar, as capacidades de lidar com situações, referindo-se à adaptação. E, por último, o caráter, referindo-se aos traços de caráter em geral, ou seja, a como os fatores constitucionais e adaptativos se expressam individualmente.

O termo *borderline* foi utilizado em referência aos dois primeiros fatores. Uma condição próxima, mas não óbvia, nem integralmente presente nas condições de esquizofrenia ou mania, por exemplo, era caracterizada como *borderline*. Também, alguém que, a nível adaptativo, não se encontrava em uma condição neurótica nem psicótica, era classificado como *borderline*. Diz-nos o autor: “quando retratamos a história dos usos do termo ‘borderline’ em psiquiatria, iremos simultaneamente definir o termo. Sua história é seu significado” (Stone, 1976, p.346).

Com as alterações de Bleuler sobre a categorização de Kraepelin e a retirada da ênfase em aspectos orgânicos, feita por Freud, constituiu-se um período no qual o termo *borderline* germinou. Com a centralização do tratamento analítico nas psiconeuroses de transferência, os pacientes foram separados em psicóticos e neuróticos, respectivamente, não-analisáveis e analisáveis. Dessa maneira, com a percepção da existência de pacientes que não se encaixavam perfeitamente em ambas as descrições, criou-se o termo *borderline*, para referenciar pacientes entre a neurose e psicose e entre a analisabilidade e não-analisabilidade.

Sobre o prognóstico, Stone (1976) afirma ser difícil o estabelecimento de um caminho convergente em razão da grande diversidade etiológica dos pacientes *borderline*. O autor acrescenta que até a década de 1960, a literatura científica dizia pouco sobre a questão prognóstica desse paciente.

Sobre a representação topográfica, Stone (1976) analisa vários usos diferentes para o termo *borderline*, bem como vários termos diferentes para fazer referência a esse tipo de paciente. Nesse contexto, o autor conclui que muitos pacientes diagnosticados como

¹⁵ No artigo consultado, consta que o autor foi professor de psiquiatria da escola de medicina da Universidade de Cornell.

borderline parecem ter uma predisposição hereditária ao transtorno mental. Esse fator pode ser suficiente para avaliar as necessidades específicas do paciente.

Como dissemos, Stone (1976) também fez uso da literatura psicanalítica para discorrer sobre alguns aspectos do quadro *borderline*, como a analisabilidade e o prognóstico. Agora veremos um texto que também discute aspectos históricos da literatura, porém, apresentando teorizações próprias sobre o quadro *borderline*. Trata-se do artigo ***O conceito borderline: uma estrutura conceitual para o entendimento de pacientes borderline***, de André Green¹⁶ (1977/1986).

Desde o início das investigações clínicas do paciente *borderline*, muita literatura psicanalítica foi escrita. Em matéria de observação clínica, há bastante convergência, o que não ocorre em relação à técnica, muito menos em relação à teoria. “Em resumo, conseguimos compartilhar nossas percepções, mas não nossas concepções – talvez porque nutrimos diferentes concepções” (Green, 1977/1986, p.60).

O termo *borderline* indica uma linha divisória entre a sanidade e a insanidade. No entanto, em psicopatologia, não haveria uma linha, mas uma área limite entre esses dois campos. Essa área seria vasta e sem dono, uma “terra de ninguém” entre a sanidade e insanidade (Green, 1977/1986).

O autor adverte para que não se tente, nesse território, analisar os sintomas do *borderline* em termos das psicoses ou correlacioná-los à esquizofrenia. Não obstante, acredita que sintomas neuróticos, em geral, têm uma função definida. Essas considerações permitem-no discutir um modelo próprio para entendimento desse quadro.

São analisados modelos conceituais para a compreensão de estados *borderline*. O autor defende a ideia de ser um estado *borderline*, como se vê neste trecho: “Ser/estar *borderline* implica que uma borda o protege de atravessar ou ser atravessado, de ser invadido, e, portanto, torna-se uma *borda móvel* (não *ter*, mas *ser/estar* essa borda)” (Green, 1977/1986, p.63, *grifos do autor*).

O conceito de *borderline* é flutuante e móvel. Por essa razão, não pode ser representado por imagens (representações), “mas tem de ser concebido em termos de processos de transformação de *energia* e *simbolização* (força e significado)”. (Green, 1977/1986, p.73, *grifos do autor*).

¹⁶ Psicanalista nascido no Egito (1927-2012), fez sua formação na França, onde presidiu a Sociedade Psicanalítica de Paris. Foi também vice-presidente da Associação Psicanalítica Internacional (IPA).

Green (1977/1986) propõe um enquadre conceitual sobre os casos *borderline*. Diz-nos que pacientes *borderline* que se aproximam das neuroses oferecem material mais denso para essa conceituação por possibilitarem maior investigação psicanalítica. A identificação de seus casos como *borderline* e não como neuroses “é baseada na qualidade de afeto da comunicação do paciente e na resposta interna do analista a isto [...]. Nesse contexto, devo mencionar a função da contratransferência, que pode servir como uma ferramenta muito precisa para o entendimento de pacientes *borderline*” (Green, 1977/1986, p.74).

A cisão (*splitting*) não funciona como a repressão nas neuroses ou a cisão (*splitting*) nas psicoses. Para o autor, a cisão nos casos *borderline* tem especificidade, pois se desenvolve em dois níveis: “cisão *entre* o psíquico e o não-psíquico (soma e mundo externo) e cisão *dentro* da esfera psíquica” (Green, 1977/1986, p.78, *grifos do autor*). A cisão entre o psíquico e o não-psíquico é determinada por algo que contém e segura o ego, que tem limites delineados, mas não funciona de maneira protetora.

Essas fronteiras seriam elásticas, porém não se desenvolveriam para funcionamentos adaptativos, pois se relacionariam a processos de separação. A movimentação de fronteiras egoicas seria sentida como perda de controle, como últimas defesas contra a aniquilação.

“Esse envelope do ego, esse escudo ineficiente, protege o ego vulnerável, que é rígido e deficiente em coesão. A cisão interna revela que o ego é composto de núcleos diferentes e sem comunicação. Esses núcleos do ego podem apropriadamente ser designados como *arquipélagos*” (Green, 1977/1986, p.78, *grifos do autor*). Nesse arquipélago – segue o autor com a metáfora –, deve-se imaginar várias ilhas separadas por um vazio, sem coesão e comunicação, contidas de pensamentos, afetos e fantasias contraditórias, que coexistem ali. Esse contexto implica o insucesso de formar um ser individual e evidencia a função de conexão (*linking*), descrita por Bion, e de vinculação (*binding*) feita por Eros, pensada por Freud (citados por Green, 1977/1986).

Dois mecanismos de defesa básicos funcionariam no caso *borderline*. A cisão, que traz como consequência a identificação projetiva e introjetiva, a recusa (*denial*), onipotência, entre outros; e a depressão, descrita pelo autor como um desinvestimento radical, que traz como consequência estados vazios na mente, como a ausência de afetos. As dificuldades clínicas desse fenômeno seriam comuns nos casos *borderline*, como dificuldades em representações mentais, impossibilidade de pensar, entre outros.

Para o autor, deve-se considerar duas fronteiras no aparelho psíquico. A primeira entre o inconsciente e o pré-consciente-consciente; e a segunda na área do jogo (*play*) ou ilusão, o espaço potencial descrito por Winnicott. “Pacientes *borderline* são caracterizados por uma

falha em criar subprodutos funcionais do espaço potencial; em vez de manifestarem fenômenos transicionais, eles criam sintomas para preencher a função do fenômeno transicional” (Green, 1977/1986, p.80). No entanto, o autor não caracteriza o paciente *borderline* como alguém que não cria objetos ou fenômenos transicionais, mas que estes não têm valor funcional, como têm para outras pessoas. Nesse ponto, a análise dos sonhos em pacientes *borderline* é geralmente improdutivo. Isso se deve ao fato de os sonhos desses pacientes não serem realizações de desejo, mas evacuações.

Sobre o Édipo, o autor diz que nos pacientes *borderline* há uma cisão nas representações das figuras parentais de acordo com noções de bem e mal, idealizado e persecutório. Ou seja, uma figura é vista como totalmente má e a outra totalmente boa. A figura vista como boa também é vista como fraca frente os ataques onipotentes da figura vista como má. Cria-se um dilema para o sujeito *borderline*, quando o medo de abandono da figura má é visto como algo que não levará a nenhum lugar e a figura boa é vista como inalcançável.

O autor argumenta sobre o funcionamento mental do *borderline* (*borderline's mental functioning*), dizendo que todos os seus diferentes componentes estão confusos. Pensamentos, representações e afetos não estariam diferenciados, e o pensamento racional estaria prejudicado em função da grande carga de afetos, cuja consequência é a cisão. Com a confusão entre representações e afetos, a atuação (*acting*) se torna um aspecto principal, em termos funcionais, seja dirigida ao interno (produzindo sintomas psicossomáticos) ou ao externo pelo *acting out*. Contudo, a atuação não diz respeito apenas a ações, mas a fantasias, sonhos e palavras.

Atuar preenche espaço e não tolera a suspensão da experiência. A razão para tal intolerância para a suspensão da experiência é a crença de que nenhuma criação, nenhum conhecimento pode emergir disso. Suspensão é equiparada à inércia [...]. Confiança básica é fundamental para aceitar a passividade. Passividade é sempre sentida como a ameaça suprema, aberta a todos os tipos de perigos nas mãos do objeto 'mau' onipotente (Green, 1977/1986, p.82).

Acrescenta-se uma hipótese sobre o julgamento e o exame da realidade no *borderline*. De acordo com o princípio da realidade, deve-se decidir se um objeto é real ou não (sim ou não), porém, no funcionamento do princípio do prazer, apenas se aceita a existência do objeto (sim). Segundo o autor, Winnicott apresentou outra possibilidade quando tratou do objeto

transicional, dizendo que ele é e não é o seio materno, portanto sim e não. Green (1977/1986) hipotetiza uma quarta possibilidade, “nem sim, nem não”. No objeto transicional há uma recusa positiva, pode ser e pode não ser, já no *borderline*, tratar-se-ia de uma recusa negativa, não pode ser, nem pode não ser.

Finaliza-se com outra hipótese, acerca de processos terciários. Eles não seriam materializados, mas feitos de mecanismos conjuntivos e disjuntivos, atuando entre processos primários e secundários. “Seria o modo mais eficiente de manter o equilíbrio mental flexível e a ferramenta mais rica para criatividade, salvaguardando contra o incômodo da cisão, cujo excesso leva à morte psíquica” (Green, 1977/1986, p.83). Não obstante, a cisão é essencial para sair da confusão mental, servindo, no entanto, à separação ou à união, ou aos dois.

Vimos no texto de Green (1977/1986) como a cisão continuou sendo tratada como aspecto importante para a compreensão do quadro *borderline*. Contudo, também pudemos ver o acréscimo da contratransferência como ferramenta fundamental para o diagnóstico. Ela havia sido mencionada com importância apenas no texto de Winnicott (1947/1994), porém, a partir daqui, adquirirá maior importância. Finalizaremos a década de 1970 com o texto *Notas sobre a psicopatologia e tratamento psicanalítico de alguns pacientes borderline*, de Herbert Rosenfeld¹⁷ (1978). Neste, além dos aspectos mencionados a respeito do artigo anterior, também veremos um aprofundamento na discussão sobre a cisão através da inclusão do conceito de identificação projetiva. Acerca da contratransferência e da transferência, veremos o autor discuti-las a partir da ideia de uma psicose de transferência.

O autor discute nesse artigo aspectos da psicopatologia e tratamento de estados *borderline*, principalmente casos mais graves. Três pontos principais são examinados, (1) as semelhanças entre a experiência clínica e teorização de Rosenfeld (1978) com as de Otto Kernberg – não entraremos em detalhes, uma vez que Rosenfeld (1978) apresenta questões teóricas que já foram vistas anteriormente (Kernberg, 1966, 1967, 1968); (2) estados confusionais como aspecto importante na psicopatologia dos estados *borderline*; e (3) a psicose de transferência (*transference psychosis*), que ajuda a entender a psicopatologia básica e o tratamento desses pacientes.

Ao falar das hipóteses de Otto Kernberg, sobre mecanismos de defesa típicos, constituição e tratamento do paciente com Organização *Borderline* da Personalidade,

¹⁷ Nascido na Alemanha (1910-1986), de família judia, o autor terminou os estudos de medicina na Inglaterra, onde se instalou após a ascensão do nazismo. Formou-se psicoterapeuta pela *Tavistock Clinic* (Steiner, 1986).

Rosenfeld (1978) encontrou várias semelhanças com o que observava em sua clínica. No entanto, diz que Kernberg relutava em utilizar a psicanálise sem modificações com o paciente em razão das possibilidades de desenvolvimento da psicose de transferência.

A expressão psicose de transferência “descreve a emergência de manifestações psicóticas na transferência em pacientes previamente não-psicóticos” (Rosenfeld, 1978, p.216). Na emergência desse tipo de transferência, ocorre uma crise em que as interpretações não surtem efeito no paciente. Contudo, apesar de ameaçadora ao analista, por inviabilizar o processo psicanalítico que estava ocorrendo, ela não necessariamente destrói esse processo, e pode inclusive abrir novas direções de trabalho.

Grande parte da psicose de transferência se baseia na identificação projetiva, fundamentada no desenvolvimento precário do mecanismo de cisão. A precariedade da cisão no desenvolvimento promove estados confusionais, dos quais o sujeito se defende com processos de cisão ainda mais intensos. Em pacientes mais graves, esses estados confusionais ocorreriam de maneira mais intensa durante o desenvolvimento.

Nos estados confusionais, em que há privação e grande frustração, partes agressivas do *self* passam a atacar partes libidinais. “Como o ataque contra o *self*, que descrevi, geralmente aparece em uma forma projetada, ele é percebido como angústia paranoide e, em análise, como ataques críticos feitos pelo analista, que são sentidos como esmagadores e paralisantes” (Rosenfeld, 1978, p.216). É com essa parte afetiva, sentida como esmagadora, que o paciente *borderline* não consegue lidar, segundo o autor.

No paciente *borderline*, a cisão não é feita como separação de partes boas e más do *self*, mas como fragmentação das partes confusas do *self* e dos objetos. Isso influencia não somente as partes libidinais e agressivas, mas também os impulsos orais, anais e genitais. “A transferência primitiva e caótica do paciente *borderline*, em que tanto a cisão quanto a confusão são evidentes, é, na minha experiência, relacionada a essa confusão de partes boas e más e a esses processos patológicos de cisão, que são defesas contra estados confusionais primitivos” (Rosenfeld, 1978, p.217).

Há um superego destrutivo em muitos pacientes *borderline*, que ataca capacidades criativas do paciente e o ameaça através do medo da morte e da fragmentação. Não obstante, é também responsável pelas reações terapêuticas negativas, comuns nesses casos (Rosenfeld, 1978).

A psicose de transferência pode ocorrer por meio da interpretação do superego cruel e sádico, pois o paciente pode sentir como se fosse inteiramente ruim, o que confundiria o analista com o próprio superego. O superego teria base na mistura de aspectos eróticos com

onipotentes e sádicos, o que cria demandas paradoxais e sem possibilidade de serem atendidas.

Em vários pacientes *borderline* nós encontramos resistências e reações terapêuticas negativas duradouras, devido a uma organização narcisista que se formou no entorno de um *self* destrutivo e onipotente, altamente idealizado. Toda a culpa é recusada por meio de ataques ao *self* dependente, mais normal e infantil que, portanto, é impedido de formar um bom vínculo com o analista, representando a mãe (Rosenfeld, 1978, p.218).

Esses estados do paciente *borderline* têm aspectos comuns à psicose, mas diferem no momento em que delírios são escondidos dentro de situações da realidade. Há uma rigidez nos processos defensivos no *borderline*, que conferem certa estabilidade ao sujeito, mas também impedem mudanças. Para Rosenfeld (1978), isso leva a um processo de atuações e repetições intermináveis até que as defesas sejam descobertas e o medo de ser psicótico apareça. O autor diz, ainda, que poucos traumas podem contribuir para o desenvolvimento do quadro, uma vez que a onipotência destrutiva do bebê pode destruir vínculos positivos com a mãe.

Rosenfeld (1978) conclui que a psicose de transferência ajudará a compreender melhor o paciente *borderline*. Neste tipo de transferência, a projeção de um superego muito primitivo é essencial. “A psicose de transferência não somente repetiu experiências infantis precoces frustrantes, mas expressou claramente um desejo urgente de encontrar uma solução melhor aos problemas infantis com um novo objeto, o analista” (Rosenfeld, 1978, p.221). Portanto, com esses pacientes, o analista necessita de grande abertura e receptividade, para que a psicose de transferência possa aparecer e ser elaborada, pois essa é a área traumática mais essencial no *borderline* (Rosenfeld, 1978).

Os textos que se utilizam de fundamentação kleiniana abarcam conceitos e ideias semelhantes, como a cisão, a qual, ligada às identificações projetivas, constrói uma contratransferência difícil. Passemos a outro campo de discussão.

Como mencionamos sobre a década de 1970, revisões da literatura passaram a ocorrer. No próximo texto, *O diagnóstico borderline e a integração do self*, de Arnold Mitchell (1985) poderemos notar que o autor fala do diagnóstico, incluindo também algo da dimensão histórica.

Para Mitchell (1985), as condições *borderline* têm sido estudadas intensamente pela psicanálise, mas ainda se mantêm pouco coesas e organizadas. O autor investiga se já não há material suficiente para essa coesão ou se a forma como as condições *borderline* foram conceituadas e estruturadas é que precisa de reformulação.

O termo *borderline* foi primeiramente usado para situações clínicas que não se encaixavam em nenhuma categoria existente. O paciente era visto como próximo à psicose, mas sem apresentar sintomas francos de psicose. Conforme as investigações seguiram, novos sintomas foram descritos, acrescentando a instabilidade como uma característica marcante. Os sintomas discriminados nesses pacientes “se expandiram de modo a incluir praticamente todo o tipo de sintoma e de caráter” (Mitchell, 1985, p.235). Com essa breve retomada histórica, o autor conclui que “a desordem e a instabilidade estão na essência do que se entende por uma condição *borderline* e que, conseqüentemente, não há disposição subjacente mais básica” (Mitchell, 1985, p.235).

Nesse contexto, criou-se o problema de inviabilidade em estabelecer critérios diagnósticos para casos *borderline*. Tal problemática, para o autor, não envolve somente a instabilidade do paciente, mas a necessidade de padronização e ordenação dos pesquisadores/clínicos.

Mitchell (1985) pontua que, quando se pesquisa sobre o funcionamento humano, este acaba sendo dividido. No entanto, uma pessoa não sente que está funcionando em partes separadas, à exceção de quem está despersonalizado. Desta maneira, para o autor, funcionamos com base na experiência de *self*, que é definido como “um sentido de integridade subjetivamente experimentado maior do que as estruturas subjacentes” (Mitchell, 1985, p.239).

O autor se baseia nessa concepção de *self* para discutir as condições *borderline*. Refere-se, no entanto, a como “ao invés de considerá-las em termos de entidades clínicas circunscritas, são apresentadas em uma maneira mais global, como uma direção que se afasta da saúde” (Mitchell, 1985, p.239).

A questão levantada por Mitchell (1985), de poder ou não o conceito de *borderline* se tornar coeso, é importante para nosso trabalho. Sem a pretensão de respondê-la, estamos identificando as divergências e convergências nessa falta de coesão. Um dos problemas neste contexto de pouca coesão, apontado no texto anterior, é o de que o quadro *borderline* é instável. Já o diagnóstico, assim como aquele que diagnostica, necessitariam de padronização. Veremos agora outra revisão, no artigo *Tratamento psicanalítico atual dos transtornos*

borderline – uma breve revisão, de L. Bryce Boyer (1987), em que alguns sintomas importantes do quadro *borderline* são apresentados.

Boyer (1987) constrói um breve resumo dos estudos sobre o quadro *borderline*. O autor afirma que, até a década de 1960, poucos trabalhos abarcavam esse quadro, em razão de que a maioria dos pesquisadores se utilizava da psicanálise clássica, com a qual pacientes *borderline* eram considerados incompatíveis.

Em seu contexto, o autor diz que o transtorno da personalidade *borderline* corresponde a uma “condição crônica e estável, que tem uma constelação sintomática variável, mas similar, uma organização caracterológica patológica específica, uma configuração particular de objetos e relações objetais internalizados e características genéticas e dinâmicas, que geralmente ocorrem sob estresse” (Boyer, 1987, p.316). Também é dito que episódios psicóticos podem ocorrer.

Sobre a psicopatologia, Boyer (1987) diz que o *borderline* se refere a dificuldades no controle dos impulsos. Como característica marcante, também, estaria o desenvolvimento de psicose de transferência. Outras características comuns seriam tendências antissociais, sensações de solidão e crença de que os problemas se originam externamente. Sujeitos *borderline* têm maior capacidade de examinar a realidade que esquizofrênicos.

Diz-nos Boyer (1987, p.320) que Otto Kernberg foi o autor mais fundamental em “fazer aceitável o tratamento psicanalítico do paciente *borderline* a terapeutas dos Estados Unidos”. Indica-nos o autor que as modificações de Kernberg na teoria de Melanie Klein tornaram-na aceitável nos Estados Unidos, sendo bastante propagada e utilizada a conceituação de Kernberg sobre os pacientes *borderline*.

Assim como vimos revisões da literatura surgirem nas décadas de 1970 e 1980, também estamos mostrando autores de fundamentação kleiniana que se aprofundaram na investigação sobre a etiologia do quadro *borderline*. Voltaremos agora a estes últimos, com outro texto de Herbert Rosenfeld, *Identificação projetiva na prática clínica* (1987). Nesse artigo, contudo, não somente a etiologia do quadro é discutida, mas também a aplicação clínica das teorizações. Aqui, o autor examina o mecanismo da identificação projetiva e seus usos na clínica psicanalítica, discutindo-o dentro do tema *borderline*.

O termo identificação projetiva tem sentidos diferentes. Em linhas gerais, o autor sumariza que se trata de um processo de cisão do ego precoce “em que partes boas ou más do *self* são expelidas do ego e, em um passo posterior, são projetadas na forma de amor ou ódio em objetos externos” (Rosenfeld, 1987, p.157). O autor continua, afirmando “que esse

processo leva a uma fusão das partes projetadas do *self* com os objetos externos” (Rosenfeld, 1987, p.157). No entanto, esse processo leva à angústia persecutória, pois os objetos alvo de projeção serão vistos como objetos que tentarão reintroduzir agressivamente as partes expulsas. Portanto, os pacientes que fazem uso maciço desse processo estão constantemente sujeitos a angústias paranoides.

Pacientes *borderline* e psicóticos “parecem estar lutando desesperadamente com pensamentos e sentimentos contraditórios, confusos e causadores de confusão. Eles parecem achar muito difícil pensar sobre sentimentos ou conhecê-los” (Rosenfeld, 1987, p.158). Há dificuldades na comunicação, a qual, segundo o autor, é feita em grande parte não verbalmente. Isso pode gerar reações pesadas no analista, como sonolência, dada a alta intensidade das projeções.

A identificação projetiva é vista pelo autor como uma tentativa de controlar o alvo das projeções, mas também como uma forma de comunicação, caso as projeções sejam contidas pelo analista. A continência, no entanto, não se confunde com passividade, e indica “que o analista tem de estar preparado para entrar em uma intensa relação e [...] conservar sua função de colocar experiências em palavras” (Rosenfeld, 1987, p.160).

Não são somente conteúdos carregados de ódio e inveja que podem ser expulsos via identificação projetiva. A realidade psíquica também pode ser alvo desse mecanismo, quando se evita conteúdos inaceitáveis. A identificação projetiva “pode ser usada para evacuar e recusar a realidade psíquica, isso tem de ser reconhecido junto com o fato de que quando um paciente tenta empurrar conteúdos mentais insuportáveis ao analista, ele também está obrigando-o a dividir experiências desprazerosas” (Rosenfeld, 1987, p.165). Comenta o autor que essa experiência não deve ser vista apenas como fruto da agressividade do paciente, mas como uma forma de comunicação.

Deste modo, a identificação projetiva “pode ser utilizada por um paciente para entrar em um estado confuso, diluído ou fusionado de se relacionar com o analista” (Rosenfeld, 1987, p.166). Esse é um aspecto de grande importância deste mecanismo, para o autor, podendo significar um desejo de simbiose com o analista.

Ainda no campo das aplicações clínicas das teorizações desenvolvidas, vistas anteriormente, passaremos ao texto de Gerald Adler¹⁸, *Quão útil é o conceito borderline?* (Adler, 1988). Assim como Rosenfeld (1987) falou da identificação projetiva como forma de

¹⁸ Foi Analista didata e supervisor no *Boston Psychoanalytic Society & Institute* (Adler, 1988).

defesa e também de comunicação, veremos aqui como Adler (1987) fala sobre o tipo de relação que o paciente *borderline* estabelece. Passemos ao texto.

A psicanálise se beneficia de dados obtidos na clínica, porém os observadores, terapeutas e analistas, mesmo que cuidadosos em suas práticas, não produzem dados semelhantes. Vários fatores influenciam esses dados, principalmente as características e a personalidade de quem observa.

Sobre os casos *borderline*, Adler (1988) acredita que a sensação de solidão e abandono são características essenciais do transtorno. Isto foi observado clinicamente em situações transferenciais, por exemplo, em pacientes que relatavam somente se lembrar de aspectos negativos do terapeuta durante os intervalos das sessões. O autor diz que os “pacientes tinham dificuldades em manter memória evocativa (*evocative memory*) afetivamente positiva de pessoas importantes em momentos de separação” (Adler, 1988, p.358).

O autor percebeu, em seus estudos, que os pacientes haviam passado por situações semelhantes em seu ambiente de desenvolvimento. Neste, os pais falharam em compreender necessidades da criança em desenvolvimento, em áreas relacionadas a “prover à criança uma experiência confiável de ser cuidada, acalmada e valorizada, de um modo que levasse a desenvolver na criança sentimentos sólidos de segurança interna, amor próprio e confiança em seu próprio valor” (Adler, 1988, p.358). O autor comenta, ainda, que o abandono físico ou abuso sexual foram observados com frequência, mas que o abandono emocional esteve invariavelmente presente. E esse tipo de situação continuou a ocorrer na adolescência, afetando outras fases do desenvolvimento. Tal fato, além da observação de casos sem traumas nos dois primeiros anos de vida, levaram o autor a “não acreditar que toda a psicopatologia derivou somente desses anos precoces” (Adler, 1988, p.359).

Outro problema envolvendo pacientes *borderline* seria a respeito da necessidade de contato ou dependência de outras pessoas. Pelo aspecto essencial do abandono emocional, como foi dito acima, esses pacientes se aproximam de outras pessoas de maneira fusional. Porém, ao fazê-lo, sentem suas fronteiras egoicas ameaçadas, criando um conflito paradoxal entre a necessidade de proximidade fusional e a incapacidade de mantê-la, ao que o autor dá o nome de “dilema necessidade-medo” (*need-fear dilemma*) (Adler, 1988).

Aliada a essas duas questões estaria uma culpa primitiva, que ocorre quando o paciente projeta conteúdos agressivos para alguém afetivamente importante, tornando essa pessoa um objeto persecutório. “Eles também rapidamente alternam projeção com uma autopunição ativa, com perigos potencialmente sérios de autodestrutividade e suicídio” (Adler, 1988, p.360).

O diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* seria composto por estes três sinais: abandono emocional, dilema necessidade-medo e culpa primitiva. Levando isso em conta, o analista assumirá papéis que irão além da clarificação e interpretação. Como resultado do tratamento, “o paciente *borderline* repara as deficiências e constrói uma estrutura para avançar ao nível do transtorno da personalidade narcisista” (Adler, 1988, p.361).

A primeira fase do tratamento teria por objetivo fazer com que o paciente suporte estar sozinho. Isso será alcançado quando terapeuta e paciente suportarem a raiva do paciente e o desejo de retaliação do analista. Segundo Adler (1988), isso também pode ser dito em termos de identificação projetiva. Partes afetivamente inaceitáveis para o paciente serão projetadas no analista para que este reaja de uma dada maneira, já esperada. O analista deve conter os conteúdos projetados, não reagindo a eles por meio de atuação. Assim, o paciente consegue modificar os conteúdos projetados, uma vez que foram contidos pelo terapeuta. O resultado da primeira fase, “visto como duas pessoas sobrevivendo à experiência do paciente de raiva, ou como o resultado da continência do analista das identificações projetivas do paciente, é o desenvolvimento gradual da capacidade do paciente de *holding* e de acalmar as introjeções do analista” (Adler, 1988, p.362).

Para o autor, quando esse sentimento de abandono e solidão são superados, o paciente chega ao nível do Transtorno de Personalidade Narcisista, em que o conteúdo essencial consiste em sensações de incompletude e de baixa autovalorização (*self-worth*). Adler (1988) argumenta que é difícil diagnosticar alguém com uma patologia, pois os pacientes apresentam características de transtornos diferentes. A ideia de uma linha contínua (*continuum*) é útil para ilustrar o desenvolvimento de patologias, mas pode obscurecer a complexidade de uma patologia. Como visto, o *continuum* seria de transtornos *borderline* severos até transtornos de personalidade narcisistas mais leves.

A forma de tratamento empregada pelo autor, por fim, se dá sem o uso de divã e com frequência de quatro a cinco sessões por semana. Voltando à pergunta tema do artigo – se o conceito *borderline* é útil – Adler (1988) acredita ser um conceito útil para predizer problemas no tratamento e auxiliar em problemas futuros na transferência e contratransferência.

Adler (1988) discutiu aspectos do tratamento e da etiologia do quadro *borderline*. Apresentou-nos a ideia de um dilema necessidade-medo para explicar problemas nos relacionamentos do *borderline*. Problemas nesta esfera foram discutidos em nosso primeiro capítulo, especialmente com Deutsch (1942/2007). Veremos agora uma sequência de dois

textos que também trabalham com questões discutidas em nossos capítulos anteriores, a saber, o problema com o rótulo diagnóstico. Trata-se de um artigo em duas partes, de John Frosch¹⁹, *Caráter psicótico versus borderline* (Frosch, 1988a, 1988b).

O autor discute a questão *borderline* em comparação a um conceito que desenvolveu, o de caráter psicótico²⁰. O autor propõe o abandono do diagnóstico *borderline* em substituição ao rótulo “caráter psicótico” (*psychotic character*), pois o primeiro não é um termo que ajuda a compreender a patologia ou a dinâmica do paciente.

As definições de o que e quem seria *borderline* são pouco concisas ou convergentes. O autor defende que o termo é utilizado de maneira vaga e sem precisão ou conhecimento por parte dos clínicos.

Alguns problemas metodológicos surgiram dessa conceituação vaga. O primeiro citado pelo autor é o de tomar respostas dos pacientes a tratamentos como material diagnóstico. Se encaminhando por essa via, ter-se-ia pouco progresso para entender como funciona o sujeito *borderline*.

Outro problema metodológico seria a difícil comparação e constatação dos conceitos psicodinâmicos. O autor diz que esses conceitos dificilmente seriam validados estatisticamente, mas o trabalho dos autores pode auxiliar em problemas enfrentados na clínica.

Um terceiro problema metodológico seria a confusão de diagnósticos com a esquizofrenia. Alguns autores inclusive intitulam o sujeito *borderline* pela expressão esquizofrenia *borderline*. Frosch (1988a), no entanto, posiciona-se contrário a isso, afirmando não haver esquizofrenia *borderline*.

O último problema detalhado seria a definição de sintomas alvo ou grupos de sintomas que possibilitariam o diagnóstico. Para o autor, tal definição limita a compreensão sobre as bases de funcionamento do paciente *borderline*.

Sobre a ideia de caráter psicótico, o autor diz que iniciou o desenvolvimento dessa conceituação quando trabalhou com pacientes que tinham episódios psicóticos, mas que conseguiam superá-los rapidamente. Esse rótulo diagnóstico seria semelhante ao de *borderline*, porém não reproduziria a vagueza deste último.

¹⁹ John Frosch (1909-1999) foi editor fundador do *Journal of the American Psychoanalytic Association*, com formação em medicina e especialização em psiquiatria, neurologia e psicanálise (Frosch, 1999).

²⁰ O conceito de caráter psicótico foi desenvolvido pelo autor em um artigo anterior, *The Psychotic Character: Clinical Psychiatric Considerations* (Frosch, 1964/1986), não colocado nesta dissertação.

Desta forma, no caráter psicótico, há um conflito básico marcado pelo medo da desintegração do *self*. Há manifestações psicóticas, porém transitórias. Frosch (1988b) caracteriza a existência de defesas típicas como a identificação projetiva, de caráter mais primitivo. No entanto, a defesa essencial seria a cisão.

Há também, no caráter psicótico, prejuízos no ego, os quais se manifestam com fantasias e atuações, mas não com delírios, como no psicótico. Nessas fantasias, não se perde contato com a realidade por muito tempo.

O autor conclui tratando dos fatores etiológicos. Segundo ele, haveria uma complexidade na formação do caráter psicótico. Aí, estão envolvidos fatores constitucionais, de desenvolvimento e psicossociais. Ademais, Frosch (1988b) cita traumas na infância envolvendo pessoas afetivamente importantes como um fator etiológico marcante.

4.1. Análise

Nesta análise, no primeiro momento, adicionamos um ponto não discutido nos capítulos anteriores, que diz respeito à história da literatura e da pesquisa em psicanálise com o *borderline*. Isso foi possível somente a partir deste capítulo, pois, conforme a pesquisa com o *borderline* avançou, trabalhos de revisão foram desenvolvidos. Desta forma, serão discutidos aqui: a história das pesquisas, a conceituação, o diagnóstico e o prognóstico, a psicodinâmica, as técnicas, o *setting* e a situação de tratamento, a transferência e a contratransferência.

4.1.1. História, pesquisas e definição

O diagnóstico do sujeito dito *borderline* sempre envolveu divergências (Gunderson & Singer, 1975/1986). Na Inglaterra, segundo Zetzel (1971), ele era confundido com a psicopatia e com transtornos de caráter. Já nos Estados Unidos, para Boyer (1987), a psicanálise com o paciente *borderline* se tornou aceitável a partir do trabalho de Otto Kernberg. Ainda segundo Boyer (1987), poucos textos foram produzidos sobre o assunto até a década de 1960, pois esse paciente era considerado incompatível com a psicanálise clássica.

O termo *borderline*, segundo Stone (1976), nasce da divisão entre pessoas analisáveis e não-analisáveis, respectivamente, neuróticos e psicóticos, com base no conceito de neurose de transferência. De maneira semelhante, Green (1977/1986) diz que o termo indica, em sua história, a divisão entre sanidade e insanidade. Já Mitchell (1985) afirma que o termo nasce para apontar pacientes que não se encaixavam nas psicopatologias existentes.

Os pacientes eram vistos como próximos à psicose, mas sem sintomas psicóticos francos, e a instabilidade passou a ser característica marcante (Mitchell, 1985). Sobre a proximidade com a psicose, vemos também com Frosch (1988a) que há confusão do diagnóstico de *borderline* com o diagnóstico de esquizofrenia e que o termo *borderline* é utilizado de maneira vaga e imprecisa. Para tanto, o autor, em texto seguinte (Frosch, 1988b), intitula o quadro *borderline* como “caráter psicótico”, visto que os pacientes apresentavam episódios psicóticos transitórios.

Sobre as pesquisas com o *borderline* em um contexto histórico trazido pelos autores, notamos que Gunderson e Singer (1975) consideram problemas metodológicos nos estudos, pois os campos de investigação começaram a se isolar. Ou seja, a psiquiatria tratava dos sintomas, a psicanálise das formulações psicodinâmicas e a psicologia dos testes psicológicos.

Outros problemas vistos foram em relação à impossibilidade de comunicação entre os autores. Críticas a isso são vistas em Frosch (1988a), ao dizer que estudos são de difícil comparação e constatação de conceitos psicodinâmicos. Green (1977/1986) resume que há convergências nas observações clínicas, mas não na técnica e muito menos na teoria. Contudo, Mitchell (1985) argumenta que a descrição dos sintomas se tornou tão ampla que abarcou quase todo o tipo de sintoma e traço de caráter. Nota-se, ainda, a falta de estudos de longo prazo com a psicoterapia individual, a técnica mais utilizada no tratamento do *borderline*.

Por fim, sobre a definição, vemos em Green (1977/1986) que o quadro *borderline* não se trata de uma linha, mas de uma área, uma “terra de ninguém”. Para o autor, a definição, assim como o paciente, são flutuantes, não podem ser representados por imagens. Mitchell (1985) se questiona se já não há pesquisas suficientes para haver coesão nos estudos sobre o quadro *borderline* e diz que tal quadro não é uma entidade clínica, é um direcionamento que se afasta da saúde. Frosch (1988a) critica o termo por não dizer nada sobre a dinâmica, por isso propõe que ele seja trocado por caráter psicótico. Adler (1988), por sua vez, acredita que o termo é útil para predizer problemas no tratamento e auxiliar na transferência e contratransferência.

4.1.2. Diagnóstico e prognóstico

Sobre esses pontos, retomamos Zetzel (1971), quando ela diz que o diagnóstico é voltado mais para a estrutura geral do que para os sintomas. No *borderline*, segundo a mesma autora, o diagnóstico, no entanto, é feito quando o paciente apresenta sintomas neuróticos e psicóticos, mas não se encaixa perfeitamente em nenhuma dessas categorias. Ou seja, o processo diagnóstico é prejudicado por ser feito em razão do que o paciente não é, e não do que ele é. Desta forma, é um processo que não pode ser feito brevemente, pois as características do paciente serão conhecidas ao longo do tempo. Por essa razão, a relação terapeuta-paciente ganha especial atenção, pois contribui para diferenciação entre sintomas neuróticos em pacientes *borderline* e estados *borderline* em pacientes neuróticos.

Para Stone (1976), os pacientes *borderline* estariam próximos à esquizofrenia, entre condições neuróticas e psicóticas. Adler (1988) escreve que o processo diagnóstico é feito quando se identifica abandono emocional, dilema necessidade-medo e culpa primitiva. Para Zetzel (1971), o processo envolve a identificação de conflitos intrapsíquicos, mudanças regressivas e falhas em funções egoicas básicas. Já Frosch (1988a) diz ser necessária a identificação de sintomas-alvo que sejam base para o diagnóstico.

Sobre o prognóstico, gostaríamos de destacar Stone (1976), o qual acredita que haja pouca convergência a esse respeito e que pouco foi dito sobre isso acerca de pacientes *borderline*.

4.1.3. Psicodinâmica

Neste ponto, discutiremos características gerais da organização psíquica, bem como descrições da essência do quadro *borderline*, o que o constitui, seus afetos, relacionamentos, mecanismos de defesa típicos e o desenvolvimento.

Zetzel (1971) fala que estados *borderline* podem ser observados em neuróticos e sintomas neuróticos podem ser observados em pacientes *borderline*. Para Green (1977/1986), os limites do sujeito *borderline* o protegem. Esses limites ou fronteiras são móveis, flutuantes, e o protegem da aniquilação. Para Boyer (1987), há uma estabilidade que corresponde à condição crônica do *borderline*. Seus sintomas, no entanto, são variáveis. Já para Rosenfeld (1978), a estabilidade do *borderline* se caracterizaria pela rigidez de suas defesas. No entanto, isso também impede seu desenvolvimento.

Alguns autores descrevem o que seria a essência do *borderline*. Mitchell (1985) caracteriza como essencial a esse paciente sua instabilidade e desordem. Já para Adler (1988), a essência do *borderline* é a sensação de solidão e abandono. Em momentos de separação, o sujeito só se lembra de aspectos negativos do objeto. Para Frosch (1988b), o conflito básico é o medo da desintegração.

Avancemos para os afetos. Para Gunderson e Singer (1975/1986), o sujeito manifesta intensos afetos, principalmente ligados à raiva e à depressão. A raiva também é discutida por Zetzel (1971), que descreve o *borderline* como tendo episódios de raiva, comportamento de suspeitar ou desconfiar do ambiente e medo excessivo de rejeição. Gunderson e Singer (1975/1986) falam em comportamento regressivo, mas também em história de impulsividade e adaptabilidade social. Os sintomas, para Boyer (1987), são: dificuldade no controle de impulsos, tendências antissociais, sensações de solidão e exteriorização de problemas.

Destacamos outras características, como expectativas mágicas e dificuldade em diferenciar fantasia e realidade (Zetzel, 1971), que também tratam da incapacidade em diferenciar *self* e objeto ou em identificar e tolerar separações. Para Gunderson e Singer (1975/1986), as funções do ego, como o exame da realidade, estão mais ou menos intactas. Boyer (1987) trata esse ponto de maneira semelhante ao dizer que o *borderline* tem exame da realidade melhor que esquizofrênicos.

Sobre os mecanismos de defesa, temos em Green (1977/1986) a descrição da cisão (junto à identificação projetiva e introjetiva, recusa e onipotência) e da depressão (desinvestimento radical), causando estados vazios da mente. Dito isso, entramos na discussão sobre a cisão, mecanismo que ganha evidência nessas décadas de 1970 e 1980.

Para Green (1977/1986), a cisão funciona em dois níveis: entre o psíquico e o não psíquico; e dentro do psiquismo. Para o autor, são formadas cápsulas no ego, que ficam como se fossem um arquipélago e, ademais, sem comunicação entre as cápsulas/ilhas. Para Rosenfeld (1978), ocorre intensa cisão no *borderline*, o que gera estados confusionais, nos quais partes agressivas do *self* atacam partes libidinais. Esses ataques seriam projetados para fora, tornando o ambiente persecutório.

A cisão, ainda em Rosenfeld (1978), seria a fragmentação de partes confusas do *self* e do objeto, ou seja, não se refere à cisão de partes boas e más. Para Frosch (1988b), a defesa típica do *borderline* também é a cisão, por meio da qual ocorrem fantasias e identificações projetivas.

Gostaríamos de avançar para características do *borderline* em seus relacionamentos. Para Gunderson e Singer (1975/1986), as relações seriam marcadas por superficialidade. No entanto, os autores dizem que as relações são de dois tipos: (1) superficiais, e (2) intensas e com forte dependência. Isso, para nós, está relacionado ao que Adler (1988) chama de dilema necessidade-medo, no qual os sujeitos *borderline* se aproximam muito de um objeto e se tornam dependentes dele. Então, nesse momento de dependência, sentem-se ameaçados. Ou seja, precisam e querem se relacionar, mas se sentem ameaçados pela dependência que sentem pelo objeto.

Sujeitos *borderline*, assim como psicóticos, sofrem com a confusão de seus objetos (Rosenfeld, 1978). Para Green (1977/1986), todos os componentes do funcionamento mental do *borderline* estão confusos e indiferenciados. Logo, a atuação (*acting*) se torna aspecto principal do funcionamento mental, seja para dentro (sintomas psicossomáticos, *acting in*), ou para fora (*acting out*).

Nesse contexto, podem ocorrer, para Gunderson e Singer (1975/1986), sintomas psicóticos eventuais e transitórios ou experiências psicóticas breves. Para Frosch (1988b), episódios psicóticos transitórios também podem acontecer.

O *borderline* não produz espaços ou objetos transicionais, produz sintomas (Green, 1977/1986). Seus sonhos não são realização de desejo, são evacuações, e seu Édipo é constituído por imagens parentais cindidas, em que uma figura é má e a outra é boa. Há medo de ser abandonado pela figura má e de não ser bom o suficiente para a figura boa. Haveria

uma culpa primitiva que gera autodestrutividade (Adler, 1988). O superego, para Rosenfeld (1978), seria destrutivo e atacaria processos criativos. O superego também ameaçaria com morte e fragmentação.

Sobre o desenvolvimento, teríamos em Adler (1988) a descrição de falhas parentais em compreender necessidades da criança, não dando condições para que ela desenvolva segurança interna. Para o autor, o abandono físico e o abuso sexual são frequentes, mas o abandono emocional é constante no *borderline*. Ainda para Adler (1988), a patologia não se desenvolveria apenas nos primeiros anos de vida, pois há desenvolvimentos importantes na adolescência. Frosch (1988b), sobre o desenvolvimento, cita a ocorrência de traumas na infância.

4.1.4. Análise, técnica terapêutica e técnica de apoio

Neste capítulo, sobre questões técnicas, gostaríamos de destacar Zetzel (1971), que evidencia que os pacientes podem melhorar a capacidade de tolerar separações em análise, mas não melhoram a capacidade de internalizar identificações egoicas estáveis, por isso podem permanecer em análise sem fim.

Um fator técnico importante, para Zetzel (1971), é a estabilidade. Esta, no entanto, não se confundiria com terapia de apoio. A autora realiza uma sessão por semana para evitar reações contratransferenciais ambivalentes, as quais podem promover situações terapêuticas regressivas. Também sobre o número de sessões, Adler (1988) afirma realizar de 4 a 5 sessões semanais, contudo sem o uso do divã. Nesse formato, o tratamento contribui para que paciente avance para o Transtorno de Personalidade Narcisista e para que desenvolva a tolerância a ficar sozinho, o que é alcançado quando a dupla suporta as retaliações do paciente, ou seja, quando o analista suporta as identificações projetivas (Adler, 1988).

4.1.5. *Setting* e situação de tratamento

No início do tratamento, para Zetzel (1971), os pacientes *borderline* não demonstram confiança, a qual é vista em neuróticos. Ainda em aspectos gerais, vemos em Rosenfeld (1987) que a identificação projetiva pode gerar um estado confuso e fusionado com o analista e isso pode refletir um desejo de simbiose do paciente *borderline*.

Os autores falam também sobre riscos na situação terapêutica. Para Zetzel (1971), há perigos no tratamento em situações regressivas, que devem ser contidas estabelecendo, em primeiro lugar, uma aliança terapêutica consistente e real. A autora fala que, em situações de crise, os pacientes *borderline* podem se tornar apelativos, agitados e manipulativos. Rosenfeld

(1978), por sua vez, comenta que interpretações sobre o caráter destrutivo do superego podem levar o paciente a se enxergar como uma pessoa totalmente ruim. Nesse caso, o analista se torna o superego do paciente e reações terapêuticas negativas ocorrem.

Trata-se, então, para Rosenfeld (1978), da ocorrência da psicose de transferência. Nesse tipo de transferência, as interpretações não têm efeito, o que ameaça o processo analítico – mas não necessariamente o destrói – e pode inclusive abrir novos caminhos para a análise. No entanto, vemos nas ideias do mesmo autor que se deve tomar cuidado com a rigidez das defesas do paciente, pois elas levam a atuações e repetições. Isso ocorreria até que o medo de se tornar psicótico aparecesse em análise. Aprofundar-nos-emos na transferência no ponto a seguir.

4.1.6. Transferência, contratransferência e comunicação do paciente

Destacamos, de início, Zetzel (1971), que indica a alta demanda dos pacientes *borderline* nos terapeutas. Essa alta demanda pode ser detalhada por meio da ideia de Rosenfeld (1978) sobre a psicose de transferência. Como visto no desenvolvimento do capítulo, a psicose de transferência indica manifestações psicóticas na transferência de pacientes não psicóticos. Ela ajuda a compreender os pacientes *borderline* e abre possibilidades para encontrar novas soluções aos conflitos evidenciados. Grande parte desse tipo de transferência estaria na projeção do superego cruel (Rosenfeld, 1978). Destaca-se que Boyer (1987) também indica a psicose de transferência como característica marcante da análise com o paciente *borderline*.

As projeções do paciente *borderline*, dada à precariedade da cisão, ocorrem via identificação projetiva, por meio da qual o paciente projeta no analista os ataques que realiza em sua parte libidinal (Rosenfeld, 1978). Para o autor, isso geraria a sensação de que o analista persegue e ataca o paciente. Em texto posterior, Rosenfeld (1987) se aprofunda na discussão sobre a identificação projetiva, dizendo que ela é o processo em que partes boas ou más do *self* são expelidas do ego e projetadas em objetos externos, levando à fusão das partes projetadas com os objetos, tornando-os persecutórios.

A identificação projetiva seria a forma de controlar o objeto, mas também de se comunicar com ele. Por essa razão, o analista deve ser continente e conseguir traduzir conteúdos identificados projetivamente, colocando-os em palavras (Rosenfeld, 1987). Daí se deduz que, para o autor, muito da comunicação do *borderline* é feita de forma não-verbal, o que gera uma contratransferência pesada, difícil de suportar. Nesse contexto, para Green (1977), a contratransferência é uma ferramenta essencial para entender o paciente *borderline*.

Por fim, evidenciamos a ideia de Rosenfeld (1978) de que a psicose de transferência tem de aparecer em análise para que a experiência traumática do *borderline* possa ser identificada e elaborada.

5. Novas perspectivas de tratamento e compreensão do quadro *borderline*

Em nosso capítulo anterior, vimos que o conceito de cisão, especialmente em autores kleinianos, tornou-se importante para a compreensão e tratamento do paciente *borderline*. Não obstante, ele estaria ligado a outros conceitos, como a identificação projetiva e a psicose de transferência. Nas décadas de 1970 e 1980 a literatura psicanalítica sobre o *borderline* já passava por revisões e exames, com a produção de artigos que criticavam aspectos como a vagueza do termo e problemas metodológicos com pesquisas. Por fim, houve trabalhos que, a partir de teorizações desenvolvidas nas décadas anteriores, avaliaram aplicações clínicas dos conceitos.

Agora passaremos ao nosso último capítulo, que tratará de aspectos contemporâneos da pesquisa sobre o quadro *borderline* e abarcará as décadas de 1990, 2000 e 2010. Será possível perceber que técnicas terapêuticas passaram a ser desenvolvidas especificamente para o quadro, mas também que teorizações das décadas anteriores não foram abandonadas. Não obstante, veremos textos que expõem críticas à metapsicologia e às psicoterapias desenvolvidas para compreensão e tratamento do quadro *borderline*.

Iniciaremos o capítulo com o artigo *Pensando sobre o pensamento: algumas considerações clínicas e teóricas no tratamento do paciente borderline*, de Peter Fonagy²¹ (1991), no qual se verá uma discussão sobre o conceito de mentalização, conforme a visão do autor. Trata-se de um artigo que expõe as bases de uma linha de pesquisa sobre o quadro *borderline*, envolvendo aspectos etiológicos e de tratamento, que têm base no conceito supracitado.

A psiquiatria moderna e a psicanálise se encaminham de maneira oposta em relação ao paciente *borderline*. Enquanto a primeira busca sintomas descritivos que possam classificar os pacientes, a segunda reluta sobre essa metodologia e busca entender o “funcionamento” do paciente. O autor aponta que Otto Kernberg é quem faz uma intermediação entre estes dois campos.

Para Fonagy (1991), as características principais que se observam em pacientes classificados como *borderline* são: o prejuízo nas relações objetais internas e externas, hipersensibilidade, fragmentação do senso de identidade e submissão que rapidamente se

²¹ Atual presidente do Centro Anna Freud, em Londres.

transforma em raiva, quando são criticados. Há também uma instabilidade característica, marcada por comportamentos imprevisíveis.

O autor pretende investigar o Transtorno da Personalidade *Borderline* com base em aspectos da representação de objetos no funcionamento mental. Para tanto, reflete sobre a capacidade mental de focalizar a atenção e compreender intuitivamente os estados mentais de outras pessoas. Uma capacidade que se refere a “uma coleção de ideias intuitivas que todos nós possuímos em relação ao funcionamento mental e à natureza da experiência perceptual, memória, crenças, atribuições, intenções, emoções e desejos” (Fonagy, 1991, p.640). Essa capacidade de entender e tentar antecipar ideias de outras pessoas não está presente no infante, mas é desenvolvida posteriormente.

Em linhas gerais, “gostaria de qualificar a capacidade de conceber estados mentais conscientes e inconscientes em si mesmo e em outros como a capacidade de *mentalizar* (*mentalize*)” (Fonagy, 1991, p.641)²². Com o desenvolvimento dessa capacidade, os objetos primários sofrem grande mudança.

Segundo o autor, a “capacidade mental no outro deve se desenvolver por meio da projeção do próprio estado na representação interna do outro. Até que o ponto seja alcançado onde os estados mentais possam ser atribuídos ao objeto com confiança, não há possibilidade de limitar essa projeção” (Fonagy, 1991, p.642). O estudo dessas capacidades contribui no entendimento da separação entre *self* e objeto.

Outra característica dessa capacidade é a de que seu desenvolvimento se relaciona com a regulação e controle de afeto e também com a construção de mecanismos de defesa. Fonagy (1991) apresenta detalhadamente um caso clínico para descrever a funcionalidade da mentalização. O caso não será resumido aqui, portanto avancemos para a discussão teórica, que apresenta hipóteses sobre o paciente *borderline* em geral, objeto desta dissertação.

Sem a capacidade de conceber o que outros pensam, as experiências do sujeito se tornarão sem sentido. No entanto, o desenvolvimento da mentalização depende de modelos, pessoas que a tenham desenvolvido e que estejam afetivamente próximas. Assim, haverá contribuição para o estabelecimento de fronteiras do *self*, as quais, quando prejudicadas, tornam as experiências de passividade aterradoras.

O autor não postula que a incapacidade de mentalizar seja uma causa primária para casos *borderline*, mas que ela tem participação importante no desenvolvimento do quadro e de seus sintomas. Algumas características marcantes dos pacientes *borderline* podem ser mais

²² É necessário destacar o fato de que o conceito de mentalização é antigo na psicanálise, portanto, trata-se aqui de uma definição particular do autor.

bem compreendidas por meio da perspectiva da deficiência na mentalização. O autor apresenta um conjunto dessas características, que serão descritas a seguir.

A sequência de associações difícil de acompanhar, que prejudica a capacidade de pensar do analista, pode ser vista pela perspectiva de que o paciente não consegue considerar o modo como o analista pode estar pensando o que está sendo dito. Essa característica é evidenciada na literatura (Bion citado por Fonagy, 1991) também como um excesso de identificação projetiva.

Outra característica marcante, correlacionada à incapacidade de mentalização, é a incongruência entre um material que está sendo discursado, um abuso sexual, por exemplo, e a falta de emoção no momento do discurso.

Uma terceira característica é a dependência, evidenciada na transferência, que pode ser vista como dificuldade em manter uma compreensão analítica como função mental.

Uma quarta característica seria a ausência de preocupação do *borderline* para com o objeto, que pode se tornar até crueldade. Segundo a visão do autor, isso pode indicar ausência de concepção mental sobre a dor, indicando ausência de algo que modere respostas afetivas.

A ausência de mentalização também promove medo de desintegração, pois a representação mental do pensamento de outros é essencial para o amadurecimento da própria identidade.

Conectado a isso, também se refere à incapacidade de preservar um objeto mentalmente na ausência dele. Isso interfere na capacidade de se manter equilibrado frente a situações de angústia, desestruturadas, pois há dependência da presença de um objeto que estruture a identidade do *borderline*.

Segundo Fonagy (1991), há um consenso na psicanálise de que o tratamento de pacientes *borderline* depende do entendimento claro de aspectos pré-genitais e a sua emergência na transferência. A isso, o autor acrescenta a necessidade de superar inibições e defesas contra a mentalização. “Em indivíduos nos quais a capacidade de mentalizar está severamente prejudicada, lidar com esse aspecto da transferência pode ser considerado uma pré-condição ao tratamento analítico” (Fonagy, 1991, p.652). Pois, em razão dessa incapacidade, as interpretações e pontuações do analista poderão ser sentidas como ataques e intrusões abusivas.

Ao longo de nossa exposição, em mais de uma ocasião, os autores discorreram sobre a etiologia do quadro *borderline* e sua relação com o trauma. Muitas vezes, esse corresponderia ao abuso sexual. Em nosso próximo texto, veremos este ponto ser aprofundado. Neste

capítulo, outras vezes se verá essa discussão ocorrer em maiores detalhes. Avancemos, então, para o artigo *Incesto, Teoria da Sedução de Freud, e a Personalidade Borderline*, de Michael Stone (1992).

Investigações sobre o quadro *borderline* existiam à época de Freud. Porém, em um contexto marcado pela distinção entre neuroses e psicoses, os pacientes *borderline* eram tratados como delinquentes ou criminosos. O contexto de utilização do termo *borderline* para uma classificação diagnóstica não de criminosos, mas de casos que não se “encaixavam” nas neuroses ou psicoses, foi marcado por muitas divergências. Nesse ponto, a discussão sobre incesto pode oferecer auxílio (Stone, 1992).

A prática do incesto em pacientes *borderline*, segundo o autor, é mais frequentemente identificado do que em pacientes neuróticos. Isso se intensifica ainda mais, se a amostragem se limitar a mulheres *borderline* hospitalizadas. A gravidade das consequências do incesto, no entanto, pode variar conforme alguns aspectos, como por quanto tempo ocorreu, como ocorreu, se era transgeracional (pai e filha, por exemplo), a idade da pessoa quando foi vitimada, entre outros.

Reações imediatas ao incesto, como sentimento de traição e hiperestimulação sexual, podem levar a um uso excessivo da cisão, o que prejudica a capacidade de integração. Portanto, o incesto é uma das vias pelas quais transtornos de identidade podem se desenvolver. Já a hiperestimulação pode contribuir para o desenvolvimento de irritabilidade e impulsividade. Esses pontos são característicos de pacientes *borderline*. “A combinação de desconfiança alternando com adoração, de inabilidade de separar emocionalmente do pai incestuoso e um sistema nervoso hiperirritável – combinados com términos de relacionamento abruptos, tornando-os intempestivos e caóticos” (Stone, 1992, p.174-175) são também características marcantes do sujeito *borderline*. Vergonha e comportamentos vingativos podem ser identificados por meio da raiva e de autolesões.

Há de se considerar também o contexto familiar em que a vítima de incesto esteve exposta. Segundo Stone (1992), em contextos familiares acolhedores, os danos e consequências do incesto podem ser amenizados. Ao contrário, famílias cruéis, por exemplo, podem ser intensificadoras das consequências. O autor acrescenta, ainda, que abusos físicos, assim como humilhações verbais, têm também um potencial patogênico da mesma maneira que violências sexuais.

A correlação entre psicopatologias e incesto necessita, para o autor, de um aprofundamento de estudos epidemiológicos sobre ambas as áreas. Estudos com atendimentos de longa-duração são escassos e necessitam também de aprofundamento. O estudo

aprofundado, para o autor, tem uma justificativa importante quando se entende que casos graves de incesto podem levar ao suicídio da vítima.

Destaquemos aqui que Stone (1992) citou o incesto como mais frequente em pacientes *borderline* do que em pacientes neuróticos. Acrescentou que isso seria ainda mais frequente caso a amostragem se limitasse a mulheres hospitalizadas. Voltemo-nos agora a um trabalho clínico que examina o quadro *borderline* e sugere a existência de um objeto primário que é fonte de um desejo específico neste paciente. Trata-se do texto de Christopher Bollas (1996), ***Desejo Borderline***.

O autor se questiona se a turbulência que marca a análise de alguém com personalidade *borderline* – com surtos de raiva, por exemplo – não é exatamente o objeto de desejo desse tipo de paciente. Ele levanta tal hipótese com base em um atendimento que realizou, no qual uma paciente teve um grande episódio de fúria, mas parecia feliz. “Foi como se ela tivesse encontrado alguém que estava faltando por um tempo, alguém que ela conhecia muito bem, alguém que recebia suas defecações e vômitos evacuativos, enquanto ela voava para dentro deles, um movimento forçoso ‘para dentro’ do objeto” (Bollas, 1996, p.6).

Nessas situações, o analista relata ter sentido que a analisanda parecia estar mais próxima dele, mais vinculada. Ou seja, havia uma aproximação maior entre eles quando o analista se tornava a fonte da angústia – em razão de alguma interpretação, por exemplo.

Esse objeto, diz o autor, seria um objeto primário, segundo sua hipótese e, portanto, “se inerentemente transtornado enquanto infante ou despedaçado pelo ambiente, ou os dois, o objeto primário não é tanto uma possibilidade introjetável, mas um efeito recorrente dentro do *self*. Como o vento pelas árvores, é um movimento pelo *self*” (Bollas, 1996, p.6). Contudo, a busca por esse objeto não é calma, mas é feita violentamente. Pensar e falar a respeito não possibilita contentamento, porém são comportamentos feitos insistentemente, dirigidos a si e a outros.

Segundo o autor, o foco de seu artigo é mostrar que a turbulência é um objeto “que surge de um movimento emocional intenso, mas que cresce para uma forma mais complexa e que se torna um tipo de pensar e um tipo de falar, fornecendo uma forma interna constituída por uma configuração de afeto, pensamento e fala” (Bollas, 1996, p.6).

A turbulência é tratada pelo autor como um objeto primário. Porém, ela constrói objetos terciários, externos, que fazem o trabalho de um falso *self*, que mascara outros estados de *self* considerados perigosos. Esses objetos terciários são buscados pelo sujeito *borderline* e substituem o objeto primário.

No entanto, o objeto primário é a essência do transtorno. Para o autor, pessoas *borderline* estão sempre próximas a acidentes ou catástrofes, mas sempre responsabilizam outros pelos acidentes. Bollas (1996) se pergunta se não é exatamente de maneira acidental e catastrófica que o objeto primário *borderline* opera.

Esse objeto *borderline* (*borderline object*) é dividido com outras pessoas. O autor fala em uma parte *borderline* da personalidade, a qual transforma conversas corriqueiras em situações que provocam grande emoção, marcada por angústia. No entanto, haveria uma parte não *borderline* da personalidade que repudiaria essas situações e modos de agir.

Há uma relação com esse objeto primário com base em sua presença e ausência. Quando em contato, há uma espécie de nutrição. Por essa razão, a experiência analítica que evita o contato do analisando com turbulências pode ser sentida como algo que lhe priva da nutrição do objeto.

Bollas (1996) argumenta que muitas psicoterapias, mesmo que bem intencionadas, dão suporte ao falso *self* do *borderline*. “Aqui, o falso *self* é um movimento para ser sem afeto, para evitar engajamentos que ainda agitam o *self*. [...] Esse falso *self*, no entanto, é construído contra qualquer sentimento” (Bollas, 1996, p.9).

Segundo o autor, muitos psicanalistas descrevem detalhadamente algumas deficiências do paciente *borderline*. Porém, Bollas (1996) enfoca o desejo específico. “Se enxergarmos o desejo do paciente pela turbulência não somente como uma descompensação, [...] mas como uma invocação do primário – o *self* se alimentando de sua própria angústia e ódio –, poderemos enxergar por que ele persegue a própria perturbação com abandono” (Bollas, 1996, p.9).

Notemos no artigo de Bollas (1996), que a turbulência foi vista como fonte de vinculação entre ele (analista) e sua analisanda. Em nossa pesquisa, outro momento em que a vinculação foi examinada foi com Bion (1959/2013), porém, este último dizendo que haveria ataques à vinculação. Destacamos aqui a visão possivelmente contrária de Bollas (1996) a de Bion (1959/2013), pois os ataques não seriam à vinculação, mas seriam uma forma de se vincular.

Passemos, então, ao último texto da década de 1990, o trabalho de Anthony Bateman (1998), *Organizações de pele grossa e fina e Enactment no Borderline*. Nesse, o autor discorre sobre o *enactment*, algo como atuação mútua entre analista e paciente, em casos *borderline*. Para tanto, utiliza uma divisão acerca do narcisismo, proposta por Rosenfeld (citado por Bateman, 1998), que o separa em *thick-skin* – literalmente, de “pele grossa”, ou

seja, denota insensibilidade, defensividade e agressividade; e *thin-skin* – literalmente, de “pele fina”, ou seja, denota vulnerabilidade e fragilidade. Para Bateman (1998), o paciente *borderline* caminharia por essas duas posições do narcisismo.

A noção de *enactment* é genérica e abrange conceitos como atuação, atualização, transferência e contratransferência. Uma visão comum sobre a noção seria a de um fenômeno interpessoal, entre analista e paciente, que pode ter aspectos positivos (contribuintes à terapia) ou negativos. Nas palavras do autor, é “qualquer ação mútua na relação paciente/analista que surge no contexto de dificuldades no trabalho da contratransferência por parte do analista” (Bateman, 1998, p.14). Seria um fenômeno inevitável na clínica psicanalítica e atuaria em detrimento ou benefício da análise.

Segundo o autor, a contratransferência tem três aspectos clínicos importantes no *enactment*: 1) sistemas projetivos que variam entre analista e paciente (contratransferências complementares); 2) identificações do analista (contratransferências de concordância); 3) espaços vazios (contratransferências defensivas) (Bateman, 1998).

Os dois tipos de narcisismos descritos anteriormente funcionam para manter um sentimento de segurança. No entanto, o invulnerável, *thick-skinned*, atua degradando o objeto de maneira a se manter impenetrável, via superioridade. Já o narcisismo *thin-skinned*, vulnerável, ao denegrir as próprias capacidades, nega a existência de objetos, portanto nega diferenças.

Em pacientes *borderline*, há variação constante entre estas posições narcísicas, inclusive durante uma sessão. Isso dificulta o processo analítico, pois as posições narcísicas impedem o aproveitamento de interpretações. No entanto, Bateman (1998) defende que durante a transição, ou flutuação, entre essas posições narcísicas, as interpretações são possíveis. Não obstante, tal fluidez varia conforme a instabilidade de identificações do paciente.

Não somente as interpretações são viáveis na transição entre posições narcísicas, como também o *enactment* o é. As interpretações também são possíveis nesse momento. Portanto, em situações em que as posições narcísicas estão atuando, as interpretações são insuficientes. Dessa maneira, “um aspecto importante da técnica com pacientes *borderline* e narcisistas é o de desenvolver um senso de realidade compartilhado, formando uma base para interpretação” (Bateman, 1998, p.23). Isso seria conquistado por meio da constante demonstração do que o analista pensa sobre a experiência do paciente.

O autor conclui que “pacientes *borderline* precisam ter a experiência de um analista que se torna enredado com seus terrores, que se torna embaraçado em subjetividade e

objetividade, e mesmo assim é capaz de sobreviver” (Bateman, 1998, p.23). Com isso, o paciente conseguiria ter fundamentos para elaborar sua agressividade.

Vimos, na parte final da década de 1990, autores que investigaram e sugeriram a existência de uma vinculação turbulenta e/ou embaraçada com o paciente *borderline*. Iniciaremos a década de 2000 com um assunto próximo a isso, pois trata da destrutividade do paciente *borderline*. Referimo-nos ao texto de André Green (2000), *A Posição Fóbica Central: Uma Nova Formulação do Método de Associação Livre*.

O autor discute nesse trabalho, como dito acima, a destrutividade presente em pacientes *borderline*, principalmente dirigida a si mesmo. Aspectos de um negativismo do paciente também são discutidos, como característica fundamental de barreira ao tratamento.

Com base em uma análise de um paciente descrita no artigo, Green (2000) hipotetiza um funcionamento fóbico que não se limita ao sintoma. “Em vez disso, o funcionamento fóbico se instalou dentro da comunicação, impedindo-a de se estender no psiquismo” (Green, 2000, p.435). O autor caracteriza essa posição como central, pois trata de um “estado de ameaça causado pela consequência de estabelecer vínculos significativos entre um número de temas em sua mente. Esses temas são ameaçadores não somente pelas sanções do superego, mas pela organização do ego, portanto, o medo de se tornar louco” (Green, 2000, p.435).

Esses temas, apesar de ameaçadores, têm sua potência intensificada quando em contato entre si. Portanto, independentemente do quão traumático tenha sido um evento, aqui se trata da correlação entre eventos que, em conjunto, têm potencial para a desintegração. Para o autor, é como se esses eventos estivessem encapsulados, formassem cistos. Porém, por estarem ligados a organizadores psíquicos, a correlação entre eventos não é suportada. Antes da análise, o paciente, de algum modo, mantinha-os desconectados. “O trauma real, então, consiste, posteriormente, na possibilidade de juntá-los em uma configuração na qual o sujeito perde a capacidade interna de resistir a proibições e não pode mais proteger os limites de sua individualidade” (Green, 2000, p.436).

Uma das consequências dessa posição fóbica central seria a evitação das associações. A origem dessa posição, por sua vez, não é colocada no trauma mais precoce. O autor reforça que a questão importante é a forma como os traumas se juntam. Cada evento com características diferentes forma uma posição fóbica que consegue recusar (*denial*) a realidade psíquica.

Sobre a metapsicologia da posição central fóbica, Green (2000) diz haver uma culpa primária, que pede por constante reparação. “A culpa é a consequência do *assassinato*

primário, cujo objetivo é a realização de uma ‘excorporação’ do objeto abandonado. Atividades autoeróticas são tentativas de afastar o vazio deixado por esta evacuação” (Green, 2000, p.447). Essas atividades seriam, por exemplo, bulimia, alcoolismo, adições, entre outros.

Após a apresentação deste trabalho de Green (2000), que fala de aspectos metapsicológicos, veremos outro texto nesta linha. Trata-se do texto de Cardoso (2005), *A servidão ao “outro” nos estados limites*, onde alguns pontos metapsicológicos do quadro *borderline* são discutidos. Trata-se, também, do primeiro texto de um autor brasileiro em nossa dissertação. Os próximos dois artigos também serão de uma autora brasileira.

Para a autora, há uma incidência importante de casos de adições e patologias psicossomáticas que convocam ao estudo da noção de limite. Baseando-se em Freud e autores da Escola Francesa, Cardoso (2005) examina as fronteiras da vida psíquica. Trata-se aqui da alteridade.

A dimensão da fronteira entre o eu e o outro, para a autora, é essencial para a compreensão dos estados limites. Não obstante, outras fronteiras, como entre o corpo e o psíquico, representável e irrepresentável, e também entre as diferentes patologias, importam para a investigação de quadros limites.

Partindo destas diferentes dimensões, Cardoso (2005) examina o conceito de narcisismo e o modo como ele é utilizado para explicar os estados limites. Para a autora, apesar de produtiva, a utilização do conceito também pode obscurecer a compreensão, caso nos limitemos a dizer que há falhas narcísicas nos quadros *borderline*. Questiona-nos a autora: “Se a estruturação narcísica revela-se efetivamente falha nos estados limites, não será preciso procurar o ‘x’ da questão em outro lugar?” (Cardoso, 2005, p.67). Sobre isso, também, complementa dizendo haver escassez de aprofundamentos no conceito de autoerotismo, nas investigações de fenômenos como adições e patologias psicossomáticas.

Segundo Cardoso (2005), o conceito de autoerotismo difere do conceito de narcisismo, pois o primeiro trata de objetos parciais e de pulsões em “estado anárquico”, ao passo que no segundo, haveria maior integração de pulsões e de objetos. O autoerotismo seria importante, como dissemos, na compreensão dos estados limites. Nestes, “a relação que o sujeito tende a estabelecer com o objeto externo é fonte de intensa angústia, angústia de invasão e simultaneamente de separação” (Cardoso, 2005, p.68). Com isso, a autora investiga a natureza deste objeto.

Para Cardoso (2005, p.70), o objeto, interno ou externo, nos estados limites possui uma natureza singular, que transita entre necessidade e desejo. Nestes casos, limites, a “operação de assimilação do objeto e de totalização do eu é precária”.

O texto de Cardoso (2005) mostra a necessidade de conceitos como o de narcisismo e autoerotismo para compreender o quadro *borderline*, assim como é necessário investigar as fronteiras psíquicas. O próximo texto que analisaremos fala de um caso clínico e da necessidade de técnicas específicas para o tratamento de casos *borderline*. Trata-se do texto de Anette Luz²³ (2009), *Verdade como um caminho de desenvolver e preservar o espaço para pensar nas mentes do paciente e analista*.

A autora descreve um grupo de pacientes que se destaca pelas dificuldades e problemas técnicos que apresentam em análise. Eles, no entanto, podem ter um bom desenvolvimento, caso algumas capacidades não fiquem inoperantes por inadequações técnicas. Nesse grupo estaria grande parte dos pacientes *borderline*, bem como pacientes com adições, anorexia, comportamento antissocial, psicossomático e narcisista.

Eles não desenvolveram apropriadamente uma capacidade simbólica, pois no desenvolvimento não havia espaço para pensamento de maneira consistente. Esse espaço deve ser dado na análise, invariavelmente, mesmo quando o analista sofre com os constantes ataques à sua capacidade de pensar.

A autora comenta que esses casos difíceis não são exclusivos da atualidade e que Sándor Ferenczi (citado por Luz, 2009) já atentava para tal fato na década de 1920. Segundo Luz (2009), com base no autor supracitado, o “aqui e agora” da sessão era tão importante quanto as memórias trazidas na transferência. Não obstante, a análise deveria evitar a repetição do trauma do paciente, o que poderia ocorrer quando se busca a neutralidade, sem reflexão.

Luz (2009, p.292, *grifos da autora*), fala sobre o que efetivaria alguma cura nestes pacientes, quando diz que “uma das respostas possíveis recai no *amor sobre a verdade do paciente*, algo que provavelmente faltou em sua infância. [...] Eles precisam de toda a *verdade* que um analista pode prover na relação analítica”. Para isso, o analista deve entender a dor do paciente e resistir a ela. As palavras do paciente podem provocar intensas reações. Logo, o analista deve senti-las, e não apenas compreendê-las racionalmente. Assim, o paciente poderá perceber que o analista se importa, aceitando interpretações.

²³ Membro efetivo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre SPPA.

Há intolerância à frustração e incapacidade de simbolização nesses casos, portanto as interpretações transferenciais são vistas como insuficientes. Para Luz (2009), o analista deve ser o objeto e não representá-lo. Para essa autora, no entanto, tal relação não caracteriza uma transferência psicótica, pois o paciente percebe a realidade.

Em um caso trazido pela autora, uma paciente de dezenove anos, filha caçula de um casal com cinco filhos, havia aprendido muito cedo a não confiar nas pessoas dadas as constantes mentiras nas quais era envolvida. Quando reclamava (por seus pais terem se atrasado horas, por exemplo, quando haviam dito que chegariam em um determinado horário) era repreendida como uma pessoa ingrata. Quando era criança, via seus irmãos mais velhos fumarem maconha e praticarem sexo com suas namoradas, sendo induzida a mentir sobre isso. A paciente dizia fumar maconha esporadicamente. A analista diz que não compreendia a dimensão da patologia da paciente, o que se alterou quando passaram para duas sessões por semana.

A paciente apresentava o delírio de ter um câncer no cérebro e de que a mãe tinha um câncer no seio (exames foram realizados e essas hipóteses não eram verdadeiras). A paciente era usuária intensa de drogas. Fumava maconha todos os dias, bebia pesadamente quando saía de casa e cheirava cocaína uma vez na semana. Com o desenrolar dessas questões, a análise avançou para cinco sessões semanais. A analista atendia telefonemas da paciente para marcar uma sexta sessão na semana, o que se tornou frequente. Segundo a autora, a sexta sessão era um alívio para ambas, pois causava a impressão de que o risco de suicídio diminuía.

A analista sentia que a paciente não toleraria uma análise clássica e que, portanto, deveria escolher proteger ou o *setting* ou a paciente. Em alguns períodos, a paciente conseguiu se abster do álcool, maconha e cocaína, mas sempre havia recaídas, as quais eram escondidas da analista por semanas. Em um dado episódio de risco, a analista decidiu junto à paciente que os pais fossem trazidos à sessão. Pôde-se discutir sobre a drogadição da paciente, o que, segundo a autora, foi um alívio para ambas. Os pais passaram a perceber os problemas da filha, que tinha uma estrutura *borderline*. O uso de drogas diminuiu e os comportamentos estabilizaram até que a família viajou em férias de um mês e a paciente voltou grávida de um dos funcionários do hotel. Novamente, havia desespero e risco de suicídio.

Segundo a autora, as interpretações não tinham efeito e a paciente só pensava em fazer um aborto. Com a ajuda de sua irmã, o aborto foi feito e a paciente ficou bastante depressiva. Com o avanço das sessões, ela conseguiu contar aos pais sobre o acontecido. Seguiu-se um período de calma até que o uso de drogas e intensa promiscuidade (com orgias, por exemplo) foram retomados. Os comportamentos de risco da paciente levaram os pais e a analista a

interná-la, com seu consentimento. Após a internação, a análise individual continuou, também com sessões semanais com a família.

A analista comenta que, por diversas vezes, teve de escolher entre proteger o *setting* psicanalítico clássico ou proteger a paciente. Escolheu proteger a relação com a paciente, mas comenta que o *setting* se manteve na mente da analista, principalmente quando sofria ataques destrutivos via atuação (*acting out*). Descreve que a paciente conseguiu parar com o uso de drogas e recomeçar os estudos na faculdade, que foram terminados e a paciente encontrou trabalho e um relacionamento afetivo que, segundo a autora, era gentil. Reforça-se, então, a ênfase dada no fato de que a analista teve de sentir e viver em conjunto a turbulência da paciente para que ela sentisse que havia “verdade” na relação analítica e que não seria apenas mais um trauma com base na desconfiança. Assim, as interpretações foram possíveis e, gradualmente, pôde ser construída a capacidade de confiar nos outros, em si, e a capacidade de pensar e simbolizar.

Com esse exemplo, a autora pretendeu mostrar que alguns pacientes não conseguem verbalizar dores emocionais, que não conseguem senti-las. Portanto, demonstram-nas com ações. “Se o analista tenta trabalhar com esse tipo de situação de maneira verbal, neutra e abstinente, as chances são de que o paciente se torne muito disruptivo e até interrompa o tratamento” (Luz, 2009, p.308). Para a autora, o trabalho analítico será realizado quando o pensamento psicanalítico sobreviver na mente do analista, frente aos ataques invasivos e disruptivos do paciente.

Vimos, no texto de Luz (2009), uma ilustração clara das dificuldades clínicas encontradas ao lidar com pacientes *borderline*. Dificuldades, essas, que foram expostas ao longo de todo o trabalho até aqui e que, portanto, se destacam no quadro *borderline*. Avancemos para outro texto da autora, seguindo a mesma linha de trabalho do anterior, ***Ferenczi: Grão-vizir ou enfant terrible*** (Luz, 2010).

Luz (2010) diz que os ensinamentos de Sándor Ferenczi são muito úteis para pacientes muito maltratados. Não entraremos nas teorizações de Ferenczi sobre o trauma, pois o escopo do trabalho é sobre o paciente *borderline*, portanto, apresentamos o que a autora utiliza de Ferenczi para discorrer sobre esse paciente. Remetemos, em linhas gerais, apenas ao ponto de que o trauma descrito pelo autor não estaria relacionado somente a um evento traumático, mas ao fato deste ter sido causado por um adulto no qual a criança confiava. Ademais, o trauma se concretizaria quando a criança buscasse outro adulto para contar sobre o trauma e este dissuadisse a criança, dizendo que aquilo não aconteceu e que ela se enganou.

Tal explicação é acrescentada, pois o paciente grave pode recorrer à análise como a criança recorreu ao segundo adulto, necessitando contar os traumas graves. Caso isso não seja compreendido e o analista rigidamente se atente para o *setting* e não para o paciente, uma repetição pode ocorrer.

Para que a repetição do trauma não aconteça é importante que a conduta do paciente seja entendida e atendida, não como formas de ataque ao *setting* ou de resistência ao tratamento. Pelo contrário, é fundamental que o analista possa compreender que a conduta comprometida, difícil e exigente do paciente na relação transferencial, nada mais é do que a forma de expressar toda a dor secundária às sequelas de traumas (Luz, 2010, p.20).

A autora comenta que muitas vezes analistas rejeitam material importante do paciente em nome das regras rígidas pelas quais foram formados e pelas características também rígidas da comunidade psicanalítica na qual estão inseridos. Trabalhar com pacientes graves, como no caso do *borderline*, não tem por foco principal o enfraquecimento de repressões, mas a oferta de condições a novas vivências do paciente.

Nesses atendimentos, resume Luz (2010), trabalhar-se-ia em dois níveis, concomitantes: um neurótico, via interpretação, cuja angústia principal seria a de castração; e um mais psicótico, que intitula de processo *borderline* (Luz, 2010), via comunicação não-verbal, cuja angústia principal é a de aniquilação.

Esses dois níveis também geram diferenças na transferência. No processo neurótico, desenvolve-se a neurose de transferência, na qual o analista é um objeto. No processo *borderline*, “o analista precisa se oferecer a seu paciente para ser usado também como um objeto real; um novo objeto, e o processo analítico [...] terá outras características” (Luz, 2010, p.20-21). Nesse processo *borderline*, ocorrerá análise da transferência, porém haverá também a relação real com o analista, na qual a interpretação é apenas uma das formas de intervenção. “A relação real com a pessoa do analista é que fornece um ambiente facilitador e acolhedor para que o frágil ego infantil dentro da pessoa do paciente possa florescer” (Luz, 2010, p.21).

A autora diz que a análise com pacientes difíceis, como o *borderline*, incita o analista a ser criativo, alterando a técnica, mas ainda realizando psicanálise. A autora conclui, sobre o paciente *borderline*, que este “precisa repetir na transferência o trauma da infância na esperança de NUNCA MAIS precisar repetir aquela dor. [...] Para que isso seja possível, nós analistas precisamos arriscar mais na busca de meios eficazes para nossa comunicação com

pacientes particularmente frágeis” (Luz, 2010, p.21, *grifos da autora*). Esses casos, segundo a autora, são frequentemente encontrados nos consultórios psicanalíticos atualmente.

Notemos a recomendação de Luz (2010) de se ter cuidado no rigor da técnica analítica, para que os traumas do paciente não sejam repetidos. Isso se assemelha aos primeiros trabalhos expostos por nós, quando se recomendava uma parte de apoio da psicoterapia, para que a psicanálise, propriamente dita, fosse suportada, como em Stern (1938).

O cuidado que deve haver na relação entre analista e analisando, evidenciado no texto de Luz (2010), será aprofundado em nossa próxima exposição, sendo analisado pelo viés da intersubjetividade. Trata-se do artigo de Dimitrios Rigas (2012) *Quando interpretações não são suficientes: Interações entre o par analítico, uma abordagem intersubjetiva*.

O autor fala que nas últimas décadas, desde por volta dos anos 1950, a contratransferência ganhou um valor significativo na psicanálise, especialmente na análise de pacientes mais graves, como os do quadro *borderline*. O autor também descreve a emergência de conceitos e linhas teóricas, dentro da psicanálise, que se afastaram da tradição clássica. Eles seriam agrupados, por exemplo, em torno da intersubjetividade.

Em linhas gerais, na intersubjetividade, os conteúdos da análise surgiriam do encontro do analista e do analisando, o que seria oposto à análise clássica, na qual os conteúdos primordiais viriam do analisando.

O autor discorre sobre o *enactment* (algo como atuação mútua entre analista e paciente, como já vimos) e diz ser um conteúdo frequentemente visto como somente prejudicial à análise (pois envolveria atuações tanto do analista quanto do paciente e, portanto, prejudicariam a comunicação verbal e a interpretação). No entanto, Rigas (2012) discorda desta visão. Primeiramente, ele considera que não deve haver violações éticas na relação analítica e, em segundo lugar, que há limites no que o analista expõe ao paciente sobre suas reações contratransferenciais, devido a uma relação assimétrica. Ou seja, os conteúdos do analista seriam expostos sob o limite imposto pela relação terapêutica. Entende-se que essa exposição tem por objetivo contribuir para que o analisando aprofunde sua exploração interna.

Tais considerações, para o autor, fazem parte de um desenvolvimento da psicanálise na atuação de pacientes mais graves, como foi dito, na qual a comunicação não verbal praticamente domina a situação analítica. Nesse contexto, o autor, com sua exposição, defende que as interpretações, por si mesmas, não são suficientes.

O texto de Rigas (2012) e os artigos de Luz (2009, 2010) destacam o ponto da comunicação não verbal. Ao longo de nossa exposição, ele foi frequentemente abarcado, porém indiretamente, pois foi discutido por meio de conteúdos como as atuações do paciente e as dificuldades contratransferenciais, por exemplo. Em sua maioria e, principalmente, a partir da década de 1950, os autores se utilizaram do conceito de cisão para explicar o funcionamento do paciente *borderline* e como o uso maciço deste mecanismo promoveria problemas na comunicação não verbal. Veremos agora um artigo que discute e questiona se a cisão seria realmente o mecanismo primordial no quadro *borderline*. Trata-se do texto de Siegfried Zepf (2012) ***Precisamos do Conceito de “Cisão” para Entender Estruturas Borderline?***

O autor analisa o conceito de cisão (*splitting*), na forma proposta por Otto Kernberg, como um mecanismo de defesa. Argumenta que esse conceito, após a utilização por Kernberg, tornou-se amplamente empregado (Zepf, 2012). Para tanto, diz que a cisão fora colocada como mecanismo de defesa junto à idealização primitiva, onipotência, desvalorização e o desmentido como base para a Organização *Borderline* da Personalidade.

Em uma retomada histórica (que não será detalhada aqui), o autor fala que, na época de Freud, a cisão era vista como uma divisão do ego. Foi com Melanie Klein que passou a ser vista como um mecanismo de defesa.

Na patologia *borderline*, segundo o autor, a criança se desenvolve em um contexto em que dois dados são essenciais. Primeiramente, haveria a ação agressiva do objeto primário e, em segundo lugar, uma maternagem insuficiente. Essas duas situações gerariam um ambiente conflituoso para a criança. Atos agressivos do objeto primário estimulam a agressividade da criança, que luta para destruir o objeto, mas também protegê-lo. A falta de cuidado materno implica no não desenvolvimento de algumas funções do ego, o que gera intolerância para suportar desprazer. O objeto primário deve desobstruir o desenvolvimento da criança, retirando sua agressividade dirigida a ela, e a criança retiraria sua agressividade dirigida ao objeto. Esse seria um caminho para o desenvolvimento.

Essas duas questões podem ser explicadas pelo deslocamento. “Ele [o sujeito *borderline*] pode deslocar a agressão do objeto primário em outro objeto e simultaneamente usar esse outro objeto como um substituto para o deslocamento de sua própria agressão direcionada para o objeto” (Zepf, 2012, p.52). A agressividade primária pode ser projetada em outro objeto, permitindo a idealização do objeto primário, que estaria livre de agressividade.

Esse caminho traçado pelo autor encontraria os mesmos resultados de Kernberg, nos quais os objetos externos seriam totalmente maus ou bons. Esses objetos seriam formações

substitutivas egossintônicas, pois através do desmentido (*disavowal*), sua origem poderia ser negada. Portanto, a cisão não é considerada pelo autor (em oposição a Kernberg) como um mecanismo ativo nesta formação de objetos idealizados; ela seria uma consequência do deslocamento, projeção, idealização primitiva e do desmentir.

Os sintomas nos pacientes *borderline* ocorreriam nas falhas do isolamento e do desmentido, onde estes mecanismos não conseguiriam manter experiências desprazerosas e prazerosas, separadas. Então, atuariam outros mecanismos de defesa na formação de sintomas.

Dessa maneira, para Zepf (2012), com o que traz de Freud sobre o isolamento (partes do mesmo objeto serão isoladas entre si), não haveria necessidade de manter a cisão como um elemento explicativo, pois ela seria entendida como uma consequência. Não obstante, o autor critica o fato de o termo ser utilizado como um “jargão” na psicanálise, assumindo tantas formas diferentes que sua validade científica ou de comunicação seria praticamente nula.

O texto de Zepf (2012) evidencia o uso maciço da cisão não como mecanismo de defesa do paciente *borderline*, mas como “jargão” da psicanálise. Assim como ele criticou aspectos da metapsicologia desenvolvida acerca do quadro *borderline*, veremos, a seguir, críticas às psicoterapias desenvolvidas para o quadro. Trata-se do artigo de Paul Cammell (2014), *Tecnologia e Tecnicidade: Uma Análise Crítica de Alguns Modelos Contemporâneos do Transtorno de Personalidade Borderline*, o último a ser exposto nesta dissertação.

O autor discute a forma como a tecnologia e a psicoterapia são vistas como campos com pouco diálogo. Isso ocorreria caso se pensasse a tecnologia apenas como produção mecânica e industrial e a psicoterapia como uma forma de cuidado na relação humana. Não obstante, os campos possuem base semelhante, pois são atividades humanas desenvolvidas para gerar modificações que melhorem a qualidade de vida em geral.

Tal ideia gera problemas para as psicoterapias, principalmente com a modernização da tecnologia, pois envolve questionamentos acerca de como gerar alterações ou o quanto se conhece sobre o funcionamento humano, objeto da psicoterapia. Cammell (2014) indica que, no contexto atual, tenta-se responder a essas questões por meio da medicina com base em evidências e por psicoterapias manualizadas, que competem por resultados mais expressivos nos tratamentos.

O autor traz essa dimensão para avaliar como a análise pode explorar as tecnologias e como as concepções sobre tecnologia e tecnicidade influenciaram no conceito de *borderline*.

De acordo com Cammell (2014), nos últimos cinquenta anos, o conceito de *borderline* se tornou amplamente utilizado. Ademais, também é utilizado de maneiras diferentes, descrevendo limites distintos na psicopatologia.

Pode-se argumentar que o conceito de *borderline* foi produzido em um contexto cultural moderno muito específico. Não obstante, ele deixa claros alguns limites tanto na prática psiquiátrica quanto na psicanalítica. O autor fala de três metáforas tecnológicas – que seriam formulações que nomeiam algum fenômeno e permitem atuação sobre ele – bastante utilizadas no contexto da patologia *borderline*. Seriam elas: “Apego” (*attachment*); “Trauma”; e “Estrutural”.

Sobre o apego, o autor diz haver um aumento de pesquisas sobre a psicologia do desenvolvimento, ou sobre o desenvolvimento da individualidade, que abarcam os campos da neurociência e psicopatologia desenvolvimental.

A teoria do apego cresceu com John Bowlby (citado por Cammell, 2014) e faz parte de uma abordagem naturalista-científica. Dentre os autores ligados a essa teoria, ao longo desta dissertação, estiveram presentes Fonagy (1991) e Bateman (1998). Cammell (2014) questiona se essa abordagem de pesquisa contribuiu para a compreensão de questões fundamentais do desenvolvimento humano, particularmente do *borderline*.

No contexto teórico ligado à teoria em questão, um grupo de pesquisadores examinou o conceito de mentalização – visto nesta dissertação em Fonagy (1991). Para Cammell (2014), a explicação desse grupo para o fenômeno *borderline* não envolve traumas externos, mas incapacidades internas que tornam as situações traumáticas, assim o desenvolvimento do sujeito fica marcadamente traumático. A cargo do terapeuta restaria se manter estável frente aos ataques do paciente e auxiliar no desenvolvimento da mentalização.

Sobre a metáfora do trauma, o autor diz ter havido, nos últimos quarenta anos, o surgimento de um campo da traumatologia a partir do estudo de vítimas de estupro e veteranos de guerra, que combina processos psicológicos e neurofisiológicos. Um dos representantes seria Bessel van der Kolk (citado por Cammell, 2014). A patologia *borderline* estaria, para esse campo, relacionada a traumas precoces no desenvolvimento. A técnica terapêutica consistiria na integração das memórias do trauma e transtornos dissociativos (somáticos, por exemplo). O autor critica essa metáfora por ter se tornado generalizada e ambígua.

A terceira metáfora seria a estrutural, representada por Otto Kernberg (citado por Cammell, 2014), que integra conceitos da psicologia do ego com a teoria das relações objetais. Não entraremos em detalhes sobre a teorização de Kernberg acerca da Organização

Borderline da Personalidade, pois ela já foi apresentada anteriormente (Kernberg, 1966, 1967, 1968). Comentemos apenas a discussão do autor (Cammell, 2014) sobre esse tema, que trata a teorização de Kernberg como um movimento acerca da patologia *borderline*, por considerá-la em termos sistemáticos e estruturais, ou seja, com uma organização da personalidade, que tem deficiências em seu desenvolvimento, representadas por mecanismos de defesa primitivos e relações objetais internas prejudicadas.

Todas as metáforas são discutidas em termos científicos e têm referências observáveis e objetivas, como as providas pela neurobiologia. O desenvolvimento é traçado por meio de funções reguladoras e integradoras, que estão deficientes na patologia *borderline*. O autor comenta haver críticas às metáforas, por se utilizarem da neurobiologia para reassegurar conhecimentos da psicanálise, criando um pseudoempirismo.

Tais metáforas são trazidas para discutir como a tecnologia e a tecnicidade produzidas em um contexto cultural e histórico específico moldam e limitam os conhecimentos em produção. Os limites da produção são confrontados com as instabilidades e complexidade do fenômeno humano, gerando conflitos. Esse é o contexto em que o conceito de *borderline* se desenvolve. Com as instabilidades características dessa patologia, criar-se-iam problemas topológicos (de disposição, classificação). Para o autor, ainda, tratar a patologia *borderline* por meio da tecnologia e cientificidade pode impossibilitar que as características desses pacientes sejam observadas em sua complexidade, ou seja, tratando-as de forma limitada, rígida.

Na psicanálise, considerando o contexto específico em que ela se desenvolveu e também o contexto em que o conceito *borderline* emergiu, o autor critica o fato de que a heterogeneidade do paciente, tratada sob a rigidez da cientificidade e tecnologia, pode fazer com que os clínicos tenham suas próprias conceituações acerca do *borderline*, de acordo unicamente com suas observações.

Deve-se então analisar o contexto histórico e cultural em que esse tipo de paciente se desenvolve. Para o autor, em uma era *borderline*, como a atual (Cammell, 2014), pode-se perguntar se o *borderline* não seria a representação da permissividade atual (em termos sexuais, por exemplo), em confronto com o forte individualismo que move o sujeito para grandes ambições, junto a cuidados escassos em seu desenvolvimento. Nesse contexto, as consequências clínicas em termos de medicalização e esterilização das patologias também seriam observadas. A terapia poderia servir, nesse contexto, como um substituto do cuidador.

No entanto, o conceito de *borderline* também pode servir como estigmatizador e limitar as possibilidades terapêuticas. Essa é a crítica feita por Cammell (2014) às

psicoterapias construídas como manuais – manualizadas – que objetivam o fenômeno, mas que crescem em termos de popularidade.

Para o autor, o clínico deve levar em conta um contexto mais complexo do paciente, que envolve fatores pessoais, familiares, culturais e históricos. Não obstante, deve compreender que sempre haverá limites técnicos, incapacidades clínicas e falibilidade. A consideração desses fatores implica uma postura mais ética frente às tecnologias que são desenvolvidas para tratamentos psiquiátricos e psicoterapêuticos. Também contribui para um posicionamento mais ético e menos limitador no ambiente terapêutico.

5.1. Análise

Com o material que apresentamos acerca das décadas de 1990, 2000 e 2010, foi possível notar, em detalhes, a construção de novas perspectivas de tratamento e o aprimoramento de psicoterapias específicas para o quadro *borderline*. Em resumo, nosso último capítulo discorreu sobre o desenvolvimento e análise da metapsicologia e do tratamento. Seguiremos então, com a análise do material exposto, que será dividida em: histórico, definição, psicodinâmica, análise, técnicas terapêuticas e pesquisas, *setting* e dificuldades, e transferência, contratransferência e comunicação.

5.1.1. Histórico

Vimos no texto de Stone (1992), que o termo *borderline*, à época de Freud remetia a delinquentes e criminosos. O conceito de *borderline*, no entanto, tornou-se muito utilizado nos últimos cinquenta anos. Ele foi (e é) utilizado de maneiras diferentes, descrevendo limites diferentes (Cammell, 2014).

A pesquisa sobre o *borderline* abarca campos diferentes da ciência. Dois desses campos, a psiquiatria e a psicanálise, segundo Fonagy (1991), encaminharam-se de maneira paralela em relação ao *borderline*. Enquanto a primeira buscava identificar e tratar sintomas, a segunda buscava entender o funcionamento do paciente. Para o autor, Otto Kernberg teve papel importante ao fazer convergir esses dois campos.

Desde o início dos trabalhos com o *borderline*, segundo Rigas (2012), houve a emergência de conceitos e linhas teóricas psicanalíticas que se afastavam da tradicional, caminhando em torno da intersubjetividade, em que os conteúdos surgiam do encontro de analista e analisando. Em outra esfera de pesquisa, houve, com a modernização da tecnologia, problemas às psicoterapias (Cammell, 2014), pois a tecnologia impunha questionamentos às psicoterapias sobre o quanto entendiam das modificações que geravam ou sobre o funcionamento de seus objetos de intervenção. Nesse contexto, a medicina com base em evidências e as psicoterapias manualizadas emergem com intensidade (Cammell, 2014). Essas últimas, no entanto, acabam competindo por resultados mais expressivos, segundo o mesmo autor.

Na psicanálise, houve o surgimento de linhas teóricas que se afastavam da tradicional, como dito acima. Para Cammell (2014), citando metáforas como a do Apego, do Trauma, e Estrutural, havia a utilização de termos científicos validados por evidências observáveis, como as obtidas pela neurobiologia. Esse método é criticado pelo autor por ser uma forma de

pseudoempirismo, na qual a neurobiologia valida as psicoterapias. Essas linhas traduziriam o modo como a tecnologia molda a produção de conhecimento, o que, atualmente, limita a individualidade do sujeito *borderline*. Essa limitação advém do rigor científico e tecnológico que enrijece a observação e teorização. Nesse contexto, ainda, adviria a medicalização e a esterilização das psicopatologias (Cammell, 2014).

À parte das psicoterapias manualizadas, observou-se, na psicanálise, que o conceito de cisão se tornou muito utilizado na descrição de pacientes *borderline* (Zepf, 2012). Isso, para o autor, ocorreu principalmente após a forma com que Otto Kernberg se utilizou da ideia da cisão, ou seja, como um mecanismo de defesa.

Zepf (2012) critica a utilização do conceito de cisão como foi feita pelos psicanalistas. Segundo o autor, esse conceito se tornou um “jargão”, pois é utilizado de formas muito diferentes, o que tornou o conceito inválido cientificamente, além de prejudicar a comunicação entre os autores.

Para Cardoso (2005), o conceito de narcisismo também foi e é muito utilizado nas explicações sobre o quadro *borderline*. Para a autora, ainda, este conceito pode ser fonte de obscuridade, o que pode ser auxiliado pelo conceito de autoerotismo.

Destacamos, por fim, que Cammell (2014) trata de uma Era *Borderline*, que estaria ocorrendo atualmente. Para o autor, isso acontece em função do encontro entre a permissividade atual, principalmente sexual, e o forte narcisismo.

5.1.2. Considerações sobre a definição

De acordo com Cammell (2014), o conceito de *borderline* foi desenvolvido em um contexto cultural específico, permeado por limites da prática psiquiátrica e psicanalítica. Para Stone (1992), houve muita divergência em relação a uma definição para o *borderline*. O estudo do tema do incesto, para o autor, pode oferecer auxílio à explicação do quadro. Atenta-se para o fato indicado por Cammell (2014), de que o conceito de *borderline* pode ser limitador e estigmatizador.

Por fim, pontuamos que, de acordo com Cammell (2014), os clínicos teorizam sobre o que observam. Não obstante, essa observação deve levar em conta o contexto no qual o paciente se desenvolveu. Esse contexto envolveria fatores pessoais, familiares, históricos e culturais.

5.1.3. Psicodinâmica: desenvolvimento, sintomas, comportamentos e mecanismos de defesa

O quadro *borderline*, para Cardoso (2005), nos convoca para a discussão dos limites no psiquismo. Limites não somente ligados às fronteiras entre o eu e o outro, mas entre o corpo e o psíquico, o representável e o irrepresentável. Quando falamos sobre *borderline*, estamos em um terreno de pacientes difíceis, que não desenvolvem capacidade simbólica (Luz, 2009), ou capacidade de mentalização (Fonagy, 1991). Essa última está relacionada ao desenvolvimento e ao tratamento do *borderline*, e seu estudo, segundo Fonagy (1991), contribui para a compreensão da separação entre *self* e objeto e também para o entendimento da regulação de afeto e construção de mecanismos de defesa. A incapacidade de mentalizar, característica no *borderline*, faz com que as experiências se tornem sem sentido.

Assim como a incapacidade simbólica e de mentalização estão descritas no desenvolvimento do *borderline*, para Zepf (2012), o *borderline* se desenvolve em um ambiente que teria a ação agressiva do objeto primário, a qual poderia estimular também a agressividade da criança. Além disso, a maternagem seria insuficiente, o que não promoveria a capacidade de desenvolver funções egoicas de tolerância ao desprazer (Zepf, 2012). Sobre o desenvolvimento, ainda, temos em Stone (2012) o destaque para o incesto, quando o autor diz que ele é mais frequente em pacientes *borderline* que em pacientes neuróticos. Para o autor, isso seria ainda mais evidente se a amostragem se restringisse a mulheres hospitalizadas. O incesto, para Stone (2012), pode provocar uma hiperestimulação, que promove irritabilidade e impulsividade.

Avancemos da questão do desenvolvimento para a questão do desejo. Bollas (1996) questiona se a turbulência não seria o objeto de desejo do *borderline*. Para o autor, a turbulência poderia estar relacionada a um objeto primário que é buscado violenta e incessantemente pelo *borderline*. Esse seria um objeto que nutre o sujeito, seria a essência do *borderline*, alguém que busca o acidente, a catástrofe, e responsabiliza os outros por isso. Esse objeto também cria objetos terciários, que compõem um falso *self*. Tratar-se-ia, então, para Bollas (1996), de uma parte *borderline* da personalidade. Cardoso (2005) também descreve um objeto específico no quadro *borderline*, o qual, interno ou externo, tem natureza singular que varia entre necessidade e desejo. Para a autora, a relação do sujeito *borderline* com este objeto é fonte de angústia.

Notamos a violência, catástrofe e acidente, descritos por Bollas (1996), também quando se fala em destrutividade dirigida a si. Green (2000) fala não de um objeto primário buscado incessantemente, como em Bollas (1996), mas de uma posição fóbica central, que se

instala na comunicação e tem origem nas vinculações que são estabelecidas entre alguns temas que trazem o medo de se tornar louco. Os temas, em conjunto, têm potencial para desintegrar o sujeito, por isso se tornam encapsulados. O trauma vivido pelo sujeito consistiria na possibilidade de juntar esses temas e não conseguir proteger sua individualidade. Essa posição fóbica teria origem em uma culpa primária advinda da expulsão de um objeto primário. Essa expulsão deixaria um vazio que seria preenchido por atividades autoeróticas, como bulimias e adições.

Nesse campo do desenvolvimento, discutindo a destrutividade, vemos em Bateman (1998) a descrição de dois tipos de narcisismo, de “pele grossa e fina”, em que o primeiro atacaria objetos externos e o segundo atacaria capacidades internas. O *borderline*, para o autor, caminharia entre esses dois tipos de narcisismo.

No capítulo 3, décadas de 1970 e 1980, vimos a cisão aparecer como um mecanismo de defesa primordial na patologia *borderline*. Nas décadas de 1990, 2000 e 2010 observamos no texto de Stone (1992) que o uso excessivo da cisão pode promover incapacidade de integração. Contudo, trazemos a contribuição de Zepf (2012), que contraria essa visão. Para o autor, o quadro *borderline* pode ser explicado pelo deslocamento. Ou seja, pode-se deslocar a agressividade do objeto primário para outro, permitindo a idealização deste objeto.

A cisão não é considerada pelo autor como mecanismo ativo na idealização de objetos – isso seria o resultado do deslocamento, projeção, idealização primitiva e do desmentido. Logo, a cisão não é necessária para a explicação do *borderline*, ela é uma consequência de outros mecanismos.

Sobre as descrições das características do *borderline* e como elas se apresentam na clínica, notamos, em Fonagy (1991), a ênfase no prejuízo das relações objetais, com fragmentação do senso de identidade como características importantes. Para o autor, a instabilidade e imprevisibilidade também seriam características.

Os comportamentos autolesivos, e também de raiva e agressividade, para Stone (1992), seriam explicados pela vergonha que o paciente *borderline* sente, que ocorreria principalmente em casos de incesto. Em casos mais extremos, haveria alto risco de suicídio ou atos criminosos.

5.1.4. Análise, técnicas psicoterapêuticas e pesquisas

Independentemente da técnica utilizada para o tratamento do *borderline*, gostaríamos de apontar que, para Cammell (2014), o entendimento dos limites e das falhas técnicas confere uma postura ética a sua utilização. No contexto atual, frente ao avanço e

modernização das tecnologias, a postura ética envolveria maior crítica quanto à rigidez e o cerceamento da subjetividade do paciente no ambiente terapêutico.

Em análise, para Luz (2009), deve-se buscar promover a capacidade simbólica do paciente. Não obstante, para a autora, a cura adviria da verdade contida em análise. Dessa forma, o analista precisa suportar e sentir a dor do paciente, não apenas compreendê-la. Assim, o paciente perceberá que o analista se importa, podendo suportar as interpretações (Luz, 2009).

Suportar e sentir a dor do paciente estaria relacionado à sobrevivência de um pensamento analítico na mente do analista frente aos ataques do paciente (Luz, 2010). Para que isso seja possível, deve-se compreender que a análise ocorre em dois níveis: em um nível de processo neurótico, via interpretação, cuja angústia principal é a de castração; e em um nível de processo *borderline*, via comunicação não verbal, cuja angústia principal é a de aniquilação.

Para Bollas (1996), durante a análise, não se deve olhar apenas para as deficiências do *borderline*. O autor afirma que é necessário olhar também para seus desejos, que podem incluir o desejo da turbulência, um afeto primário que alimenta o *borderline* pelo ódio e angústia.

Trata-se aqui, segundo Bollas (1996), de um desejo primário. Esse, no entanto, é evitado em algumas psicoterapias, o que é sentido como privação, pois o objeto primário nutre o sujeito. Dessa maneira, muitas psicoterapias dão suporte a um falso *self*. Para Fonagy (1991), há convergência na psicanálise sobre como o tratamento do *borderline* depende do trabalho de aspectos pré-genitais na transferência. Para Zepf (2012), os objetivos das psicoterapias são agrupados na desobstrução da ação de obstáculo ao desenvolvimento primário, retirando a agressividade da criança dirigida ao objeto.

5.1.5. *Setting* e dificuldades na situação de tratamento

O ambiente de tratamento recebeu comentários específicos dos autores, acerca do paciente *borderline*. Esses comentários, para nós, se relacionam de algumas maneiras que apresentaremos aqui.

Luz (2009) apresenta um ponto importante. Diz que o analista deve escolher entre proteger o *setting* ou o paciente. Isso ocorreria porque a rigidez no *setting* pode ser prejudicial ao paciente *borderline*. Para a autora, deve-se proteger o paciente, mas o *setting* deve ser mantido na mente do analista. Em texto posterior (Luz, 2010), a autora diz que caso o *setting* seja protegido de maneira rigorosa, pode-se perder material importante do paciente. Nesse

ambiente, caso a rigidez seja na neutralidade, a análise pode ser apenas uma forma de repetição do trauma (Luz, 2009).

Há algumas características do *borderline* que prejudicam o *setting*. Para Green (2000), a posição fóbica central impede que haja uma cadeia de livres associações. Já para Fonagy (1991), as associações são prejudicadas pela incapacidade de mentalizar do paciente, gerando confusão e debilitando a capacidade de pensar do analista. Para Bateman (1998), a transição entre posições narcísicas, no *borderline*, permite o *enactment*, que pode ser positivo ou negativo. Durante esse movimento entre posições narcísicas, as interpretações também seriam aceitas.

5.1.6. Transferência, contratransferência e comunicação

Para Luz (2010), pacientes *borderline* podem recorrer à análise buscando no analista alguém para confiar seu trauma. Se o analista for rígido com as regras do *setting* e não se atentar a isso, o trauma pode ser apenas repetido em análise, e não confiado e elaborado. Para isso, os comportamentos do paciente não devem ser entendidos como ataques, mas como expressão das dores advindas do trauma (Luz, 2010).

Neste capítulo, acerca da transferência, vemos surgir um ponto de destaque, o modo de agir do analista e como os conteúdos psíquicos do paciente e do analista estão intensamente envolvidos na análise. Para Bollas (1996), o analista se torna fonte de angústia do paciente, mas isso seria uma espécie de vínculo. Nesse ponto, Bateman (1998) afirma que o *borderline* precisa de um analista que se envolva em seus terrores e consiga sobreviver, permitindo a elaboração da agressividade. Pensamos que essas observações estão ligadas ao que Luz (2009) diz sobre o analista viver em conjunto a turbulência do paciente para que uma dupla de trabalho seja construída, as interpretações tenham efeito e o paciente confie no analista.

Para tanto, o analista precisa ter criatividade para estabelecer comunicação com o paciente, permitindo a ele repetir seu trauma na esperança de não ter que repeti-lo novamente (Luz, 2010). A comunicação é um problema específico, pois o paciente não consegue verbalizar suas emoções, recorrendo então a atuações. Nesse ponto, a rigidez na comunicação verbal do analista pode levar o paciente à desistência (Luz, 2009).

A comunicação não verbal, para Rigas (2012), é predominante. Por essa razão, as interpretações são insuficientes. Luz (2009) comenta que há insuficiência também nas interpretações transferenciais, em razão da intolerância à frustração e incapacidade de simbolizar. Para a autora, então, o “aqui e agora” da sessão é tão importante quanto as memórias obtidas na transferência.

Por fim, destacamos do texto de Luz (2010) que há dois níveis de transferência: um nível de processo neurótico, no qual ocorre neurose de transferência e o analista é um objeto; e um nível de processo *borderline*, em que o analista se oferece como um objeto real e novo. Nesse último, haveria tanto análise da transferência quanto da relação real e a interpretação seria apenas uma das formas de intervenção.

6. Conclusão

Em nosso último capítulo, apresentaremos os aspectos gerais do quadro *borderline* e das pesquisas psicanalíticas que abordam este tema, bem como iremos propor questionamentos e discutir questões levantadas no decorrer desta pesquisa. Assim, nossa intenção é realizar uma apresentação organizada e concisa das informações que encontramos, de modo a possibilitar uma visão mais clara do que a literatura psicanalítica expõe do quadro *borderline*.

Ainda, como resultado de nossa pesquisa, faremos a construção de uma hipótese em torno da existência de um objeto *borderline*, o qual, para nós, é evidenciado na literatura, seja de maneira direta ou indireta. Em um segundo momento da conclusão, portanto, analisaremos o material e apresentaremos nossa leitura sobre ele, propondo além de um trabalho informativo, um dissertativo.

6.1. Temas gerais

Para apresentar os dados gerais do quadro *borderline*, a primeira parte deste capítulo, não faremos apenas uma compilação de resumos, mas argumentos. Nosso objetivo é tornar mais claras as nuances que compõem as divergências e convergências acerca do quadro *borderline*. As informações detalhadas se encontram nas análises que já expusemos. Aqui, importa-nos mais argumentar sobre o tema, refletir sobre a possibilidade de denominadores comuns e também de caminhos paralelos que não podem ser correlacionados, a não ser arbitrariamente. Falaremos, também, de questões que foram levantadas pelos autores ao longo dos trabalhos, ou mesmo refletidas por nós, bem como de pontos onde há escassez de pesquisas, que também foram manifestados pelos autores ou percebidos por nós, e que permitem compreender onde nosso trabalho se “encaixa” na literatura psicanalítica. Ou seja, possibilitam entender que nossa pesquisa traz algumas informações e reflexões, as quais complementam ou são complementadas por outras dissertações, teses, ou investigações em geral. Seguimos, pois, com nossa primeira parte da conclusão.

O quadro *borderline* faz parte de um grupo cujo diagnóstico é confuso, para dizer o mínimo. Atualmente, uma das soluções para essa desorganização, como diagnosticá-lo e tratá-lo, por exemplo, é recorrer a seus sintomas mais visíveis, como autolesões e surtos de raiva, ou aos comunicáveis, como impulsividade e agressividade. Isso ajuda na organização do conhecimento sobre a psicopatologia e no fato de os profissionais terem maior base para atuar, porém, não contribui com a investigação do que é o *borderline*. Foi nesse caminho que

nosso trabalho avançou. Ou seja, na possibilidade de ofertar a alunos, pesquisadores e clínicos o contato com detalhes que tornam o quadro *borderline* aquilo que é.

O termo “*borderline*”, traduzido literalmente como “linha de borda” ou “fronteira”, remete aos limites entre a neurose e a psicose, como vimos. É comum tratar esse ponto como algo que define o quadro e também como a razão pela qual o termo foi criado. Não nos foi possível detalhar de maneira precisa quando isso ocorreu, contudo, mostramos que já no início da década de 1930 o termo era utilizado dessa forma por Glover (1932).

A partir desta definição do quadro *borderline*, notamos diferentes formas de relacioná-lo à neurose e à psicose. O quadro foi inserido em condições neuróticas, tratado como uma patologia que tem sintomas ou mecanismos neuróticos e psicóticos, como uma condição próxima à psicose, ou mesmo como uma psicose. Ademais, foi visto como sendo uma patologia específica onde há uma psicodinâmica própria.

Uma ideia que representa essas diversas possibilidades é a de Green (1977/1986), de que o *borderline* não seria uma linha divisória, mas uma área, uma “terra de ninguém”. Para o autor, a definição e o paciente são flutuantes, não podem ser representados por imagens. Logo de início, então, podemos perceber que a problemática *borderline* envolve grandemente uma forma não verbal de comunicação – é o que Green (1977/1986) expressa por “não representado por imagens”. Entender que o formato não verbal de comunicação é essencial na questão *borderline* é importante para compreender que nossa análise é uma tentativa de encontrar nos trabalhos examinados ferramentas para verbalizar (colocar palavra) aquilo que não é dito, mas é sentido. A ideia de *borderline* que é esboçada em nosso trabalho caminha constantemente sobre o verbal e o não verbal. Em função disso, buscamos expor grande parte das informações que obtivemos para tentar tornar representáveis os conflitos em torno deste quadro.

Além desta variedade de formas de relacionar ou posicionar o quadro *borderline* em relação à neurose e à psicose, vimos também uma grande variedade terminológica. Esta última se refere tanto a variações com o uso do termo “*borderline*” (esquizofrenia *borderline*, estados *borderline*, neurose *borderline*, entre outras) quanto a terminologias criadas como alternativas ao uso do termo *borderline* (psicose latente, personalidade “como se”, caráter psicótico, etc.).

Ainda sobre as relações do quadro *borderline* com a neurose e a psicose, gostaríamos de lembrar uma ideia muito comum, a de que o *borderline* é mais grave que o neurótico e menos grave que o psicótico.

Com base nesses argumentos que expusemos sobre as distintas formas de comparação com a neurose e a psicose e a multiplicidade de terminologias, torna-se claro que o rótulo diagnóstico *borderline* corresponde a uma “penumbra teórica” (Zilboorg, 1956). Desta forma, é possível colocar aqui uma dúvida que frequentemente encontramos na literatura sobre o quadro *borderline*, a saber, ele seria uma entidade clínica própria, uma patologia específica, ou seria parte do avanço da técnica psicanalítica?

Essa questão permeou vários trabalhos que vimos nas décadas de 1930, 1940 e 1950. Contudo, já na década de 1960, nos artigos que investigamos, tornou-se frequente classificar o quadro *borderline* como uma patologia específica.

Outra dúvida que permeou as décadas iniciais que trabalhamos foi a de que o *borderline* poderia ser um estágio prévio à esquizofrenia. Do mesmo modo, a partir da década de 1960, uma posição dos autores que é possível interpretar nos textos, e que foi manifestada diversas vezes, é a de que o quadro *borderline* não seria um estágio prévio, mas uma condição específica. Contudo, uma condição que frequentemente apresentaria episódios psicóticos.

Quando tratamos da temática do quadro *borderline*, onde há grande variedade de definições, as pesquisas que retomam trabalhos feitos ao longo de um período histórico extenso adquirem importância, pois auxiliam na identificação da variedade de definições e dos problemas, solucionados ou não, em torno do quadro. Algo que nos chamou a atenção foi, por exemplo, o fato de as pesquisas psicanalíticas e psiquiátricas se distanciarem, o que foi mencionado algumas vezes nas décadas de 1960 e 1970. Evidentemente, este é um ponto muito conhecido, contudo, nos revela algo. Se a psiquiatria passou a investigar os sintomas, os quais são usados por ela também para definir o quadro *borderline*, como vimos na nossa introdução, a psicanálise recorreu à identificação de mecanismos psíquicos e formulações psicodinâmicas para definir o quadro. Ou seja, ao passo que a psiquiatria define o quadro *borderline* por meio de sintomas visíveis ou comunicáveis, como explosões de raiva e medo de abandono, a psicanálise se utiliza de formulações psicodinâmicas, principalmente em torno da cisão, para explicar os sintomas visíveis e oferecer tratamento.

Assim, é possível refletir que ambas empregam o método de categorizar casos por meio dos sintomas e, a partir disso, construir explicações para eles com base em sua fundamentação teórica. Contudo, é importante destacarmos que nossa reflexão não se trata de uma crítica, mas uma avaliação e constatação de que na história da psicanálise os casos *borderline* também eram definidos, primeiramente, por seus sintomas. Esta pontuação ainda é óbvia, porém, o que queremos enfatizar é a ideia de que este método não oferece respostas ao

que é o quadro *borderline*, ou o que é um caso *borderline*, mas responde à questão de “o que ocorre psiquicamente em um sujeito que apresenta sintomas de um quadro *borderline*?”.

Nossa intenção a partir desse argumento é a de deixar clara nossa posição de que há coesão em torno dos sintomas e características gerais dos casos *borderline*, apesar da grande variedade presente na literatura. Assim, de acordo com o que vimos em alguns textos ao longo de nosso trabalho, é necessário e possível investigar algo além dos sintomas e do tratamento. Um destes campos de investigação é o da psicoterapia, onde se busca compreender como elas atuariam de modo a interferir positiva e duradouramente na diminuição ou elaboração dos conflitos de modo a possibilitar uma condição de vida menos degradante.

Até esse momento, apresentamos nossas conclusões acerca dos problemas e das dificuldades históricas e atuais das investigações do quadro *borderline*. Na sequência, falaremos mais sobre as características dos casos descritos pelos autores em termos de etiologia, psicodinâmica e sintomas. A partir destes breves esclarecimentos que faremos, será possível compreender aquilo de que falamos há pouco, a respeito de haver coesão nas descrições de sintomas e formulações sobre a psicodinâmica em torno do quadro *borderline*.

Sobre a etiologia, vimos três aspectos principais que explicam o que acontece no desenvolvimento do quadro *borderline*. Primeiramente, há explicações sobre os traumas, que versam sobre traumas específicos ou falam de um ambiente traumático que tornaria o sujeito vulnerável. Há outra linha de pensamento, que não exclui a primeira, mas que trata da relação do sujeito *borderline* com os pais, na qual não ocorreria diferenciação entre o sujeito e as figuras parentais, ou seja, não haveria construção de fronteiras egoicas e de individualidade. Outra linha de raciocínio aponta a uma forte agressividade no sujeito *borderline*. Esta agressividade poderia ser inata, ter fonte em introjeções negativas, ou mesmo ser estimulada pela ação agressiva de figuras parentais.

Apesar de tratarmos aqui de três linhas de raciocínio diferentes, aventamos a possibilidade de que sejam complementares. Portanto, deixamos uma questão em aberto: a etiologia do quadro *borderline* não seria composta pelo conjunto destes três fatores, a saber, forte agressividade, relação com os pais que não possibilita construção de individualidade e de fronteiras do ego, e traumas ou vivência de um ambiente traumático?

No campo da psicodinâmica, gostaríamos de mencionar que os autores se utilizaram do conceito de cisão como ferramenta essencial para compreender a dinâmica psíquica do sujeito *borderline*. Aliado à cisão, há também a hipótese de que existe um objeto interno cindido na psicodinâmica deste sujeito. Sobre esta hipótese, em específico, trataremos na segunda parte de nossa conclusão. O terceiro ponto que destacamos é o de que há um conflito

básico na patologia *borderline* que se fundamenta no medo da desintegração ou da aniquilação, ou, em outros termos, o medo de se tornar louco.

Outro aspecto trabalhado foi o das características dos casos *borderline* investigados pelos autores. A partir dessas, algumas informações nos permitem compreender um tipo de relação ambivalente que é específica do sujeito *borderline*.

Ao longo de nosso texto, é possível notar a divisão de sintomas próprios do sujeito e sintomas diretamente relacionados ao ambiente. Para nós, essa divisão que fizemos tem base na ideia de que a patologia *borderline* está intimamente ligada aos vínculos do sujeito. Uma ligação que não se refere exclusivamente ao fato de que os vínculos refletem a psicodinâmica, como seria no caso da transferência e das psicopatologias em geral, mas à existência de sintomas que dependem fundamentalmente de outras pessoas, com as quais a vinculação do sujeito *borderline* adquire caracteres muito específicos e que podem, inclusive, ser parte essencial do diagnóstico.

Em primeiro lugar, vimos a descrição de sintomas que são próprios do sujeito, como a angústia generalizada e crônica, a instabilidade emocional, impulsividade, surtos de raiva, agressividade, autolesões e alto risco de suicídio. Em segundo lugar, pontuamos alguns sintomas que estão diretamente relacionados ao ambiente, ou são dirigidos a ele. Seriam eles: sentimentos de inferioridade, grande demanda por afeto e amor, relações superficiais, com falta de genuinidade e turbulência nas relações. A relação ambivalente de que falamos é mais bem descrita por Adler (1988), quando ele fala de um “dilema necessidade-medo”, o qual se refere ao comportamento do sujeito *borderline* de demandar afeto, encontrar este afeto em alguém, tornar-se dependente desta pessoa e, então, passar a temê-la.

Em relação aos aspectos técnicos presentes nos textos que examinamos, nos poucos dados epidemiológicos que vimos, há menção ao fato de o quadro *borderline* se tratar de um problema de saúde pública, dada sua grande prevalência e incidência na população em geral. Além disso, ao longo de grande parte da literatura, os autores disseram que havia incidência crescente de casos *borderline* nos consultórios. Notamos isso ao longo de nossa dissertação, ou seja, segundo os autores que vimos, casos *borderline* estiveram sempre aparecendo mais nas clínicas de psicoterapia e psicanálise. Este ponto, no entanto, pode ser resultado de uma questão técnica, a saber, a de que durante o período anterior à década de 1960, quando então havia pouca coesão teórica sobre o quadro *borderline*, os autores construíam suas teorizações por meio do que observavam. Logo, indagamos a possibilidade de o aumento crescente no número de casos *borderline* que chegam às clínicas ser produto da teorização individual, onde seria responsabilidade do analista/terapeuta colocar na “terra de ninguém” de que falou Green

(1977/1986) o que pensasse ser um caso *borderline*, tendo como base para isso, principalmente, a ideia de que o caso teria de ser mais grave que neuroses e menos grave que psicoses. Assim, restaria aos clínicos construir suas próprias concepções do quadro *borderline*. Desta maneira, a incidência crescente de casos *borderline* pode ser fruto da individualidade de concepções, o que ocorreria principalmente em períodos anteriores à organização do quadro psicopatológico, ou mesmo quando os autores não fizessem uso dessas concepções organizadas.

Em nosso trabalho também vimos que a psicoterapia individual é a modalidade de tratamento mais utilizada para casos *borderline*. Sobre ela é possível dizer que há eficácia no tratamento, porém, há várias ressalvas quanto a isso, pois o tratamento depende da aliança terapêutica, a qual não é simples de ser estabelecida com sujeitos *borderline*. Outro fator importante para a eficácia do tratamento, frequentemente citada e defendida por alguns autores, é a necessidade de uma parte de psicoterapia de apoio antes do início de uma análise.

Uma vez que o tratamento psicanalítico é visto como eficaz, podemos falar de alguns de seus aspectos técnicos. É importante recordar o fato de que os autores têm posicionamentos muito diferentes quanto aos aspectos técnicos, já detalhados previamente.

Aqui, queremos pontuar a variedade das recomendações técnicas. Por exemplo, vimos que o uso do divã e da associação livre não é algo comumente aceito, bem como o número de sessões semanais é bastante variável. Os posicionamentos diferentes são fundamentados principalmente na ideia de que o sujeito *borderline* pode desenvolver forte dependência. Assim, alguns autores evitam essa dependência e outros não. Além disso, as recomendações técnicas variam quando se trata da temática do quadro *borderline*, pois ele envolve diversos problemas durante a análise. Os problemas mais comuns que encontramos foram a falta de associações, reações terapêuticas negativas frequentes, altos índices de desistência, ausência de afeto no discurso e atuações frequentes.

Apesar desses problemas, há também a precipitação de episódios psicóticos, promovidos ou não pela psicanálise. Esta questão foi frequentemente vista nos textos que analisamos. É importante lembrar, ainda, a menção à psicose de transferência, um fenômeno que poderia ocorrer com frequência na análise de pacientes *borderline* e que se refere a manifestações psicóticas em pacientes previamente não psicóticos.

Em um contexto de análise marcado por essas características que retomamos aqui, como a impulsividade, hostilidade, o uso da cisão, entre outros, torna-se compreensível a ideia de que a transferência do paciente *borderline* é complicada e desordenada. No entanto, um tema que se destacou para nós, além das dificuldades na transferência, é o da necessidade do

analista suportar os ataques vindos do paciente e buscar vivenciar as dores dele (paciente), mais do que compreendê-las. Contudo, as características dos pacientes *borderline* seriam difíceis de suportar, gerariam irritação e, até mesmo, regressões no analista. Neste ponto, a contratransferência se torna ferramenta essencial de análise.

A partir dessa retomada de algumas informações, bem como o levantamento de algumas questões que, para nós, são fundamentais na temática do quadro *borderline*, podemos seguir para a segunda parte de nosso capítulo de conclusão. Nesta outra parte, dissertaremos sobre algo que percebemos nos textos que investigamos, a saber, a existência de um objeto *borderline*. Além disso, analisaremos a influência deste objeto no quadro e o modo que a literatura pode ser balizada pela noção de um objeto *borderline*.

6.2. A ideia de um objeto *borderline* a partir da literatura psicanalítica

A segunda parte de nosso último capítulo é resultado, então, da leitura atenta dos textos selecionados para este trabalho, que nos permitiu identificar na literatura a exposição da ideia de um objeto interno como sendo a essência psicodinâmica do *borderline*. Este conteúdo esteve presente tanto em exames metapsicológicos, quanto em descrições da personalidade e das relações do paciente *borderline*, bem como nas técnicas apresentadas como forma de tratamento. Assim, pensamos que a ideia de um objeto *borderline*, pode servir como uma perspectiva para examinar a literatura e compreender os casos *borderline*.

Contudo, é necessário esclarecer que não acrescentamos materiais novos ou buscamos auxílio em outros textos para compor nossas hipóteses. Fizemos desta maneira, pois, como dito, nosso trabalho foi o de examinar a literatura sobre o tema. Portanto, aqui, iremos expor diálogos e interrogações pessoais que nos foram suscitadas no decorrer da pesquisa. Assim, será possível perceber que nossa hipótese se encontra em estágio inicial e demanda novas investigações. Todavia, isso comporia outra pesquisa, portanto, poderá ser feita em outra ocasião. Desta feita, seguimos com detalhes.

6.2.1. O objeto *borderline*: angústias, sintomas e as relações do sujeito *borderline*

Quando falamos de um objeto *borderline*, tratamos da noção de que há uma parte da psicodinâmica do sujeito *borderline* que lhe é nuclear e, além disso, é coesa e bem delimitada a ponto de se aproximar de uma concepção de objeto. Esta ideia está presente na literatura de maneira direta ou indireta e apresentaremos os momentos que encontramos que tratam disso.

No texto de Bychowski (1953), deparamo-nos com a noção de um germe psicótico, a qual se refere a estados precoces do ego que se mantêm intactos devido à ação da cisão.

Outras partes do ego não sofreriam essa ação, logo, poderiam amadurecer. Já a parte mantida em estados precoces forma um germe psicótico, o qual pode entrar em colapso psicótico e afetar o exame da realidade que havia sido construído a partir das partes mais maduras do ego. Essa ideia de Bychowski (1953) nos incitou a pensar que havia algo na psicodinâmica do *borderline* que lhe seria próprio, o que nos levou a buscar, na parte da literatura que havíamos examinado, outros momentos que abarcassem isso.

No primeiro texto que trabalhamos, de Glover (1932), vimos que a opinião do autor é a de que dependentes químicos são verdadeiros estados *borderline*, por haver uma porção do seu exame da realidade, vinculada à drogadição, que não está intacta como o resto. No texto de Stern (1945), quando interpreta os casos que analisou, o autor fala da existência de um ego deformado no *borderline*. Em nosso primeiro capítulo, portanto, esses dois autores, para nós, também falavam de algo, uma porção ou deformação, que interpretamos como próprio do *borderline*.

Na década de 1950, Bion (1959/2013) diz sobre um objeto hostil e persecutório que há no psiquismo dos pacientes *borderline* que é destruidor de vinculações. Já na década de 1960, Kernberg (1966), apesar de não tratar de um objeto específico, fala de partes segmentadas no psiquismo, as quais formariam estados egoicos diferentes. Bollas (1996) é quem trata especificamente de um objeto *borderline*, um objeto primário, o qual busca o acidente, se nutre na turbulência e constitui uma parte *borderline* da personalidade. Cardoso (2005) versa sobre um objeto específico que varia entre necessidade e desejo e que forma relações que são fontes de angústia. Green (2000), apesar de também não tratar de um objeto específico, fala de uma posição fóbica central que tem base na expulsão do objeto primário. Esta posição formaria cápsulas no ego, onde não haveria comunicação entre as partes. Luz (2010), fala de um processo *borderline* que ocorreria na análise, onde haveria maciça comunicação não verbal e a angústia de aniquilação seria a principal.

Essas são informações da literatura que, para nós, coadunam com nossa hipótese de que há algo propriamente *borderline* na dinâmica psíquica de pessoas diagnosticadas como tal. A partir do material que expusemos em nosso trabalho, iremos examinar se essa hipótese tem fundamentos teóricos. Contudo, isso não se trata de uma verificação científica, mas de um processo de interpretação do material, com base em nossas próprias associações, que poderão levar, em outra pesquisa, à teorização.

Com as informações obtidas e pelo fato de nos basearmos apenas no material lido, podemos dizer pouco sobre as características e a origem de um objeto *borderline*. No entanto, Bion (1959/2013) é um autor que fala sobre isso quando diz que o objeto presente no

psiquismo do *borderline* é parcial e deve ser visto como uma função, não como uma estrutura morfológica. Bollas (1996) diz que o objeto é um movimento pelo *self* e que não importa se foi adquirido enquanto infante ou no ambiente. Apesar de não tratarem da natureza deste objeto, essas noções nos auxiliam a mostrar que a concepção de objeto que está sendo esboçada aqui não se aproxima da ideia de um corpo, mas de um conteúdo. Conteúdo, este, de natureza psíquica, evidentemente.

Na parte da literatura que versa sobre um objeto *borderline*, ou mesmo sobre um ego deformado no *borderline*, um processo *borderline* ou sobre estados egoicos dissociados, vimos que há intensa angústia envolvida, seja pela existência do objeto ou pelo contato com ele. A partir disso, buscamos no material examinado conteúdos que pudessem nos auxiliar a conjecturar especificidades desta angústia. O que encontramos é que o conflito básico presente no *borderline* seria o medo da desintegração (Frosch, 1988b), medo de se tornar louco, se desintegrar e ser aniquilado (Green, 2000), medo da fragmentação (Rosenfeld, 1978) e teria como base a angústia de aniquilação (Luz, 2010). Questionamo-nos, então, se o objeto *borderline* teria a função (Bion, 1959/2013) de defender o psiquismo da angústia de aniquilação, isolando-a das outras partes, ou mesmo seria um movimento pelo *self* (Bollas, 1996) em direção à solução desta angústia. O que queremos mostrar é que nossa hipótese vincula o objeto *borderline* à angústia de aniquilação. As características desse vínculo, no entanto, não são conhecidas por nós. Fica-nos, também, a questão de se o objeto *borderline* é o que contém a angústia de aniquilação, ou se é uma solução, um produto dela.

Resumimos, então, até aqui, que o objeto *borderline* seria algo precoce, mantido em isolamento de outras partes do ego e que teria íntima relação com a angústia e o medo da aniquilação (ou desintegração e fragmentação).

Podemos acrescentar um ponto aqui, para tornar mais claro o isolamento do objeto. Na literatura, vimos a importância que é conferida à cisão pelos autores. Dois pontos são esclarecedores para nós, neste momento. Primeiramente, quando Kernberg (1966) fala da ocorrência da cisão entre partes boas e más dos objetos e, em segundo lugar, quando Green (1977/1986) fala da cisão interna das partes do ego.

Nota-se, portanto, que estamos falando de dois níveis de cisão para conjecturar as características do objeto *borderline*. Um nível dentro do objeto (e, aqui, falamos de objetos em geral), o qual produziria dois novos objetos, portanto, parciais, um bom e um mau. E um nível entre os diversos objetos do Eu, logo, uma cisão que manteria esse objeto parcial mau isolado das outras partes do Eu. Deste modo, um objeto *borderline* pode ser constituído a partir da cisão de partes boas e más de alguns objetos do Eu, onde partes más constituiriam o

objeto *borderline*, talvez, e, a partir deste conjunto de partes más, haveria a cisão entre estas partes e as outras do ego, mantendo o objeto *borderline* isolado.

A partir do que encontramos das possíveis características deste objeto e de algo de sua metapsicologia, investigamos os sintomas descritos na literatura, para pensarmos se essa leitura de um objeto *borderline* coaduna com as descrições. Destacamos, entre outros, os sintomas da instabilidade, impulsividade, raiva, dependência, submissão e demanda por afeto. Começamos pela instabilidade e impulsividade.

Sobre elas, vimos características como as variações frequentes e rápidas de humor (Schmideberg, 1947/1986), imprevisibilidade (Fonagy, 1991), entre outras. Pensamos que estes sintomas seriam o resultado da aproximação de um sujeito, outra pessoa, a este objeto *borderline*. Ou seja, uma vez que algo ou alguém se aproxima deste objeto, desperta o medo da desintegração, da aniquilação, ao que o *borderline* responderia agressivamente, ou se desestabilizaria. Dado o modo como o objeto é cindido das demais partes, a aproximação não seria gradativa, mas imediata. Logo, na superfície, identificaríamos variações frequentes e rápidas de humor e imprevisibilidade. Avancemos, pois, para a raiva, dependência e submissão.

Da mesma maneira que explicamos as variações de humor e a imprevisibilidade, pensamos que os surtos de raiva (Hoch & Polatin, 1949, Bychowski, 1953, Geleerd, 1958, Fonagy, 1991), parecerão surtos, uma vez que o contato com o objeto é feito sem mediação, é inesperado e traz de maneira bruta o medo da desintegração. Porém, dois autores especificaram algo sobre a raiva que é importante para nossa discussão.

Fonagy (1991) diz que a raiva ocorre quando há sensação de submissão e Eisenstein (1951) fala que há hostilidade e agressividade em direção ao objeto que o *borderline* pensa ser dependente. Questionamo-nos, a submissão e a dependência ao outro ocorreriam quando se tornasse possível vincular o objeto *borderline* a alguém? Ou mesmo, projetar este objeto, e as soluções que ele confere à angústia, em outra pessoa? Caso algum destes acontecesse, dada a primitividade com que o objeto é mantido em separado, ou seja, as defesas necessárias para mantê-lo encapsulado, o vínculo com alguém poderia ser fonte de equilíbrio, não no sentido de tranquilidade, mas no sentido homeostático, de algo instável que necessita de outro objeto para se estabilizar. Lembremos aqui de Bollas (1996), que diz haver turbulência quando o *borderline* se relaciona com o objeto. Assim, o *borderline* dependeria de outro para manter seu objeto primário equilibrado, ou mesmo, este equilíbrio seria facilitado quando responsabilizado a outro.

Neste momento, torna-se presumível acrescentar a grande demanda por afeto (Eisenstein, 1951) e amor (Stern, 1938), que o *borderline* teria. Seguindo nossa linha de raciocínio, essa demanda seria por alguém que pudesse se vincular ao sujeito, dando condições ao equilíbrio. No entanto, há uma ideia de Schimberg (1947/1986) que nos interessa aqui, a de que o *borderline* sentiria as privações geradas nos relacionamentos como sujeições masoquistas. Logo, quebras abruptas e trocas constantes nos relacionamentos afetivos também se tornam coerentes com o que estamos falando, uma vez que em uma dada situação de frustração causada pelo sujeito que lhe confere equilíbrio, geradora de desestabilização, o sujeito *borderline* poderia impulsivamente buscar um novo sujeito que lhe reestabelecesse o equilíbrio.

Por outro lado, podemos conjecturar que as relações do *borderline* que não envolvem este objeto sob nenhum aspecto se manteriam em um nível superficial, algo que a literatura apresenta. Neste tipo de relação, o sujeito poderia se adaptar de maneira polivalente (Hoch & Polatin, 1949). Deutsch (1942/2007) é uma autora que discorreu sobre isso, ao tratar da personalidade “como se”, dizendo que o sujeito *borderline* é imitador dos comportamentos alheios, faltando-lhe, então, genuinidade. Para alguns autores, como vimos, ele poderia ser também manipulador (Kernberg, 1967) e antissocial (Boyer, 1987).

A noção de que há dois tipos de relação do sujeito *borderline*, que nós entendemos a partir da ideia de que envolvem ou não o objeto primário, é descrita na literatura. Gunderson e Singer (1975/1986) falam de relações superficiais e intensas, mas é Adler (1988) que descreve algo que é bem próximo ao que estamos falando. Diz-nos que o *borderline* sofre de um dilema entre necessidade e medo. Ou seja, necessita de alguém, porém, quando se relaciona de maneira intensa, passa a ser dependente da pessoa, o que o leva a temê-la.

6.2.2. As técnicas terapêuticas e o objeto *borderline*

A partir do que já expusemos, fica claro o que dissemos sobre balizar as informações que encontramos a partir da ideia de um objeto *borderline*, e parece-nos haver na literatura várias informações que se relacionam a esta nossa baliza. Ou seja, não há somente autores que descreveram objetos internos próprios do *borderline*, como também percebemos sintomas que se relacionam a este objeto e tipos de relação interpessoal que sofrem influência dele. Lembremos, aqui, no entanto, que nós é que estamos relacionando as informações dos artigos à ideia de um objeto interno, muitos dos autores não o fizeram, portanto, seria injusto responsabilizá-los pelas possíveis arbitrariedades que ocorrem em nosso texto. É evidente que uma hipótese científica e sua verificação não são feitas com base na convergência de

informações, pois a combinação de informações, por si só, pode ser fruto de mera coincidência. Não obstante, continuaremos investigando e conjecturando este balizamento de informações, pois nosso trabalho não visa constituir uma tese, mas uma dissertação, logo, uma argumentação sobre um tema. Além disso, voltaremos ao assunto das convergências de informações e coincidências nas considerações finais.

Uma recomendação técnica que encontramos foi a de que a psicanálise com o *borderline* só funcionará após uma parte de psicoterapia de apoio (Stern, 1945, Knight, 1953, Schmideberg, citada por Robbins, 1956). Podemos imaginar que esta parte de apoio serviria como preparação da dupla analítica para o trabalho com o objeto *borderline*, que ocorreria subsequentemente. Mesmo assim, há recomendações técnicas, as quais, para nós, parecem evitar o contato com este objeto.

Isso é visto com a recomendação da não utilização do divã (Stern, 1945, Eisenstein, 1951, Knight, 1953, Adler, 1988) e da associação livre (Eisenstein, 1951, Knight, 1953). Ou quando Zetzel (1971) diz ser necessário fazer uma sessão por semana para evitar reações negativas. É evidente que o número de sessões, por si só, não implica um trabalho apenas psicoterápico e não analítico. Porém, quando autores recomendam a não utilização tanto do divã quanto da associação livre, pensamos ser essa uma forma de evitar o trabalho analítico. Em conjunto, parecem-nos formas de evitar que o objeto *borderline* seja projetado ou vinculado ao analista, restando à psicoterapia cuidar das partes adjacentes, que estão cindidas.

Como dissemos, o objeto *borderline* seria algo precoce, regredido. Para Green (2000), quando fala sobre a posição fóbica central, diz-nos que os objetos que estão cindidos não têm contato entre si, formam cápsulas isoladas. A primitividade e a falta de comunicação entre as partes e a cisão envolvida nos levam a pensar que a comunicação não verbal é algo intenso na relação com este objeto. Na literatura que versa sobre a técnica, encontramos isso no que tange às interpretações.

Para Schmideberg (1947/1986), a forma da interpretação é mais importante que seu conteúdo. Para Rigas (2012), as interpretações são insuficientes, pois a comunicação não verbal é maciça, e, para Luz (2009), as interpretações transferenciais são insuficientes pela intolerância à frustração e incapacidade de simbolizar. Portanto, para ela, o “aqui e agora” da sessão é tão importante quanto a transferência. Em nossa leitura, isso nos faz imaginar que o contato com o objeto *borderline* não se dá pela via verbal. Não obstante, possíveis formas de se vincular a ele são encontradas na literatura.

Bollas (1996) é um autor que nos diz para não olhar apenas para as deficiências do paciente, mas para seu desejo, o desejo da turbulência. Quando não se olha para isso, em

psicoterapia, dá-se suporte a um falso *self*. Aqui encontramos algo próximo de nossas análises, ou seja, o tratamento que evita esse objeto, restringe-se às partes cindidas a ele, que puderam amadurecer de uma forma que o objeto *borderline* não pôde. Portanto, seriam formas limitadas de psicoterapia.

Luz (2009, 2010) é uma autora que tratou com profundidade do tema da vinculação com o *borderline*. Para ela, o analista precisa sentir a dor do paciente, não apenas compreendê-la (Luz, 2009). Em outro momento, recomenda-nos que não olhemos para seus comportamentos como ataques (vimos, na literatura, que alguns autores olham dessa maneira, como Bion, 1959/2013), mas como expressões de suas dores. Luz (2010) divide a técnica psicanalítica de tratamento do *borderline* em dois níveis: um neurótico, cuja angústia é a de castração e a comunicação é verbal, e um nível *borderline*, cuja angústia é a de aniquilação e a comunicação é não verbal. É precisamente isso que estamos analisando na literatura, a divisão entre o que abarca o objeto *borderline* e o que não abarca. Como estamos vendo, isso vai além da técnica.

Na primeira parte de nosso último capítulo, citamos vários problemas que ocorrem na análise com o *borderline*. Falamos da falta de associações, do difícil manejo, das reações terapêuticas negativas, altos índices de desistência, atuações frequentes, falta de expressão das emoções, entre outros. Pensamos que estes problemas estão ligados à divisão entre o que abarca e não abarca o objeto *borderline*, mas vamos nos aprofundar em algo específico, aquilo que dissemos sobre os episódios psicóticos transitórios.

Como mostramos, vários autores na literatura citam a ocorrência de episódios psicóticos, dentro e fora da análise, em pacientes *borderline* (Bychowski, 1953, Geleerd, 1958, Gunderson & Singer, 1975/1986, Hoch & Polatin, 1949, Frosch, 1988b, Knight, 1953, Greenacre, 1941/2010). Podemos pensar que estes episódios ocorreriam quando algo na análise ou fora dela estimula ou se comunica com o objeto *borderline*. No entanto, podemos nos aprofundar nessa compreensão a partir da noção da psicose de transferência.

Para Rosenfeld (1978), como dissemos, a manifestação de fenômenos psicóticos em pacientes não psicóticos, a psicose de transferência, é essencial ao tratamento com o *borderline*. Para o autor, apesar do difícil manejo, é precisamente a ocorrência destes fenômenos psicóticos que indicará os conteúdos mais traumáticos do paciente, os quais, para Rosenfeld (1978), se resumem no medo de se tornar psicótico – o que entendemos como o medo da desintegração e fragmentação, ou seja, a angústia de aniquilação que citamos como conflito essencial ligado ao objeto *borderline*. Aqui, Rosenfeld (1978) parece nos dar

fundamento à visão que expusemos de que as psicoterapias que evitam o contato com o objeto *borderline* ficarão limitadas, não abarcando seu conflito essencial.

Continuemos nosso exame, tratando agora dos objetivos do tratamento. Na linha que estamos seguindo, ponderamos a divisão dos objetivos entre aqueles que estão no entorno do objeto *borderline*, aqueles que estão próximos e aqueles propriamente ligados ao objeto.

Sobre os que estão no entorno do objeto *borderline*, colocamos aqueles das partes das psicoterapias que estão mais ligadas ao apoio que à análise. Ou seja, objetivos como os de manter aspectos da realidade (Greenacre, 1941/2010), fortalecer o ego (Eisenstein, 1951), manejar a angústia analisável e controlar a angústia não analisável (Greenacre, 1941/2010).

Os que estão próximos ao objeto *borderline* seriam, por exemplo, o da vinculação afetiva (Stern, 1945), reintegração de afetos (Zilboorg, 1941) e diminuição da culpa e medo (Stern, 1945). Para nós, estes objetivos estão próximos do objeto *borderline* quando se assume que a vinculação afetiva que não abarca o objeto *borderline* é limitada, podendo ser uma vinculação a um falso *self*, ou que a reintegração de afetos não se dará fazendo apenas a manutenção da cisão.

Já os objetivos que estão propriamente ligados ao objeto *borderline* seriam, entre outros, os de realizar o trabalho psicanalítico até que o medo de se tornar psicótico apareça (Rosenfeld, 1978), o de o analista suportar as retaliações do paciente (Adler, 1988) e do analista trabalhar com verdades na análise, pois elas é que darão condições para a cura (Luz, 2009).

Poderíamos resumir nossos argumentos sobre as técnicas terapêuticas e o objeto *borderline* da seguinte maneira. Do mesmo modo que as relações interpessoais do sujeito *borderline*, balizadas pelo objeto, são ambivalentes, ou seja, superficiais e intensas, as técnicas terapêuticas parecem ser polivalentes. O que pensamos é que as técnicas se dividiram em três valências: 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*. Nosso último tema, no entanto, é o da transferência e contratransferência.

6.2.3. A transferência, contratransferência e o vínculo sob a ótica de um objeto *borderline*

O tema da transferência revela certa desordem no conjunto dos trabalhos que analisamos. A ideia de um objeto *borderline*, para nós, pode servir como um pilar, ou seja, algo que ajuda na sustentação, mas não a faz sozinho. Começamos com algumas características que ilustram, para nós, momentos em que não há vinculação com o objeto *borderline*.

Quando a vinculação não ocorre, a transferência seria vazia (Greenacre, 1941/2010), sem a confiança que o neurótico demonstra (Zetzel, 1971), limitada e pobre (Stern, 1938), tangencial (Eisenstein, 1951) e com forte intolerância à regressão (Kernberg, 1966). Porém, vemos outras características que esclarecem a ambivalência em relação ao objeto *borderline*, ou seja, se aproximar e se afastar dele, como confusão e estranheza (Schmideberg, 1947/1986), caos transferencial (Kernberg, 1966), forte ambivalência (Greenacre, 1941/2010) e aspectos de criança traumatizada (Stern, 1948). Há também atributos da transferência que se aproximam da ideia de vínculo com o objeto *borderline*, com as características que citamos, a saber, grande dependência (Stern, 1938, Bychowski, 1953), fortes exigências ao terapeuta (Zetzel, 1971), fantasias onipotentes (Eisenstein, 1951) e pensamentos mágicos (Bion, 1959/2013) em relação ao analista.

O vínculo com o paciente também teria características próximas ao que citamos da transferência, pois é descrito como complicado (Schmideberg, 1947/1986), desordenado (Zilboorg, 1956) e turbulento (Stern, 1945). No entanto, a vinculação é possível (Zilboorg, 1956).

Sobre o vínculo, os autores também nos dão informações que coadunam com a nossa leitura. Pensamos, para conseguir criar condições que possibilitem a vinculação com o objeto *borderline*, o analista deve viver as turbulências com o paciente (Luz, 2009), se envolver com seus terrores (Bateman, 1998) e se tornar fonte de angústia do paciente, pois esse é o tipo de vínculo do *borderline* (Bollas, 1996). Para Bion (1959/2013), o vínculo será como o do seio e o bebê, como já dissemos, onde a comunicação é feita pela identificação projetiva.

O conceito de identificação projetiva nos ajuda a compreender alguns dos problemas em análise que citamos. Hipotetizamos que partes ou mesmo o todo do objeto *borderline* podem ser expelidas da dinâmica psíquica do sujeito e projetadas no analista, o que causaria fusão entre paciente e analista (Rosenfeld, 1987) ou simbiose (Kernberg, 1967). Não obstante, essa expulsão e projeção tornariam o analista ameaçador (Kernberg, 1968), pois restaria ao analista proteger o sujeito do medo da desintegração, levando o paciente a se sentir

dependente, o que retomaria à dinâmica necessidade-medo (Adler, 1988). Com isso, o analista poderia sofrer ataques do paciente, que já vimos tanto pela percepção de ataques (Bion, 1959/2013), como expressão de dores (Luz, 2010).

Além disso, compreender a dinâmica da identificação projetiva tornaria possível identificar o que o paciente tenta nos comunicar, via comunicação não verbal (Rosenfeld, 1987). Aliado a isso, a psicose de transferência (Boyer, 1987, Rosenfeld, 1978) seria outra forma de compreender os conteúdos não verbalizados.

Luz (2010), novamente resume os caminhos de análise que estamos imaginando, ou seja, aqueles que abarcam o objeto e os que o evitam. Para a autora, há dois tipos de transferência, a neurótica, com neurose de transferência onde o analista é um objeto, e a *borderline*, onde o analista é um objeto real e novo e a comunicação não verbal é predominante.

Sobre a contratransferência, mencionaremos algo que é evidente. Com todos os problemas, desordens e complicações que citamos, ela seria difícil, como já dissemos antes. Gostaríamos de evidenciar, novamente, que Green (1977/1986) confere à contratransferência um grau bastante importante como ferramenta para entender o *borderline*. A isso, relacionamos o que propôs Luz (2009), de viver as turbulências do paciente e Bateman (1998) de se envolver com os terrores do paciente.

Pensando a partir da identificação projetiva, da simbiose e fusão entre analista e paciente e da comunicação não verbal, torna-se plausível imaginar que a análise do *borderline* incide no analista o enigma de se vincular ou não. Ele deve escolher, então, não ajudar o paciente, ajudá-lo pelas bordas, ou seja, pelo entorno do objeto *borderline*, ou assumindo os aspectos fusionais com este objeto, os quais poderão oferecer ao *borderline* uma oportunidade real de melhora.

7. Considerações finais

A ideia de um objeto *borderline* não é uma solução teórica, ou seja, uma convergência de informações que arbitrariamente cria uma solução externa ao campo analisado. Isso seria algo apenas transitório, pois recolocaria o problema da indefinição em outro lugar. Seria apenas uma forma de agrupar na ideia de um objeto as informações que encontramos. Nossa proposta, aqui, é clínica, pois incita pesquisadores a buscar um objeto *borderline*, ou seja, a investigar o quadro *borderline* a partir da perspectiva de que há um objeto interno cindido das outras partes do Eu.

Um objeto, pois estaria na fronteira do Eu e do não-Eu, uma vez que é parte do Eu, mas não está sob seu domínio; e *borderline*, pois estaria nos limites do interno e externo, do contido e não contido, ou seja, sempre no limite de aparecer. Aparição, tal, explosiva e turbulenta, como já dissemos.

Quando instigamos o desenvolvimento de investigações do fenômeno *borderline* sob a perspectiva de um objeto *borderline*, pensamos que a dinâmica psíquica e comportamental poderia ser compreendida se utilizando da ideia desse objeto como uma baliza. Um exemplo disso seria o tema da instabilidade, frequentemente colocada como característica marcante do paciente. Instabilidade denota a falta de constância, de padrão. Caso os comportamentos explosivos, surtos de raiva, variações de humor, sejam olhados pela perspectiva de que são ativações, irrupções do objeto *borderline*, então não poderíamos falar de instabilidade, mas de ativações específicas, mesmo que explosivas. Assim, o objeto *borderline* pode ser resultado de uma tentativa de contenção de algo que desestabiliza e, portanto, traz consigo a angústia da aniquilação, o medo de se desintegrar.

É um objeto, também, pois está ligado ao não verbal. Não porque os objetos não são simbólicos, mas porque falamos de um objeto precoce, o qual contém significado de uma forma primitiva, portanto, com verbalização muito precária, logo, aparece na atuação.

Entender as características de um objeto como esse, promove a compreensão de que o sujeito *borderline* pode estar em uma luta constante, sem saber contra o que. Os clínicos, então, não resumiriam seu trabalho à interpretação dos conteúdos contra os quais o paciente luta. Primeiramente, porque eles não seriam comunicados, mas atuados, projetados, etc. E, em segundo lugar, porque apenas o fato de dar nome ao objeto não diminuiria sua força. Então, outro trabalho importante com o *borderline* seria o da vinculação, que vai além do campo verbal, ou seja, intelectual e teórico, mas também abarca o não verbal (portanto, o conteúdo

projetado, cindido, atuado). Talvez, aqui, no campo do quadro *borderline*, a interpretação da contratransferência seja a ferramenta psicanalítica essencial.

Ainda no tema do objeto *borderline*, gostaríamos de lembrar o texto de Glover (1932), quando o autor diz que a drogadição corresponde a verdadeiros estados *borderline*, pois uma parte da personalidade estaria vinculada à droga e outra parte, mais neurótica, não teria essa vinculação e manteria o exame da realidade intacto. Queremos deixar este ponto como possível linha de pesquisa, ou seja, a hipótese de que a parte da personalidade vinculada à droga seria o objeto *borderline*. Dentro da hipótese, imaginamos que a droga poderia servir como algo que se vinculasse ao objeto *borderline* conferindo estabilidade a ele (o equilíbrio homeostático que dissemos antes). Pensamos, da mesma maneira que o sujeito *borderline* mantém relações de dependência com algumas pessoas, demandando muita atenção, ele poderia estabelecer essa relação de dependência com uma droga, conferindo estabilidade à dinâmica psíquica, com a diferença de que a droga não se negaria a participar da relação.

Quando falamos de pacientes *borderline* e de artigos que examinamos, encontrando divergências que nos permitem conjecturar interpretações do material, não estamos falando de meras coincidências. O analista que trabalha com pacientes *borderline* sofrerá com a contratransferência. Não obstante, pensamos, assim como Green (2000) e Rosenfeld (1978, 1987), que é a análise da própria contratransferência que dará informações essenciais sobre o paciente. A interpretação da contratransferência pode ser a possibilidade de tornar verbais os conflitos não verbais do paciente.

Neste caminho, a produção de um artigo pode ser um estágio posterior à interpretação da contratransferência, ou seja, uma tradução dela em termos psicanalíticos. Por esta razão, é possível pensar que quando analisamos a literatura sobre o *borderline*, estamos obtendo informações de seu próprio funcionamento psíquico, o qual foi projetado no analista, interpretado e traduzido em termos psicanalíticos.

Pode-se objetar a importância destes esclarecimentos a partir da noção de que todo trabalho psicanalítico seria fruto da contratransferência e do modo que um autor se vincula ao seu tema de trabalho. No entanto, este ponto tem importância fundamental no *borderline*, caso admitamos que os conflitos não verbais sejam projetados no analista (via identificação projetiva, por exemplo, como vimos). Então, concluímos, quando o analista escreve sobre o *borderline*, não está falando apenas de seus conteúdos (do analista), mas de conteúdos do paciente que foram colocados no analista e que buscam elaboração. No caso, essa elaboração, ou tentativa de, seria a escrita de trabalhos psicanalíticos.

Sobre nossa pesquisa em geral, ainda é necessário ponderar lacunas em nossa metodologia. Principalmente, elas estão ligadas ao buscador que utilizamos, o *PsycInfo*, o qual, apesar de ter grande amplitude, abarca apenas trabalhos de nível internacional e, majoritariamente, de língua inglesa. Ou seja, ainda que nossa pesquisa tenha resultado em artigos publicados em alemão, francês e outras línguas, os resultados continham principalmente artigos americanos e ingleses. Desta forma, nosso trabalho parece fazer um recorte da literatura anglo-saxônica, mas não é este o caso.

Nossa intenção principal era a de fazer um recorte amplo que abarcasse diversas escolas psicanalíticas ou mesmo autores de diversas nacionalidades. É possível perceber, a partir das notas de rodapé que contêm breves dados biográficos de grande parte dos autores, que as nacionalidades são muito diversificadas. Contudo, há, ainda, outras razões para essa repetição de trabalhos anglo-saxônicos.

A produção acadêmica americana sobre o quadro *borderline* é, em quantidade, maior que a de outros países (Figueiredo, 2000). Além disso, grande parte dos trabalhos mais antigos, anteriores a década de 1960, foi produzida nos Estados Unidos, o que nos conduz à necessidade de examiná-los, uma vez que se trata aqui de um trabalho sobre a história do quadro *borderline*.

Com isso, uma parte importante da literatura sobre o *borderline* não está presente em nosso trabalho. Autores franceses como Jacques André e seu trabalho com a alteridade, ou mesmo a estranheza daquilo que significa o 'outro' para o *borderline* (André, 2001); René Roussillon e suas pesquisas com as patologias narcisistas identitárias (Roussillon, 2008); e Jean Bergeret e seu trabalho de mais de quarenta anos investigando os estados-limites (Chagnon, 2009), não foram apresentados por nós. Outra parte importante da literatura psicanalítica sobre o tema que não foi abarcada por nossa pesquisa são as teses e dissertações, tanto brasileiras, quanto de outras nacionalidades.

Ademais, devemos atentar para o fato de que textos da escola lacaniana não estão presentes. Importa-nos esclarecer que apesar de contribuir com questionamentos sobre a essência do *borderline*, ou seja, se ele seria realmente um quadro psicopatológico, não mantivemos esta escola em nosso trabalho, respeitando suas especificidades e nossa falta de domínio de seus conceitos.

Outra consideração importante que devemos fazer aqui é a de que nosso trabalho, como dito na introdução, faz parte do *Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização* (LEPPSIC). Neste laboratório, outro texto sobre o quadro *borderline* foi

produzido, portanto, é necessário que o analisemos, mostrando que nosso próprio texto não se trata de uma repetição daquele. Trata-se do artigo *Histeria e patologias borderline no discurso psicanalítico: linhas tênues*, de Mello Neto, Martinez e Moreira (2008).

Neste trabalho, os autores discutem diferenças entre a histeria e o quadro *borderline*. Falam também de aspectos da histeria que foram analisados posteriormente aos trabalhos de Freud. Há artigos que examinamos, principalmente nas décadas de 1930, 1940, 1950 e 1960, que Mello Neto, Martinez e Moreira (2008) também analisaram.

Assim como em nosso trabalho, os autores encontraram na literatura psicanalítica uma indefinição do quadro *borderline* nas décadas anteriores a 1960, sendo que após essas décadas houve maior organização, principalmente a partir de Otto Kernberg.

Os autores analisaram as semelhanças entre a histeria e o quadro *borderline* no que tange à transferência e contratransferência, bem como aspectos psicodinâmicos. Examinaram diferenças, enaltecendo o cuidado em não se olhar apenas para sintomas, mas também para aspectos estruturais e psicodinâmicos. Algumas diferenças principais que encontraram estão em torno da ideia de que há um ego mais enfraquecido no *borderline* e há um uso maciço da cisão no quadro, o que não ocorreria na histeria.

Deixam, também, uma questão importante: o quadro *borderline* seria uma evolução da histeria? Atualmente, eles perceberam haver um aumento dos casos *borderline*, o que também apontamos, e uma diminuição dos casos de histeria. Sobre isso, podemos dizer que a partir da década de 1960, com a organização sistematizada do quadro *borderline* como uma patologia específica, que os dois quadros não se tratariam da mesma coisa, logo, o quadro *borderline* não seria uma evolução da histeria. Contudo, essa questão não tem resposta tão evidente, portanto, devemos mantê-la sem conclusão definitiva.

Outra consideração importante no artigo de Mello Neto, Martinez e Moreira (2008) é a respeito de que devemos olhar para mudanças sociais e para mudanças em aspectos técnicos da psicanálise para compreender o quadro *borderline*. Em nosso texto, apontamos para a escassez de informações e reflexões acerca de aspectos sociais, de mudanças socioculturais que podem contribuir na construção de uma patologia *borderline*.

Devemos considerar que nosso texto é complementado pelo trabalho de Mello Neto, Martinez e Moreira (2008) em razão da utilização de artigos alemães que fizeram. Eles cobrem, portanto, uma parte da literatura que não vimos, o que já explicamos. Outra parte na qual os autores se aprofundaram e nós não fizemos foi na investigação das diferenças entre a histeria e o quadro *borderline*. Em nosso texto, as diferenças entre as psicopatologias

receberam pouca atenção, em razão de nossos objetivos. Deste modo, textos como o dos autores são essenciais para que haja uma compreensão ampla do quadro *borderline*.

Há alguns textos de nosso trabalho, não obstante, que não foram examinados pelos autores. Portanto, a parte que complementamos ao trabalho deles é na ampliação das referências bibliográficas e na exposição dos resumos dos artigos que analisamos, o que permite ao leitor a utilização dessas informações. Há partes da literatura psicanalítica que abarcamos, especialmente os artigos mais recentes, dos últimos dez anos, que também complementam o trabalho de Mello Neto, Martinez e Moreira (2008).

Ademais, nossa hipótese de um objeto *borderline* é uma contribuição desta dissertação, mas que pode ser confrontada por artigos como o deles. Ou seja, a partir das informações de trabalhos que revisem a literatura, nossa hipótese pode ser colocada em discussão e análise, o que esperamos que seja feito por outros autores. Com isso, consideramos a complementariedade dos trabalhos e a importância que isso tem para que ocorra de fato uma compreensão sólida sobre o quadro *borderline*. Logo, é essencial que outros laboratórios de pesquisa o façam, ou continuem realizando pesquisas deste modo.

Nossa escolha por trabalhar com artigos se deu em razão da noção de que por serem mais breves, permitem que examinemos um número maior de trabalhos. Assim, a partir de artigos é possível fazer um exame mais extenso da literatura do que se fizéssemos o mesmo trabalho abarcando exclusivamente livros. Desta maneira, nos foi possível compreender mais amplamente a história do quadro *borderline* na literatura psicanalítica, podendo correlacionar mais autores. Não obstante, os livros tratam dos assuntos de maneira mais aprofundada e detalhada, logo, temas como a técnica psicanalítica, casos clínicos, entre outros, ficam mais bem explanados quando sob a forma de livros.

Podemos ilustrar este argumento a partir do livro de Vamik Volkan (1987), *Seis passos no tratamento da organização borderline da personalidade*, onde o autor traz detalhadamente aspectos técnicos específicos para o tratamento de casos *borderline* e revisa longamente um caso de sua experiência, em toda a extensão do caso, aproximadamente 7 anos, com quatro sessões semanais. Desta maneira, é possível ao leitor compreender em detalhes as diversas fases que compõem o tratamento de um caso *borderline*, inclusive a fase do término, onde se pode notar que o autor fala de uma melhora significativa do caso que expôs e de como a paciente em questão pôde desenvolver mecanismos mais amadurecidos e integradores, de modo a ter uma vida menos angustiante e destrutiva. Ou seja, se vimos em nossa dissertação a fala de que raramente um tratamento com casos *borderline* se dá por completo, Volkan (1987) mostra um exemplo de um tratamento que compreendemos como

completo, uma vez que fala de um amadurecimento de estruturas e funções psíquicas. Ademais, o autor também compreende o caso como um tratamento que se deu por completo, pois, todas as fases de tratamento que ele sugere foram seguidas com sucesso.

Ainda sobre o livro de Volkan (1987), é necessário ponderar a ideia de um espectro *borderline*, ou seja, uma linha contínua da patologia que vai de casos mais graves, próximos da psicose, até casos menos graves, próximos da neurose. Isso não foi visto nos artigos que examinamos, porém, é uma ideia presente em grande parte da literatura psicanalítica atual.

Fazemos estes esclarecimentos para posicionar nosso trabalho. Um recorte metodológico é essencial para a realização de uma pesquisa e, por se tratar de um recorte, evidentemente, deixa inúmeras lacunas. Mencioná-las, no entanto, permite a compreensão de que nosso trabalho pretende fazer parte das pesquisas com o *borderline* e, portanto, agregar explicações. Pensamos que o quadro *borderline* demanda organização entre pesquisadores, ou seja, que as pesquisas acrescentem umas às outras, para que possamos atingir maior compreensão do quadro. Torna-se evidente, então, nosso já mencionado objetivo de aproximar vários textos clássicos e contemporâneos ao público brasileiro.

As pesquisas cujos objetivos envolvem aspectos históricos e contemporâneos são necessárias para que os tratamentos de pacientes *borderline* sejam mais eficazes. Os altos índices de desistência desses pacientes, bem como sua grande variabilidade sintomática, causam problemas aos clínicos. Pensamos que em razão dessas características, os clínicos podem produzir suas próprias teorizações do que seria o *borderline*, resultando em cada clínico ter uma concepção própria do quadro. Com isso, as pesquisas que contribuem para a organização dos conhecimentos desenvolvidos adquirem especial importância no quadro *borderline*, e estimamos que este trabalho tenha acrescentado algo a isso.

Referências

- Adler, Gerald. (1988). How useful is the borderline concept? *Psychoanalytic Inquiry*, 8, 353-372.
- American Psychiatry Association (APA). (2014). Transtornos da Personalidade. In: M.I.C. Nascimento (Trad.) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*, (5.ed., pp.645-685) Porto Alegre: Artmed.
- André, Jacques. (2001). Entre angústia e desamparo. (P. H. B. Rondon, Trad.). *Ágora*, 4 (2), 95-109.
- Barnhill, John. (2015). Casos clínicos do DSM-5. (R. Pizzato, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Bateman, Anthony. (1998). Thick- and Thin-Skinned Organisations and Enactment in Borderline and Narcissistic Disorders. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79, 13-25.
- Bion, Wilfred R. (2013). Attacks on linking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 82 (2), 285-300. Original publicado em 1959.
- Bollas, Christopher. (1996). Borderline Desire. *International Forum of Psychoanalysis*, 5, 5-9.
- Boyer, L. Bryce. (1987). Psychoanalytic treatment of the borderline disorders today – A brief review. *Contemporary Psychoanalysis*, 23, 314-327.
- Brenman, Margaret. (1966). Robert Palmer Knight – 1902-1966. *The Psychoanalytic Quarterly*, 35, 594-596.
- Bromley, Alexander. (1973). Edward Glover – 1888-1972. *The Psychoanalytic Quarterly*, 42, 173-177.
- Bychowski, Gustav. (1953). The Problem of Latent Psychosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 484-503
- Cammell, Paul. (2014). Technology and Technicity: A Critical Analysis of Some Contemporary Models of Borderline Personality Disorder. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, s/v, s/p. DOI: 10.1002/aps.1410.
- Cardoso, Marta Rezende. (2005). A servidão ao “outro” nos estados limites. *Psychê*, 16, 65-75.
- Cassullo, Gabriele. (2016). The psychoanalytic contributions of Melitta Schmeider Klein. More than Melanie Klein’s rebel daughter. *The American Journal of Psychoanalysis*, 76, 18-34.
- Chagnon, Jean Yves (2009). Os estados-limites nos trabalhos psicanalíticos franceses. (R. Passos, trad.) *Psicologia USP*, 20 (2), 173-192.

- Dalgalarrodo, Paulo & Vilela, Wolgrand. (1999). Transtorno *borderline*: história e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2 (2), 52-71.
- Deutsch, Helene. (2007). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 76, 325-344. (Original publicado em 1942).
- Eco, Umberto. (1983). *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva.
- Eisenstein, Victor W. (1951). Differential psychotherapy of borderline states. *The Psychiatry Quarterly*, 25 (1), 379-401.
- Figueiredo, Luís C. (2000). O caso-limite e as sabotagens de prazer. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (2), 61-87.
- Fonagy, Peter. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fountain, Gerard. (1960). Gregory Zilboorg – 1890-1959. *The Psychoanalytic Quarterly*, 29, 1-5.
- Frosch, John. (1986) The Psychotic Character: Clinical Psychiatric Considerations. In: Stone, Michael H. (Ed.) *Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border* (pp.263-278). Nova Iorque: New York University Press. (Original publicado em 1964).
- Frosch, John. (1988a). Psychotic character versus borderline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 69, p.347-357.
- Frosch, John. (1988b). Psychotic character versus borderline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 69, 445-456.
- Frosch, William. (1999). John Frosch (1909 – 1999). *The International Journal of Psychoanalysis*, 80, 1017-1019.
- Gabbard, Glen O. (2016). Transtornos da Personalidade do Grupo B: *Borderline*. In: F.S. Rodrigues (Trad.) *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica* (5.ed. pp.427-479). Porto Alegre: Artmed.
- Geleerd, Elisabeth R. (1958). Borderline States in Childhood and Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 279-295.
- Gifford, Sanford. (1983). Helene Deutsch – 1884-1982. *The Psychoanalytic Quarterly*, 52, 427-431.
- Gillespie, W. H. (1971). Donald W. Winnicott. *The International Journal of Psychoanalysis*, 52, 227-228.
- Gittelson, Frances. (1971). Elizabeth Rosenberg Zetzel, M.D – 1907-1970. *The Psychoanalytic Quarterly*, 40, 709-710.

- Glover, Edward. (1932). A Psycho-Analytic approach to the classification of mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 78, 819-842.
- Green, André. (1986). The Borderline Concept: A Conceptual Framework for the Understanding of Borderline Patients. In:_____. *On private madness*. (pp.60-83) Londres: Karnac Books. (Original publicado em 1977).
- Green, André. (2000). The Central Phobic Position: A New Formulation of the Free Association Method. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81, 429-451.
- Greenacre, Phyllis. (2010). The predisposition to anxiety II. *The Psychoanalytic Quarterly*, 79 (4), 1075-1101. Original publicado em 1941.
- Gunderson, John & Singer, Margaret. (1986). Defining Borderline Patients: An Overview. In: Stone, Michael H. (Ed.) *Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border* (pp.453-474). Nova Iorque: New York University Press. (Original publicado em 1975).
- Harley, Marjorie & Weil, Annemarie. (1990). Phyllis Greenacre, M.D. (1894-1989). *The International Journal of Psychoanalysis*, 71, 523-525.
- Hoch, Paul & Polatin, Phillip. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *The Psychiatry Quarterly*, 23 (2), 248-276.
- International Psychoanalytical Association (IPA). (2016). *Thesaurus of Psychoanalytic Terms*. Disponível em: http://www.ipa.world/IPA/en/What_is_Psychoanalysis/Thesaurus_of_Psychoanalytic_Terms/en/Dictionary.aspx?hkey=187180ca-b6d4-464b-9103-4a4c9bc19396
- Jaques, Elliott (1982). Wilfred R. Bion: Reflections on his life and work. *The American Journal of Psychoanalysis*, 42 (3), 249-252.
- Kernberg, Otto. (1966). Structural Derivatives of Object Relationships. *The International Journal of Psychoanalysis*, 47, 236-252.
- Kernberg, Otto. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, Otto. (1968). The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 600-619.
- Knight, Robert P. (1953). Borderline States. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17(1), 1-12.
- Lakatos, Eva M. & Marconi, Marina A. (2010). *Fundamentos de metodologia científica*. (7.ed.) São Paulo: Editora Atlas. Original publicado em 1985.
- Luz, Anette B. (2009). Truth as a way of developing and preserving the space for thinking in the minds of the patient and analyst. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, 291-310.

- Luz, Anette B. (2010). Ferenczi: Grão-vizir ou *enfant terrible*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44 (2), 17-22.
- Mello Neto, G. A. R.; Martinez, V. C. V.; Moreira, A. P. (2008). Histeria e patologias *borderline* no discurso psicanalítico: linhas tênues. *Percurso. Revista de Psicanálise*, 40, 91-102.
- Mitchell, Arnold. (1985). The borderline diagnosis and integration of self. *American Journal of Psychoanalysis*, 45, 234-250.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2011). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. (D. Caetano, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1993).
- Procci, Warren. (2012). Leo Rangell – 1913-2011. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93, 451-455.
- Rangell, Leo. (1955). Panel Reports – The Borderline Case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 285-298.
- Ribeiro, Hewdi L.; Cordás, Táki A. & Nogueira, Fabiana C. (2011). Transtorno da personalidade *borderline*. In: Louzã Neto, Mario R.; Cordás, Táki A. & Cols. *Transtornos da personalidade* (pp.111-122). Porto Alegre: Artmed.
- Rigas, Dimitrios. (2012). When interpretations are not enough: Interactions between the analytic pair, an intersubjective approach. *International Forum of Psychoanalysis*, 21, 182-188.
- Robbins, Lewis. (1956). The Borderline Case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 550-562.
- Rosenfeld, Herbert. (1978). Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59, 215-221.
- Rosenfeld, Herbert. (1987). Projective identification in clinical practice. In:_____. *Impasse and interpretation* (pp.157-189). Taylor and Francis Group.
- Roudinesco, Elisabeth (2016). *Sigmund Freud: Na sua época e em nosso tempo*. (André Telles, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Roussillon, René (2008). Configuración de los estados límites. *Revista de Psicoanálisis*, 65 (1), p.17-27.
- Schmideberg, Melitta. (1986). The Treatment of Psychopaths and Borderline Patients. In: Stone, Michael H. (Ed.) *Essential Papers on Borderline Disorders: One Hundred Years at the Border* (pp.92-118). Nova Iorque: New York University Press. (Original publicado em 1947).

- Shoenfeld, Dudley D. (1959). Adolph Stern, M.D – 1878-1958. *Bulletin of the American Psychoanalytic Association*, 15, 381-382.
- Steiner, Riccardo. (1986). Herbert A. Rosenfeld (1910 – 1986). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2, 263-265.
- Stern, Adolph. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Stern, Adolph. (1945). Psychoanalytic Therapy in the Borderline Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly* 14, 190-198.
- Stern, Adolph. (1948). Transference in Borderline Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 17, 527-528.
- Stern, Adolph. (1957). The Transference in the Borderline Group of Neuroses. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5, 348-350.
- Stone, Michael H. (1976). The Borderline Syndrome: Evolution of the Term, Genetic Aspects, and Prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31 (3), 345-365.
- Stone, Michael H. (1992). Incest, Freud's Seduction Theory, and Borderline Personality. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 20, 167-181.
- Tartakoff, Helen. (1970). Elisabeth Geleerd Loewenstein. *The International Journal of Psychoanalysis*, 51, 71-73.
- Triviños, Augusto N. S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Atlas.
- Volkan, Vamik. (1987). *Six steps in the treatment of borderline personality organization*. Washington: International Psychotherapy Institute E-Books.
- Wangh, Martin. (1972). Gustav Bychowski, M.D. – 1895-1972. *The Psychoanalytic Quarterly*, 41, 610-611.
- Widlöcher, Daniel. (2013). André Green (12 March 1927 – 22 January 2012). *The International Journal of Psychoanalysis*, 94, 166-167.
- Winnicott, Donald W. (1994). Hate in Counter-Transference. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3 (4), 348-356. Original publicado em 1947.
- Zepf, Siegfried. (2012). Do We Need the Concept of “Splitting” to Understand Borderline Structures? *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 35, 45-57.
- Zetzel, Elizabeth R. (1971). A Developmental Approach to the Borderline Patient. *American Journal of Psychiatry*, 127 (7), 867-871.
- Zilboorg, Gregory. (1941). Ambulatory Schizophrenia. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 4, 149-155.

Zilboorg, Gregory. (1956). The problem of ambulatory schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 113 (6), 519-525.

Zilboorg, Gregory. (1957). Further observations on ambulatory schizophrenias. *American Journal of Orthopsychiatry*, 27 (4), 677-682.