JORNAL *de* PSICANÁLISE *51*(95), 43-57. 2018

Um território sem fronteiras

Os casos-limite[1]

Ligia Todescan Lessa Mattos,[2] São Paulo

Resumo: Segundo André Green, pacientes *borderline* ou casos-limite são hoje parte importante da clínica psicanalítica, se não seu núcleo. Distúrbios alimentares, adições, busca compulsiva de modificações no corpo, atuações, indicariam a existência de "novas patologias"? Peculiaridades da vida contemporânea mudaram os pacientes? Há um novo modelo de mente exigindo uma "nova psicanálise"? Ou são os avanços dos conhecimentos teóricos e técnicos da psicanálise que permitem acolhermos hoje pacientes antes vistos como "não analisáveis"? O artigo apresenta algumas observações sobre a clínica psicanalítica de casos-limite, nos quais predominam angústias de abandono, perda ou separação e também as de intrusão, clínica que exige flexibilidade do analista e, ao mesmo tempo, a constante atenção à preservação da função analítica.
Palavras-chave: clínica psicanalítica contemporânea, casos-limite, neurose, psicose, função analítica

Introdução

Nas últimas décadas, inúmeros estudos têm buscado redefinir e delimitar uma patologia que surgiu pela primeira vez na literatura psiquiátrica no final do século XIX: a patologia *borderline*. A noção de *borderline* constituiu-se inicialmente como uma entidade vaga e imprecisa, compreendendo sintomas que se estendiam desde o espectro "neurótico", passando pelos "distúrbios de personalidade", até o espectro "psicótico".

Essa patologia, durante algum tempo, foi denominada de estado pré-psicótico. A partir da década de 1950, o transtorno *borderline* passou a ser utilizado como categoria diagnóstica de maneira mais ampla na clínica psiquiátrica e na psicanalítica. Mais recentemente, esse transtorno tem sido diagnosticado com frequência em adolescentes e adultos jovens com comportamento impulsivo e/ou autodestrutivo, uso de drogas e problemas sérios de identidade.

1 Este texto retoma e atualiza o trabalho apresentado em reunião científica da SBPSP em 12 de abril de 2012.

2 Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP); docente e analista didata do Instituto "Durval Marcondes" da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

No trabalho com crianças, sobretudo com crianças psicóticas, encontramos manifestações claras de angústias que, como descreveram Klein, Bion e Winnicott, expressam o "medo de aniquilação" (Klein, 1946/1941), as angústias "sem nome" (Bion 1957/1994a) e "tormentos atrozes ou agonias impensáveis" (Winnicott 1965/1994).

Na clínica de adultos neuróticos, a expressão dessas emoções muitas vezes está camuflada pelas possibilidades de o paciente simbolizar e de representar suas emoções. Somente em alguns momentos, diante de situações de maior impacto emocional, observamos neles manifestação "crua" de angústias dessa natureza.

Enquanto na clínica de pacientes neuróticos o que está em questão é o conflito edípico e a configuração triangular, na dos pacientes psicóticos defrontamo-nos com angústias persecutórias, de fragmentação e de identidade.

Durante entrevista em Barcelona (2010), Otto Kernberg delimitou três aspectos da personalidade *borderline*: a difusão da identidade, devida principalmente às falhas da integração do conceito de si próprio e das pessoas mais significativas; o uso de mecanismos primitivos de defesa e a manutenção do critério de realidade, que distingue o distúrbio *borderline* da psicose (Mélega et al., 2016),

Enquanto na clínica dos pacientes neuróticos o que está em questão é o conflito edípico e a configuração triangular, na dos pacientes psicóticos, defrontamo-nos com angústias persecutórias, de fragmentação e de identidade.

Os pacientes que não se enquadram nos parâmetros da neurose ou da psicose, na literatura, recebem a denominação de "limite", nome que os situa em um "espaço-entre", ou seja, entre psicose e neurose. É uma classificação que acolhe pacientes com certas características comuns, embora alguns se aproximem mais das psicoses e perversões, enquanto outros apresentam aspectos que os aproximam mais das neuroses.

Predominam nesses casos sintomas como atuações, violência, dificuldades de simbolização, dificuldades ou peculiaridades no estabelecimento de vínculos, sintomas que, geralmente, não veiculam uma representação simbólica, como acontece nas neuroses.

Muitos autores incluem nessa categoria quadros psicossomáticos, distúrbios alimentares, adições e busca compulsiva de modificações do corpo (cirurgias, *piercings*, tatuagens). São os pacientes *borderline* na literatura inglesa, *cas-limites* entre os franceses e casos fronteiriços ou limite entre nós. Green (2000/2002) considera que, nos dias atuais, pacientes com configurações mentais *borderline* tornaram-se parte tão importante da clínica psicanalítica que é possível dizer que eles formam seu núcleo.

Diante dessas configurações, a tendência atual é postular a existência de "novas patologias" a exigir uma "nova psicanálise". Mas existirão mesmo "novas patologias"? Mudaram os pacientes sob o efeito das peculiaridades da vida contemporânea? Haveria um novo modelo de mente a exigir uma "nova psicanálise"?

O consumismo, o hedonismo, os avanços tecnológicos e a globalização marcam a sociedade atual. As características da sociedade moderna facilitam a transgressão de limites: no plano econômico, induzindo ao consumismo; no plano sexual, com a maior liberdade dos costumes: no plano das relações pessoais, marcado no presente pelas comunicações virtuais.

O imediatismo na busca de resultados é outro fator preponderante em nossos dias. Mas são apenas as condições da vida moderna que criam tantas resistências ao trabalho analítico um trabalho tão demorado e na contracorrente do mundo pós-moderno – que exigem alterações no *setting* e a invenção de uma clínica ou uma 'psicanálise da contemporaneidade'? Ou somos nós, os psicanalistas, que *"pressionados pelo que identificamos como demandas da assim chamada pós-modernidade, procuramos adaptar nosso 'produto' a essas demandas"*? (Mattos & Sandler, 2001, p. 996).

Em razão dos avanços dos conhecimentos teóricos e técnicos da psicanálise, muitas configurações mentais passaram a ser consideradas um campo de interesse e de trabalho. Há uma evolução da psicanálise e uma nova visão dos analistas que hoje se dispõem a se aventurar por caminhos anteriormente considerados fechados. Acolhemos, hoje, muitos pacientes anteriormente considerados como "não analisáveis".

Não será esse um dos motivos que levam à crença na existência de "novas patologias"? Não seria também um fato que a maior permissividade da sociedade moderna contribuísse para a liberação de mecanismos repressivos, revelando, por sua vez, os mecanismos de cisão?

Por outro lado, a maior frequência desses pacientes que hoje nos procuram não estará também relacionada com o fato de que os "simplesmente neuróticos" buscam hoje as inúmeras ofertas de medicamentos e de atendimentos alternativos? São ofertas, aliás, que vão ao encontro da atual demanda de imediatismo. Desse modo, nos nossos consultórios, a clínica da repressão e da neurose vem sendo progressivamente substituída pela clínica da cisão.

A partir dos trabalhos de Freud, nos anos 20 do século passado, abriu-se um caminho para a consideração de situações "mais além do princípio do prazer" (Freud, 1920/1996) e, também, para a percepção de que o modelo de inconsciente descritivo a ser resgatado pelo trabalho analítico não mais era suficiente para a compreensão de pacientes "mais além (ou aquém) das neuroses".

Nesses pacientes, ao contrário do que acontece com os pacientes neuróticos, a luta contra a força do recalcamento para chegar ao material inconsciente não mais se mostra eficaz, nem mesmo é esta a tarefa principal do analista.

Com a descrição da compulsão à repetição, mais originária que o princípio do prazer, e, em seguida, com a Teoria Estrutural, proposta em *O ego e o id* (Freud, 1923/1996), Freud examina estados psíquicos além, ou, melhor dizendo, "aquém" das neuroses.

O Id é um "novo" inconsciente, mais "primitivo" que o Inconsciente da primeira tópica. Essa parte do aparelho psíquico, que nunca chegou e que nunca chegará a ser consciente, contém as pulsões e aquilo que existe de mais originário, de mais arcaico, em nossa vida.

Nele, no Id, nenhuma transformação é possível. Como diz Freud: "[o Id] está sob o domínio das silenciosas mas poderosas pulsões de morte que desejam ficar em paz e (incitadas pelo princípio de prazer) fazer repousar Eros, o promotor de desordens" (1923/1996, p. 71).

Podemos, portanto, situar já em 1920, com *Mais além do princípio do prazer*, e em 1923, com *O ego e o id*, os embriões das ideias que, hoje, contribuem para os avanços da psicanálise na abordagem desses casos, por muitos denominados como "novas patologias".

Examinando as mudanças que marcaram o campo psicanalítico, Green, no livro *La folie privée – Psychanalyse des cas-limites*, propõe um esboço do desenvolvimento da teoria e da prática psicanalíticas ao longo da história. Distingue três tendências, assinalando, porém, que "a realidade, sendo mais complexa, ignora limites arbitrários e correntes diferentes se interpenetram" (1990a, p. 82)).

Nesse esboço, ele descreve um primeiro movimento, no qual tinha importância a realidade histórica do paciente, momento em que são descobertos o conflito, o inconsciente, as fixações etc. Após a segunda tópica, ganha interesse o estudo do ego e dos mecanismos de defesa (Anna Freud, Hartmann), havendo igualmente maior consideração pela transferência.

Uma segunda tendência é caracterizada pelo estudo das relações de objeto, compreendidas com diferentes sentidos pelos vários autores (Klein, Balint, Fairbairn, Spitz e outros). Nesse movimento, a noção de neurose de transferência vai sendo gradativamente substituída pela de processo psicanalítico. Essa tendência busca a compreensão do desenvolvimento interno dos processos psíquicos do paciente e enfatiza as interações envolvendo paciente e analista (Meltzer é um expoente desse movimento).

Finalmente, como uma terceira tendência, Green (1990a) aponta os estudos do funcionamento mental do paciente (Bion, escola psicossomática de Paris) e, na prática psicanalítica, a consideração pela função do enquadre analítico como condição para se conhecer o objeto analítico e para a mudança buscada por meio da utilização desse enquadre (Winnicott, Little, Khan, Bleger e outros).

A evolução do campo psicanalítico abre fronteiras para o trabalho com pacientes antes considerados "não analisáveis" (casos-limite, psicóticos, psicossomáticos, perversos). É ainda importante assinalar que as análises de crianças pequenas, psicóticas e autistas contribuíram também para o aprofundamento da compreensão da estrutura inicial do desenvolvimento desses estados "mais aquém da neurose". Com esses pacientes, as forças com as quais nos deparamos

são outras, distintas do recalcamento: as angústias de separação e de intrusão, as ameaças de aniquilamento, os sentimentos de vazio.

Essa evolução impõe importantes modificações no trabalho do par analista e analisando. Ganham relevância a figura e a função do analista, bem como a atenção à contratransferência. Nesses quadros em que há deficiência dos processos de simbolização, o papel do analista na parceria de trabalho é cada vez mais estudado. Torna-se indispensável que ele observe seus próprios processos mentais em movimento e em sintonia com os movimentos do paciente.

Com frequência o analista é levado a fazer um "empréstimo", ao paciente, de seu próprio aparelho psíquico para ajudá-lo a estabelecer as ligações que nele estão ausentes (e não apenas recalcadas, como nas neuroses). Isso também introduz na prática psicanalítica uma nova lente que amplia a percepção do funcionamento mental e revela muitas particularidades do encontro analítico antes não apreendidas.

Sabemos que a angústia está presente em todos nós e, seguramente, nada há de novo nisso. Sua expressão toma características próprias em cada indivíduo, dependendo das condições de seu desenvolvimento e dependendo, também, de seus micro e macro ambientes: família e contexto social.

A propósito das questões destacadas neste trabalho, Libermann assinala:

> Sem negar as especificidades da sociedade contemporânea e o esforço, nas várias disciplinas do conhecimento, para compreendermos os fenômenos de nosso tempo, minha hipótese é que a atualidade poderia ser atribuída à psicanálise e não à patologia … ao longo de sua história, nossa disciplina passou por acréscimos teóricos que permitiram a compreensão mais ampla da mente e por desenvolvimentos técnicos que possibilitaram acesso a áreas do psiquismo que funcionam "aquém" da representação. (2010, p. 42)

A expansão dos estudos de várias configurações mentais e as novas possibilidades de trabalho que vêm sendo desenvolvidas talvez nos deixem menos presos a determinadas escolas ou a determinados modelos de investigação. Hoje é mais comum não nos limitarmos a um só modelo rígido de trabalho.

Percorremos com maior liberdade as contribuições de vários autores, procurando encontrar aquilo que mais possa nos auxiliar na abordagem de determinado paciente e em determinado momento do processo psicanalítico. Por sua vez, essa maior liberdade no atendimento de pacientes anteriormente considerados como "não analisáveis" tem contribuído para abrir caminho para novas descobertas.

No entanto, quando a liberdade se transforma em regras que introduzem alterações indiscriminadas no *setting*, acentuando apenas o caráter psicoterápico do trabalho, surge o risco de diluição da psicanálise com perda de sua especificidade. Essas alterações indiscriminadas podem vir a se constituir em entrave

à proposta de investigação dos processos psíquicos, um dos objetivos que, como sabemos, Freud postulou em 1923 ao propor sua definição de psicanálise.

Clínica

Desde o final dos anos 80 do século passado venho atendendo pacientes que apresentam muitos dos aspectos do que foi se delineando com maior clareza como configurações *limite*. Nestas configurações dificilmente encontramos, ao contrário do que acontece com as configurações neuróticas, a possibilidade de ligá-las a um universo de representações.

Tais pacientes não têm clareza a respeito da separação entre eles e o mundo externo, entre o que está dentro e o que está fora deles. O limite entre o ego e a realidade neles é pouco nítido. Há fragilidade do Ego e pouca ou nenhuma capacidade de representação, com a consequente descarga de tensões no agir e/ou no corpo.

Embora cheguem, às vezes, a alucinar algumas situações, esses pacientes não negam inteiramente a realidade, como ocorre com os pacientes psicóticos que a reconstroem à sua maneira por meio de delírios e de alucinações mais permanentes. Distinguem-se, também, dos neuróticos que, mesmo fugindo da realidade, reconhecem-na de maneira implícita.

Muitos autores descrevem que os casos-limite se situam num espaço "entre" psicose e neurose. Não se confundem com a esquizofrenia nem com a psicose; não se situam numa linha demarcatória entre estes dois quadros mentais com o risco de "queda" em nenhum deles. Conforme Green,

> a experiência mostrou... que, paradoxalmente, os casos-limite constituíam estruturas bastante estáveis a despeito ou por causa de sua instabilidade, e que era muito pouco comum vê-los cair de maneira duradoura em organizações psicopatológicas mais graves. (2002, p. 82)

De fato, os pacientes designados como casos-limite apresentam estruturas mentais bastante estáveis, embora a instabilidade lhes seja um traço marcante. Sua instabilidade é fruto de uma organização de personalidade na qual predominam aspectos pré-edípicos. Falhas na relação inicial mãe-bebê e um processo de separação-individuação defeituoso moldam a estrutura psíquica desses pacientes, cuja fragilidade do ego é uma constante.

Essas falhas determinam a exposição precoce do bebê a tensões que ele não tem condições de suportar, dada a imaturidade de seu aparelho neuropsíquico. Podem decorrer tanto da inadequação dos primeiros cuidados maternos quanto de uma constituição inicial desfavorável do bebê, ou mesmo da conjunção de ambos os fatores.

Meltzer (1975/1986) destaca que uma situação inicial desfavorável impede o desenvolvimento dos processos de identificação, fazendo esses pacientes terem dificuldade para conter as tensões externas e internas e para estabelecer limites entre os espaços internos e externos de sua mente. São incapazes de tolerar a ansiedade, por falta de controle dos impulsos; são igualmente incapazes de estabelecer relações nas quais tenham de suportar diferenças, sendo levados à busca permanente de relações fusionais.

Nesses pacientes predominam não apenas as angústias de abandono, perda ou separação, como também as de intrusão ou de ser engolfado pelo objeto. Podem viver intensa angústia de separação mesmo com a proximidade do objeto externo e, mesmo com o objeto distante, podem chegar a experimentar vivida angústia de intrusão. Para Meltzer (1975/1986), são características de funcionamento bidimensional com propensão à identificação adesiva e que prejudicam o desenvolvimento da capacidade para pensar os pensamentos, como escreve Bion (1957/1994a).

Seja em razão de falhas iniciais decorrentes de possíveis deficiências do objeto primário, que se mostra incapaz de conter e dar sentido às manifestações do bebê, seja em razão da predominância de impulsos particularmente intensos em sua constituição, que ponham em risco a possibilidade de que o objeto primário os contenha, o que se observa nos *borderline* é a excitabilidade permanente nas manifestações de seu funcionamento psíquico.

Essa excitabilidade, impossível de ser metabolizada pelo pensar, desencadeia a descarga que utiliza as vias disponíveis para livrar o psiquismo da sobrecarga de tensões. Tais vias, como diz Green (1990b), vão em direção à realidade externa sob a forma de atuações; vão também em direção à realidade mais profunda, nos limites do psiquismo e mais aquém dele, com ataques ao próprio soma, chegando a produzir alterações físicas que se aproximam dos quadros psicossomáticos.

As atuações, sejam elas sexuais, brigas, condutas obsessivas etc., não carregam as marcas simbólicas que, no caso de pacientes neuróticos, podem ser discriminadas e interpretadas. Elas também não são vistas como sintomas pelo paciente, pois o recurso às atuações é uma necessidade vital para ele, pois lhe faltam condições para contê-las.

Há uma diferença nítida entre a clínica dos casos-limite e a clínica da neurose – entre a clínica do desejo, das neuroses, e a clínica da necessidade, a dos estados primitivos da mente. O sintoma é que traz o paciente neurótico para a análise; ele pode se observar e sofre com o que observa. Já o *borderline* sofre pelo seu desespero – são os sintomas que lhe permitem sobreviver.

Em razão dessas características, o trabalho de análise com esses pacientes é, fundamentalmente e durante um longo tempo, o da continência. Para eles, o que se torna útil é a experiência de encontrar um espaço no qual sua vida emocional tumultuada, perturbada, dolorosa, possa ser recebida e contida. É essa

experiência, continuada e renovada a cada sessão, que lhes permite construir pouco a pouco um espaço interno no qual se desenvolvem as possibilidades de pensar, levando-os ao abandono progressivo da submissão às condições arcaicas do funcionamento mental.

Trabalhando durante anos com pacientes que, hoje, posso chamar de casos-limite, tenho observado que um mesmo paciente desse tipo pode apresentar uma gama de características claramente psicóticas ou perversas e, também, mostrar-se capaz de viver momentos de integração mais ou menos duráveis. Esse é outro aspecto que evoca a instabilidade e, igualmente, a fronteira móvel entre sanidade e insanidade da qual nos fala Green.

Aliás, em pacientes que não apresentam tal fragilidade do ego, é também possível observar períodos em que se manifestam aspectos semelhantes aos dos casos-limite, o que nos remete às considerações de Bion (1962/1991) sobre o funcionamento psíquico oscilando entre as posições esquizoparanoide e depressiva – PS<–>D.

A distinção entre uns e outros é que, nos casos "não limite", essas manifestações não são predominantes, podendo ser integradas em processos simbólicos ou contidas mais facilmente. Neles, com o trabalho de análise, as marcas iniciais, arcaicas, podem ressurgir em fantasias ocasionais ou em sonhos noturnos, sem as mesmas características de desorganização.

Green destaca as dificuldades dos pacientes *borderline* de se adaptarem ao enquadre habitual de trabalho psicanalítico. Em minha experiência clínica, no entanto, tenho atendido esses pacientes com a frequência de três a cinco sessões por semana, guardando flexibilidade e, sobretudo, mantendo extrema atenção aos aspectos contratransferenciais, muitas vezes carregados de angústia, que eles suscitam.

Alterações são às vezes necessárias em determinados momentos da análise, mas são pontuais e muitas vezes transitórias, relativas ao número de sessões e ao atendimento face a face em lugar do atendimento no divã. Pela excitabilidade constante e pela necessidade que têm de controlar o analista, alguns desses pacientes não conseguem limitar-se ao divã, até mesmo movimentando-se pela sala de atendimento.

Uma característica das personalidades psicóticas assinalada por Bion (1957/1994a) é justamente a formação de uma relação de objeto prematura e precipitada que, na transferência, caracteriza-se por fragilidade e tenacidade do vínculo.

Mais recentemente, os aplicativos de mensagens têm sido uma forma de esses pacientes permanecerem alucinadamente em contato quase ininterrupto com o analista, como necessidade imperiosa. Quando não existiam meios eletrônicos, a tônica eram bilhetes, telefonemas e recados gravados. Posso até responder a esses apelos fora do contexto das sessões, quando me parece indispensável fazê-lo.

A percepção que pacientes casos-limite têm de que estão separados do objeto suscita também estados de nítida desorganização mental que desencadeiam atuações, por vezes violentas, dirigidas ao analista como telefonemas agressivos, gritos, xingamentos, ameaças manipuladoras de suicídio.

Nesses momentos, o que é exigido do analista é a constância do vértice analítico e de seu *setting* interno que lhe permita não ser engolfado nos momentos de grande tumulto, considerando sempre a necessidade de colocar o firme limite da realidade do atendimento psicanalítico.

Green expande assim a teoria do *setting*, abrindo espaço para o atendimento desses pacientes antes "não analisáveis". Escreve ele:

> penso que, talvez, todo o interesse da teoria do *setting* se deva ao fato de o *setting* não poder prestar-se a uma única teorização. O que significa que o *setting* é, necessariamente, objeto de uma interpretação polissêmica: não há que escolher entre o *setting* como aplicação do modelo do sonho ou o *setting* como metáfora dos cuidados maternos, ou ainda o *setting* como estrutura que encerra processos de pensamento, pois o *setting* pode desempenhar, sucessivamente, esses diversos papéis. Finalmente, o que se deve fixar é sua função de limite, que pode, conforme o momento da análise, remeter tanto ao espaço psíquico quanto à relação mãe-filho, ou à manutenção de um espaço no qual possa ser pronunciado um discurso. (1990, p. 22)

A busca desesperada de um continente é uma constante nos casos-limite. Tomo como ilustração a reação dramática e totalmente concreta de um menino autista, Gabriel, que durante os dois primeiros anos de análise nunca manifestara nenhuma emoção com a proximidade das férias, nenhum sinal de reconhecimento de que ficaríamos afastados.

Após um período de três anos de análise, nos quais a percepção do objeto externo foi se desenvolvendo, ao chegar o momento das férias, mesmo com as explicações que lhe dei sobre a separação, quando lhe digo que só iríamos nos reencontrar após vários dias, ele começa a gritar desesperado: "A Ligia me bateu! A Ligia me bateu!". Levanta a camiseta e me mostra seu peito cheio de grandes manchas vermelhas, como marcas de palmadas.

Essas observações mostram uma das características comuns aos casos-limite que pude acompanhar: o desespero que toma conta do paciente quando ele percebe que seus objetos não funcionam em total sintonia com a necessidade que ele tem de se acreditar colado a um continente capaz de suportar seu desespero, pois lhe faltam condições mentais para enfrentar a realidade da separação.

Em configurações mentais ainda mais primitivas, como em Gabriel, o que encontramos é a defesa rígida que anula a percepção da separação e enclausura o autista. Um abalo nessa defesa faz surgir a angústia catastrófica que habitualmente está encoberta pelos mecanismos autísticos.

A elaboração teórica a respeito dessa busca desesperada de um continente pode ser encontrada, principalmente, nas considerações de Bion (1957/1994a) sobre a diferenciação das personalidades psicóticas e não psicóticas, quando ele se refere à transferência nos casos de personalidades psicóticas; nos trabalhos de Meltzer (1975/1986) sobre a identificação adesiva; e nas observações de Bick (1968/1987) sobre a função continente do objeto primário, necessária para manter unidas as partes da personalidade e vivenciada concretamente como uma pele protetora.

Na busca do desenvolvimento de condições de continência, parece-me importante descrever para o paciente seus movimentos, palavras, ações e seu desespero. Muitas vezes, formular perguntas que tragam algum esclarecimento sobre o que o paciente acredite estar se passando consigo pode despertar a atenção à sua realidade psíquica.

Dar significados emocionais às palavras, às manifestações corporais e a indícios que poderiam estar veiculando uma comunicação de estados mentais – indícios muitas vezes tão sutis que passariam despercebidos fora das condições necessárias de atenção inerentes ao trabalho psicanalítico – permite que haja um desenvolvimento progressivo da capacidade de auto-observação e a integração do autoconhecimento, aspectos muito prejudicados nesses pacientes.

Pude observar que essa abordagem clínica abria espaço, aos poucos, para o acesso ao simbólico, chamando minha atenção para a respeito da importância de nos dirigirmos à parte não psicótica do paciente para permitir que ele observe e elabore a parte psicótica de sua personalidade.

Percebi, também, a importância de evitar interpretações de conteúdo, como é possível ser feito em configurações neuróticas, mesmo que a comunicação do paciente dê a impressão de algum significado inconsciente presente. Muitas vezes uma interpretação dessa natureza, feita inadvertidamente, pode mesmo provocar desorganização de pensamento.

Esses são pacientes que não conseguem associar livremente. Na maior parte do tempo, suas comunicações se limitam aos relatos, um tantos repetitivos de situações de sua vida cotidiana, marcados por uma certa rigidez e concretude. Queixas com relação a objetos externos, incluindo o analista, vistos como perseguidores, indiferentes, incompreensíveis, maldosos e causadores de todos os seus sofrimentos, costumam ser frequentes.

Outro ponto importante a destacar diz respeito às interpretações transferenciais. É necessário cuidado ao fazê-las e, até mesmo, excluí-las durante certo tempo, pois pacientes com configurações mentais distantes dos quadros neuróticos não podem suportá-las em muitos momentos. Frequentemente, a concretude do pensamento desses pacientes faz com que sintam como invasiva e ameaçadora a interpretação que aborda a transferência.

De Masi (2006) aborda essa questão no livro *Vulnerabilitá alla psicosi* e propõe que, ao lidar-se com pacientes psicóticos, deve-se inicialmente, e antes de

qualquer interpretação transferencial, interpretar os aspectos do funcionamento mental, como os enganos acarretados por alucinações ou delírios. O mesmo acontece com os pacientes *borderline*, pois há momentos de maior turbulência nos quais se aproximam de um funcionamento mental psicótico.

Alguns pacientes me deram a oportunidade de acompanhar a manifestação de um fenômeno que pode também estar presente em outros casos em que predominam estados mentais primitivos. Tal fenômeno se aproxima das observações feitas inicialmente por Bick (1968/1987), que lhe permitiram elaborar o conceito de pele psíquica.

Chamo de *fragilidade do invólucro* a impossibilidade apresentada por esses pacientes de conter mentalmente tanto a excitação interna, vivida como ameaça, quanto o impacto dos estímulos externos, igualmente ameaçadores para eles. Essa impossibilidade é vivida no corpo, concretamente, pois lhes falta uma barreira que os proteja desses estímulos. Por isso, sentem que sua existência está sempre em risco.

Pareceu-me particularmente notável a capacidade que chegam a ter, já num momento mais avançado de suas análises, de colocar em palavras observações sobre essas sensações e vivências muito concretas ocorridas tempos antes, num momento em que ainda lhes faltava distância psíquica para percebê-las.

Minha hipótese é a de que eles não percebiam anteriormente essas situações não apenas porque não tinham palavras para descrever suas vivências, mas também, sobretudo, porque elas eram sentidas como necessidades inquestionáveis, ou seja, necessidades que, a meu ver, eram vitais para que eles se mantivessem num estado mental minimamente organizado.

Essas manifestações ilustram as observações de Bick (1968/1987), quando examina as falhas iniciais no desenvolvimento do bebê decorrentes da ausência de um continente materno adequado. Para a autora, essa ausência acarreta a formação de uma segunda pele de tipo muscular, como se fosse um substituto corporal, físico, de uma função que deveria ser psíquica.

Não é incomum que alguns desses pacientes apresentem, também, inúmeras queixas de dores musculares e corporais que podem ser confundidas com aspectos psicossomáticos, mas que, a meu ver, decorrem disso que livremente chamo de *fragilidade do invólucro*.

Embora sonhos possam aparecer no relato desses pacientes, eles têm características muito diferentes dos sonhos que abrem espaço para associações livres e para o trabalho de elaboração de conteúdos inconscientes. São relatos de uma certa "crueza" e concretude que servem ao que Green define como uma "modalidade de erupção psíquica" (2002, p. 225). São descargas para o alívio de tensões insuportáveis.

Embora não se possa considerar a total ausência de simbolização, posto que há uma representação por imagens, a ligação entre essas imagens e qualquer

consideração a respeito de conteúdos psíquicos ou experiências emocionais é inexistente.

Um de meus pacientes era sujeito a sonambulismo desde a infância, o que demonstra a concretude do funcionamento psíquico e a atividade muscular impedindo a capacidade de sonhar. Outro me questionava sobre a realidade de um ataque de estranhos que apareciam em seu sonho, perguntando-me com angústia por que tinham feito aquilo com ele.

Bion (1962/1991) descreve essas características quando se refere à perturbação do que chamou de função alfa. Ocorrendo essa perturbação, as impressões sensoriais e as emoções – sentidas igualmente como objetos sensoriais – permanecem em seu estado original, sem nenhuma transformação, ou, nas palavras do autor, são elementos-beta.

Tais elementos-beta, por sua vez, não podem ser utilizados nos pensamentos oníricos. Eles são empregados na identificação projetiva e produzem atuações. São evacuados ou então utilizados em um tipo de pensamento concreto. Tanto o sonhar quanto o pensar ficam comprometidos.

Considerações

Um longo tempo de trabalho analítico pode permitir mudanças consideráveis no funcionamento psíquico desses pacientes e, consequentemente, em suas vidas. Um aspecto notável é que, depois de muitos anos de análise, dados de suas histórias começam a aparecer como recordações.

A referência ao passado costuma ser praticamente inexistente em suas comunicações, marcadas pelo relato de acontecimentos do dia a dia, ou então pelas manifestações de raiva, inveja, desespero, acompanhadas muitas vezes de reclamações a respeito de sentimentos pela incompreensão, indiferença ou maldade dos outros.

A possibilidade nova de se referir ao passado, recordando experiências emocionais e, sobretudo, revendo algumas crenças já estabelecidas e rígidas a respeito de suas relações com familiares, amigos e consigo mesmo, abre espaço para que algumas *ilhas de sentido* sejam construídas no trabalho conjunto com o analista. Isso, por sua vez, contribui para que comece a se desenvolver um sentimento de identidade.

Às vezes, em sonhos, surgem imagens que mostram a permanência das marcas antigas, mas agora esses sonhos não têm a concretude e as características alucinatórias iniciais. No entanto, as mudanças são lentas, as regressões acontecem e, muitas vezes, essas regressões no interior do processo psicanalítico são como um passo atrás que o paciente dá para ganhar força em direção a novos desenvolvimentos.

Em concordância com Green, observo que, mesmo após longo tempo de trabalho, o "território no qual nenhuma clara divisão separa a insanidade da sanidade" (1990b, p. 105) permanece particularmente instável e sujeito a acidentes. Em situações de maior turbulência emocional, podem ressurgir marcas de desorganização mental, como se a proteção recentemente construída desmoronasse, atestando a fragilidade do ego.

Em outras palavras, a barreira de contato não suporta a tensão e se esgarça, fazendo emergir a desorganização mental subjacente. No entanto, esses momentos são muito menos duráveis e muito menos desestabilizadores para a vida dos pacientes.

Por sua vez, esse funcionamento mental menos comprometido pela turbulência das emoções é, também, fruto de um trabalho de tomada de consciência e de atenção, no qual o paciente, para evitar sofrimento, acaba "aprendendo" a evitar e a lidar com situações que, segundo ele já sabe, podem comprometer seu equilíbrio.

Essa aprendizagem é como uma estrutura que, aos poucos, vai se formando onde antes predominava o caos. Porém, mais do que tudo, é um trabalho que permite ao paciente criar ligações entre as palavras e os sentimentos, trazendo sentido e vida onde havia raiva, angústia e vazio. Um continente psicanalítico vai sendo introjetado.

Um desses pacientes, depois de muitos anos de análise, diz:

> *Uma coisa da qual acho que consegui me resguardar são os enganos da minha cabeça e não deixar ir para a frente, porque senão vira uma coisa perigosa. A gente só vê que era um engano depois de passar para outra etapa – se não, não é engano.*

Respondi-lhe:

> *Parece que você aprendeu a não se deixar levar por um primeiro momento de confusão ou raiva ou qualquer outra emoção que surja, ou pelos enganos, como você diz.*

Ele falou:

> *É. Antes era uma coisa imediata, um* start *de medo, excitação, taquicardia. Tudo no mesmo balde.*

Un territorio sin fronteras: los casos límite
Resumen: Según André Green, pacientes *borderline*, os casos-límite, son hoy parte importante de la clínica psicoanalítica, si no su núcleo. ¿Los trastornos alimentarios, adiciones, búsqueda compulsiva por modificaciones en el cuerpo, actuaciones, indicarían la existencia de "nuevas patologías"? ¿Peculiaridades de la vida contemporánea cambiaron a los pacientes? ¿Hay un nuevo modelo de mente exigiendo un "nuevo psicoanálisis"? ¿O son los avances de los conocimientos teóricos y técnicos del psicoanálisis que permiten acoger hoy a los pacientes antes vistos como "no analizables"? El artículo presenta algunas observaciones sobre la clínica psicoanalítica de casos-límite, en los que predominan angustias de abandono, pérdida o separación y también las de intrusión, clínica que exige flexibilidad del analista y al mismo tiempo la constante atención al mantenimiento de la función analítica.
Palabras clave: clínica psicoanalítica contemporánea, casos límite, neurosis, psicosis, función analítica

A territory without borders: the borderline
Abstract: According to André Green, borderline patients are today an important part of the psychoanalytic clinic, if not its nucleus. Eating disorders, addictions, compulsive search for body alterations, acting out behavior, would indicate the existence of "new pathologies"? Do the peculiarities of contemporary life have changed patients? Is there a new model of mind requiring a "new psychoanalysis"? Or are the advances of the theoretical and technical knowledge of psychoanalysis that allow us to accept today patients previously considered as "non-analyzable"? The article presents some observations on the psychoanalytic clinic of the so called limit cases, in which distress, loss or separation anxiety predominates, as well as those of intrusion, a kind of clinical work that requires the analyst's flexibility and, at the same time, constant attention to the safeguarding of the analytic function.
Keywords: contemporary psychoanalysis clinic, limit cases, neurosis, psychosis, analytical function

Un territoire sans frontières: les cas limites
Resumé: Selon André Green, les patients *borderline* ou cas-limite représentent une partie très importante de la clinique psychanalytique, si ce n'est son noyau. Troubles alimentaires, addictions, recherches compulsives de changements corporels, agirs, révèlent-ils l'existence de "nouvelles pathologies"? Les particularités de la vie contemporaine ont-elles changé les patients ? Y a-t-il un nouveau modèle de psychisme exigeant une "nouvelle psychanalyse"? Où alors sont-ce les avancés des connaissances théoriques et techniques de la psychanalyse qui nous permettent aujourd'hui de recevoir des patients jadis considérés comme "non-analysables "? Cet article propose quelques observations sur la clinique psychanalytique des cas-limite, dans lesquels prédominent des angoisses d'abandon, de perte ou de séparation et aussi celles d'intrusion, clinique qui exige flexibilité de la part de l'analyste et, en même temps, une attention constante à la préservation de la fonction analytique.
Mots clés: clinique analytique contemporaine, cas-limite, névrose, psychose, fonction analytique

Referências

Bick, E. (1987). A experiência da pele em relações objetais arcaicas. *Jornal de Psicanálise, 20*(41), 27-31. (Trabalho original publicado em 1968)

Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962)

Bion W. R. (1994a). Diferenciação entre a personalidade psicótica e não psicótica. In W. R. Bion, *Estudos psicanalíticos revisados* (p. 56). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1957)

Bion W. R. (1994b). Uma teoria sobre o pensar. In W. R. Bion, *Estudos psicanalíticos revisados* (p. 134). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962)

De Masi, F. (2006). *Vulnerabilitá alla Psicosi.* Milão: Rafaello Cortina.

Freud. S. (1996a). O ego e o id. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (**Vol. 19**). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

Freud, S. (1996b). Mais além do princípio do prazer. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (**Vol. 18,**). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Green, A. (1990a). *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.

Green, A. (1990b). *La folie privée: psychanalyse des cas-limites.* Paris: Gallimard.

Green, A. (2002). *La pensée clinique.* Paris: Odile Jacob.

Kernberg, O. F. (2013). *Psicoterapia psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2002)

Libermann, Z. (2010). Patologias atuais ou psicanálise atual? *Revista Brasileira de Psicanálise, 44*(1), 41-49.

Klein, M. (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos – 1946-1963*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946)

Mattos, L. L., & Sandler, E. H. (2001). *Ars longa vita brevis*: algumas reflexões sobre a ideia de sucesso ou fracasso em uma análise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, *35*(4), 989-999. (Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Psicanálise, 17, Rio de Janeiro, 1999)

Mélega, M. P. (Org.). (2016). *Narrazioni psicoanalitiche: disturbi borderline e stati psicotici.* Roma: Edizioni Universitarrie Romane.

Meltzer, D. (1986). Identificação adesiva. *Jornal de Psicanálise*, *19*(38), 40-52. (Trabalho original publicado em 1975)

Winnicott, D. W. (1994). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965)

Ligia Todescan Lessa Mattos
ligiamattos493@gmail.com

Recebido em: 15/10/2018
Aceito em: 9/11/2018