



A clínica borderline: da psicopatologia às configurações do campo analítico

Idete Zimerman Bizzi, Porto Alegre*

As patologias borderline têm recebido muita atenção, por sua frequência crescente e seriedade dos quadros clínicos. A produção científica intensa das últimas décadas resultou num corpo de conhecimentos teóricos e práticos bastante consistente, essencial para o diagnóstico, compreensão e manejo técnico mais criteriosos. Tanto sua classificação indiscriminada quanto o não reconhecimento do diagnóstico podem ser prejudiciais. Nos tratamentos psicanalíticos, o que se evidencia são vínculos transferenciais/contratransferenciais que repetem, em alguma medida, a tendência oscilatória, impulsiva e, muitas vezes, destrutiva desses pacientes. São tratamentos difíceis que frequentemente evoluem para impasses terapêuticos. O presente trabalho busca revisar os sistemas classificatórios dos transtornos borderline, bem como sua compreensão dinâmica e as técnicas específicas para seu tratamento psicanalítico. São apresentados dois casos clínicos, para ilustrar os movimentos inconscientes entre analista e paciente, em que se estabelecem configurações peculiares do campo analítico. Em ambos, o funcionamento inicial, aparentemente produtivo, contrasta muito com a ameaça de desestruturação latente. No primeiro caso, porém, a analista mantém sua capacidade de rêverie, enquanto, no segundo caso, vê-se com sua função analítica maciçamente atacada e parcialmente bloqueada. O aprendizado que o tratamento desses casos possibilita ultrapassa os limites da clínica borderline, já que, mesmo em tratamentos de pacientes com estrutura neurótica, estão previstas eventuais configurações borderline do campo analítico.

Descritores: *Psicanálise. Borderline. Campo analítico. Transferência. Contratransferência. Critérios diagnósticos. Técnica. Impasses terapêuticos.*

* Membro Associado da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.



Introdução

Muito se tem falado, atualmente, a respeito de uma mudança da clínica psicanalítica, reflexo de alterações sócio-culturais importantes da civilização ocidental nos últimos cem anos. Na Viena do final do século XIX, chamavam atenção, basicamente, os casos de neurose histérica, que desafiaram o gênio de Freud a construir uma teoria mental explicativa e uma técnica terapêutica correspondente. Surgem, a partir disso, as noções de inconsciente, conflitiva interna e repressão, que são, em última instância, as bases para a compreensão das estruturas neuróticas.

Os quadros psicóticos (na época chamados de demência precoce) não ocupam uma posição central na teoria psicanalítica naquele momento, por mais que alguns conceitos teóricos de Freud (1900, 1914, 1940) lancem as sementes para a compreensão de seus mecanismos mentais (processo primário do pensamento, retração libidinal narcisística, clivagem do ego).

Algumas décadas depois, a psicanálise faz uma incursão em mecanismos de defesa e funcionamentos mais regressivos. Melanie Klein (1946) aprofunda-se na observação de pacientes psicóticos e descreve mecanismos de defesa mais primitivos, como cisão e identificação projetiva, essenciais tanto para o entendimento de patologias mais regressivas, quanto para a compreensão geral da mente. Bion (1957), a seguir, dá mais um salto e descreve os funcionamentos neurótico e psicótico da mente como partes coexistentes da personalidade. Essas noções, por mais úteis e férteis que tenham se mostrado dentro da teoria e técnica psicanalítica, não chegaram a modificar as indicações para o tratamento psicanalítico, que continuou voltado, basicamente, a pacientes com condições egoicas mínimas, no que se excluem as patologias psicóticas.

Alguns pacientes, porém, começam a desafiar essa linha divisória entre neurose e psicose. Já nos anos trinta, surgem trabalhos referindo-se a patologias *borderline*, não tão estruturadas quanto as neuroses e não tão regressivas quanto as psicoses. Esse assunto, que se constitui num verdadeiro desafio, tem recebido atenção crescente desde lá.

Na prática, o que se observa é que esses pacientes muitas vezes não se adaptam à técnica psicanalítica clássica, apresentando baixa adesividade e desenvolvendo frequentes impasses terapêuticos. Sua oscilação afetiva marcada, evitação do pensar e tendência à destrutividade dão coloridos característicos e complexos ao vínculo analítico. Mas esses mesmos pacientes costumam mostrar-



se mais permeáveis e disponíveis a abordagens que valorizam o campo interacional e as capacidades negativas do analista.

Pretendo, neste trabalho, abordar alguns pontos que considero essenciais, na tentativa de compreender a clínica *borderline*. Começo por uma revisão da terminologia e de conceitos teóricos úteis à compreensão dinâmica desses pacientes. A seguir, reflito sobre as especificidades do campo analítico (tendências transferenciais e contratransferenciais). Por fim, discuto as indicações terapêuticas possíveis e questiono o tipo de técnica mais adequada a esses casos. Busco, através de material clínico, ilustrar características *borderline* do campo analítico e focalizar alguns aspectos técnicos.

Terminologia

Inicialmente, o diagnóstico de patologias *borderline* foi utilizado de forma indiscriminada, excessiva e, muitas vezes, equivocada, transformando sua classificação em um “[...]saco de gatos[...]” (Gabbard, 1994, p. 296). Mostrou-se necessário mais estudo e estabelecimento de critérios diagnósticos mais precisos. Hoje, após décadas de dedicação ao assunto, temos, já, alguns conceitos e diretrizes teóricas de maior consenso.

Na década de oitenta, o *Transtorno de Personalidade Borderline* surge, no DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), como entidade nosológica, levando em conta critérios descritivos e quantitativos. Temos, no manual da *American Psychiatric Association*, a descrição de um paciente muito regressivo, que apresenta oscilações marcadas no humor, na autoimagem e nos relacionamentos interpessoais. Alterna extremos de idealização e desvalorização. Apresenta sentimentos crônicos de vazio e irritabilidade importante. Costuma desenvolver ideação paranoide, ou sintomas dissociativos severos, além de conduta impulsiva e, frequentemente, (American Psychiatric Association, 1994). Essa sistematização leva em conta, basicamente, fenômenos observáveis na vida dos pacientes e não se aprofunda nos mecanismos psíquicos subjacentes. Apesar disso, é um passo importante, na medida em que padroniza os quadros clínicos e permite que se façam projeções prognósticas, planos terapêuticos e pesquisas científicas direcionadas a esse grupo específico de pacientes. Os casos assim classificados costumam ser graves, com potencial destrutivo importante (para si ou para os outros) e grau de confusão e sofrimento atroz.

Kernberg (1967), mesmo antes da inclusão dessa patologia no manual da *American Psychiatric Association*, propõe uma abordagem diferente para a



compreensão de patologia *borderline*: não como um diagnóstico nosológico específico, mas como um tipo de funcionamento mental. A assim chamada *Organização Borderline de Personalidade* baseia-se num tripé: funcionamento egoico frágil (instável, com descontrolo de impulsos, intolerância à frustração), emprego excessivo de mecanismos de defesa primitivos (cisão, identificação projetiva excessiva, idealização, onipotência) e preponderância de um funcionamento mental no nível de processo primário (apesar de preservado o teste de realidade). Esse funcionamento pode ser a base de diversos transtornos de personalidade (narcisístico, antissocial, histriônico,...). É uma proposta diagnóstica mais complexa e rica do ponto de vista dinâmico, com uma linguagem psicanalítica. Além dos critérios descritivos (que, isolados, podem ser enganosos), são considerados aspectos compreensivos do funcionamento mental. Kernberg (1984) propõe a existência de três organizações estruturais: a *neurótica*, centrada em processos defensivos ligados à repressão; a *psicótica*, em que os processos defensivos são mais primitivos e centrados na cisão; a *borderline*, com organização defensiva semelhante à da estrutura psicótica, mas, clinicamente, com a preservação do teste de realidade.

Já Bergeret (1988) prefere falar em *anestruturas*, ao referir-se a esse grupo *borderline* de pacientes. Entende que o conceito de estruturas mentais diz respeito às linhas de força (e de fragilidade) que estruturam a *psiqué*, de modo que, clinicamente, isso se traduz em padrões comportamentais estáveis, repetitivos e dificilmente reversíveis. Dentro dessa formulação, ele só admite dois tipos de estruturas mentais (neurótica e psicótica), pois entende que os pacientes *borderline* carecem de estabilidade. Assim, por razões diversas às de Kernberg, prefere falar em *organização borderline* nesses pacientes em que há, como ele chama, uma falha estrutural.

Os sistemas classificatórios diferem entre si em alguma medida, mas compartilham das mesmas idéias básicas de marcadas fragilidade, instabilidade e tendência à destrutividade. Tanto a classificação indiscriminada dessas patologias quanto o não reconhecimento do diagnóstico podem ser prejudiciais. Vale lembrar que todos os pacientes *borderline* são difíceis, mas nem todos os pacientes difíceis são *borderline*. Inversamente, não são infrequentes os pacientes que, numa primeira avaliação, aparentam ter condições egoicas compatíveis com uma estrutura neurótica, mas que, uma vez iniciado o tratamento psicanalítico, mostram-se mais regressivos do que o esperado e passam a defender-se de ansiedades catastróficas intensas, utilizando um sistema defensivo mais primitivo.



Considerações dinâmicas

Os autores que se dedicam ao estudo da clínica *borderline* apontam formações patológicas muito primitivas nesses pacientes, no que se refere à interação com os objetos primários, em que uma combinação variável de indisponibilidade dos objetos externos às identificações projetivas do bebê e um excesso de pulsões destrutivas deste levam à predominância de introjeções negativas (Rosenfeld, 1978; Kernberg, 1984; De Masi, 1992). Esses indivíduos ficam, desde muito cedo, expostos a demandas destrutivas muito intensas, que não são contrabalançadas por vivências interacionais libidinais e que inundam, precocemente, as imagens de *self* e objeto. Kernberg (1967) sugere que há, nesses pacientes, um excesso de agressividade pré-genital (oral, em especial) que induz, prematuramente, ao aparecimento de questões edípicas. Libido e destrutividade estão misturadas e conflitantes. Necessidades pré-edípicas e edípicas também.

Em condições habituais, esses pacientes mantêm a capacidade de diferenciação entre *self* e objeto externo, mesmo que isso possa se perder rapidamente frente a situações de estresse. A indiferenciação principal e persistente ocorre dentro do próprio *self* e do próprio objeto interno. *Self* libidinal e destrutivo estão misturados. Objeto bom e mau idem. Desde muito cedo os aspectos libidinais do *self* (e dos objetos internos) desses indivíduos não são resguardados e ficam ameaçados fortemente por tendências destrutivas internas e/ou por frustrações importantes impingidas pelos cuidadores primários. Não se estabelecem constância objetual e identidade integrada do *self*.

Clinicamente, o que se observa, nessas situações em que tendências libidinais e destrutivas estão misturadas, é o sintoma de *confusão*. O sofrimento é atroz, e uma medida defensiva comum é um ataque a esse *self* amalgamado, resultando numa piora com sentimentos crônicos de vazio, tão comuns nesses pacientes. Rosenfeld (1978) destaca que, para entendermos melhor esse processo, é necessário lembrar que a intensificação defensiva dos processos de cisão não é bem sucedida nesses pacientes, pois não ocorre uma cisão normal, que consiga organizar e separar, na *psiqué*, aspectos libidinais e destrutivos. O que ocorre é uma fragmentação progressiva do próprio *self* amalgamado, ou dos objetos internos confundidos, gerando uma cascata confusional. E quando o *self* libidinal (dependente) consegue driblar esse processo e se diferenciar um pouco, corre o risco de ser mais intensamente invadido e atacado pelo *self* destrutivo. A necessidade e a dependência inerentes ao *self* infantil são, muitas vezes, sentidas como as “responsáveis” pelo sofrimento e raiva avassaladores, devendo ser maciçamente atacadas.



Dito de um outro modo, sob a influência de uma destrutividade pré-genital precoce, pode-se desenvolver estruturas superegoicas rígidas e mordazes. A ausência de um objeto bom, estável, provoca ansiedades muito aterradoras, ligadas à ameaça do vazio (morte), e a idealização de um objeto sádico e onipotente oferece uma saída aparentemente mais segura (Rosenfeld, 1971; Green, 1975).

Além dessas tendências patogênicas precoces, Kernberg (1984) destaca, nesses pacientes, a importância de falhas que podem ocorrer na subfase de reaproximação da fase de separação-individuação de Mahler (após a fase simbiótica). Entre dezesseis e trinta meses de idade, segundo Mahler (1971), a criança ensaia movimentos de afastamento (independização) dos cuidadores primários, mas busca, sempre, em seguida, sua acolhida e aprovação. A indisponibilidade emocional dos pais, nesse período, pode ser muito desorganizadora.

Já Fonagy (1995) se baseia na teoria do apego primário (*attachment*) de Bowlby para explicar o desenvolvimento de patologias *borderline*. Entende que se desenvolvem muito cedo certos padrões patológicos de interação, que não favorecem que esses indivíduos diferenciem e modulem seus próprios afetos, ocorrendo neles uma interação patológica e indiscriminada.

O conceito de Bion (1957) de *personalidade psicótica e personalidade não psicótica* permite uma compreensão mais profunda do funcionamento mental dos pacientes *borderline*. Ele sugere a coexistência mental de dois funcionamentos conflitantes, cujas proporções variam de pessoa para pessoa. A parte não psicótica da personalidade é responsável pela percepção da realidade interna e externa, enquanto que, contrariamente a isso, a parte psicótica desfere ataques a essa capacidade e provoca a fragmentação e expulsão, por identificação projetiva, de parte do aparelho mental, para dentro do objeto. Esse autor coloca o foco do entendimento da mente sobre a comunicação entre as duas partes, na necessidade de fortalecimento da parte não psicótica, da ampliação do aparelho mental e da capacidade de simbolizar, bem como tolerar o sofrimento inerente a esse processo. Na situação de tratamento, nos pacientes em que há o predomínio da parte psicótica da personalidade, o objetivo defensivo do paciente é evitar a percepção da realidade, e o método de que se vale é o ataque ao aparelho perceptivo, em especial ao pensamento primitivo, pré-verbal (sob forma de ideogramas, voltado para as relações entre impressões de objetos). Tratam-se, nas palavras de Bion (1957, p. 75) de “[...] ataques sádicos ao ego e à matriz do pensamento[...]”. As tentativas de síntese e recuperação (reintrojeção) dos fragmentos de ego são sentidas como contra-ataques cruéis, vingativos, o que estabelece um grande desafio dentro da análise.



Especificidades do campo analítico

Diferentemente dos pacientes neuróticos, em que se desenvolve, paulatinamente, a neurose transferencial, os pacientes *borderline* tendem a regredir rapidamente no contexto transferencial. Em função disso, lida-se sempre com algum grau de risco de perda de limites do *self* e perda do teste de realidade.

O excesso de destrutividade no funcionamento mental dessas pessoas acaba se traduzindo numa tendência marcada às identificações projetivas excessivas na relação bipessoal. Na medida em que os pacientes se tranquilizam e permitem um contato emocional maior (consigo e com o analista), pode ocorrer uma intensificação paradoxal de suas ansiedades, que costumam ser de natureza dupla: ansiedade de intrusão e ansiedade de separação. Precisam de contato e acolhida, mas a aproximação é sentida como risco de fusão e perda da identidade ou frustração inevitável; assim, buscam a distância, mas sentem-se profundamente sós e abandonados.

A evitação e a evasão mental podem ocorrer sob diversas roupagens. Os *actings* e *enactments* são frequentes, de forma que o analista é solicitado a assumir papéis, muitas vezes dentro de um colorido sadomasoquista.

Green (2000) descreve outra forma, mais sutil, mas poderosa, de evitação em pacientes *borderline*. Com frequência, seu discurso (livre associação) torna-se evasivo e incompleto. Isso corresponderia ao temor fóbico da ativação de núcleos traumáticos adormecidos, que ameaçam toda a *psiqué* com a iminência de loucura. Essa evitação, segundo Green, seria central na organização psíquica dos pacientes *borderline*.

Sob certas circunstâncias, que frequentemente incluem alguma falha por parte do analista, o objeto interno sádico e onipotente pode ser maciçamente projetado no terapeuta, quando vemos, então, o surgimento de psicoses transferenciais com perda temporária do teste de realidade e carga extrema de negativismo e agressão no campo (Rosenfeld, 1978).

Num grau máximo de evitação da dependência e do vínculo, encontramos pacientes que desenvolvem uma defesa narcisística, que se estrutura a partir e ao redor do objeto interno sádico e onipotente (idealizado). A ação defensiva do *self* narcisístico é diretamente proporcional à dor mental impingida pelo tratamento, ao *self* infantil e dependente. Fica evitada a dependência do objeto, na medida em que o *self* grandioso, poderoso e sádico é idealizado e o objeto externo é permanentemente desvalorizado. Rosenfeld (1978) destaca que, particularmente em pacientes *borderline* severamente traumatizados, há uma tendência muito primitiva a criar-se um ciclo vicioso, em que a dependência (e a ameaça ao *self*



infantil) leva ao recrudescimento da inveja e ódio dirigidos aos objetos.

Outros autores, como Ruth Malcolm, (1970) e Betty Joseph (1982), por exemplo, chamam a atenção para o desenvolvimento de funcionamentos perversos encobrindo e defendendo o *self* de um colapso psicótico. Essa última autora destaca o problema do profundo e autoperpetuador prazer que a destruição sadomasoquista desperta nesses pacientes: “É muito difícil para nossos pacientes achar que é possível abandonar estes terríveis deleites pelos prazeres incertos dos relacionamentos reais.” (Joseph, 1982, p. 328).

Green (1975) reconhece a forte tendência, em pacientes *borderline*, a lutar pela sobrevivência do objeto interno mau, pois, quando esse perde seu poder, advém a ameaça de confronto com os *horrores do vazio*, na medida em que não há, ainda, a introjeção de um objeto bom estável. Pensa que a vacuidade seja *o mais intolerável dos estados*, e os avanços no tratamento alavanquem recidivas e irrupções de agressividade periódicos, por ameaçarem esses objetos idealizados: “O ciclo de destruição e reaparecimento lembra a hidra com suas múltiplas cabeças [...]” (Green, 1975, p. 60). O que, em outros pacientes, abre um espaço potencial para novas identificações, aqui funciona como uma draga, puxando para a nulidade. Esse seria, segundo Green, o real significado do instinto de morte.

O conceito de *perversão na transferência* também abarca essas tendência defensiva. Meltzer (1973) descreve o fenômeno, no campo analítico, em que o paciente, insidiosamente, procura tirar o analista de seu papel habitual e converter a análise numa repetição de sua tendência perversa. O prazer de atacar e o vício no ciclo sadomasoquista são sentidos como mais reais e prazerosos do que qualquer outra possibilidade de vínculo com objetos externos.

Bollas (1996), na mesma direção, descreve o *desejo borderline*. Entende que há, em alguns pacientes, uma adição ao tumulto e às tempestades emocionais. Tal turbulência traria a sensação da *verdadeira intimidade*, pois repetiria as vivências interacionais mais primitivas, que foram, de fato, muito desorganizadoras. Na turbulência, e só na turbulência, o objeto primário é recriado. Nesse sentido, a confusão transferencial/contratransferencial é almejada e sentida, pelo paciente, como essencial.

Do ponto de vista contratransferencial, as emoções costumam ser intensas e igualmente oscilantes, provocando um campo terapêutico muitas vezes confuso, marcado por dúvidas, irritação, tristeza, medo. Há forte provocação, na interação, para que o analista aja ao invés de pensar (*enactment*), mesmo através da atividade interpretativa, emprestando ou reforçando, muitas vezes, um colorido sado-masoquista velado ao vínculo (Gus, 2007). Outra ocorrência comum é o desinteresse, ou sonolência do analista, que costumam ser um sinal de



desvitalização do campo, quando a pulsão de morte tem a primazia e a criatividade da dupla e a mente do analista estão paralisados (Green, 1975).

A ocorrência de reações terapêuticas negativas e psicoses transferenciais é algo muito dramático e se constitui num grande desafio, pois exige muita continência por parte do analista, exatamente quando seu aparelho mental está sendo maciçamente atacado.

Indicações terapêuticas e aspectos técnicos

Muito se tem discutido a respeito das indicações terapêuticas para os pacientes *borderline*. Os dois principais pesquisadores dentro dessa área, Kernberg e Fonagy, foram exitosos em provar cientificamente que a organização *borderline* de personalidade é uma patologia tratável através de abordagem psicodinâmica (Clarkin et al., 2007; Bateman; Fonagy, 2004). Cada um desenvolveu e defende um tipo de psicoterapia (Terapia focada na transferência e terapia baseada na mentalização).

No que tange à psicanálise, alguns autores, como Kernberg (1984), entendem que ocorra um risco aumentado de desenvolver-se uma psicose transferencial ou reação terapêutica negativa, em função da regressão inerente ao processo, que poderia tornar-se um fator complicador e, em última instância, contrário à indicação da psicanálise clássica. Outros, como Rosenfeld (1978), pensam que, por mais que possa acarretar um impasse, o desenvolvimento desses fenômenos pode se tornar uma oportunidade para que se abram novos caminhos no tratamento psicanalítico, na medida em que se consegue ter acesso ao funcionamento mais primitivo e doente desses pacientes.

Uma vez indicado o tratamento analítico, impõe-se uma segunda questão: do ponto de vista da técnica, é útil adotar-se uma abordagem algo diversa dos tratamentos clássicos com pacientes *borderline*? Sem se afastar dos preceitos psicanalíticos básicos de manter um *setting* estável, a neutralidade e o trabalho guiado pela transferência (e contratransferência), alguns autores sugerem atenção redobrada para aspectos específicos e propõem linhas diretivas facilitadoras. Cito, a seguir, algumas dessas contribuições, significativas não como ditames, mas como um convite à reflexão.

Kernberg (1984) pensa ser contraindicado fazer interpretações transferenciais completas, com reconstrução genética, no início do tratamento analítico, pois, para os pacientes *borderline*, não existe *como se*, de forma que uma interpretação profunda prematura provavelmente gerará confusão. Há uma



condensação nas palavras utilizadas pelo analista, e fantasia/realidade, passado/presente perdem seus limites. Dizer, para esses pacientes, “tu estás reagindo comigo como reagias com a tua mãe” seria ouvido como “eu sou como a tua mãe”. O que deve ser interpretado sistematicamente, na concepção desse autor, são as defesas primitivas do ego, em especial a cisão.

Rosenfeld (1979) também sugere uma linha de ação específica ao terapeuta, na análise de pacientes *borderline*, mas não a priori e, sim, no caso de se desenvolver uma psicose transferencial ou uma reação terapêutica negativa. Nesses casos, as sugestões técnicas são interpretar pouco e ouvir cuidadosamente as queixas do paciente; evitar interpretações de projeção na transferência; evitar comportamento defensivo; ocasionalmente, frente ao desejo do paciente, encorajá-lo a sentar e ficar face a face. Ressalta, também, a importância de se identificar, clinicamente, os pacientes que estão dominados por ansiedades confusionais associadas a processos patológicos de cisão (como descrevi anteriormente com mais detalhes), pois esses se encontram absolutamente incapazes de lidar com interpretações a respeito do *self* destrutivo, por mais claro que seja o material. Interpretações transferenciais, aqui, podem ser muito desorganizadoras. Diversamente desses casos, os pacientes identificados com o *self* onipotente e sádico (narcisismo destrutivo) necessitam exatamente de interpretações de conteúdo, voltadas ao poder imaginário dessa estrutura superegoica idealizada (Rosenfeld, 1971).

De Masi (1992) salienta a importância, na análise de pacientes *borderline*, de se buscar um reforço no teste de realidade e ajudar o paciente a diferenciar as introjeções que ocorrem em bases realísticas das introjeções em bases distorcidas (sob a influência de relações de objeto primitivas), as quais costumam coexistir, pois as últimas podem distorcer seriamente a imagem do analista e a percepção da relação analítica, ameaçando o andamento do processo terapêutico. O paciente costuma sinalizar essas distorções, e o analista deve estar permeável a essas comunicações e possibilitar, através de sua *rêverie*, uma experiência, no campo analítico, distinta das anteriores, de forma que o paciente, através da identificação com a receptividade do analista, possa trilhar um caminho em direção à busca e compreensão das verdades psíquicas suas e dos demais. Esse autor reconhece o potencial desorganizador que interpretações de conteúdo têm para os pacientes *borderline* e pensa que esse fenômeno não se relaciona tanto com o conteúdo das interpretações (dirigidas a aspectos destrutivos), mas a falhas na percepção do analista e em sua capacidade de diferenciar o nível de integração do *self* do paciente no momento da interpretação.

Bion (1957) nos aponta que, em pacientes que se encontram sob



funcionamento predominante da parte psicótica da personalidade, não há, ainda, um caminho pavimentado para a introjeção das capacidades de *rêverie* e simbolização do analista. Assim sendo, os movimentos no sentido de ampliação do contato com o analista geram dois fenômenos: a hiperatividade da cisão e identificação projetiva, provocando estados confusionais e, simultaneamente, o impulso dominante (seja ele o de vida, ou de morte) é mutilado pelo impulso temporariamente subordinado, o que deixa o paciente atormentado. Em meio à tormenta e confusão mental, o paciente retorna à relação restrita com o analista, numa oscilação contínua.

O aparelho mental dos pacientes *borderline* tem a função alfa preservada, mas não tem um continente bem estruturado, causando uma sobrecarga mental e mais desorganização. É por isso que, nesses pacientes, “[...] a interpretação clássica frequentemente gera mais perseguição do que crescimento, falta o lugar no qual colocá-la e a ‘maneira’ de utilizá-la” (Ferro, 2005, p. 33). Não resta ao analista, nessa situação, outra opção que não respeitar os movimentos oscilatórios do paciente e manter-se firme em seu propósito de um contato emocional e ampliação do aparelho mental progressivos. Ferro (1997) resume essa tendência mais parcimoniosa da técnica analítica, ao sugerir que, ao lidar com as partes mais primitivas da mente, o analista deve ficar atento à frequente necessidade do paciente no sentido da diminuição da pressão interpretativa, e as capacidades negativas do terapeuta (não perseguição, não intrusão, não decodificação) devem ganhar especial importância.

Green (1975) destaca o quão difícil é a escolha técnica em casos em que, frente à necessidade de preencher o espaço psíquico do paciente, uma atitude mais expectante do analista pode levar à ausência (*silêncio de morte*) e uma atitude mais interpretativa pode ser prematura e saturada, perpetuando o transbordamento (introduzindo o objeto intrusivo). Sugere que o meio termo talvez resida numa verbalização (não interpretativa), que funcionaria, temporariamente, como um cuidado materno e, numa hipótese mais otimista, pavimentaria o caminho para uma integração maior, com condições mínimas para que se estabeleçam relações de objetos totais.

Ilustração clínica

Apresento, a seguir, material clínico de dois pacientes. No primeiro caso, descrevo uma sessão analítica em que tento ilustrar as oscilações, aproximações e afastamentos emocionais entre paciente e analista, dentro de uma sessão de



análise, e pondero questões técnicas. No segundo, apresento um fragmento de sessão de um paciente que desenvolveu, em determinado período do tratamento, uma transferência intensamente hostil e turbulenta, desenvolvendo-se um campo muito peculiar.

Caso 1: D. é uma mulher de meia idade que carrega sentimentos crônicos de vazio e falsidade. Apesar da aparente normalidade de seu percurso pessoal, não possui vínculos afetivos mais significativos e tem, em sua história, episódios depressivos importantes. Percebo, desde os primeiros contatos, uma grande fragilidade a nos rondar. O impacto e desorganização óbvios que minhas intervenções lhe provocam geram, em mim, preocupação e me dão a sensação de ser um elefante adentrando uma loja de cristais.

SESSÃO:

D. inicia falando, despreocupadamente e (parece-me) superficialmente, de seu fim de semana.

D – Foi tudo tranquilo. Saí com o pessoal na sexta. Fomos a um restaurante, mas nada aconteceu. Ninguém se aproximou.

(Sinto estranheza e certa frustração. Não sei quem é o “pessoal”. Não consigo ter uma ideia clara dos fatos que me relata. Seu tom é de intimidade, como se eu a tivesse acompanhado ao programa, ou, de alguma forma, pudesse compreender “sem palavras”. Fala mais algum tempo sobre o aniversário de casamento de um amigo que mora longe. Conta, orgulhosa, que lhe mandou uma mensagem de parabéns. Fez questão de se comunicar com ele, pois lembra ter ficado muita chateada certa vez em que ele não a cumprimentou no seu aniversário. Começo a pensar em sua postura aparentemente altruísta, mas, no fundo, queixosa. “Tudo tranquilo”, ela diz, cortando e abreviando também esse assunto).

Frente ao meu silêncio, D. diz:

D – Acho que estou meio perdida. Não consigo organizar meus papéis e estou deixando a desejar no trabalho. Acho que poderia me esforçar mais. Mas, pensando bem, também não adianta forçar.

(Murcho novamente. Sinto que ela busca uma zona de conforto e evita, intensamente, o esforço que poderia lhe trazer dor mental. Mantém-me afastada. Segue falando de um jantar que está sendo programado entre seus colegas de trabalho e sobre como teve a impressão de ficar deslocada no grupo, deixada de fora. Enquanto ela fala, algo em seu rosto me chama a atenção. Ela usa uma faixa de cabelo da qual pendem algumas bolas de lã. É um adorno delicado e bonito, mas algo anacrônico, pois parece meio infantil. Olho para uma bola de lã e começo a imaginar uma bola de cristal. Em meu devaneio, uma mão feia e enrugada passa a mão pela bola, e, finalmente, imagino a bruxa/madrasta da



Branca de Neve rindo histérica e sadicamente por trás da bola. Penso que D. deseja controlar a vida das Brancas de Neve que a rodeiam, mas não consigo seguir um raciocínio lógico. Fico presa na imagem da bola de cristal e das nuvens que a rodeiam, impedindo que se vejam as imagens. Sinto-me como que hipnotizada e, com esforço, falo:)

A – Não te sentes incluída.

D – É. Tive que orientar uns estagiários no trabalho. Um deles me perguntou qual era o melhor formulário para usar em caso de devolução de mercadoria, e eu disse que era o azul. Aí ele disse: “Sim, mas o verde tem tudo o que precisa”. Aí ele se virou para os outros e perguntou o que eles achavam. Eles disseram o mesmo que eu, mas mesmo assim eu fiquei me achando burra e dando graças a Deus que estavam todos ali para me ajudar a receber os estagiários.

(Lembro, nesse momento, de como fica exultante e confiante quando os colegas são relocados e ela trabalha sozinha e me ocorre que talvez sinta o oposto do que diz e que estejamos falando de um desejo de prescindir dos outros, no que se inclui a analista).

D – Como é que eu vou poder me virar sozinha, quando tiver que assumir sozinha o departamento?

A – Mas, quando trabalhas sozinha, te sentes confiante e tens a impressão de ser respeitada.

D – Sim, é verdade.

(Ocorre-me que falamos de uma triangulação e do seu desejo de eliminar uma das pontas do triângulo e desenvolver uma díade e um controle simbiótico. Como lhe dizer isso?)

A – Parece que te sentes mais confiante quando estás sozinha com o cliente e mais ameaçada quando estás perto de “iguais”.

D – Sim, com certeza.

(Continuo fazendo esforço para pensar, enquanto uma sensação de morosidade e sonolência me invade. Imagino, mais uma vez, o riso estridente da bruxa).

D – Falei com a minha prima, também, pelo telefone e disse para ela que eu estou de saco cheio, puta da cara. Que eu tinha ido no SPA e que tava uma merda, que eu estava odiando estar lá, me odiando por ter feito a reserva e por ter pago tanto por tão pouco e que nunca achei tão merda estar fazendo um exercício. Aquela caminhada não passava nunca, e eu queria atirar uma bomba naquele sítio.

(Subitamente dou-me conta de que ela fala de sua relação comigo, do quanto paga, que “paga para se incomodar” e que está com muita raiva. Finalmente a



transferência negativa surge mais abertamente. A morosidade some. Sinto-me alerta e começo a pensar nos prós e nos contras de interpretar).

D – Minha prima passou o telefone para o meu primo, que é nadador profissional, e a ladainha começou: “É importante para ti fazer um exercício físico, tu precisas cuidar do teu corpo e da tua saúde e blá, blá, blá...”. Eu não estou nem aí. (Está claro para mim que fala de nós duas, mas novamente acho precipitado interpretar. Sinto que soaria como uma acusação).

A – Usando a razão, tu sabes que algumas coisas são importantes, podem te fazer bem, como te exercitar, mas isso não acaba com as tuas dificuldades. (Isso se aplica perfeitamente ao tratamento, pois, racionalmente, ela quer e, de fato, cumpre com as combinações, apesar de sua postura retentiva e evitativa).

D – É, não adianta.

A – Queres perder peso, mas queres atirar uma bomba no SPA. (Imaginei que, pegando pela extratransferência, talvez aparecesse mais livremente sua destrutividade, competição com os colegas, sua necessidade de ser a única, ou a melhor e seu desejo de ganhar “no grito” e não através do árduo trabalho de reflexão).

D – Não sei, acho que sinto um cansaço muito grande.

(A interpretação não parece ter gerado maior emoção. Nos aproximamos do fim da sessão, e eu fico pensando no seu esforço estafante de vir às sessões e, ao mesmo tempo, evitar continuamente um aprofundamento em nosso contato). Encerro a sessão.

Comentários a respeito do material

Penso que, no início da sessão, fica clara a dificuldade de D. formar um par. Não nos permite fazer uma ligação fértil, criativa e propõe uma relação estéril, mas de aparente normalidade. Logo se delineia um clima transferencial/contratransferencial claro: a paciente provoca em mim o sentimento de exclusão que carrega dentro de si. As suas associações fazem referências explícitas a isso (o amigo que esqueceu de a cumprimentar, os colegas que parecem não fazer questão de sua presença). Apesar da clareza, não interpreto imediatamente. Esse momento é o primeiro de vários, na sessão, em que eu suspeito que, por baixo do discurso coerente e claro da paciente e aparente busca de comunicação, estão em curso forças de desligamento e evitação poderosas, com iminente desorganização e regressão do campo.

A estranheza e a frustração que eu sinto transformam-se, rapidamente, em



desânimo. A associação a respeito de que “não adianta forçar” e se esforçar reforça a minha impressão de que D. se esquivava, mas ainda sinto que a interpretação desse conteúdo seria prematura. Espero algo mais, e nosso encontro (meu e de D.) se dá, então, num nível mais profundamente inconsciente. Meu devaneio com a bola de cristal e a bruxa trazem, de supetão, ao vivo e a cores, para dentro do campo, sentimentos que D. tenta evitar e disfarçar: inveja, destrutividade e, ao mesmo tempo, o desejo de simbiose. Toco de leve no aspecto da rivalidade, quando interpreto que se sente mais confortável entre “iguais”. Algo na indiferença afetiva e “normalidade” defensiva de D. se rompe, aqui, e ela fala de sua raiva e ambivalência. Foi quebrada a evitação fóbica do contato (ligação) comigo. Meu sentimento contratransferencial muda drasticamente. A morosidade (sinal de como nossa vitalidade estava ameaçada no campo analítico) dá lugar, em minha mente, à clareza de pensamento, disposição e conexão. D. parece estar “caminhando no fio da navalha”, podendo pender para o desligamento (como fez com o primo) ou para a explosão. As duas possibilidades são desconfortáveis para D., mas nada a ameaça tanto quanto o risco de aproximar-se de seus núcleos traumáticos através do contato emocional comigo.

Mais do que tornar a paciente consciente de sua raiva e destrutividade, acho que o fio condutor da sessão foi o processo em si de acompanhá-la e transitar, com ela, por essas emoções, lenta e parcimoniosamente. É uma novidade, para D., falar de sua raiva e desespero sem um tom de julgamento, mas, sim, como algo importante, pois genuinamente seu. São passos tímidos em direção à capacidade de simbolizar.

Dentro da técnica psicanalítica clássica, seria esperado que o analista interpretasse mais a transferência e colocasse à mostra, para análise imediata, a ambivalência (e resistência) da paciente. É provável, no entanto, que, com uma paciente com tamanho grau de fragilidade, essa atitude pudesse causar emoções intoleráveis e incompreensíveis (elementos beta). Da forma como a sessão transcorreu, a transferência foi-se desenhando na mente da analista como um quadro inacabado e, por ora, tomando forma apenas na mente dessa última. Algum tempo deverá transcorrer até que esses sentimentos possam amadurecer na mente da analista, no campo, e serem, de forma mais profunda, falados e sentidos plenamente pela paciente. É um processo lento, que exige mergulhos mais profundos no mundo inconsciente da analista e uma grande capacidade negativa (tolerar a ansiedade do desconhecido). É uma forma de trabalho que envolve menos interpretações de conteúdo e que privilegia a busca por espaços potenciais para pensar. Se acreditarmos na hipótese de que os pacientes mais regressivos



carecem exatamente disso, ou seja, da capacidade de pensar, poderemos imaginar que esse seja um caminho mais acertado e, talvez, mais tolerável para eles.

Caso 2: V. é um adulto jovem que apresenta sentimentos crônicos de vazio, oscilação marcada do humor e impulsividade na conduta. Nos primeiros contatos, passa a impressão de ter razoáveis condições de ego, o que se desfaz assim que tem início a análise. Mostra-se, então, regressivo e com uma produção imaginativa extremamente ansiogênica: invadem-no imagens de corpos mutilados. Por muito tempo as sessões reproduzem o padrão de “camuflagem”, com a tentativa do paciente de manter a comunicação num nível mais maduro e a percepção da analista de uma evasão de contato e profundidade. Após alguns anos de tratamento e de alguma melhora clínica, ligada à diminuição da impulsividade e fortalecimento de vínculos pessoais, há um recrudescimento, no campo analítico, de marcados negativismo e hostilidade, com atuações importantes. A contratransferência da analista oscila muito, passando por confusão, medo de ser agredida fisicamente e raiva, como em determinado dia em que, ao sair do consultório, se depara com fezes espalhadas no lixo do banheiro.

Na sessão que apresento, o paciente começa falando, num tom otimista, de um movimento de aproximação com a esposa (C.), com a qual havia brigado no dia anterior. Descreve como foi terno com ela e como se sentiu gratificado, mesmo quando ela lhe disse que se sentia magoada com a briga e que precisaria de um tempo para sentir-se melhor. Acompanho as associações de V. com uma sensação de bem estar e esperança, mas não deixo de experimentar certa estranheza, pois o tom conciliador e compreensivo que descreve não são habituais. Ele segue falando:

*V – Ai, é difícil falar. Com a C. foi difícil, no início estava trancado, um clima tenso. E eu fico achando que é artificial, que não são coisas que **eu** pensei, mas coisas que **tu** pensaste, essas que eu falei para ela. Me dá raiva. (V. muda o tom, de amável e aberto a indignado e defensivo. Parece-me mais verdadeiro. Ocorre-me que a fantasia do homem maduro desejoso da mulher se desfaz, e V. se torna um menino solitário e frustrado, tendo a mãe (eu) como norte, mas irritado com isso. Em meio a minhas percepções e dúvidas conscientes, sinto algo de ameaça no ar, como se estivesse caminhando num campo minado. Pressinto uma tempestade, mas não a vejo. Fico parada, então, em silêncio, tentando entender melhor). V. prossegue:*

V – Claro que eu queria que as coisas dessem certo com a C. É cômodo, é confortável, é o que eu tenho à mão.



(Eu começo a sentir um desconforto. Parece-me que fala de C. como se fosse um objeto, um carro que poderia facilitar a sua vida. Sinto-me confusa e permaneço em silêncio).

V – Fala alguma coisa, para que essa merda de análise valha para alguma coisa. Ninguém me tira da cabeça que tu estás fazendo silêncio de propósito, para provocar aqui o mesmo que está acontecendo com a C., que tu estás sendo sacana, mesmo! (Grita muito alto). Me dá vontade de soltar um peido e ir embora!

(Pressionada e ansiosa com a crescente desorganização do paciente, eu falo:)

A – Não te dou o que queres, na hora em que queres, então achas que estou querendo te sacanear. Explodes em raiva.

V – E não é todo mundo assim? (Esbraveja, muito irritado). Tu não reages mal, quando não consegues o que tu queres? No trânsito, abriu o sinal, tu não “andou”, o carinha já bota luz alta na cara e buzina!

A – Te ocorre algum outro motivo para o meu silêncio?

V – Sim. Que tu estás esperando me ouvir mais para entender junto comigo alguma coisa (ainda em tom irritado e impaciente).

A – Eu preciso de um tempo, como a C. Só que a tua primeira reação ao ritmo da C. ou ao meu é de te sentir sacaneado.

V – É! (mesmo tom). (Breve Silêncio).

A – Na semana passada, nós falamos sobre como tu vinhas te sentindo mais próximo de mim e do alívio que te dava. Mas isso oscila muito.

V – Não sei se era isso que eu sentia. Talvez. Me dá vontade de não pensar, mas eu sei o que acontece comigo quando eu não penso: eu me exponho e me destruo e depois eu fico morrendo de raiva... (Faz silêncio).

V – Não consigo pensar em nada útil. Só se vou fazer silêncio ou não. Parece que eu preciso te ajudar, assim como eu sinto com a C. também. Dizer algo para que tu tenhas algo a me dizer. (Silêncio).

V – Parece que tu não vais dizer nada.

A – Dois minutos de silêncio é igual a cinquenta minutos de silêncio.

V – É. É igual ao fim de semana inteiro que eu não tive sessão!! (Diz isso de forma exasperada e emocionada).

A – O espaço que se cria com o silêncio faz com que te sintas perdido de mim.

V – Faz tempo que a gente não fala nisso, mas eu tenho aquela sensação, que vai e vem, de me perder, não saber quem eu sou, de tudo é tudo, nada é nada. Não consigo me abrir. Tem muita podridão. Parece errado largar tudo. É muita agressividade. Me sinto retentivo. Vou me segurando, mas, quando vejo, saem



umas farpas. Prefiro ser assim, largar umas farpas de vez em quando, que é tri bom e alivia, do que ser o santa. Sou felino.

Comentários

Neste material, as emoções estão escancaradas, e o paciente vive um sofrimento atroz. O campo está inundado por confusão, desespero e temor à loucura. O paciente exige soluções, e cria-se um campo suscetível a *enactments* com coloridos sadomasoquistas. Eu faço intervenções “tapa-buraco”, ou “ping-pong”, que só intensificam a beligerância do paciente. V. projeta maciçamente seus objetos internos sádicos na analista, e sua escuta fica impedida, ou distorcida. Penso que minha capacidade de *rêverie* fica temporária e parcialmente prejudicada, mas, apesar disso, permaneço firme no propósito de compreendê-lo. Quando falo do tempo a nos separar, em sua fantasia, V. parece sentir-se um pouco mais contido e compreendido em sua ansiedade de abandono, o ataque diminui, e ele fala mais livremente de sua confusão.

Em comum, os dois casos clínicos apresentam um funcionamento inicial aparentemente produtivo, que contrasta com a percepção de superficialidade e de ameaça de desestruturação latente. O aparente desejo de comunicação encobre a evitação do pensamento, da intimidade e do contato emocional. É a contratransferência da analista que indica a presença de um material mais regressivo e ameaçador. No primeiro caso, a analista mantém sua capacidade de *revêrie*, enquanto que, no segundo, está com sua função analítica maciçamente atacada e parcialmente bloqueada. A segunda situação ilustra, mais do que a primeira, um estado do campo analítico tomado por tendências perversas e destrutivas (pulsão de morte), num ataque massivo à capacidade criativa da dupla. Quem caminha “no fio da navalha”, aqui, é a analista, diferentemente do primeiro caso.

Conclusão

A clínica *borderline* representa um dos grandes desafios que a psicanálise encara atualmente. Os esforços no sentido de tornar mais criterioso o seu diagnóstico e de pesquisar com rigor científico o seu curso, prognóstico e indicações terapêuticas têm-se mostrado muito úteis e profícuos. Acompanhando essa evolução, assistimos a uma tendência significativa da psicanálise atual a dar



um espaço maior à subjetividade do analista no campo e valorizar mais suas capacidades negativas, o que tem-se mostrado especialmente útil para os pacientes mais regressivos. O analista, cada vez mais, está consciente do quanto está em contato emocional com seu(s) paciente(s) e do quanto sua escuta depende de *seus próprios ouvidos* (Green, 1975; Eizirik, 2008). O clima que se estabelece no *setting* terapêutico reflete a interação das duas mentes específicas envolvidas. É um processo que só pode ser engendrado e compreendido à luz das interações (reais ou fantasiadas). Como nos diz Bion (1962, p. 69): “Não se concebe a experiência emocional isolada de relação”.

O campo analítico, em tratamentos de pacientes *borderline*, reflete sua tendência oscilatória, evitativa e, muitas vezes, destrutiva. E nos faz indagar: por quê, para alguns pacientes, a capacidade de pensar é tão construtiva e, para outros, tão ameaçadora?

Os pacientes que têm uma estrutura neurótica bem estabelecida precisam “arrumar a máquina”, mas outros, mais regressivos, precisam “construir a máquina”. Contam, inicialmente, com um terreno abarrotado de entulho e bagunça, em que qualquer peça a mais é sentida como uma grande sobrecarga, que pode gerar mais instabilidade.

Muitas vezes, na prática clínica, é tênue o limite dentro do qual analista e paciente podem trabalhar, pois os pacientes *borderline* costumam sofrer não só nos momentos em que o analista não consegue acolher e processar, em sua mente, as angústias projetadas, mas também, muitas vezes, quando as mentes se tocam (em relação ao conhecimento (K), ou às emoções (continente/conteúdo), pois a ligação entre suas mentes já é um passo em direção à simbolização e à percepção de ansiedades intoleráveis (Green, 1975). E é isso que é desesperadamente evitado, de forma inconsciente e, muitas vezes, consciente.

Entendo que o percurso desses tratamentos é árido e longo e que uma evolução satisfatória depende da persistência do analista como objeto bom (não idealizado) que, com o passar do tempo, faz frente à desconfiança, desesperança e ausência que configuram o mundo interno dos pacientes.

O tratamento desse tipo de patologia é, sem dúvida, um desafio e uma grande oportunidade de aprendizado, especialmente se lembrarmos que, mesmo no tratamento de pacientes neuróticos, os núcleos psicóticos estão presentes e atuantes. Assim, dadas as devidas proporções de variantes como frequência, intensidade e persistência, podemos esperar, em qualquer tratamento de base psicanalítica, a ocorrência eventual de configurações *borderline* do campo analítico. □



Abstract

Borderline states of the analytical field

Due to their increasing growth and to the severity of the clinical conditions, the borderline pathologies have been receiving much attention. The intensive scientific production throughout the last decades has resulted in a quite consistent corpus of theoretical and practical knowledge, crucial for a more accurate diagnosis, understanding and technical handling. Its indiscriminate classification, as well as the failure to acknowledge the diagnosis can be harmful. What one evidences in the psychoanalytical treatments are transference /countertransference bonds that repeat in some way the oscillating and frequently destructive trend of these patients. The treatments are difficult, and frequently evolve to therapeutic deadlocks. This paper intends to review the classificatory systems of borderline disorders, as well as to achieve a dynamic understanding and to provide specific technical suggestions for the psychoanalytical treatment. Two clinical cases are presented in order to illustrate the unconscious movements of the analytic field. In both, the initial functioning, apparently productive, is much contrasted with a latent threat of losing the structure. In the first case, however, the analyst keeps her *revêrie* capability, while in the second, her analytical function is massively attacked and partially blocked. The opportunity to learn with the treatment of these cases goes beyond the limits of the borderline clinic, provided that, even in treatments of patients with a neurotic structure, eventual borderline configurations of the analytic field can be foreseen.

Keywords: Psychoanalysis. Borderline. Analytic field. Transference. Countertransference. Diagnostic criteria. Technique. Therapeutic deadlocks.

Resumen

Estados limítrofes del campo analítico

Las patologías limítrofes vienen recibiendo mucha atención por su frecuencia creciente y por la seriedad de los cuadros clínicos. La producción científica intensa de las últimas décadas resultó en un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos bastante consistente, esencial para el diagnóstico, la comprensión y la gestión técnica más juiciosa. Tanto su clasificación indiscriminada como el no reconocimiento del diagnóstico pueden ser perjudiciales. En los tratamientos psicoanalíticos, lo que se hace evidente son vínculos transferenciales/



contratransferenciales que repiten, en alguna medida, la tendencia oscilatoria impulsiva y, muchas veces, destructiva de esos pacientes. Son tratamientos difíciles que, frecuentemente, evolucionan para estancamientos terapéuticos. El presente trabajo busca revisar los sistemas clasificatorios de los trastornos limítrofes, así como su comprensión dinámica y sugerencias técnicas específicas para su tratamiento psicoanalítico. Se presentan dos casos clínicos para mostrar los movimientos inconscientes del campo analítico. En ambos, el funcionamiento inicial, aparentemente productivo, contrasta mucho con la amenaza de la desestructuración latente. En el primer caso, sin embargo, el analista mantiene su capacidad de *rêverie*, mientras que, en el segundo, está con su función analítica sólidamente atacada y parcialmente bloqueada. El aprendizaje que el tratamiento de esos casos hace posible excede los límites de la clínica limítrofe, ya que, aun en tratamientos de pacientes con estructura neurótica, están previstas eventuales configuraciones *borderline* del campo analítico.

Palabras llave: Psicoanálisis. Limítrofe. Campo analítico. Transferencia. Contratransferencia. Criterios diagnósticos. Técnica. Estancamientos terapéuticos.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, 1980.
- . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, 1994.
- BATEMAN, A. W; FONAGY, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University.
- BERGERET, J. (1988). *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artmed.
- BION, W. R. (1957). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. In: *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 75.
- . (1962). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 69.
- BOLLAS, C. (1996). O desejo borderline. *Percurso*. v. 30, p. 5-12.
- CLARKIN, J. F. et al. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am. J. Psychiatry*., v. 164, n. 6, p. 922-928.
- DE MASI, F. (1992). On transference psychosis: clinical perspectives in work with borderline patients. In: MOMIGLIANO, L. N. *Shared experience: the psychoanalytic dialogue*. London: Karnac, 1992. p. 167-188.
- EIZIRIK, C. L. (2008). Psicanálise em um mundo em transformação. *Revista de Psicanálise da SPPA*., v. 15, n. 1, p. 11-17.
- FERRO, A. (1997). *Na sala de análise*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- . (2005). *Fatores de doença, fatores de cura*. Rio de Janeiro: Imago. p. 33.
- FONAGY, P. (1995). Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunctions in borderline personalities. *Int. J. Psychoanal.*, v. 76, p. 39-44.



Idete Zimerman Bizzi

- FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- . (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- . (1940). A divisão do ego no processo de defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GABBARD, G. O. (1994). *Psiquiatria psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 296.
- GREEN, A. (1975). O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago, 1988. p. 60.
- . (2000). The central phobic position: a new formulation of the free Association Method. *Int. J. Psychoanal.*, v. 81, p. 429-451.
- GUS, M. (2007). Acting, enactment e a realidade psíquica “em cena” no tratamento analítico das estruturas borderline. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 42, n. 2, p. 45-53.
- JOSEPH, B. (1982). O vício pela quase morte. In: SPILLIUS, E. B. *Melanie Klein hoje*: volume 1. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 316-328.
- KERNBERG, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association.*, v. 15, n. 3, p. 641-685.
- . (1984). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Obras completas de Melanie Klein*. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 20-43.
- MAHLER, M. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*. v. 26, p. 403-424.
- MALCOLM, R. R. (1970). O espelho: uma fantasia sexual perversa em uma mulher vista como defesa contra um colapso psicótico. In: SPILLIUS, E. B. *Melanie Klein hoje*: volume 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 132-155.
- MELTZER, D. (1973). Perversão da transferência. In: *Estados sexuais da mente*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- ROSENFELD, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int. J. Psycho-Anal.* v. 52, p. 169-178.
- . (1978). Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *Int. J. Psycho-Anal.* v. 59, p. 215-221.
- . (1979). A psicose de transferência no paciente fronteiriço. *Revista Brasileira de Psicanálise*. v. 23, n. 3, p. 135-152.

Recebido em 17/03/2010

Aceito em 10/04/2010

Idete Zimerman Bizzi

Av. Iguazu, 176/401

90470430 – Porto Alegre – RS – Brasil

e-mail: idetebizzi@terra.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA