

ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO PACIENTE *BORDERLINE*¹

Psychodynamic approach of the borderline patient

PASINI, T.F.
DAMETTO, J.

Recebimento: 09/11/2009 – Aceite: 16/12/2010

RESUMO: O presente artigo versa sobre o Transtorno de Personalidade *Borderline*, também conhecido como Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional, ou “casos-limite”, propondo sobre tais estados uma leitura psicanalítica. Através de dois casos clínicos, debate-se a forma de apresentação clínica e metapsicológica do paciente *borderline*, bem como a possibilidade de abordagem clínica desses casos através da Psicoterapia de Orientação Psicanalítica. Constata-se que essa proposta de tratamento psicoterápico é válida, proporcionando melhoras na qualidade de vida dos pacientes; no entanto, devido à restrição associativa dessa estrutura fronteira, às significativas fixações libidinais em conflitos primitivos, e às dificuldades no estabelecimento da transferência nos moldes tradicionais, acentuam-se os limites do tratamento, havendo dificuldade em transpor as barreiras impostas pelas peculiaridades estruturais desse quadro clínico.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade *borderline*. Técnicas psicoterápicas. Psicoterapia psicanalítica. Estudo de caso.

ABSTRACT: This study focuses on the Borderline Personality Disorder, also known as Emotionally Unstable Personality Disorder or *borderline*, proposing, on such cases, a psychoanalytic reading. The *borderline* patient's clinical and metapsychological presentation form were debated through the analysis of two clinical cases as well as the possibility of clinic approach of these cases through the Psychoanalytic Psychotherapy. The validity of the psychotherapeutical treatment is noticed, consequently promoting improvement in the patients' quality of life. However, due to the associative restriction of this *borderline* structure, like libidinal addiction in early conflicts and the difficulty in establishing transference in the traditional patterns, the limits

of treatment are increased, therefore showing difficulties in overcoming the barriers imposed by the structural peculiarities of this case.

Keywords: Borderline personality disorder. Psychotherapeutic techniques. Psychoanalytic psychotherapy. Clinical case.

Estes estados de indiferenciação – sem fronteiras e sem objeto-, porém, devem estar na base dos sentimentos de tédio e futilidade, de irrealidade e desperdício que dominam a vida subjetiva de muitos pacientes borderline. Tédio que, parece, só pode ser quebrado pelas turbulências afetivas, ideativas e comportamentais que pontuam a existência destes indivíduos. Uma turbulência vã que acaba funcionando como uma pobre caricatura e patética substituição da vida quando a única tarefa é existir, existir penosamente (FIGUEIREDO, 2000, p.86).

endendo tentativas de suicídio e gestos suicidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p.200-1).

Introdução

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, conhecida como CID-10, disposta pela Organização Mundial da Saúde, tem, sob o código F60.3, o *Transtorno de personalidade com instabilidade emocional*, que é assim descrito:

Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo “borderline”, caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compre-

Este artigo se ocupa do segundo tipo descrito, também conhecido como *Transtorno de Personalidade Borderline, ou fronteiraço*, que incide, na maioria dos casos, sobre mulheres (cerca de 75%), sendo que sua manifestação mais evidente se dá no início da idade adulta, período em que a instabilidade emocional é mais intensa, havendo maior risco de suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Buscou-se ampliar e sistematizar os conhecimentos disponíveis acerca do referido transtorno, tanto a nível teórico quanto técnico, dado que se trata de um problema de relativa gravidade, frequentemente atendido pelos Serviços de Saúde Públicos e Privados, e que impõe sérios desafios ao manejo clínico devido a implicações que o quadro apresenta.

Dentre as dificuldades que essa estrutura de personalidade impõe ao trabalho psicoterápico, tem-se a inconstância de sua adesão ao tratamento, com diversas tentativas de “sabotagem” do processo; a tentativa de perverter os objetivos do tratamento, utilizando-o para fins diversos do que se concebe como uma melhora (ganho secundário da doença); a tentativa de formação de vínculos não terapêuticos e de intimidade com o terapeuta; a dificuldade em sustentar os progressos do tratamento, pois estes põem em risco seu

status de dependência e controle; a dificuldade em sustentar a agressividade e angústia projetada no terapeuta, dentre outros entraves (ZIMERMAN, 2004).

Buscou-se ampliar, via revisão bibliográfica e estudos de casos, as possibilidades de compreensão, interpretação e abordagem terapêutica dessa estrutura de personalidade. Foram analisados os casos de duas adultas jovens, casadas e mães de filhos pequenos, sobre os quais se pretendeu ampliar a experiência e compreensão acerca de um quadro psicopatológico cujas compreensões estão repletas de impasses e lacunas, condição sobre a qual ainda há muito a ser explorado.

O quadro sintomático do paciente *borderline*

O termo *borderline* ou caso-limite foi descrito, em 1938, por A. Stern, devido a um impasse quanto à categorização desses pacientes nas estruturas psicopatológicas até então estabelecidas. Como aponta Figueiredo (2000), essa nova categoria surgiu frente a certos quadros que “pareciam se situar em uma *região fronteira* entre psicose, neurose e perversão, com traços das três, mas com elementos refratários a todas as inclusões fáceis e consensuais. A esse “entre”, referia-se então o conceito de “margem”, “borda” ou “limite”, constante do termo *borderline*” (p.63).

O indivíduo, acometido pelo Transtorno de Personalidade Borderline, luta para evitar uma perda ou abandono, real ou imaginário, cuja possibilidade faz com que o sujeito sofra profundas alterações comportamentais, afetivas e cognitivas, ocasionando também alterações na sua autoimagem. Frente a frustrações ocasionadas pelo ambiente, como uma mudança de planos ou uma separação real de curta duração, ocorrem reações intensas de medo de um possível abandono, raiva desmedida, desespero e julgamentos

inadequados sobre as pessoas próximas, que são sentidas ora como “más”, ora idealizadas, sendo comuns rápidas transições entre esses dois extremos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Conforme Kaplan, Sadock e Grebb (1997), “os pacientes *borderline* quase sempre parecem estar em crise. As oscilações de humor são comuns. Eles podem mostrar-se briguentos num momento, deprimidos noutro ou, ainda, queixarem-se de não sentirem coisa alguma, em outro momento” (p. 694). Podem ocorrer, também, episódios psicóticos breves e delimitados, sendo que predomina um comportamento imprevisível, com frequentes manifestações de autoagressão, incluindo automutilações que possuem, como fundo, uma forma de conquistar ajuda ou manejar angústias.

Os indivíduos com personalidade *borderline* podem ser muito dependentes daqueles com quem convivem, e expressam uma cólera intensa contra seus amigos íntimos, quando frustrados; contudo, não conseguem tolerar a solidão e preferem uma busca desenfreada de companhia, não importando quão insatisfatória, a ficarem a sós consigo mesmos. Para evitarem esta solidão, mesmo que por breves períodos de tempo, aceitarão um estranho como amigo ou serão promíscuos. Frequentemente, queixam-se de sentimentos crônicos de vazio e tédio, se falta de um senso de identidade consistente [...] e, quando pressionados, frequentemente, queixam-se do quanto sentem-se deprimidos na maior parte do tempo, apesar da aparente exuberância de seus afetos (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 1997, p. 694).

Metapsicologia do sujeito *borderline*

Para além de uma descrição psiquiátrica, uma leitura psicanalítica do paciente *bor-*

derline remete a uma forma particular de estruturação psíquica e modalidades características de estabelecer relações de objeto que, conseqüentemente, refletem nas relações interpessoais com a instabilidade emocional acima descrita.

A organização psíquica do paciente *borderline* difere da organização neurótica na medida em que a organização neurótica está relacionada diretamente ao conflito edípico, onde a problemática é triangular – o indivíduo e as figuras masculina e feminina. Já na estrutura *borderline*, o conflito triangular é infiltrado por questões de ordem pré-edípica, características da relação primitiva entre a criança e a mãe, comuns às fases oral e anal, que trazem consigo feições agressivas. Nessa condição, tem-se uma provável fixação em uma fase evolutiva em que a estrutura psíquica tripartida (id-ego e superego) não está consolidada, sendo que, como um movimento defensivo, componentes sádicos, agressivos e idealizações são projetados no objeto, em uma oscilação entre o possuir controlar e o aniquilar, havendo com isso dificuldade de diferenciação entre o eu e o não-eu (KERNBERG, et.al. 1991).

Como mecanismos de defesa preponderantes no sujeito *borderline*, tem-se, principalmente, a clivagem, que é a separação entre extremos - aspectos bons e maus do eu e dos objetos, o que proporciona uma defesa à contradição e à ambivalência emocional, que representa um conflito intrapsíquico intolerável e, além desta observa-se: a) a *ideação primitiva*, que é a tendência a criar imagens irreais do outro como totalmente bom ou totalmente mau, acentuando de forma patológica e artificial as suas qualidades ou defeitos; b) a *onipotência e desvalorização*, que afetam tanto ao eu quanto ao objeto, comportando-se de forma grandiosa e desqualificando os sujeitos a sua volta, que podem ser alvos de projeções de partes más do eu; c) *identificação projetiva*, que tem como propósito

executar a externalização de aspectos agressivos e maus de si mesmo, o que resulta na aparição de objetos perigosos e vingativos, dos quais o sujeito precisa defender-se; d) a *denegação*, que pode ser descrita como um funcionamento em que o sujeito anula uma percepção ou sentimento que, mesmo quando defrontado com a experiência denegada, esta perde seu conteúdo emocional, tratando a situação com indiferença (KERNBERG et.al., 1991; KERNBERG, s/d).

Green, citado por Figueiredo (2000), aponta duas angústias básicas que caracterizam os quadros *borderline*: primeiro, a angústia de abandono, perda ou separação; e a segunda, referente à angústia de invasão ou engolfamento pelo objeto. “Ambas, abandono e perda, ou engolfamento, seriam ‘doenças das fronteiras do ser’ e implicariam possibilidades aterrorizadoras de morte e dissolução” (p.67). Tal conflitiva corresponde à fragilidade da estrutura psíquica onde os limites internos e externos são pouco definidos, tênues ou solúveis. Essas angústias são constantes, independentemente da proximidade de um objeto “externo”, podendo ser vivenciada forte angústia de separação, mesmo próximo do outro, e angústia de intrusão, mesmo que o objeto esteja distante. Elas são correlatas à angústia de castração e de penetração, em que ocorrem fantasias de perda de uma parte, ou perda do todo; e ameaça à identidade, por uma fantasia de intrusão de uma parte ou do todo (GREEN, 1990).

Tal estado de estruturação precária do eu manifesta-se em uma ampla gama de características de personalidade, que provocam sérias dificuldades adaptativas ao indivíduo assim estruturado (tal qual relatadas nas descrições nosológicas). Problemas que remetem a conseqüências da sua formação subjetiva peculiar, em que o eu, enquanto ferramenta adaptativa primordial, encontra-se desprovido de determinadas habilidades (TENEMBAUM, 2007).

A organização *borderline* de personalidade também se mostra em características estruturais secundárias, tais como em manifestações inespecíficas de fraqueza do ego (falta de controle de impulsos, falta de tolerância à ansiedade e falta de canais de desenvolvimento de sublimação), na patologia do superego (sistemas de valores imaturos, exigências morais internas contraditórias ou, até mesmo, características anti-sociais) e nas relações objetais crônicas e caóticas, que são uma conseqüência direta da difusão de identidade e da predominância de operações defensivas primitivas (KERNBERG, et.al. 1991, p. 17).

Diante da falta de objetos internos suficientemente bons, o paciente *borderline* busca na constância dos objetos externos um ponto de apoio, estabelecendo relações baseadas em dependência, mais do que amor, das quais espera decisões que determinem os rumos de sua existência. Daí a necessidade impetuosa da presença do outro.

Constituindo o modelo de relação agressiva aquele com o qual cresceu e com o qual se sente mais familiarizado, porque pouco amado desde sempre por quem mais importava sê-lo, conduz o *borderline* a distanciar-se do ciclo relacional amoroso. (...) Deste modo, tal como no caso dos indivíduos psicóticos, assiste-se no *borderline* a um predomínio da agressividade sobre o amor e a uma dominância das forças destrutivas sobre o poder construtivo e criativo (MARANGA, 2002, p.220).

Ainda segundo o mesmo autor, propõe-se uma interpretação etiológica em que a história de vida do sujeito acometido, principalmente sua infância, está marcada por uma inconstância de objeto, em que suas primeiras relações (com as figuras parentais) foram desfavoráveis, afetivamente indiferentes ou com uma intimidade aparente, sendo

que esse padrão, predominantemente hostil, permanece na vida adulta, impregnando as demais relações do indivíduo.

Psicoterapia psicanalítica de pacientes *borderline*

O foco da ação terapêutica psicanalítica, no tratamento do transtorno *borderline*, é a ampliação do ego através do desenvolvimento das funções atrofiadas, que resultará no aumento da capacidade de mentalizar as experiências traumáticas e na contenção de experiências correlatas (TENENBAUM, 2007). De acordo com Kernberg et.al. (1991), o objetivo inicial de uma abordagem psicoterápica do paciente *borderline* é ajudá-lo a construir uma imagem de si e dos objetos de forma integrada e coerente. Para tal, cabe mostrar ao paciente o modo pelo qual as suas defesas participam das suas percepções fragmentadas, pondo à luz a sua resistência em se deparar com suas limitações. O terapeuta busca, primeiro, reconhecer padrões recorrentes de interação com os outros, que são precipitados do seu mundo representacional interno.

As representações de objeto internalizada dos pacientes *borderline* são caricaturas, ou seja, distorções fragmentadas que exageram certos traços e ignoram outros. As interações do paciente são moldadas por relações fantasiosas entre uma caricatura do *self* (como representação parcial do *self*) e do outro (como representação parcial de objeto), sob influência de um afeto particular. A tarefa do terapeuta na fase inicial é identificar as díades de objeto e *self* parciais predominantes e ajudar o paciente a uni-las em representações internas de *self* e de objeto mais realistas e equilibradas (idem, p.100).

O tratamento clínico dirigido a esses pacientes, cujo quadro envolve um com-

prometimento narcísico, logo a dificuldade de estabelecimento de uma relação transfe-rencial produtiva impôs desafios à técnica psicanalítica, principalmente, na primeira metade do século XX, período em que tais casos foram tidos como “não-analisáveis”, sendo fonte de estudo e construção teórica, mas sem a obtenção de “resultados” efetivos. O ponto principal da inviabilidade da técnica analítica estaria na dificuldade de manutenção de um *setting* terapêutico com todas as regras que compõem o contrato estabelecido entre o analista e o paciente (ZILBERLEIB, 2006; ZIMERMAN, 2004). “A precariedade dos limites dos espaços psíquicos coloca no tratamento dos *borderline* uma permanente questão de distância: o manejo da distância nos jogos transferenciais e contratransferenciais é essencial para a criação dos espaços [...] em que um psiquismo possa se estruturar”(FIGUEIREDO, 2000, p.67). Desse modo, o paciente imprime, sobre o enquadre estabelecido, uma permanente pressão, correlata à dinâmica de seu conflito, impregnada por sentimentos agressivos e temores de abandono.

Diferentemente do enquadre analítico clássico, o tratamento dos casos-limite não tem como ferramenta básica a associação livre e a interpretação, pois essas técnicas poderiam ressaltar a desorganização do eu e sobrecarregá-lo com novos elementos a serem trabalhados. Antes, deve-se buscar reorganizar a capacidade elaborativa do sujeito (TENENBAUM, 2007). Dentro de um campo transferencial, cabe ao terapeuta o trabalho de apontar as expectativas do sujeito em relação ao tratamento e a si próprio, que vêm a ser uma atualização das díades representacionais eu-objeto (KERNBERG et.al., 1991). Não cabe incentivar a associação livre, a tomada de consciência de lembranças reprimidas ou de complexos inconscientes, pois.

não se deve favorecer a entrada de mais processos primários de pensar na

consciência enquanto não houver ego suficientemente forte para levar adiante o trabalho de elaboração. Cabe ao analista a administração desse processo, caso contrário, a consequência costuma ser uma nova desorganização, o aprofundamento da desorganização em curso, ou alguma reação negativa do paciente em relação ao analista (TENENBAUM, 2007, s/p).

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

Metodologia

O método utilizado por esta pesquisa foi o “estudo de caso”, fundamentado na teoria psicanalítica. Essa forma de abordagem em que a teoria, a técnica e a prática se fundem com o objetivo de constituir o entendimento sobre o fenômeno abordado, é utilizada pela Psicologia clínica e pela Psicanálise desde seus primórdios. O desenvolvimento do saber em Psicanálise deu-se, preferencialmente, no âmbito da pesquisa clínica, operando em moldes que não se enquadram ao modelo das Ciências Naturais, e nem ao grupo das Ciências Humanas, inaugurando um novo modelo investigativo em que o sujeito e o objeto estabelecem uma relação dialética - situação presente naquilo que se denomina estudo de caso (SILVA, YAZIGI & FIORE, 2008).

Conforme Nasio (2001), o estudo de caso retrata uma experiência única vivenciada no

encontro entre o terapeuta e o paciente, a fim de respaldar um avanço teórico, podendo ser um escrito com base em um fragmento de sessão, uma análise completa, ou uma história de vida, sobre a qual ocorre uma elaboração teórica que vem auxiliar a apreensão inteligível e sensível de uma construção abstrata.

Este estudo traz os casos de duas mulheres adultas jovens² que procuraram Serviços de Saúde e que iniciaram tratamento psicoterápico de orientação psicanalítica, sobre as quais se pretendeu traçar uma análise fidedigna da estrutura de personalidade de pacientes *borderline*. Para a realização deste trabalho, as pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com os termos da pesquisa, e foram tomadas notas após cada sessão semanal de psicoterapia, sendo que as sessões não foram gravadas. Os nomes aqui apresentados são fictícios, bem como os demais dados que poderiam identificá-las.

Caso 1: Luiza

Luiza foi encaminhada ao atendimento psicológico por uma nutricionista, que lhe foi sugerida após uma consulta com um clínico-geral, pois, devido a um quadro de displasia congênita no quadril, necessitava fazer uma reeducação alimentar para perder peso e, com isso, diminuir as dores. Luiza, 25 anos, é natural do Norte do Brasil, a quarta filha de uma prole de sete filhos. Luiza teve um namorado em sua terra natal, que diz ser ainda hoje “sua paixão”, e afirma que sua mãe era contra o namoro que durou cerca de um ano. Após um desentendimento entre ela e o namorado, somado aos maus-tratos que recebia de sua mãe, Luiza resolveu sair de casa e foi para a casa de seu tio que residia no Centro-oeste onde conheceu um homem 22 anos mais velho que ela, e resolveram se casar. Eles ficaram juntos seis anos e terminaram o casamento (diz Luiza) por ela não ter

conseguido esquecer o primeiro namorado. Após a separação, Luiza foi para outro Estado brasileiro onde conheceu seu atual marido com quem tem uma filha de dois anos.

Ela conheceu seu atual esposo em uma fazenda onde foi trabalhar após a separação: refere que não tiveram um namoro prolongado, mas que tinham um bom relacionamento. Receberam um convite de pessoas amigas e de seus irmãos para trabalharem no Sul. Relata que as más condições financeiras obrigaram o casal a aceitar a proposta. Ambos conseguiram emprego em um frigorífico, em horários alternados: Luiza trabalhava durante o dia e seu esposo à noite. Nesta época engravidou e começou a apresentar problemas de saúde.

Nesse período, o casal começou a se desentender. Luiza relata que seu marido começou a apresentar um comportamento muito agressivo e impaciente (sempre foi muito ciumento); não gostava que ela se relacionasse com outras pessoas e com os irmãos. Devido a isso, resolveram se separar. Luiza saiu do frigorífico e começou a trabalhar em uma casa de família. Cerca de cinco meses depois da separação, o marido de Luiza voltou a procura-la. Ele também tinha saído do trabalho e se envolvia com drogas e roubos. Ele começou a vender as coisas que tinham dentro de casa; possuía uma arma de fogo e se relacionava com pessoas suspeitas. Luiza diz que o aceitou de volta porque ficou com muita pena e resolveu assim tomar a decisão de sair de M. e procurar outra cidade para que o marido deixasse de se relacionar com aquelas pessoas. Em M., Luiza diz ter sido encaminhada para atendimento psicológico, ainda quando trabalhava no frigorífico, por apresentar um comportamento impaciente e ansioso, mas foi a duas sessões e abandonou o tratamento.

Luiza relatou que sua mãe sempre foi muito agressiva, lhe batia muito e não a compreendia. Ela tem uma cicatriz na testa que diz

ter sido de uma vez que a mãe lhe batera. Em relação aos irmãos, tem o sentimento de ter sofrido mais que eles, pois estes conseguiam fugir da mãe, e ela não. Isso a preocupa, hoje, pois percebe ter com a filha de dois anos a mesma forma de relacionamento agressivo. Os sentimentos se confundem em relação à filha, pois, ao mesmo tempo em que perde a paciência e a agride, diz que depende muito da filha e não consegue ficar longe dela: chegam a dormirem na mesma cama.

Após algumas semanas de tratamento, Luiza relatou que, quando tinha cerca de quatorze anos, foi trabalhar em uma casa de família, onde morava um adolescente de dezessete anos. Eles se conheceram e começaram a ficar escondidos, o que resultou em uma gravidez inesperada. Quando a mãe do menino, patroa de Luiza, descobriu o fato, já tinham se passado cerca de três meses, e a gravidez foi interrompida por decisão da patroa. Após a recuperação, Luiza retornou para a casa dos pais que nunca ficaram sabendo o que tinha realmente acontecido para ela sair do emprego de que tanto gostava.

Durante o período de atendimento, Luiza faltou uma vez e, na sessão seguinte, relatou que teve dificuldade para comparecer à sessão porque tinha perdido o controle com a filha e batido nela com um chinelo. Isso a deixou muito triste e assustada, sendo que um dos objetivos de estar aceitando fazer terapia era aprender controlar seus impulsos agressivos principalmente relacionados à filha. Nas últimas sessões, Luiza referia vontade de voltar para a casa dos pais, sem o marido, pois não estavam conseguindo se relacionar de forma saudável, sempre discutindo e se agredindo fisicamente. Luiza decidiu ir embora, deixando o marido e, sem prévia comunicação, abandonou a psicoterapia.

Evolução do caso Luiza:

O tempo de atendimento de Luiza foi relativamente curto, totalizando pouco mais

que três meses. O que parece ter acontecido, nesse tempo, foi o resgate de sua família de origem, pois, nas primeiras sessões, ela referia não querer mais contato com ela, sendo que tinha cortado relações até com os irmãos que moravam em cidades próximas. Aí pôde ser percebido que a paciente fazia uso da negação para encontrar formas de se afastar da família, mesmo sentindo necessidade de conviver com ela. Também a evitação foi um dos mecanismos de defesa resultantes da forma de relacionamento hostil estabelecido desde a infância.

Durante as sessões, eram feitos questionamentos como, por exemplo, *“mesmo tendo uma mãe agressiva o filho pode sentir saudades, o que achas?; deve ser complicado morar perto dos irmãos e não se permitir visitá-los?”*, como forma de abrir um espaço para que a paciente pudesse pensar o que significava tanta raiva e desprezo pela família de origem. A paciente não aceitava essas colocações; sempre as contrariava, mas, cerca de duas semanas antes de resolver ir para a cidade natal, conseguiu entrar em contato com os pais e ficou muito feliz com a forma como o pai recebeu seu telefonema.

Segundo seus relatos, o marido não gostava que ela se relacionasse com amigos e com a família, em especial com os irmãos que moravam perto, causando sentimentos de solidão e reforçando sua conduta evitativa. Visivelmente, Luiza projetava na família de origem toda a raiva e insatisfação que sentia de si mesma, por ter voltado a viver com o marido que só a fazia sofrer. Após a separação, Luiza havia conseguido emprego e estava se sustentando de uma forma satisfatória. Foi um momento em que pôde se relacionar com os irmãos e com amigos que ficaram muito surpresos quando ela decidiu voltar para seu ex-marido.

Luiza referia um amor muito grande em relação à filha, situação em que ela parecia depender mais da filha do que a filha dos

seus cuidados. Fazia a menina ficar fechada dentro de casa junto com ela, gritava, não selecionava programas de TV e filmes, e a menina participava das discussões dos pais, tendo como resultado sono agitado, febres e colites, necessitando de cuidados médicos. Aí emergia uma forma de relacionamento parecida com o que Luiza vivenciava com sua mãe, repleto de instabilidade emocional, mesmo a paciente expressando vontade de ser diferente de sua mãe. Eram feitos apontamentos: *“como você poderia fazer diferente?; tua filha é pequena ela precisa se relacionar com pessoas da idade dela, brincar; ter um espaço só para ela dormir; fazer coisas de criança e não levar a vida de um adulto”*. Essas intervenções eram respondidas de uma forma negativa ou indiferente. Nos momentos em que se falava dos cuidados que sua filha necessitava, Luiza rebatia as afirmações com argumentos imaturos e com um ar de indiferença, como: *“ela é muito sapeca”*; *“mas ela gosta de brincar com a faca”*; *“certa vez, me distraí e ela brincou com a Superbonder e se grudou inteira, ficou toda marcada”*; *“gosto muito da minha filha, mas não estava preparada para ser mãe não!”*

Um aspecto característico da estrutura de personalidade *borderline*, presente nesse caso, é a dificuldade que esses sujeitos apresentam em dar significado às situações traumáticas, de excesso, nas quais o psiquismo, diante desses impasses, acaba por se desorganizar. Diante da impossibilidade de assimilação, o sujeito adentra à repetição, mecanismo que tenta estabelecer uma ligação, um sentido, mas que persiste em um interminável fracasso (FIGUEIREDO, 2000; KERNBERG, et.al. 1996). A paciente viveu situações de violência, devido ao descontrole da mãe, que era a pessoa que deveria protegê-la, em um momento da vida em que vigora a dependência. Mãe, essa, que agora, via identificação, resiste como objeto inter-

nalizado ao qual ela passa a submeter-se e, assim, tende a repetir vivências de agressão e violência. Como a paciente afirma, ficaram as “cicatrices” dos ataques maternos, mas essas cicatrizes marcaram-na mais profundamente, para além do corpo, deixando “sequelas psíquicas”. Luiza repete situações similares marcadas pela violência e, talvez, por isso a escolha do cônjuge violento e a volta para ele, após período de separação e as agressões contra a filha, sendo que com esta, revive a ação sofrida, dessa vez no lugar da agressora, mas também, ao identificar-se com o sofrimento da menina, em uma diáde sadomasoquista.

Apesar da curta duração de seu tratamento, Luiza conseguiu algumas melhoras na relação com a filha. Também conseguiu dar alguns significados para seus sentimentos: pôde pensar sobre sua forma de relacionamento com a filha e a família de origem e fazer uma escolha em relação ao seu cônjuge, optando por terminar esse relacionamento que acentuava sua instabilidade.

Caso 2: Joana

Joana tem 22 anos, é filha única, casada há sete anos com Leonardo, 27 anos, juntos têm duas filhas, uma com seis e outra com dois anos de idade. Joana dedica seu tempo aos cuidados do lar, e seu marido é agricultor. Sua principal queixa é a perda de controle que a faz tomar atitudes desmedidas com as filhas e com o marido, além de sentir muita desconfiança em seus relacionamentos pessoais. Ela procurou atendimento psicológico porque a filha de seis anos começou a apresentar problemas escolares e dificuldade para cumprir regras.

Os pais de Joana são separados e moram em cidades diferentes. Segundo seus relatos, tiveram um relacionamento bastante conturbado, sendo que o pai é dependente de álcool e leva uma vida de andarilho. Ela conta que, quando seus pais se separaram, a mãe já tinha

outro homem com quem foi morar, onde teve que mentir para a família deste, que ele era seu pai, e não o verdadeiro pai que deixou para trás, o que lhe causava muita ira, até que um dia não aguentou mais e contou que sua mãe estava mentindo. Isso resultou em uma surra: sua mãe a levou-a caminhar longe de casa e a espancou. Retornando, Joana teve que mentir novamente; disse que estava chorando porque tinha machucado um pé, que de fato machucou, mas tentando escapar da mãe.

O relacionamento de Joana e sua mãe sempre foi violento, o que causava raiva extrema para a paciente, dando espaço para o desenvolvimento de um comportamento em que sempre procurou reviver essa experiência desmedida em seus relacionamentos atuais. Joana refere que sempre fazia o contrário que sua mãe pedia e que continuou agindo dessa forma com as pessoas com quem convive, principalmente com o marido e as filhas. A história de Joana e sua mãe foi repleta de desentendimentos, sendo que a paciente relata que sua mãe guardava balas e doces para as visitas e não a deixava comer e, quando Joana tinha possibilidade de pegar esses doces, não comia, mas sim, estragava ou colocava fora, situação que inaugurou o comportamento oposicionista de Joana.

Quando se conheceram, Joana e Leonardo eram jovens, e a mãe de Joana era contra o namoro devido a idade da filha, que ainda estudava, mas ela foi insistente a ponto de sair de casa e ir morar com a família de Leonardo, o que resultou na desistência dos estudos. Joana tinha cerca de quatorze anos. Relata que, quando foram morar juntos, passavam o dia no quarto, comendo do bom e do melhor e que não se importava com o que sua mãe lhe dizia. Mas o tempo foi passando e começaram os desentendimentos. Quando Joana tinha quinze anos, ocorreu uma discussão entre o casal devido a ciúme, e, após brigarem muito, a ponto de se agredirem fisicamente, Leo-

nardo se trancou no quarto para se defender e afirmou que Joana tinha lhe acertado uma facada e que iria morrer. Joana, assustada, se jogou álcool e ateou fogo, Leonardo saiu do quarto para ajudá-la, e ela relata que ficou com uma raiva tão grande, que não sentia dor. Lembra que ele queria apagar o fogo colocando-a embaixo do chuveiro e ela desligava o registro e continuava discutindo enraivecida.

Tal episódio resultou em cerca de noventa dias de hospitalização, período em que descobriu que estava grávida da primeira filha. Foi o momento mais crítico da vida do casal, em que foram associados problemas de saúde, gravidez e dificuldade financeira. Após a recuperação das queimaduras, Joana foi internada em um hospital psiquiátrico. Relata que, por não se conformar com a situação, fazia tudo ao contrário, fingia que tomava os medicamentos, não tomava banho, fazia as necessidades fisiológicas na roupa para incomodar as enfermeiras até que se cansou de ficar lá, em numa visita do marido, reclamou da situação que estava vivendo no hospital. Então contou-lhe o que estava fazendo. Então, ele pediu que ela começasse a se comportar melhor, para que pudesse receber alta hospitalar. Joana resolveu fazer o que Leonardo pedira. Conseguiu receber alta e voltaram para a cidade onde moravam na época.

Chegando em casa, Joana se olhou no espelho, de corpo inteiro, pela primeira vez e enxergou as marcas que ficaram pelo corpo. Ela se desesperou culpando o marido: disse-lhe que fora por causa da mentira que ele havia dito que se ateou fogo, pois, se ele morresse, queria morrer junto. Na verdade, com ele nada acontecera, e ela ficou marcada pelo resto da vida. Joana, nessa época, tomava medicamento antipsicótico uma vez ao dia, e foi encaminhada para atendimento psicológico na cidade onde morava, mas

compareceu por pouco tempo e desistiu, assim como abandonou o tratamento medicamentoso.

Após o nascimento da primeira filha, sua mãe foi morar em outro Estado, e a mãe de Leonardo foi morar em outra casa para que o casal tivesse mais privacidade. Em meio a um ambiente familiar tumultuado por brigas e desentendimentos conjugais, Joana começou a trabalhar em uma fábrica de balas para ajudar financeiramente o marido, e a filha ficava em uma creche. Joana engravidou da segunda filha e, ainda inconformada por ter deixado o pai verdadeiro, resolveu procurá-lo após o nascimento da menina. Deixou sua família e foi procurar seu pai. Após encontrá-lo, passou uma noite com ele, conversou com seu avô, presenciou seu pai bêbedo e retornou para sua casa onde, junto com Leonardo, resolveu ir morar junto com seu pai em outro Estado, para poder cuidá-lo.

Moraram alguns meses juntos e desistiu, pois o pai de Joana continuou bebendo e pousando na rua. Nesse momento, Joana reconheceu que a teimosia de ir morar junto com o pai era só para provocar a mãe que os separara. O casal voltou para a cidade da família de Leonardo, mas não conseguiu emprego e teve que ir morar em uma cidade vizinha, em um sítio, em que Leonardo trabalha atualmente.

Ao ser chamada para atendimento psicológico, faltou à primeira sessão, e foi necessária uma segunda tentativa em que Joana compareceu, levando as duas filhas para a primeira entrevista. Nessa situação, pôde ser percebida a dificuldade de escuta e compreensão da paciente, pois lhe foi orientado por telefone que comparecesse no local de atendimento, sozinha: primeiro, ela não compareceu e, na segunda vez, levou as duas filhas, retratando a desorganização vivida.

Durante a entrevista, Joana e sua filha falavam dos problemas que vinham enfrentando. A menina referia que não queria

mais frequentar a escola e que não gostava de comer a comida que a mãe fazia em casa, e Joana não conseguia fazer a filha escutar e não conseguia se pronunciar: ambas falavam ao mesmo tempo. Joana, se não fosse interrompida, iria contar da intimidade entre ela e seu marido na frente das filhas. Nesse momento, foram retomadas algumas combinações e dadas orientações para que comparecesse sozinha.

Na segunda entrevista, Joana compareceu sozinha e, de uma forma ansiosa, contou parte de sua história e referiu a dificuldade que estava enfrentado para criar as filhas. Falou sem interrupções e apresentou dificuldade em respeitar o tempo do atendimento. A cada semana, puderam ser percebidos alguns aspectos de organização no comportamento e no discurso de Joana, mas no *setting* terapêutico, sempre tentava exceder o horário e não escutava as intervenções, mostrava-se resistente a mudanças e se irritava facilmente.

No segundo mês de atendimento, surgiu a necessidade, junto à equipe do PSF - Programa de Saúde da Família, de realizar uma visita domiciliar para averiguar se estavam conseguindo pôr em prática o que vinha sendo trabalhado nos atendimentos realizados no Posto de Saúde, desde questões de higiene até questões de organização da casa, separação dos quartos, etc.. Na primeira vez em que foi marcada a visita, Joana compareceu no local de atendimento como forma de impedir a visita domiciliar, sendo agendada nova data. No dia da nova visita da equipe do PSF, o esposo de Joana foi chamado para conversar. Referiu que a esposa estava mais calma com as meninas, que ainda se irritava muito, mas já estava um pouco melhor; as condições de higiene também melhoraram. Pôde ser notado que, com a visita, Joana parece ter se motivado mais para realizar os cuidados consigo mesma e com sua família, mostrando menos resistência e expressando suas vivências e de uma forma menos defensiva, pois, antes da visita domiciliar, Joana se mostrava mais

agressiva durante os atendimentos. Seu tratamento se prolongou por cinco meses, com bom vínculo da paciente, sendo interrompido por questões administrativas da Unidade de Saúde na qual era atendida.

Evolução do caso Joana

Após uma primeira sessão, tardia e conturbada, foi preciso trabalhar questões de higiene e cuidado pessoal. Joana relatou que o principal motivo que fazia sua filha mais velha não querer frequentar a escola, era o fato de que toda a família estava com piolhos, e a paciente não conseguia tomar uma atitude frente a essa situação. Ficava envergonhada e sem saber o que fazer. Outra questão que preocupava era o medo que Joana sentia de ir ao dentista e os problemas dentários que vinha apresentando. Além disso, havia evidente desordem familiar: todos dormiam no mesmo quarto, a filha mais velha era tratada como adulta e sem limites, e a relação das duas irmãs era sempre de conflito.

Todos esses dados foram motivadores da visita domiciliar junto à equipe do Programa de Saúde da Família, para oferecer e orientar a família de Joana quanto a questões primordiais de higiene e de organização familiar. Foi fornecida medicação para os piolhos, e orientação para o uso. Também se realizou encaminhamento para tratamento dentário de toda a família, bem como sugerido que as meninas tivessem um lugar separado dos pais, para dormir.

Nas primeiras semanas de atendimento, o tratamento psicológico serviu como uma ponte para as outras áreas da saúde e, após serem realizadas essas orientações e serem solucionados alguns problemas, o trabalho pôde ser efetivamente direcionado às questões emocionais da paciente. Joana se mostrava muito resistente: trazia para as primeiras sessões os problemas e, quando orientada, discordava dos apontamentos. A

paciente respondia: “jamais vou lá na frente pedir medicamento para piolho”, e associava a medicação para os piolhos com veneno, que poderia matar a filha mais nova, sendo que, assim, deixava a situação como estava, mas aos poucos, *sem admitir verbalmente*, Joana começou a ter atitudes que lhe proporcionaram melhor qualidade de vida.

Até a interrupção do tratamento, persistiu a instabilidade emocional, notada principalmente em relação ao marido. Eles continuam tendo discussões, momentos em que Joana toma atitudes agressivas e pondo em dúvida seus sentimentos em relação ao casamento. Um aspecto importante a ser analisado é que, apesar da instabilidade do relacionamento de Joana e Leonardo, a paciente sempre acabou optando pela conciliação para que pudessem permanecer juntos. Seu marido pareceu desempenhar uma função de ego auxiliar ao, dentro de suas limitações, permanecer em seu lado, mesmo em momentos difíceis e de conflito, buscando minorar as consequências de seus atos e ampará-la em suas dificuldades.

Compreensão dos casos

Diante dos casos apresentados, evidenciam-se formas caóticas de organização e convívio familiar, com relacionamentos instáveis e oscilações quanto ao sentimento e forma de apego em relação ao cônjuge, aos filhos e à família de origem. Está presente um padrão de condutas impulsivas, com necessidade de resultados imediatos e baixa tolerância à frustração. Essa impulsividade, por vezes, assume um caráter auto ou alo-agressivo, em que as pacientes não conseguem ponderar os danos, agindo de forma inconsequente. Tais características justificam a hipótese diagnóstica proposta pela CID10, F60.3, *Transtorno de personalidade com instabilidade emocional*, do sub-tipo “borderline” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

A relação com a família de origem e a história pregressa de ambas as pacientes é marcada por desentendimentos e afastamentos longos que, ao mesmo tempo em que provocam alívio, pelo sentido de deixar toda uma história de sofrimento para trás, causam angústia, por estarem afastados de seus objetos de amor. As pacientes referem constante dúvida quanto ao que sentem pelos seus companheiros e familiares, o que contribui para a dificuldade em ter um relacionamento mais equilibrado. Dentre as manifestações verbais que expressam o modo ambivalente como se organizam as relações objetais nesses quadros, podem-se destacar alguns fragmentos do discurso de Joana, proferidos em uma sessão em que ela fala de seu marido, suas filhas e de uma atividade que gosta de realizar (pintar): *“Se não é meu, não é de ninguém. (...) Não quero deixar as meninas, e se tiver que deixar, prefiro matar. (...) Se ele chega perto eu me estresso, se ele sai, eu me estresso também. (...) Ele disse que vai comprar material para pintar, que é uma coisa que eu gosto. Vou pintar tudo de preto.”*

Em relação à vida profissional, ambas desistiram de seus estudos antes da conclusão do Ensino Médio e têm dificuldades em manter um emprego por um tempo razoável. Normalmente criam vínculos empregatícios temporários em funções elementares, fazem “bicos” ou passam tempos sem trabalho. Demonstram uma preocupação pueril em relação ao futuro próprio e de suas famílias, sem demonstrar comprometimento e objetivos consistentes a serem alcançados.

Tenenbaum (2007) propõe que “A forma de apresentação dos quadros clínicos, os diversos tipos de psicoses funcionais e de estados fronteiraços, é pessoal, isto é, depende da história de cada pessoa e da constituição individual.” (s/p). No entanto, apesar das idiosincrasias, tem-se um pano de fundo correlato, em termos de estrutura de personalidade e de padrão de comportamentos

que justificam o uso de uma categoria para classificar tais casos, como visto acima.

Como antes apontado, as relações objetais do paciente *borderline* são marcadas por uma dificuldade em estabelecer as fronteiras do eu e dos objetos, criando um cenário caótico que, em última análise, terá reflexos nas relações interpessoais dos pacientes (FIGUEIREDO, 2000; KERNBERG, et.al. 1996). Nos casos estudados, tal realidade aparece como ataques, fugas, apego inseguro com dificuldade de afastamento das figuras que se tornam objeto de amor, acessos de angústia, reações explosivas e inconsequentes. Como exemplo, pode-se tomar o caso de Joana que expressa um conflito antigo com sua mãe, figura opressora e dissimulada que reprovava sua relação com o parceiro, atualizando-o na relação com a filha mais velha, sobre a qual recaí a responsabilidade pela continuidade de seu casamento (existe a fantasia de que o marido teria ficado com Joana devido à gravidez). De tal modo, Joana deixa de assumir o desejo que se opõe à vontade da mãe, de ficar com seu marido, e passa a atacar a filha que ocupa o papel de elo entre ela e o esposo. Ao maltratar a filha, a paciente nega seu afeto pelo marido e pela família que construiu com este, dando segmento ao tipo de relacionamento estabelecido entre ela e sua família de origem, marcado por conflitos, sendo que suas relações sempre são pautadas por uma parcialidade, em que seus desejos e sentimentos nunca são assumidos por completo. Dessa forma ela expõe a submissão masoquista a essa mãe internalizada como destrutiva e, ao opor-se aos seus desejos, vai cortando as possibilidades de realizá-los, e passa a empobrecer seus investimentos em todas as áreas de sua vida, o que acarreta relações truncadas, agressivas e a frustração de seus projetos.

Essa mesma dificuldade de diferenciar-se da mãe é repetida com a filha mais velha que, assim como Joana, parece ter problemas em

discriminar-se, chegando a ponto de falarem ao mesmo tempo, sem poder marcar seus espaços. Esse panorama evidencia o quanto as relações traumáticas obstaculizam o processo de diferenciação, estabelecendo processos de identificação em que um, ao atribuir ao outro conteúdos que são seus, cria amarras psíquicas de submissão e dependência emocional (GREEN, 1990).

Já Luiza apresenta uma ambivalência de sentimentos em relação à filha, sendo que, mesmo quando percebe conscientemente sua violência com ela e reprova tal atitude, não consegue parar de agir de forma descontrolada. Tendo como exemplo sua própria mãe, ela afirma “*eu não quero ser como ela, se ela tinha problemas e descontava em mim, não quero descontar meus problemas em minha filha*”; no entanto, continua a repetir a sua vivência traumática, agora na posição de agressora.

Em relação ao processo terapêutico, pode-se considerar que tais pacientes apresentam uma “desorganização” no discurso, um tanto diferente de uma fala “livre”, pois apresenta-se fracionada, com interrupções abruptas e mudanças repentinas de conteúdo, o que dificulta uma compreensão da história do sujeito e também a colocação de interpretações. Aí se faz necessário o uso da *clarificação*, como apontado por Kernberg et al. (1991), que consiste em criar a possibilidade de uma interpretação através do convite à exploração de pontos do discurso que apresentam contradições, lacunas e obscuridades.

Observa-se, também, a dificuldade que tais pacientes possuem em ocupar somente o tempo previsto para as sessões. Ambas as pacientes chegavam pontualmente aos seus atendimentos; no entanto, o término de sessão era mais complexo, necessitando de uma interrupção ostensiva por parte da terapeuta. As sessões pareciam não acabar, pois os momentos finais eram repletos de angústias, acompanhadas de uma fala ver-

borrêica. Nota-se que tal experiência remete à dificuldade de separação do objeto, vivida por tais pacientes, bem como à dificuldade em preservá-los ao afastamento físico dos sujeitos que, no momento, ocupam a posição de objeto (KERNBERG, et.al. 1991). Nessas circunstâncias, como intervenção para viabilizar um término de sessão menos desestruturante, era retomado o horário da próxima sessão, como forma de sustentar o vínculo estabelecido.

Foi frequente o aparecimento de falas de desvalorização do tratamento e do profissional. Luiza, por exemplo, afirmava: “*acho que estar aqui não vai mudar muita coisa, venho porque não tenho muitas amigas e sair um pouco de casa pode me fazer bem*”. Tais falas parecem ter o sentido tanto de reviver a situação com os familiares quanto de provocar uma reação desmedida do terapeuta - um teste para ver até que ponto o vínculo estabelecido sobrevive aos ataques. Essas condutas provocam reações de contratransferência como desordem, exaustão, incômodo, o que acaba por exigir maior esforço, sendo necessária perspicácia para perceber o que o paciente está tentando comunicar. Esse ataque ao terapeuta é esperado em tais quadros, como apontado pelos autores citados na revisão sobre a psicoterapia psicanalítica do paciente *borderline*. A compreensão dessa problemática viabilizou o manejo adequado da situação e, assim, obtiveram-se o fortalecimento do vínculo e a emergência de mais conteúdos significativos.

Outra reação contratransferencial importante está relacionada ao desejo de proporcionar ao paciente maior organização à sua vida, de “resolver” os seus problemas. Isso surge frente ao estado caótico em que elas se encontram, tanto em suas vidas emocionais quanto materiais. Estado caótico, esse, que se atualiza em cada sessão. Nesses momentos, cabe eleger prioridades e se conter quanto aos demais aspectos, pois as pacientes demonstram limitações quanto à capacidade

de manter uma coerência em seus atos e hábitos, mesmo quando conscientes de seus problemas.

Considerações Finais

Através da revisão de literatura e do estudo de dois casos de pacientes, com estrutura *borderline*, pode-se considerar que a abordagem psicanalítica é viável, mas com adaptações principalmente em relação à técnica que precisa ser adequada à capacidade de elaboração dos pacientes e às peculiaridades de suas manifestações clínicas.

O manejo técnico aqui proposto compreende uma sessão semanal, na qual não se exige como princípio fundamental a associação livre. A limitação de uma sessão por semana é uma exigência comum ao atendimento público, e costuma ser necessária frente à dificuldade que alguns pacientes demonstram em disponibilizar mais tempo para o tratamento (devido a questões de trabalho ou locomoção até o local). Essa limitação no atendimento mostrou-se como um entrave, na medida em que prejudicou o desenvolvimento, a compreensão e a evolução de ambos os casos – sendo um problema a ser pensado, já que grande parte dos serviços públicos de psicologia possuem esse padrão de funcionamento.

Quanto à associação livre, considera-se que essa técnica não convém a tais quadros devido à dificuldade de elaboração que tais sujeitos apresentam, bem como, por uma tendência à fala abundante, mas desprovida de significado afetivo e de vínculos entre os diversos pontos do discurso. Antes, é preferível trabalhar uma possibilidade de organização do conteúdo trazido e de reforçamento egóico para que, então, o paciente suporte um trabalho interpretativo, sempre cauteloso.

Como aponta Hausen (2005), é notável que a fragilidade do aparelho psíquico dos casos-limite traz ao trabalho terapêutico muito mais a atuação – dentro ou fora do *setting* do que o relato passível de simbolização como uma expressão do recalado, tal qual encontrada em pacientes neuróticos.

Em relação aos resultados obtidos por tal proposta terapêutica, ocorrem melhoras na vida afetiva e em diversos aspectos da vida cotidiana como organização familiar, sono e alimentação. No entanto, há reservas quanto aos aspectos estruturais da personalidade que permanece frágil, podendo ser abalada por eventos cotidianos pouco importantes, o que não significa um retorno ao estado anterior, já que há possibilidade de uma reorganização mínima, relativamente rápida.

Esse trabalho ressalta a importância de estudar esse quadro clínico, cuja presença enquanto demanda para a Psicologia, não é rara, com frequência, acarreta sofrimento não só para o sujeito acometido, mas também para quem convive com ele, que, muitas vezes, de forma inconsciente, acaba reforçando e participando da instabilidade emocional do paciente. Como uma patologia que afeta os vínculos, nota-se a participação das famílias, tanto a de origem quanto a que o sujeito constituiu, como envolvidas na dinâmica do problema, seja em sua gênese ou em sua manutenção. Aí reside o desafio ao terapeuta, já que esse padrão conflitivo de vínculo se repetirá também do *setting* terapêutico, sendo nessa dificuldade que se localiza a possibilidade de trabalho junto ao paciente, através de recursos técnicos, como a neutralidade, e da continência, que viabilizarão uma releitura de suas experiências afetivas e a possibilidade de experimentar novas formas de vínculo, mais estáveis e, necessariamente, mais saudáveis.

NOTAS

- ¹ Este estudo originou-se de uma pesquisa realizada como requisito para conclusão do curso de Pós-graduação em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica (Universidade de Passo Fundo), cujo texto final foi defendido no dia vinte e um de novembro de dois mil e oito, por Tisciane Ferraz Pasini, sob a orientação da professora Ms. Suraia Estacia Ambros.
- ² Os casos aqui apresentados foram analisados com o devido consentimento dos pacientes, sendo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como os procedimentos da pesquisa foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sendo aprovados no dia quatro de julho de dois mil e oito.

AUTORES

Tisciane Ferraz Pasini: Psicóloga. Especialista em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: tiscianepasini@ibest.com.br

Jarbas Dametto: Psicólogo. Mestre em Educação, pela Universidade de Passo Fundo. Professor da Faculdade Anglicana de Tapejara-RS

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-IV-TR**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- FIGUEIREDO, L.C. O caso-limite e as sabotagens do prazer. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, ano III, v. 2, jun/2000, p.61-87.
- GREEN, A.. **Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- HAUSSEN, D. **Per via de porre, uma intervenção psicanalítica?** In: *(com)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005, p.35-48.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A.. **Compendio de psiquiatria**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KERNBERG, Otto; et.al. **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline**. Porto Alegre: Artmed, 1991.
- KERNBERG, Otto F. **Desordenes fonteirizos y narcisismo patológico**. Buenos Aires: Paidós, s/d.
- MARANGA, A.R. **Organizações borderline: Aspectos psicodinâmicos**. *Análise Psicológica*, v.2. Lisboa, 2002. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a03.pdf . Acesso em 05 abr. 2008.

MINERBO, M. **Espaços e objetos transicionais na análise de adolescentes borderline.** In: CARDOSO, M.R. (Org). *Adolescentes*. São Paulo: Escuta, 2006, p.89-107.

NASIO, J.-D. (Org) **Os grandes casos de psicose.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SILVA, J.F.R.; YAZIGI, L.; FIORE, M.L.M.. Psicanálise e Universidade: a interface possível por meio da pesquisa psicanalítica clínica. Alice quebra-vidros. **Revista brasileira de psiquiatria.** n.30.v.2. 2008. p.152-5.

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

ZILBERLEIB, C.M.O.V. **O acompanhamento terapêutico e as relações de objeto em pacientes-límites.** *Psychê*. Ano X. n. 18. São Paulo, set. 2006. p. 53-66.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnicas psicanalíticas:** uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.

