

A PERSPECTIVA PSICANALÍTICA NO MANEJO CLÍNICO COM PACIENTES FRONTEIRIÇOS

THE PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE IN CLINICAL HIGLING WITH BORDERLINE PATI-ENTS

STHER VICTÓRIA ALVES NASCIMENTO¹, SUELY PEREIRA DE FARIA^{2*}, HENRIQUE BATISTA ALMEIDA², LARISSA DE OLIVEIRA E FERREIRA²

1. Acadêmica do curso de graduação de Psicologia da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-FESGO; 2. Docentes do curso de Psicologia da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-FESGO

* Avenida Goiás, Quadra 2.1, Lote Área, Loja 2, 2151 - Setor Central. CEP:74063010. suely.faria@estacio.br

Recebido em 05/08/ 2020. Aceito para publicação em 12/11/2020

RESUMO

Os limites entre neurose e psicose é um ponto de tensão para a psicopatologia psicanalítica e para a compreensão dos estados limítrofes dos sujeitos fronteiricos. Esse estudo partiu do questionamento sobre o que a psicanálise concebe acerca dos sintomas contemporâneos e da dificuldade em conduzir os dispositivos analíticos para que esses sujeitos permaneçam em tratamento. O objetivo desse artigo é discorrer por meio de um estudo teórico sobre a constituição psíquica dos sujeitos fronteiricos, levando em consideração a inscrição da perda do objeto e a especificidade no manejo clínico, o qual o analista deve manejar cada movimento e discurso manifesto, por meio da relação transferencial. Os resultados apontam que a partir do saber biomédico e dos autores Stern, Green e Bergeret é possível conceber que a fragilidade nos sintomas da neurose e psicose e os limites mal definidos, permitem a compreensão de um estado fronteirico. Além disso, os resultados apontaram que a inscrição do objeto no caso dos fronteiricos, é transitório. Quanto ao manejo técnico parece haver predominância de que o papel da análise seja de ocupar o lugar se suplência dos elementos constitutivos que se encontraram ausentes na primeira infância e de construir borda para a angústia vivenciada.

PALAVRAS-CHAVE: Transferência psicanálise; *borderline* psicanálise; psicopatologias psicanálise; neurose psicose.

ABSTRACT

The transience between neurosis and psychosis is an issue for psychoanalytic psychopathology and for understanding this "limited state" of borderline patients. This work asked questions about what is an articulated psychoanalysis about contemporary symptoms and the difficulty in conducting analytical devices for these permanent subjects in the treatment. The purpose of this article is to initiate a theoretical reflection on the psychic constitution of borderline subjects, taking into account the inscription of the loss of the object; a specificity in clinical management, which the analyst must accompany each movement and manifest discourse, through the transferential relationship. The results

suggest that from the biomedical knowledge of two authors Stern, Green and Bergeret, it is possible to conceive that the fragility of symptoms of neurose and psychosis and poorly defined limits, allows us to understand a border state. Furthermore, the results shows that the object inscription of the borderline states is transitory. During technical management, there seems to be a predominance of whether the role of analysis is to occupy or place two constitutive elements that were found to be absent in the first childhood and to build an edge for the anguish experienced.

KEYWORDS: Psychoanalysis transference; borderline psychoanalysis; psychoanalysis psychopathologies; neurosis psychosis.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta de forma geral as características do psiquismo dos sujeitos fronteiricos e as implicações dessa temática no campo das discussões teóricas sobre o diagnóstico e o manejo clínico. Os aspectos da problemática dos sujeitos fronteiricos se associam a uma questão atual e fazem parte das discussões da clínica na contemporaneidade. Assim, é necessária a compreensão deste tema, não em uma perspectiva patologizante, mas como auxílio ao método psicanalítico enquanto prática clínica e os desdobramentos que esse tratamento poderá trazer ao sujeito. Para Dayrell (2007) a nosografia psicanalítica vai para além de uma estrutura que reúne vários sintomas. Há elementos que constituem o sujeito psiquicamente e nessa constituição, inconscientemente atribui um saber a uma figura de lei, o objeto que trará prazer ou desprazer.

O DSM-V, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Estatístico e Diagnóstico das Doenças Mentais) refere-se a essa configuração psíquica como transtorno de personalidade *borderline*. O manual parte do pressuposto classificatório, e essencialmente descreve os sujeitos a partir de uma perspectiva nosológica. Hegenberg (2007) aponta que os sujeitos fronteiricos partem de uma problemática pós-moderna e

que são dependentes de relações estáveis e acolhedoras. Devido à essa especificidade tendo como reflexo de sua constituição enquanto sujeito, há a apresentação de diversos sintomas como: intensa dependência na relação com o outro e a angústia de separação. Figueiredo (2003) ainda afirma que esses sujeitos têm como características, “padrão oscilatório dos afetos, à questão da instabilidade, das flutuações, das oscilações, das mudanças bruscas, do que muitos descrevem como o vaivém dos humores e das reações.”

Há uma ampla variação teórica quando se refere ao sujeito fronteiriço na psicanálise. Alguns autores fazem sua própria definição sobre a constituição psíquica desses pacientes e de como se dá o manejo no *setting* analítico. Alguns teóricos da psicanálise, que serão apresentados no referencial teórico, desenvolveram ideias a partir das fundamentações de Freud. Alguns autores apontam que esses sujeitos possuem estruturas nem neuróticas, nem psicóticas, por isso usam o termo “paciente fronteiriço” ou “estado-limite”, pois entende-se que são sujeitos que manifestam transitoriamente seus sintomas e a maneira de lidar consigo e com os outros.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é, através de reflexões teóricas, abordar o processo constitutivo do psiquismo dos sujeitos fronteiriços; como se dá o manejo clínico e transferencial com esses pacientes, a fim de que ele permaneça em tratamento. Nesse trabalho, adotaremos o termo “paciente fronteiriço”, pois esse foi cunhado pelos principais teóricos na escola francesa de psicanálise, com os quais partilhamos das concepções. Já na escola inglesa de psicanálise, refere-se a esses sujeitos como *borderline*. Não trataremos de apontar as diferenciações teóricas de cada escola, e sim apresentar o tema por meio dos pressupostos teóricos desenvolvidos pelos autores psicanalistas da corrente franceses.

TRANSFERÊNCIA

Durante a fundamentação do método psicanalítico, Freud postulou as condições essenciais para que uma análise se realize. Um deles é a transferência, que a partir do vínculo estabelecido com o paciente, o analista passa a ter influência terapêutica. É por meio da associação livre que o analisando atravessa as barreiras da resistência e o que é inconsciente passa a ser associado na consciência (FREUD, 2010b).

A análise não busca remover os sintomas do paciente e sim identificar a causa e convocar o sujeito a se responsabilizar pelo que se queixa. O analista precisa ir para além do sentido das palavras de seu analisando, pois não basta somente substituir o que estava inconsciente para torna-se consciente. Segundo Freud (1996a) no início do tratamento, o sujeito está com seus conteúdos reprimidos, ou seja, há censura nos eventos traumáticos, sendo necessário um trabalho de construção para remontar os fragmentos esquecidos. É através da transferência estabelecida com o analista que o paciente passa a dar nome a suas angústias. Mesmo com o rebaixamento da barreira da censura, o paciente

se depara com as resistências, que é “o conjunto das reações de um analisando cujas manifestações, no contexto do tratamento, criam obstáculos ao desenrolar da análise” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 659). Os sentimentos do paciente se manifestam e estes são transferidos para o analista.

Freud (1996a) afirma que a transferência é o elemento fundamental para o processo de análise. O que garante efetivamente a análise não são propriamente os dispositivos utilizados no *setting*, e sim a função simbólica em que o analisando coloca o seu analista. Freud chama a atenção para este ponto, ao aludir a uma “atitude transferencial no início do tratamento”, antes mesmo de discutir mais a fundo os demais aspectos relacionados com a constituição do *setting*.

Por via da transferência, espera-se que o paciente abra mão de qualquer limitação que lhe é inserida e passa a repetir suas predisposições, abrindo caminho para a recordação e elaboração.

Freud (1996a) ainda ressalta que a necessidade de amor não satisfeita, se volta a uma nova pessoa com diferentes expectativas libidinais, e no tratamento analítico, os investimentos da pessoa insatisfeita voltará ao seu analista. Ele ainda observa que a transferência ocorre de forma mais intensa em sujeitos neuróticos que estão em análise, do que em outros que não estão em tratamento, e para ele, com esse vínculo fortalecido, as resistências do paciente ficam mais intensas, pois “a resistência acompanha o tratamento passo a passo; cada pensamento, cada ato do analisando precisa levar em conta a resistência, representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que ela se opõem” (FREUD, 2010b, p.275).

O analista passa a ter influência sobre o paciente e a partir disso, o paciente diz de tudo o que lhe vem à mente. Segundo Freud (2010b), os impulsos inconscientes não querem ser lembrados, e o analista empresta sua imagem opaca para convocar esses impulsos do paciente para o tratamento, e isso acontece na e pela transferência. É através dos derivados psíquicos desses impulsos recalcados que se desenrola a análise de sujeitos neuróticos.

Na transferência amorosa, o analista deve se apresentar para obter resultados, pois, essa paixão não é benéfica, se não for bem manejada. O paciente pode se apresentar mais resignado, e passa não falar de outra coisa, que não seja seu amor, o qual demanda ser correspondido (FREUD, 2010b). Devido a essa solicitação de amor, o paciente manifesta mais resistências diante do tratamento. A partir disso, Freud levanta o questionamento sobre como o analista deve se comportar para que a análise de seu paciente seja levada adiante.

Freud (2010b) ainda ressalta que induzir o paciente a expor sua transferência amorosa e não fazer nada com isso, não é agir de maneira analítica, pois seria somente trazer o que estava reprimido para a consciência, e depois novamente reprimi-la. Freud ainda ressalta “que reconhecer que a paixão do paciente é induzida pela situação analítica e não pode ser atribuída aos encantos

de sua pessoa, e que, portanto, não há motivo para ele ter orgulho de tal “conquista” como seria chamado fora da análise” (FREUD, 2010b, p. 275).

Já a transferência negativa, é o movimento em que o paciente apresenta sentimentos de hostilidade e ódio ao analista, e este deve estar atento de como manejar as sessões. Nesse tipo de transferência, o paciente pode manifestar explosões de agressividade (FREUD, 2010b).

Além dos aspectos da transferência, durante o processo terapêutico pode ocorrer a contratransferência. Freud (1996b) afirma que a contratransferência pode advir de resistências inconscientes do analista e que pode causar interferências no tratamento do paciente. Ele ainda aponta sobre a necessidade de que o analista faça sua própria análise pessoal, pois os resultados de seus sentimentos inconscientes, podem ressurgir através das falas de seus pacientes. Nesse contexto pode-se entender também como resistências do analista, pois ele está diante do comprometimento de sua escuta diante do discurso do analisando.

Ele ainda destaca sobre a necessidade de o analista ocupar o seu lugar de escuta e concentrar-se em todo conteúdo do paciente, “a justificação para se requerer tal frieza de sentimentos do psicanalista está em que ela cria as condições mais vantajosas para as duas partes: para o médico, a desejável proteção de sua própria vida afetiva; para o doente, o maior grau de ajuda que hoje podemos dar” (FREUD, 2010c, p. 116/275).

NEUROSE E PSICOSE

Freud (2016) considerava o complexo de Édipo e a castração como fator marcante para a constituição do sujeito e desenvolvimento da personalidade. Ele ainda afirma que o complexo de Édipo se dissolve a partir de decepções amorosas da primeira infância; e pela angústia de não ter mais para si o objeto desejado no início do desenvolvimento psíquico. A possibilidade da dissolução do complexo de Édipo, está intimamente ligada nas relações com os objetos parentais.

O complexo de Édipo oferece possibilidade de satisfações a criança. Ela poderia escolher entre ocupar o lugar do pai, já que este possui também o amor de sua mãe, ou, descartar a presença da mãe e a substituir por seu pai. Sendo assim, a escolha do objeto se dá por identificações do próprio sujeito, e a castração é a ameaça pela perda do objeto representante (FREUD, 2016).

Freud (2010d) refere-se ao objeto, como representações psíquicas e que ela é a escolha de amor, essa escolha não se trata de uma disposição consciente e racional, mas inconsciente. Nesse sentido, é estabelecido as escolhas anaclíticas do objeto, sendo, o objeto de amor escolhido nas primeiras relações. É a partir dessa escolha, de maneira subjetiva, que se forma a constituição do sujeito. Os investimentos de libido no objeto podem avançar ou recuar, e nessa diferenciação de energia psíquica “[...] que apenas com o investimento de objeto se torna possível distinguir uma energia

sexual, a libido, de uma energia dos instintos do Eu.” (FREUD, 2010d, p. 225).

A teoria freudiana não versa sobre estruturas clínicas e sim uma interpretação racional sobre o diagnóstico, ou seja, uma forma de conceber as diferentes configurações constitutivas do aparelho psíquico. Na neurose, o sujeito vive a realidade orientada, seguida de uma dívida voltada a figura paterna. Guerra (2010) aponta que os conteúdos conflitivos desse sujeito são recalçados, e posteriormente retornam como sintoma, seja no corpo, no pensamento ou em forma de angústia. Entretanto esses conteúdos recalçados possuem simbolização. Para Freud (2010d), esse recalque é em decorrência das exigências pulsionais. Embora o sujeito tenha satisfação em suas fantasias, o esperado é que ele busque caminhos a fim de restaurar a realidade.

Já na psicose, Freud (2016) aponta que o sujeito vive uma realidade alucinatoria totalmente voltada para si, pois durante o desenvolvimento de sua personalidade, não houve a inscrição do objeto de amor. Como forma de suprir a falta das representações do objeto, ele faz um grande investimento nas representações das palavras. Essa representação se dirige ao objeto perdido. O que é vivido como traumático pelo psicótico não tem representação e simbolização, então essa saída da realidade exige a criação de uma outra realidade, o delírio.

Freud ressalta que na neurose, a pulsão recalçada promove um avanço na reação de angústia, o que é resultado de um conflito entre id e ego, e ainda, nessa organização psíquica o ego está em dependência da realidade. O ego define o desenvolvimento psíquico, capaz de adaptar o interno e externo. Já na psicose a procura por percepções correspondem a nova realidade, que é alcançada por meio da alucinação, e o id fica em predominância, o que impede o contato com a realidade. Na psicose o conflito é entre o ego e o mundo exterior, por este motivo, acontece a perda da realidade (FREUD, 1996e).

DIFERENTES VISÕES DOS SUJEITOS FRONTEIRIÇOS

Os autores mencionados aqui, dedicaram seus estudos a essa problemática e desenvolveram suas teorias a respeito do quadro desses pacientes, com o interesse em discutir sobre as atividades do psiquismo, seus mecanismos de defesas e como esses sofrimentos podem ser endereçados ao analista através do discurso. Sendo assim, a seguir apresentaremos como o saber biomédico, Stern, Green e Bergeret versam sobre os sujeitos fronteiriços

DSM-V

Embora este trabalho tenha como finalidade abordar a perspectiva psicanalítica, houve o questionamento sobre diferenciação da psicanálise em relação a diagnóstico e as articulações classificatórias do DSM-V. O manual tem como finalidade orientar os profissionais

da saúde nos diagnósticos de transtornos mentais. Comumente na prática analítica, o manual não é consultado, pois ele parte de uma concepção de doença e de homem diferente das premissas psicanalíticas. Embora Zimerman (2007) ressalte sobre a importância do analista reconhecer o diagnóstico e transtornos mentais de seus pacientes.

Os sintomas do transtorno de personalidade *borderline* (termo este que o manual se apropria) manifestam durante a vida jovem/adulta. As características do transtorno são: a instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, de afetos e a impulsividade acentuada. Esses sujeitos tentam de todo modo evitar o abandono, seja ele real ou imaginário. Além disso, expressam uma raiva inadequada, mesmo diante de uma separação a curto prazo. Tais medos tem relação com a intolerância de ficar só e a necessidade de ter sempre alguém ao seu redor. Como evitamento desse abandono, pode acontecer ações como automutilação ou comportamentos suicidas (APA, 2003).

Adolf Stern

Para Stern (1999), os borderline enquadram-se nos grupos da neurose de caráter narcísico, embora tendam a inclinar para a psicose. Segundo ele, as mães desses sujeitos possuíam características neuróticas, porém, desenvolviam episódios psicóticos. Stern discorre sobre os casos borderline que recebeu em sua clínica, e ele aponta que em essência, as relações entre mãe e filho eram empobrecidas de afetos, e que as mães tinham como característica uma “deficiência de afecção materna”, em que as mães eram excessivamente cuidadosas, meticolosas, e que possivelmente, houveram conflitos com os pais em relação a criança, divórcios e abandonos.

Stern (1999) descreve que alguns traços específicos desses sujeitos são: em relação ao próprio narcisismo; “sangramento” psíquico; hipersensibilidade; rigidez psíquica; reações terapêuticas negativas; sentimentos de inferioridade; masoquismo; estado de insegurança ou ansiedade; e mecanismos de projeção.

O que corresponde ao caráter narcísico, Stern (1999) afirma que esses pacientes sofrem de uma desnutrição narcísica afetiva, em razão disso não tem autocontrole e segurança, são carentes e as satisfações que lhes são atribuídas não são suficientes. Esses sujeitos possuem uma personalidade rígida, como quem está em alerta a todo momento e precisa se defender contra o perigo. Essa carência e insegurança são desdobramentos da falta de afeto materno. A manifestação desses traços, estão relacionados ao histórico da infância que afetaram o desenvolvimento narcísico.

Descrevendo sobre o “sangramento” psíquico, o autor relaciona que esses sujeitos estão “a um passo da morte”, e desistem de lutar em favor de si como uma maneira de autoproteção “nessa tranquilidade o paciente está reflexivamente num estado de autoproteção que requer um mínimo de ação, e exibe uma relaxação completa para contrabalançar as fortes exigências do

perigo sobre o organismo” (STERN, 1999, p.162).

Já a hipersensibilidade refere-se a maneira do sujeito identificar os perigos e se proteger dele. O autor aponta que no sujeito neurótico, trata-se de um benefício, pois, devido sua insegurança, o sujeito se resguarda. Já na psicose, Stern relaciona a paranoia, pois os sujeitos se sentem feridos e desrespeitados, quando pessoas de seu convívio fazem quaisquer considerações diferentes da sua.

A rigidez psíquica é a defesa protetora dos sujeitos borderline devido a seu alto nível de ansiedade. Essa ansiedade se origina nos primeiros anos de vida e se intensifica diante de experiências importantes do sujeito. Os pacientes apresentam essa rigidez como forma de olhar intenso, atento e desconfiado, causando tensão até nos aspectos que dizem respeito ao seu corpo físico. Stern (1999) afirma que esse traço pode trazer benefícios ao tratamento analítico, pois cabe ao analista identificar que este é um mecanismo do ego.

As reações terapêuticas negativas são ações diretamente ligadas a relação paciente e analista. Em decorrências das inseguranças e o narcisismo enfraquecido, qualquer movimento que o sujeito considere como desafio desencadeia diversas maneiras de tentar se defender e poupar o sofrimento. As ideias suicidas, depressão, oscilação de humor, são algumas formas de pedido de cuidado, afeto e amor que paciente dirige ao analista, já que o sujeito vê qualquer pessoa que esteja em posição de superioridade como figura parental (STERN, 1999).

Os sentimentos de inferioridade estão ligados ao fato do sujeito independente de suas conquistas pessoais, se considerarem em posição de desfavorecidos. A inferioridade coloca os borderline em julgamento sobre si mesmo, e isso torna-se um fator desencadeador de ansiedade, que passa ser suficiente para recuar e paralisar. (STERN, 1999)

Neste contexto, o masoquismo pode ser entendido como autodestruição, em que, o sujeito busca aproveitar da dependência e de seu empobrecimento narcísico, como ameaça e controle da figura que ele considera como superior. Stern (1999) associa esse masoquismo a posição de sujeitar-se ao lugar de autopiedade e que para o sujeito, tem o efeito “defensivo ou curativo.”

Para o autor, a insegurança e ansiedade está relacionada aos afetos parentais mal estabelecidos, tendo em vista que os afetos maternos são primordiais para o psiquismo, “esses adultos, via de regra, foram crianças desmedidamente submissas e obedientes por causa de seu medo ou necessidade” (STERN, 1999, p.167).

Devido a incapacidade de reconhecer a existências de problemas decorridos do próprio ego, (STERN, 1999) o sujeito usa o mecanismo de projeção como uma maneira mais fácil de lidar com a fonte do sofrimento, então, ele tende a projetar as causas da ansiedade para o externo.

André Green

Na discussão sobre a constituição psíquica dos sujeitos fronteiriços, Green (1977) associa a deformação do ego com as perversões infantis e que, por ocasião disso, se constituiria uma psicose. Retomando Freud, o autor aponta que de maneira geral, o primeiro objeto de amor é o seio da mãe, pois este está ligado ao apego e satisfação do bebê, e nesse sentido, o objeto é primordialmente, separado do próprio corpo da criança. Por meio do funcionamento gradativo, há o julgamento da relação do eu com o objeto.

Green (2012) afirma que os sujeitos fronteiriços vivem uma dupla inscrição de experiências, pois há momentos que se considera a realidade e na outra é delirante, e essas características se manifestam de forma simultânea, ou seja, o sujeito não vive somente a fantasia característica da neurose, mas também o delírio da psicose. A partir do texto “Sobre a negação” de 1925 de Freud, Green (2012) aponta sobre a introjeção do que existe ou não existe, e o prazer de sua realidade interna e externa. Na realidade psíquica, o que é desprazeroso a nível consciente, pode ser prazeroso inconsciente. Neste sentido, o autor afirma que o sujeito não sabe se o objeto existe, pois ele não introjeta e nem o rejeita.

Para Green (1977), sujeitos fronteiriços tem como característica a angústia de invasão e a angústia de separação. A primeira refere-se ao sujeito fragmentado, sem forma (GARCIA, 2007) e sua incapacidade de representação que acontecesse devido a oscilação em ter e não ter o objeto no aparelho psíquico, e por isso o sujeito tem incapacidade vinculatória. A angústia de separação acontece devido a perda do objeto que não foi inscrita durante sua fase inicial da vida, e que ela se dá pela ausência de apoio. Essa angústia é advinda de traumas relacionados ao mundo externo, já que esse sujeito não tem a representação do objeto.

Jean Bergeret

Bergeret (2006) usou como base especificamente a metapsicologia apoiada no esquema psicogenético para explicar como a organização mental dos sujeitos fronteiriços se constitui. Dessa forma, o autor individualizou uma organização-limite original situada entre as estruturas neuróticas e psicóticas. Para o autor, o ego dos sujeitos fronteiriços pode operar numa pré-organização do tipo psicótico, devido suas relações iniciais precoces e más com suas mães. Por ocasião do início do complexo de Édipo, o sujeito vive esse impacto como uma frustração muito viva e o risco da perda do objeto. Momento esse que ele chama de trauma psíquico precoce.

Esse trauma no sentido afetivo, compreende a uma emoção pulsional mal organizada e imatura. Bergeret (2006) usou como exemplo o caso clínico “Homem dos Lobos”. Esse se trata de um analisando de Freud que, através de conteúdos manifestos de um sonho, descreve episódios traumáticos vividos por ele. Este trauma psíquico tem caráter sexual, marcando um encontro com a castração. O sujeito pré-neurótico bem estruturado,

poderia negociar de maneira positiva essa ruptura brutal e precoce do Édipo. No caso dos sujeitos fronteiriços, essa ruptura não é bem organizada.

A angústia do borderline é uma angústia depressiva de perda do objeto, diferente da dor da castração do neurótico e da dor de destruição do psicótico. A angústia depressiva ocorre assim que o sujeito imagina que o objeto que sustenta o seu narcisismo corre o risco de faltar. A ligação do objeto anaclítico é uma relação simultânea com um objeto estável, grande, potente, sobre o qual o sujeito apoia-se ou sente como sua base e pelo qual ele deve ser amado. Esse objeto pode ser uma pessoa, mas pode também ser um grupo, uma ideologia ou um produto de substituição (BERGERET, 2006).

O autor ainda afirma que Ego do sujeito fronteiriço não pode se revestir de um grau de estruturação e de síntese que lhe permita uma real independência. Ele resiste mal às frustrações, porém seu narcisismo continua frágil, e sente a necessidade de ser compreendido, apoiado, surgindo então condutas sedutoras ou de domínio. Esses sujeitos são movidos pelo interesse em fazer o bem, para conservar a presença e o amor do objeto, do que pela culpabilidade de fazer mal e o medo de ser punido pela castração.

A organização-limite tem sua origem em traumatismos precoces que, sem esperar um efeito psicótico, têm um impacto desorganizador. Bloqueiam a evolução psicoafetiva em uma pseudolatência precoce, impedindo, assim, o complexo de Édipo de operar o seu poder de estruturação sobre o psiquismo, mantendo o sujeito na angústia da perda do objeto. O bloqueio começa na adolescência em que é construído a maturidade afetiva do Ego, que constitui "o tronco comum dos estados-limite" que não se beneficiam de uma real estabilidade estrutural pelo fato de haver flutuação na identificação e na identidade do sujeito (BERGERET, 2006).

Para Bergeret, o ego se esforça contra investimentos, com o objetivo de permanecer a igual distância das estruturas neuróticas e psicóticas. Ele afirma que o ego se deforma e passa a operar de acordo com algumas funções, como: registro adaptativo em que todo corpo relacional enquanto não houver ameaça para o sujeito; e o registro anaclítico desde que apareça uma ameaça de perda do objeto. Ambas as funções são de plano narcísico e genital. Nesse sentido, são dois sistemas adaptativos e defensivos, que permitem “ao ego uma certa mobilidade e segurança, porém jamais constituindo uma verdadeira solidez; o sujeito permaneceria demasiada e massivamente dependente da realidade exterior e das posições dos objetos, bem como da distância desses em relação a ele” (BERGERET, 2006).

O autor aponta que a relação de objeto do paciente estado-limite é anaclítica, ou seja, o objeto estará voltado ao outro e sempre haverá necessidade de apoio e dependência. Na estrutura neurótica, a relação com o objeto corresponde ao conflito do objeto edipiano, e na

psicose, a relação com o objeto é puramente narcisista.

Como maneira de evitar as angústias psíquicas, de modo inconsciente, os sujeitos fronteiriços usam mecanismos de defesa que devem ser comparados aos mesmos dos sujeitos neuróticos e psicóticos. Bergeret (2006) destaca que alguns desses mecanismos são; a evitação, forclusão, as reações projetivas e a clivagem do objeto.

Na evitação, o sujeito se defende das representações exteriores. Como forma de proteção, o sujeito cria uma barreira entre o ego e o externo, dessa forma, permite que ele evite estabelecer qualquer ligação com o objeto. A forclusão é um mecanismo da psicose, e tem como mecanismo de funcionamento a negação da representação da imagem paterna, que se manifesta como forma de rejeição. Nessa estrutura psíquica o “mecanismo verbal pelo qual o recalado é reconhecido de maneira negativa, sem, no entanto, ser aceito...” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 245). Nesse sentido, não há inscrição das representações da figura da lei no psiquismo do sujeito.

Já as reações/identificações projetivas correspondem as identificações estabelecida com o objeto, e elas consistem em querer tomar para si, a identidade de outra pessoa. Nesse tipo de mecanismo, o sujeito tende a não assumir suas responsabilidades de vida, pois ele projeta no outro (ROUDINESCO; PLON, 1998; ZIMERMAN, 2007).

A clivagem é o conflito da angústia da perda do objeto (esse objeto que não corresponde necessariamente a uma pessoa, podendo ser também, características que vão de encontro com a própria satisfação libidinal) e as representações do próprio ego. O sujeito entende essas representações como sendo opostas, podendo ser boa ou má. Para Freud (1996d) e Bergeret (2006) o ego vive a ambivalência de ter que decidir entre reconhecer do real, e abandonar suas satisfações, ou ignorar a realidade externa e manter suas satisfações. No que corresponde à realidade interna, o

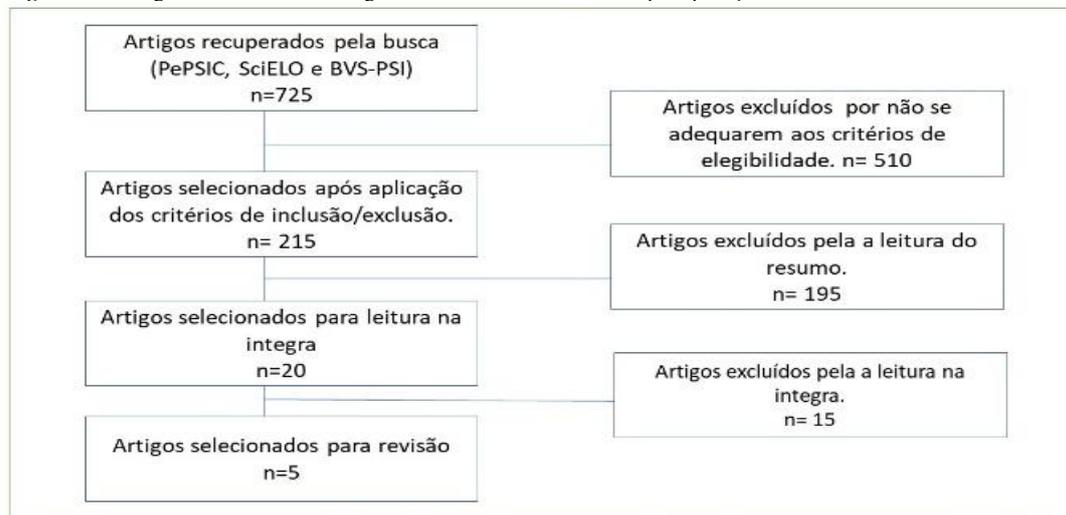
ego permanece organizado, mas como maneira de defesa, rejeita o que ameaça e frustra-se.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo se trata de uma pesquisa qualitativa, pois tem caráter explicativo. Segundo Goldenberg (2004), a pesquisa qualitativa não se aflige com representatividade numérica, porém, com minúcia da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Nesse tipo de pesquisa vários dados são analisados para o aprofundamento das informações. Para a fundamentação teórica, foi realizado buscas nas obras de Freud, e autores que discorrem sobre o tema a partir da perspectiva psicanalítica. O método utilizado para pesquisa foi revisão bibliográfica, que segundo Fonseca (2002), trata-se de uma pesquisa realizada a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas. O trabalho científico se inicia com uma pesquisa bibliográfica, que concede ao pesquisador explorar o que já se estudou sobre o assunto.

As bases de dados para coleta de materiais foram: SciELO, Pepsic e BVS-PSI. Tendo como palavras chaves: Transferência e psicanálise, *borderline* e psicanálise, psicopatologias e psicanálise, neurose e psicose. O primeiro critério de inclusão adotado foi a data em que os artigos foram publicados, sendo estabelecido entre o período de 2010 até 2020, a partir disso, encontrou-se 725 artigos. Em um segundo momento foram utilizados como critérios; estar no idioma português e a leitura do título dos materiais, o que resultou em 215 artigos. Na terceira etapa, foi realizado a leitura dos resumos dos trabalhos coletados e com isso, resultou em 20 artigos, que foram lidos na íntegra. Desses, 15 foram excluídos, pois não abordavam a temática aqui proposta, conforme é apresentado na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão



Ao final, foi obtido como resultado o total de 5 artigos. Estes serão discutidos acerca da problemática deste tema e referem-se aos resultados da presente pesquisa. As coletas ocorreram entre os meses de fevereiro a maio de 2020.

3. RESULTADOS

A partir das referências teóricas, será apresentado o

que foi coletado sobre os objetivos propostos e o que os autores contribuem sobre este tema, conforme pode ser visto na tabela 1. A diferenciação da estrutura neurótica e psicótica, é o ponto principal para articular sobre essa modalidade de sofrimento limítrofe e a ambivalência que o sujeito lida diante dessa “fronteira” psíquica. Entender sobre o manejo da transferência com esses pacientes, corrobora para a importância de o analista usar o dispositivo como maneira de direcionar o tratamento.

Tabela 1 – Artigos para comparação de dados

Autores	Objetivos	Resultados
Moretto; Kuperm; Hoffman (2017)	Os autores tiveram como objetivo, descrever sobre o sofrimento psíquico dos caso-limites, e investigar o conceito de limite, para auxiliar o método clínico e seu manejo.	Os autores destacaram acerca do sofrimento experimentado por esses sujeitos, quando eles referem a si como um corpo vazio de existência e a narrativa sobre a não inscrição e indiferença ao Outro.
Gazire (2010)	Através de supervisões a analistas que faziam atendimento com sujeitos fronteirços, a autora investigou situações em que pacientes em diferentes contextos e acontecimentos, utilizam o gesto do abraço como ruptura a uma experiência com o corpo.	A autora conclui que os abraços são elementos positivos para a transferência, mesmo esta sendo ambivalente - momentos de esperança, mas também estado psicótico e angústia. Ela ainda afirma que as situações de angústia remetem a vivências com o objeto, durante sua constituição narcísica, e que por atualização da transferência um objeto que não pôde ser perdido.
Costa; Hoffmann (2014)	As autoras abordaram as configurações subjetivas do sujeito fronteirço, e discutir sobre a perda do objeto primordial, a partir das principais ideias de Green e outros teóricos.	As autoras afirmam que a não escolha de representações podem resultar na clivagem do sujeito e a disfunção do ego na capacidade de julgamento. Para elas, esse julgamento se baseia em “julgar o que é bom e introjetar ao eu-prazer” e o que é ruim, ser jogado fora, e após isso deve-se “julgar a existência real de uma coisa representada na realidade.” Essa distinção se dá pela perda do objeto de satisfação.
Kehl (2018)	A autora teve como objetivo descreve sobre o sujeito fronteirço e a “conjugalidade nas patologias narcísico-identitária” e as marcas da contemporaneidade no contexto de casais.	A autora concluiu que os enfrentamentos para os sintomas da clínica contemporânea se distanciam da concepção clássica e que “a circunscrição de determinado objeto pode ser concebida de modos distintos de acordo com uma série de variáveis e torna-se especialmente profícuo pensar o quadro clínico limite a partir de diferentes perspectivas e pontos de vista.”
Matioli; Noce; Rovani (2014)	Através de entrevistas realizadas com psicanalistas que fazem atendimentos com pacientes fronteirços, as autoras tiveram como objetivo discorrer sobre o diagnóstico e tratamento.	A partir dos casos clínicos, as autoras apontam sobre o posicionamento rígido dos pacientes em relação a vida e os discursos megalomaniaco. Elas afirmam que é importante a escuta ao sujeito e o trabalho a partir de seu funcionamento psíquico. E considera a não preocupação em distinguir o que é realidade ou fantasia, e sim a realidade a qual o sujeito acredita.

4. DISCUSSÃO

Os autores apresentados aqui partem de um ponto em comum, a força do ego. O que define as diferenciações no psiquismo, é a capacidade do sujeito reconhecer os limites entre o Eu e o mundo externo. Moretto; Kupermann; Hoffmann, (2017) afirmam que o ego não tem uma verdadeira fronteira com o id, e que sua relação com o mundo exterior é marcada por um limite. Essa não diferenciação nos sujeitos fronteirços pode ocasionar o não estabelecimento de limites na constituição do

psíquica. Neste sentido, Costa; Hoffmann (2014) e Kehl (2018) entendem que, nesses sujeitos o ego não tem capacidade de julgamento. A diferenciação entre interno e externo acontece pelo julgamento, através da perda do objeto. O que no caso dos fronteirços, possuem um ego enfraquecido. A diminuição de libido no próprio narcisismo, impede que esses sujeitos simbolizem o eu e o outro.

Para Gazire (2010), uma experiência sofrida durante a infância pode retornar posteriormente em forma de angústia e ansiedade, assim como afirma Stern (1999)

acerca das relações conflituosas e empobrecidas que tiveram durante a infância desses sujeitos. A constituição da subjetividade é importante para que o sujeito através da perda do objeto, volte a atenção para si (KEHL, 2018), e neste ponto, é justamente pela não inscrição do objeto primordial, que foi ineficiente na tenra infância, que esses sujeitos sofrem de desnutrição egóica. Esse objeto permanece no psiquismo em forma de excitação não significada, originando uma ameaça de aniquilamento pela inviabilidade da invasão do outro dado que a fronteira que os separa não se constituiu propriamente.

Associando aos tipos de angústias apontadas por Green (1996), Kehl (2018) explica que quando o sujeito fronteiro se depõe diante da possibilidade de que o outro invada seu ego por sua presença excessiva, ele se defende através de seus mecanismos de defesa, entretanto, ele sofre a angústia de separação pois ele considera que esse que causa introdução, também se refere ao objeto primordial.

Para Gazire (2010), o que define a escuta analítica é o estranhamento para a abertura transferencial, e que o analista possa sustentar a contratransferência, caso ela ocorra, e reconhecê-la como elemento para o tratamento (HOFFMANN; KUPPERMAN; MORETTO, 2017). É por meio dessas dificuldades que o analista precisa ter entendimento da situação e de seus próprios limites. Neste aspecto, a contratransferência pode ser manejada cautelosamente, levando em consideração que esses movimentos no tratamento podem ser benéficos. Se na sua infância, o sujeito não obteve o objeto que corresponda sua demanda de amor, há abertura de caminhos para que ele procure desesperadamente por amparo, e durante o tratamento, o analista pode se tornar o objeto de amor o qual paciente demanda.

Diante disso faz-se necessário que o analista entenda a função de representar esse objeto, na tentativa de suprir o prejuízo psíquico do sujeito. Para Matioli; Noce; Rovani, (2014), o analista pode ser instrumento constituinte do sujeito, e caso haja afastamento por parte do analista, o paciente pode se sentir rejeitado. Diante do manejo da transferência, os autores ainda afirmam, “o estilo clínico aqui proposto exige trabalho e presença sensível do analista na oferta de cuidado ao sofrimento das pessoas envolvidas e na atenção à singularidade de cada caso.” Painchaud; Montgrain (1991) afirmam que no tratamento com pacientes fronteiros, o tempo e o vínculo transferencial são importantes para que o sujeito se constitua de uma maneira singular, tendo menos co-dependência no outro, pois assim passa a suportar melhor seu vazio e angústia, numa possibilidade de elaborar seus sofrimentos a nível psíquico.

É preciso que o analista busque o limite do funcionamento psíquico e a alteridade para a compressão e tratamento. A alteridade se dirige a indiferença entre o sujeito e objeto que é representado pela realidade externa. Por via da transferência, o paciente deposita no analista seus ímagos e desejos inconscientes (SANCHES, 2010). Cada investimento do paciente durante o tratamento, pode ser entendido como

uma resignificação do Eu fragmentado. O paciente busca o encontro com o objeto que foi perdido. Esse movimento remete aos sentimentos de suas relações com o objeto de identificação no início de sua vida (GAZIRE, 2010).

Nesse sentido, Roussillon (2012) fazendo menção a transferência paradoxal, (BERGERET, 2006) afirma que esse deslocamento representativo se manifesta de maneira inconsciente. O paciente *bordeline* pode associar as identificações projetivas, projetando no analista questões que ele mesmo não conseguiu sentir e vivenciar, se tornando assim, uma maneira de proteger do desamparo, o seu próprio eu. Deste modo, o sujeito anseia que o analista viva aquilo que não foi vivido por ele.

Para Costa e Hoffmann, (2014) enquanto prática clínica, deve-se buscar na narrativa do sujeito se há ou não a experiência da falta, que se refere a perda do objeto. Para as autoras, o tratamento consiste em dar borda a ao seu “vazio de existência”, para que o sujeito tenha um pouco mais de desejo. Green (1996) afirma que devido esses sujeitos terem limites flutuantes, o analista precisa construir fronteiras para as atividades psíquicas do sujeito. É na relação de ambiente e divã que se cria uma relação de fronteira no *setting* terapêutico. Nesse sentido vale retomar Freud(2010c), em seu texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” quando afirma que é necessário que o analista use seu inconsciente como órgão receptor em direção ao inconsciente transmissor do paciente, podendo assim escutar e construir tais barreiras no tratamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto acerca deste tema, faz-se necessário refletir sobre as tendências patologizantes e determinantes que podem ser impostas aos sujeitos e seus sintomas. Verifica-se que essa organização psíquica se inicia desde a tenra infância, o que acarreta grande sofrimento durante a vida. Entende-se que devido essa constituição, a psicanálise parte do pressuposto do diagnóstico diferencial.

Diante da diversidade de perspectivas e da própria noção de verdade na psicanálise não é possível ter posicionamentos conclusivos, apesar do presente trabalho apontar pressupostos teóricos e clínicos generalistas. Houve o esclarecimento sobre o porquê os autores referem-se ao termo “fronteiros”. Entende-se que as primeiras relações são fatores primordiais para vida psíquica e que nos casos desses pacientes, há fragilidade nos sintomas da neurose e psicose e limites mal definidos, esse limite que se dá pela inscrição ou não do objeto. O que no caso dos fronteiros, é transitório.

Sobre o manejo e a relação transferencial, entende-se que o analista deva conduzir o tratamento de acordo com as especificidades do paciente, levando em conta os recursos defensivos, do ego e a própria transferência. Parece haver predominância de que o papel da análise seja de ocupar o lugar se suplência dos elementos

constitutivos que se encontraram ausentes na primeira infância e de construir borda para a angústia vivenciada.

Por fim, embora a identificação da estrutura os psíquica dos sujeitos seja um dos fatores importantes para o manejo clínico, espera-se o analista tenha escuta do sujeito em detrimento da noção classificatória/patológica. É na possibilidade de uma escuta que o analisando pode se escutar, e portanto, ouvir mais sobre si e sobre a maneira de lidar com o seu sofrimento.

6. REFERÊNCIAS

- [1] APA – American Psychiatric Association. **DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4ed. Artmed. 2003.
- [2] BERGERET, J. As anestruturas. In: BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- [3] DAYRELL, M. A. A. Sobre a direção do tratamento. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 29, n. 54, p. 95-98, set. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952007000100014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 maio 2020.
- [4] FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- [5] FREUD, S. Transferência. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre Psicanálise (Parte III) (1915-1916)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.
- [6] FREUD, S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: FREUD, S. **Cinco lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.
- [7] FREUD, S. A dissecação da personalidade psíquica. In: FREUD, S. **Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.
- [8] FREUD, S. A divisão do Ego no processo de defesa. In: FREUD, S. **Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.
- [9] FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: Freud, S. **O ego o id e outros trabalhos (1923, 1925)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e.
- [10] FREUD, S. **Neurose, psicose, perversão**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- [11] FREUD, S. Observações sobre o amor de transferência. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das letras, 2010a.
- [12] FREUD, S. A dinâmica de transferência. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das letras, 2010b.
- [13] FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das letras, 2010c.
- [14] FREUD, S. Introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das letras, 2010d.
- [15] GAZIRE, P. C. Abraços Partidos: repetição e abertura no vínculo transferencial de pacientes fronteiriços. **Rev. bras. psicanál.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 79-89, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2010000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 maio 2020.
- [16] GARCIA, Claudia Amorim. Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A.Green para a clínica contemporânea. **Rev. Mal-Estar Subj.** Fortaleza, v.7, n. 1, p. 123-135, mar. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2020.
- [17] GREEN, A. *The borderline concept*. In: GREEN, A. **On private madness**. London: Karnac, 1996.
- [18] GREEN, A. Uma conferência *borderline*. **Revista de Estudos Psicanalíticos**, v. 30, ed. 2, set. 2012.
- [19] GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- [20] GUERRA, A. **A psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- [21] HEGENBERG, M. **Borderline**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2016.
- [22] HOFFMANN, C; COSTA, R. A. Alguns casos, nem neuróticos, nem abertamente psicóticos. **Ágora (Rio J.)** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 247-253, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982014000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 maio 2020.
- [21] KEHL, M. De uma metapsicologia *borderline* e sua relação com o manejo clínico na conjugalidade. **Cad. psicanal.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 39, p. 213-227, dez. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952018000200011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 19 maio 2020.
- [22] **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 DSM-V** [American Psychiatric Association; Porto Alegre: Artmed, 2014.
- [23] MATIOLI, M. R; ROVANI, É. A; NOCE, M. A. O transtorno de personalidade *borderline* a partir da visão de

psicólogas com formação em Psicanálise. **Saúde Transform. Soc.** Florianópolis. v.5, n.1, p.50-57, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 maio 2020.

[24] MORETTO, M. L. T; KUPERMANN, D; HOFFMANN, C. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 97-112, Mar. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142017000100097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 maio 2020.

[25] PAINCHAUD, G. & MONTGRAIN, N. Limites e estados limites. In: PAINCHAUD, G. & MONTGRAIN, N. **NARCISISMO E ESTADOS-LIMITES**. Lisboa: Escher, 1991.

[26] ROUDINESCO, E., & Plon, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

[27] ROUSSILLON, R. O desamparo e as tentativas de solução para o traumatismo primário. **Revista de psicanálise SPPA**, Paris, v. 19. n.2. agosto/2012.

[28] SANCHES, P. R. P. A alteridade na conceituação freudiana de desejo e pulsão. **Rev. bras. psicanál.** São Paulo, v. 44, n. 4, p. 97-108, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2010000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 maio 2020.

[31] STERN, A. Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 2, junho 1999.

[32] ZIMERMAN, D. Os principais quadros clínicos da psicopatologia. In: ZIMERMAN, D. **PSICANÁLISE EM PERGUNTAS E RESPOSTAS**. Porto Alegre: Artmed, 2005.