

## **NOS LIMITES DO SELF: UM ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO BORDERLINE**

## **IN THE LIMITS OF THE SELF: A STUDY ON BORDERLINE ORGANIZATION**

Resumo: Este artigo aborda os desafios da prática clínica no manejo com pacientes fronteiriços, bem como as características e os fatores constitutivos destes, que padecem de um vazio de sentido. Além disso, destaca-se o modo de funcionamento, a sintomatologia e as defesas predominantes, que exigem do analista um manejo técnico, que evoluiu desde os pressupostos da psicanálise clássica, devido ao nível de fragilidades do self, respostas contratransferenciais inusitadas e intensas, resistência e dificuldades de simbolização presentes na organização borderline. A partir do método qualitativo de revisão de literatura, encontrou-se uma unanimidade no interesse pelas patologias atuais, dentro destas, a organização borderline, que desafia os limites do analisável e ultrapassa a clínica psicanalítica clássica.

Palavras-chave: psicanálise; organização borderline; patologias atuais; contratransferência; vazio.

Abstract: This paper discusses the challenges of clinical practice on dealing with borderline patients, who suffer from a void of sense, as well as their characteristics and constituent factors. Also it is highlight the functioning, the symptoms and the predominant defenses, requiring, from the analyst, a technical approach, which has evolved from the classical psychoanalysis assumptions due to borderline organization's weaknesses levels of the self, unusual and intense countertransference responses, resistance, and difficulties of symbolization. Using a qualitative method of

literature review, I have found unanimity of interest in current conditions, including the borderline organization, which challenges the limits of what is analyzable, going beyond the classic psychoanalytical clinic.

Keywords: psychoanalysis; borderline organization; current conditions; countertransference; emptiness.

# NOS LIMITES DO SELF: UM ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO BORDERLINE

**Fernanda Mattar Testa**

“A fronteira da insanidade não é uma linha; é, antes, um vasto território sem nenhuma nítida divisão: uma terra de ninguém entre a sanidade e a insanidade”  
(Green, 1988, p. 67).

Se o histérico era o paciente típico da época de Freud, pode-se considerar que o paciente problema da atualidade é, há muito tempo, o fronteiroço. Atualmente, já não se pode mais compreender os pacientes simplesmente dentro dos limites da neurose. O espaço, que anteriormente era preenchido pela mesma, foi sendo substituído pelas patologias ditas atuais, como as anorexias e bulimias, os quadros borderline, as adições e etc. (Green, 1990; Veiga, 2013).

A contemporaneidade e o novo século têm trazido novas formas de pensamentos, questionamentos e ideologias. Os psicanalistas vêm se perguntando se as patologias atuais configuram mesmo novas patologias, ou se de fato, sempre existiram, mas devido o enfraquecimento das tradições, em consequência da globalização, e do tipo de relação subjetiva presente na sociedade de consumo capitalista, houve um real aumento da frequência desses quadros psicopatológicos na atualidade (Junqueira & Junior, 2006).

O aparecimento de uma noção de organização borderline, tem impulsionado o questionamento da nosologia e da metapsicologia clássica, de modo a ampliar algumas conceituações teóricas. Este quadro clínico, vem se transformando em um dos quadros psicopatológicos da contemporaneidade e tem uma inegável repercussão social (Lerner, 2008).

Para Green, as estruturas não neuróticas se constituem a partir de uma fixação pré-genital e devido a um Édipo negativo. Através da transformação na clínica freudiana com o Homem dos Lobos, abre-se um caminho para o estudo dos estados limite (Hoffmann & Costa, 2014).

O quadro limítrofe tem como mecanismo dominante o luto inexcedível e as defesas por ele suscitadas. Como mecanismo estruturante, o luto está ligado às pulsões de vida, pois permite a simbolização, a elaboração, e a superação das fixações. Entretanto, nas patologias limite, a estrutura está dominada pela pulsão de morte, caracterizada por lutos inalcançáveis (Green, Ikonen, Laplanche, Rechart, Segal, Widlocher, & Yorke, 1988).

A clínica com os pacientes fronteiros denota o desafio em seguir os pressupostos da psicanálise clássica, devido ao grande nível de resistência, de fragilidades do self e de dificuldades no processo de simbolização, que esses pacientes apresentam. Além disso, os aspectos transferenciais e contratransferenciais mostram-se muito importantes para o alinhamento do enquadre, o que leva os psicanalistas a reinventar a técnica e criar novas formas de escuta clínica. Desse modo, o analista deve propor um setting, que facilite o processo terapêutico (Morais, 2015).

De posse do que foi exposto, este artigo foi escrito com a finalidade de apresentar os desafios da prática clínica com os pacientes fronteiros, bem como as

características e a constituição deste quadro psicopatológico, a partir da clínica contemporânea. Não se pode deixar de ressaltar, como os ideais da sociedade atual, baseados em um modelo que joga com a transgressão de valores éticos e culturais, vem contribuindo para o aparecimento dessa psicopatologia. Então, se destaca, neste texto, aspectos importantes da evolução da clínica psicanalítica atual, em que predominam pacientes que carecem de uma vida simbólica e experienciam características tais como um vazio de sentido e um temor ante o abandono.

## **MÉTODOS**

O método utilizado para a escrita deste texto foi uma análise qualitativa a respeito das contribuições teóricas que a abordagem psicanalítica desenvolveu ao longo das últimas décadas em relação à organização borderline. A revisão da literatura sobre o tema “Nos Limites do Self: um Estudo sobre a Organização Borderline”, se deu por meio de livros de autores contemporâneos, tais como André Green, Otto Kernberg e Luis Hornstein. Além disso, a partir de pesquisas online e estratégias de busca na base de dados do Google Acadêmico e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), onde são encontrados diversos tipos de teses e dissertações apresentadas em instituições de ensino superior, captou-se cerca de 19 textos em português e espanhol. Dentre esses, 15 artigos científicos publicados há aproximadamente dez anos, 1 texto apresentado no Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e 3 dissertações. Ficou estipulado, como critério de exclusão para essa busca, artigos e livros que não fossem das línguas portuguesa e espanhola e, que estivessem fora do aporte teórico psicanalítico. Além disso, não foram incluídos neste artigo, resenhas e monografias, ou qualquer material que exigisse pagamento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da busca de dados a respeito do tema “Nos Limites do Self: um Estudo sobre a Organização Borderline”, foram encontrados diversos textos que abordam esta patologia com diferentes nomeações; estados limite, limítrofes, fronteirços, organização borderline, mas que possuem um mesmo objetivo, nomear um quadro que evoluiu desde os primórdios da psicanálise freudiana, quando ainda não existia esta nomenclatura, mas que, atualmente, vem desafiando o trabalho na clínica psicanalítica. Alguns textos divergem quanto a questão do surgimento desta psicopatologia. Será que ela sempre existiu dentro da literatura psicanalítica? Será que as patologias atuais configuram mesmo novas patologias? Ou será que ela vem tendo um aumento de incidência devido às questões da atualidade?

Foi a partir da teorização das fixações pré-genitais com Melanie Klein, que surgiu o interesse pelo transtorno de personalidade limítrofe (Hoffmann & Costa, 2014). Para Cardoso (2007), a temática da questão de limite e fronteira, sempre se fez presente desde os primórdios da teoria freudiana. Muitas das ideias desenvolvidas por Freud no “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895) já apontavam para essa direção. Ao contrário, para Junqueira e Junior (2006), a cultura da atualidade, onde predomina uma sociedade de consumo capitalista, tem contribuído para o aumento da frequência do quadro limítrofe. Da mesma forma, Lerner (2008) aponta que a vida contemporânea e o “mal-estar na cultura” vem colaborando para o surgimento desse quadro.

A respeito das contribuições teóricas para execução deste artigo, encontrou-se como resultados, uma unanimidade no interesse pelas patologias atuais, dentro destas, os estados limite. Especialmente devido ao desafio na relação analítica, bem como no setting, pois as respostas contratransferenciais inusitadas e intensas, exigem do

analista uma forma de ação diferenciada. Pensando nisso, foi proposta uma discussão sobre os desafios da prática clínica com os pacientes fronteiriços, bem como as características dos mesmos, a partir da evolução da clínica contemporânea.

### **O Conceito de Fronteiriço: Características e Constituição**

O que é um paciente fronteiriço? É uma patologia situada no limite entre a neurose e a psicose? Esta era uma afirmação frequente há alguns anos atrás e que, atualmente, já não é mais abordada dessa forma. Esta patologia não é um quadro encontrado na fronteira entre a neurose e a psicose. A patologia limítrofe é uma organização independente e o diagnóstico só se dará de acordo com a sintomatologia, as alterações psicopatológicas e com o tipo de modalidade transferencial e contratransferencial que se estabelecerá no vínculo terapêutico (Lerner, 2009).

Hornstein (2009) aborda a patologia borderline como um transtorno narcísico. Para o autor, delimitar metapsicologicamente distintas problemáticas narcísicas, requer esclarecer a organização do ego, do superego, do inconsciente, o grau de fusão ou desfusão pulsional, as defesas privilegiadas, as identificações constitutivas e os investimentos narcísicos e objetivos. O sintoma, bem como um traço de caráter, deve ser focado na perspectiva de toda uma vida e na trama do conflito que o origina.

Em 1988, Green descreveu que os estados limítrofes, que abarcam a clínica do vazio, são identificados pelo prejuízo na formação dos limites intrapsíquicos. Em consequência disso, as fronteiras entre ego, id e superego se tornam bastante permeáveis, assim como a frágil delimitação das fronteiras entre o ego e o outro (Helsing, 2014). O transtorno narcísico surge então de uma fraqueza egoica? Ou será de uma pobreza de autoestima? Seria uma psicopatologia do caráter?

Tais questões foram teorizadas por autores como Kernberg, Mahler e Kohut, que acreditaram ser o narcisismo uma defesa infantil contra agressões, além de um

mecanismo de defesa que entrava em ação frente ao sentimento de desamparo e mortificação, assim como a reflexão de falhas empáticas que ocorreram dos objetos primordiais de amor (Hornstein, 2009).

O ambiente pernicioso e desfavorável para criação de uma criança, o qual pode ter sido proporcionado tanto por excesso de ausência, quanto de presença, produzem igualmente uma natureza de excesso. O paciente borderline demonstra em consequência, uma dupla angústia; a de intrusão e a de separação (Damous, 2012; Llanes, 2016). Por conseguinte, é encontrado um importante déficit na narcisização, resultado do tipo de investimento de ego que os fronteiros tiveram, que diz respeito à relação do ego com o primeiro objeto de amor (Lerner, 2009).

Nas estruturas fronteiriças, são encontradas falhas na atividade representacional e na discriminação das representações de afeto. Isso se deve a traumas severos na infância ou às disfunções crônicas na relação mãe-bebê. Nesses casos, o objeto se sente como fonte de profunda desconfiança e em perigo permanente (Yildiz, 2012). Ferenczi já nos anos 30, demonstra sua perspicácia quando constitui o modelo de trauma e de violência, seja física ou psíquica, fator desestruturante do aparelho psíquico, pois gera um amadurecimento precoce, o qual chama de prematuração patológica (Fuchs & Júnior, 2014).

Antes de abordar a respeito da sintomatologia da patologia limítrofe, é importante ressaltar que em relação ao tipo de investimento de ego, Hoffmann e Costa (2014) destacam que um bebê, que está sob os cuidados de sua mãe, a qual age de modo a responder às suas necessidades de forma mecânica, sem palavras de aconchego, ou um sorriso acolhedor, encontra-se dentro da impossibilidade de se integrar em uma relação de objeto. O vínculo frágil, faz com que o sujeito tenha dificuldades em construir recursos para se proteger e lidar com a angústia. Dito de

outro modo, o fronteiroço, desamparado, sente a impossibilidade em conter o excesso pulsional incrementando a vulnerabilidade ao trauma, o que é uma marca, também, do sujeito contemporâneo (Garcia & Cardoso, 2010).

### **Sintomatologia e Modo de Funcionamento**

Foi utilizado para descrever o funcionamento da organização borderline, preponderantemente, Kernberg e Hornstein, devido à consideração que dão em seus escritos para o pensamento de diferentes autores. Ambos autores, destacam que o paciente fronteiroço permaneceu fixado em uma etapa pré-genital, o que significa falhas empáticas que ocorreram dos primeiros objetos de amor e, que desvaneceram os limites entre o eu e o outro. Tais falhas, fazem com que a agressão seja direcionada indiscriminadamente contra os demais e, inclusive, contra eles mesmos (Hornstein, 2009; Kernberg, 1979).

Vidal e Lowenkron (2010) citam o estudo sobre a organização borderline de personalidade elaborada por Kernberg, que descreve a presença de dois níveis de funcionamento egoico, um deles como o resultado da internalização das relações de objeto, e o outro, como resultante da imagem de si mesmo ligada às relações de objeto. Ambos os níveis são estabelecidos pela relação primária entre self e objeto, de forma que a não metabolização deles no psiquismo do sujeito, acarreta a constituição de um ego frágil.

É fundamental descrever mais detalhadamente os apontamentos, que Hornstein fez ao longo de sua obra em relação à problemática do narcisismo destes pacientes. Tal conflito, remete à uma fixação na etapa pré-genital, devido ao tipo de relação estabelecida entre o self e o objeto, na etapa do narcisismo primário.

A obra freudiana “Introdução ao Narcisismo” (1914) abre uma problemática importante em relação à autoestima e às formas como o indivíduo as preserva, seja

pelo narcisismo primário, ou pelas relações objetais que mantém ao longo da vida. Hornstein (1989) afirma que para Freud, o narcisismo é definido como uma etapa do desenvolvimento libidinal, do desenvolvimento do ego e das relações de objeto. Nessa etapa se investe no ego como objeto e, esse investimento, é fundamental para sua constituição. É central que o eu seja devidamente narcisizado pelos pais, para que haja uma constituição saudável. A relação parental é primordial e cumpre funções de sustentação tanto da autoestima, quanto da própria identidade do ego.

Ao longo dos anos, a clínica psicanalítica vem tendo significativas transformações de onde surge a incerteza sobre as fronteiras entre o ego e o objeto, ou entre o ego e o ego ideal. A fusão desejada ou muitas vezes temida com os outros e as flutuações no sentimento de autoestima são típicas manifestações dos pacientes fronteirços. Desafiam os limites do analisável, onde há risco de dissolução egoica e morte psíquica. Parecem a ponto de abandonar a associação livre e recorrer à atuação. O paciente bordeja o desespero ante o temor de se fundir em uma profunda depressão, ao mesmo tempo em que conserva a nostalgia da fusão e teme mais que tudo a separação, possui uma hipersensibilidade à intrusão (Hornstein, 2009).

A associação livre se manifesta como uma ameaça de desorganização e, quando é inaceitável pelo superego, se produzem defesas contra os afetos por mecanismos de repressão, projeção, “acting”. Mas como toda armadura defensiva, existem pontos frágeis, que quando são rompidos, permitem a vivência de uma enorme angústia de separação e de intrusão (Yildiz, 2012).

Do ponto de vista das características sintomáticas, as patologias atuais, ou mais precisamente, a personalidade fronteira, no que se refere ao desafio em manter relacionamentos duradouros, devido a uma insuficiência de representações afetivas na mente do indivíduo, proporciona uma angústia muito intensa. Esta, por sua vez,

possibilita a substituição da atividade simbólica, fundamental à construção do psiquismo, por reações voltadas tanto ao corpo, quanto ao ato. Em outras palavras, o pensamento perde lugar para a ação (Libermann, 2010). Da mesma forma Hornstein (2009) aponta para esta característica quando descreve que o fronteiroço está sempre a ponto de abandonar a associação livre e recorrer à atuação. Dessa maneira, o paciente borderline, se encontra em um terreno onde o simbólico não tem força e o ato predomina substituindo as palavras (Llanes, 2016).

Portanto, Gus (2007) destaca, que o “acting” é um fenômeno defensivo inevitável no processo analítico e, que auxilia positivamente o andamento do tratamento de pacientes borderline, mesmo que aparentemente, pareça negativo para o processo analítico. Então, o atuar, típica manifestação do funcionamento fronteiroço, que poderia ser compreendido como prejudicial ao tratamento, dependendo da condução técnica que se dá, se torna positivo e útil para terapia de referencial psicanalítico. Neste caso, é de suma importância ressaltar, como a abordagem técnica utilizada pelo analista pode mudar o curso do tratamento.

Entretanto, também é questionável, os sentimentos que o atuar pode despertar no analista. Já foi mencionado anteriormente, que o paciente borderline é atuador e capaz de tudo para evitar a ameaçadora associação livre. Além disso, esses pacientes possuem uma indiscriminada agressão contra os outros, agem por impulsividade e sem medir as consequências. Desse modo, é de se questionar a resposta contratransferencial do analista, diante de toda essa transferência negativa do borderline.

### **A Contratransferência como Dispositivo Técnico**

A clínica da organização borderline é desafiadora para a dupla paciente-analista. O fronteiroço despeja a sua problemática para o analista e o mesmo sente, na

contratransferência, como um espelho refletor de desespero. Morais (2015) destaca que, frequentemente, são direcionadas agressões ao trabalho analítico, ao enquadre e ao próprio analista, que experimenta a dificuldade no estabelecimento de uma relação próxima e de confiança. Isso, nada mais é, do que a transferência do borderline, que conduz, dessa maneira, sua vida de modo geral.

O aparelho psíquico do analista e sua capacidade de pensar são consideradas ferramentas de trabalho e parte do enquadre analítico. Quando o fronteiro os ataca, possibilita sentimentos de paralização, confusão, dificuldade de pensar e, até mesmo, raiva no analista. Nesse tipo de trabalho, o mesmo, vê-se, muitas vezes, obrigado a realizar adaptações no enquadre para poder conter toda destrutividade apresentada por tal paciente (Luz, 2011).

Diante do contexto clínico com esses pacientes, a contratransferência negativa, pode causar no analista uma reação com o objetivo de acalmar a sua própria angústia causada pelo paciente. A contratransferência é a resposta da transferência do analisado. No trabalho com pacientes fronteiros, esta transferência é muito intensa, beirando, muitas vezes, a agressividade, o que é desgastante para o analista. O mesmo, que desempenha função continente e sustentadora, primeiro deve reconhecer que não está diante de uma transferência neurótica, mas sim de uma transferência que passa sem filtros e é invasiva (Llanes, 2016).

A evolução da técnica psicanalítica, desde o método clássico da atenção flutuante para a associação livre do paciente, teve um avanço significativo, devido à precariedade da capacidade de simbolização de algumas organizações de personalidade. Os fronteiros, como mencionado anteriormente, estão sempre a ponto de abandonar a associação livre, pois nela sentem uma ameaça. Pinto (2006) afirma, que interpretações, no sentido clássico, não seriam adequadas no início do tratamento

com pacientes borderline. As interpretações profundas são sentidas pelo paciente fronteiro como intrusões, insultos e, até mesmo, como sedução.

Kernberg refere que o analista, ao tratar um paciente fronteiro muito regredido, tende a experimentar intensas reações emocionais relacionadas com a transferência prematura, forte e caótica deste paciente. Desse modo, a contratransferência pode ser vista como um importante instrumento terapêutico, que atenta para o nível de regressão do paciente, da reação emocional deste a respeito do terapeuta e das modificações desta reação. Quanto mais intensa e prematura for a resposta emocional do analista ante o paciente fronteiro, maior deve ser a atenção do analista, pois isso pode representar uma ameaça à sua neutralidade (Pinto, 2006).

A contratransferência é um conceito, que inicialmente, foi teorizado como uma falha do analista, a qual deveria ser evitada e eliminada. Atualmente, já é reconhecida como uma ferramenta de trabalho na análise, que se aplicada da forma correta, possui ótimos resultados terapêuticos. Dessa forma, o analista, “assume o papel” que lhe é oferecido pelo paciente, de acordo com a realidade psíquica do mesmo (Morais, 2015).

### **As Defesas contra a Realidade Psíquica**

A realidade psíquica do paciente borderline é flutuante e se manifesta na indiscriminada representação de afeto e no sentimento de transbordamento. Tal sentimento, denota uma invasão afetiva e gera a dor da impotência de lutar contra esta invasão. Nesses casos, o corpo é inundado de afeto e sente uma ameaça de explosão e desintegração. As falhas na atividade representacional provocam confusão e uma das manifestações da indiscriminada representação de afeto, aparece na contratransferência como perplexidade (Yildiz, 2012).

O fronteiroço percebe o rompimento como algo insuportável, isto porque sente o mesmo como uma morte física, mas que na verdade, se trata de algo que está no âmbito das relações do seu psiquismo e não no físico. É como se estivesse sendo ameaçado constantemente, o que leva a pensar num traço de persecutoriedade. Quando a ameaça de abandono adquire um grau maior de intensidade, pode chegar à ideação suicida (Matioli, Rovani, & Noce, 2014). Aqui, é importante ressaltar que a intolerância à ansiedade, pode produzir uma perda de controle sobre os impulsos e gerar um comportamento patológico (Kernberg, 1979).

Kernberg (1995) afirma que a prevalência de operações defensivas primitivas centradas no mecanismo de cisão é típica deste transtorno. Enquanto que a neurose apresenta uma organização defensiva centrada no recalçamento e outras operações de alto nível, como a formação reativa e a racionalização, as estruturas borderline e psicótica utilizam como mecanismo de defesa a cisão.

O fracasso do recalçamento gera no paciente borderline a necessidade de apelar à mecanismos de defesa mais arcaicos, mais penosos para o ego e, mais próximos daqueles adotados pelo psicótico. Mecanismos como a identificação projetiva e o manejo onipotente do objeto, que tem a finalidade de proteger o fronteiroço de frustrações atuais, que despertam antigas frustrações infantis significativas. Para se defender, utilizam-se de traços de caráter paranoico na tentativa de assustar quem poderia lhes frustrar (Bergeret, 2006).

A partir da teorização de Bergeret, surge o questionamento a respeito da conduta do analista em determinada situação. O paciente borderline, repleto de atuações defensivas, muitas vezes agressivas, como mencionado anteriormente por Llanes (2016), desperta os desafios em relação a técnica psicanalítica, devido às dificuldades em manter o enquadre, que compõem o contrato estabelecido entre o

analista e o paciente. Desse modo, cabe mostrar ao paciente a maneira pela qual as suas defesas participam das suas percepções fragmentadas (Pasini & Dametto, 2010).

A defesa preponderante dos fronteirios é a clivagem, que separa a percepção desses sujeitos entre extremos. Aspectos bons e maus do ego e do objeto, que os protegem da contradição e da ambivalência emocional, que representa um conflito intrapsíquico intolerável (Pasini & Dametto, 2010).

O falso self, teorizado por Winnicott pela primeira vez em 1949, funciona como um mecanismo de clivagem, que surge como uma forma de lidar com as falhas maternas. Quando estas são excessivas, a função mental do bebê fica sobrecarregada na tentativa de manter algum sentimento de continuar a ser (Gryner, 2013).

A mais clara manifestação de cisão do paciente fronteiro é a divisão de objetos externos em totalmente bons ou totalmente maus, com a possibilidade de deslocar o objeto abruptamente de um extremo para o outro. Este movimento protege o ego de conflitos por meio da dissociação ou do afastamento ativo de experiências contraditórias do self (Kernberg, 1995).

O mecanismo de dissociação ou cisão e os mecanismos primitivos associados, como a projeção, a negação, a onipotência e a desvalorização podem surgir na interação entre analista e paciente. Estes processos protegem o paciente de conflito intrapsíquico, mas, ao mesmo tempo, cobram o alto preço de enfraquecimento do ego, reduzindo sua flexibilidade adaptativa (Kernberg, 1995).

Lerner (2009) relaciona o vazio do self, que fica dissimulado pela compensação defensiva, com a busca incessante por objetos que outorguem os elementos primariamente buscados, tais como o apego, a calma, a constância e a sustentação. A sexualidade perverso-polimorfa destes indivíduos é caracterizada por elementos sádicos ou masoquistas, exibicionistas, manifestando, muitas vezes, a

tendência à promiscuidade que os fronteirios possuem. A busca pelo outro não está relacionada tanto ao desejo sexual, como nas organizações da sexualidade perversa, que utiliza a sexualidade como uma droga, mas sim na busca de preenchimento deste buraco negro que o vazio proporciona.

Kernberg (1995) refere que estes pacientes possuem falhas na identidade. A falta de uma identidade integrada é representada por um conceito de self insuficientemente integrado. A experiência subjetiva de vazio crônico, autopercepção contraditória, comportamento contraditório, bem como percepções empobrecidas dos outros, superficiais e insípidas, reflete esta difusão existente nestes pacientes. Quanto ao diagnóstico, a difusão de identidade aparece na incapacidade do paciente de transmitir ao analista a experiência de interações significativas com outros.

A difusão de identidade aparece na história de comportamentos completamente contraditórios, ou na alternância entre estados emocionais que encerram tal comportamento e tal percepção do self contraditório, de maneira tal que o analista tem dificuldade de ver o paciente como um ser humano inteiro. Na organização borderline de personalidade, a visão interna de si e dos outros não está integrada. Tais pacientes têm pouca capacidade para uma avaliação realista dos outros e suas relações íntimas são caóticas, distorcidas e superficiais (Kernberg, 1995).

Ades e Santos (2012), complementam o que Kernberg postulou, quando afirmam que a comunicação com o paciente borderline é extremamente complicada, já que a impulsividade e as explosões de raiva são comportamentos tipicamente utilizados por eles. Há a presença de uma dúvida por parte do analista de como se expressar para que o paciente não reaja inesperadamente ou interprete mal a ação terapêutica.

A clínica com pacientes borderline se configura de maneira bastante distinta da clínica postulada por Freud, há mais de um século. Atualmente, o analista se vê diante de um contexto, onde não prevalece a neurose como patologia do padecimento. A interpretação não é mais a principal técnica de trabalho, a contratransferência não é um fenômeno a ser evitado e o recalçamento não é necessariamente constituído. As fixações são anteriores ao período edípico, as defesas estão muito próximas da psicose e a ação do analista é muito delicada. Diante disso, é fundamental operar mudanças no manejo clínico clássico para trabalhar com esses pacientes, que carecem de palavras para transmitir o seu sofrimento (Helsing, 2014).

### **Conclusão**

Em suma, a partir da pesquisa realizada, ficou claro, que a organização borderline é uma psicopatologia, que se enquadra dentro das patologias atuais e desperta grande interesse de estudo. As mudanças que foram surgindo, ao longo do último século e, que fizeram com que a técnica psicanalítica evoluísse e se estendesse para além do tratamento das neuroses, refletiu na maneira de pensar a psicanálise.

A clínica com os pacientes fronteiros desafia a psicanálise clássica e ortodoxa, pois a angústia intensa desses pacientes, possibilita a substituição da atividade simbólica, por reações voltadas tanto ao corpo, quanto ao ato. Se não há capacidade simbólica, dificilmente o paciente irá conseguir elaborar uma interpretação do analista. Além disso, a associação livre (regra fundamental da psicanálise), muitas vezes, é sentida como uma ameaça de desintegração, desse modo, o paciente recorre à mecanismos de defesa muito primitivos para se defender. Tais limitações, exigem um aprimoramento técnico psicanalítico, onde se leva mais em conta, o fenômeno contratransferencial como dispositivo de trabalho.

As falhas na atividade representacional, bem como na simbolização, demonstram um importante déficit na narcisização, devido ao ponto de fixação no narcisismo primário. Em relação ao estudo realizado neste artigo, muitos podem ser os motivos desse tipo de estruturação de personalidade. Mas um aspecto, que é de unânime acordo entre todos autores, está relacionado à questão do excesso do ambiente, que o fronteiroço sofre nos seus primeiros momentos de vida.

Uma importante falha no ambiente, gera nesses pacientes, uma constituição psíquica muito rudimentar, são extremamente intensos e agressivos, utilizam-se de mecanismos de defesa regressivos, atacam o enquadre analítico e, inclusive, o analista. Pensando nisso, será proposta uma questão norteadora para futuras pesquisas. Foi abordado, durante o texto, que a associação livre, regra fundamental para análise, é constantemente abandonada e temida pelo paciente borderline, que possui pouca capacidade simbólica e restringe o campo da interpretação. Também foi mencionado, que a contratransferência é um dispositivo importante no tratamento desses pacientes. Além desta, quais as técnicas, que poderiam beneficiar o tratamento do paciente borderline, considerando a evolução da clínica psicanalítica clássica para psicanálise contemporânea?

## Referências

- Ades, T., & Santos, E. F. (2012) *Borderline: criança interrompida-adulto borderline*. São Paulo: Editora Isis.
- Bergeret, J. (2006). *A personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Cardoso, M. R. (2007). A impossível “perda” do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade. *Psicologia em Revista*, 13(2), 325-338.
- Damous, I. (2012). Os transtornos alimentares à luz dos limites psíquicos. In: *V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental (1-5)*. Fortaleza, CE/Brasil.
- Fuchs, S. M. S., & Júnior, C. A. P. (2014). Sobre o trauma: contribuições de Ferenczi e Winnicott para a clínica psicanalítica. *Tempo psicanalítico*, 46(1), 161-183.
- Garcia, C. A. (2007). Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(1), 123-135.
- Garcia, C. A., & Cardoso, M. R. (2010). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá Editora.
- Green, A. (1988). *Sobre a Loucura Pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Green, A. Ikonen, P. Laplanche, J. Rechart, E. Segal, H. Widlocher, D., & Yorke, C. (1988). *A Pulsão de Morte*. São Paulo: Editora Escuta.
- Gryner, J. (2013). *A capacidade simbólica dos pacientes borderline: Prejuízos no espaço potencial* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro). Recuperado de [http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1111677\\_2013\\_](http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1111677_2013_)

- Gus, M. (2007). Acting, enactment e a realidade psíquica “em cena” no tratamento analítico das estruturas borderline. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(2), 45-53.
- Helsing, N. M. (2014). As mutações na cultura, no narcisismo e na clínica: o que muda e o que faz falar os pacientes limítrofes?. *Caderno de Psicanálise*, 36(31), 69-93.
- Hoffmann, C., & Costa, R. A. (2014). Alguns casos, nem neuróticos, nem abertamente psicóticos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(2), 247-253.
- Hornstein, L. (1989). *Introdução à psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Hornstein, L. (2009). *Narcisismo: autoestima, identidade, alteridade*. São Paulo: Centro de Estudos Psicanalíticos.
- Junqueira, C., Junior, C., & Ernesto, N. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline?. *Psicologia Clínica*, 18(2), 25-35.
- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lerner, H. (2009). *Organizações fronteiriças: fronteiras da psicanálise*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Libermann, Z. (2010). Patologias atuais ou psicanálise atual?. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(1), 41-49.
- Llanes, C. (2016). Reflexiones acerca de lo fronterizo. *Revista Letra en Psicoanálisis*, 2(1), 1-10.
- Luz, A. B. (2011). A verdade como forma de desenvolver e preservar o espaço para pensar nas mentes da paciente e da analista. *Livro Anual de Psicanálise*, 25, 101-116.

- Matioli, M. R., Rovani, E. A., & Noce, M. A. (2014). O transtorno de personalidade borderline a partir da visão de psicólogas com formação em psicanálise. *Saúde & Transformação Social*, 5(1), 50-57.
- Morais, R. A. O. (2015). *A contratransferência como dispositivo de trabalho na clínica psicanalítica com pacientes fronteirços*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18623>.
- Pasini, T. F., & Dametto, J. (2010). Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. *Perspectiva*, 34(128), 133-149.
- Pinto, A. M. F. (2006). Sobre a dificuldade de exercer a função analítica em paciente borderline. *Psicanalítica*, 7(1), 103-118.
- Veiga, A. B. (2013). *Histeria e psicanálise: uma relação dos tempos de Freud à atualidade*. (Tese de especialização em teoria psicanalítica, Universidade de Brasília, Brasília) Recuperado de <http://bdm.unb.br/handle/10483/557>.
- Vidal, M., & Lowenkron, T. (2010). Ensino da psicoterapia no atendimento psiquiátrico dos pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 725-728.
- Yildiz, I. (2012). Vida y obra de André Green: un psicoanalista apasionado y creativo. *Psicoanálisis*, 24(1), 11-23.